

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 119
10 de Dezembro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

VOL. I (Nova série)
Publica-se às quintas-feiras

UMA CONCEPÇÃO ORIGINAL
EM TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA!

OMNACILINA AZEVEDOS

3 ACÇÕES CONJUGADAS:

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

Injectavel

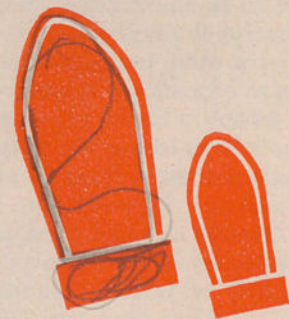
APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 150.000 U. O. de Penicilina
NORMAL — 400.000 U. O. de Penicilina
FORTE — 600.000 U. O. de Penicilina
FORTÍSSIMA — 800.000 U. O. de Penicilina
em caixas de 1, 3, 5 e 10 doses

Rectal

APRESENTAÇÃO

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




LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

| Pág. | SUPLEMENTO | Pág. |
|---|--|------|
| ANTÓNIO SEABRA e FERNANDO NOGUEIRA — <i>Úlcera duodenal e icterícia</i> | <i>Um pequeno mundo</i> — JOAQUIM PACHECO NEVES | 917 |
| 1007 | <i>Conselho Técnico do Clube Nacional de Montanhismo</i> | |
| EDUARDO BELTRÃO JÚNIOR — <i>A hibernação artificial</i> ... | — JORGE S. C. SANTOS | 918 |
| 1011 | <i>Ecos e Comentários</i> | 920 |
| MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS</i> — <i>Indicações e condução do tratamento das lesões mínimas do pulmão pela estreptomomicina</i> | <i>25 anos na história da penicilina</i> | 922 |
| 1025 | <i>Horizontes permanentes da Cirurgia</i> | 926 |
| | <i>Noticiário diverso.</i> | |



ALGINEX

ANALGÉSICO DE USO EXTERNO

apresentado na forma de **stick**
com excipiente especial

ACÇÃO INTENSA E RÁPIDA

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

HOSPITAL DE S. JOSÉ — SERVIÇO 2

Director — *L. Simões Ferreira*

Médico — *Fernando Nogueira*

Úlcera duodenal e icterícia

A propósito de um caso desta associação

ANTÓNIO SEABRA e FERNANDO NOGUEIRA

Reina certa confusão na literatura médica sobre as relações existentes entre úlceras pépticas gastro-duodenais e perturbações hepato-biliares. Faltam — ou pelo menos não os conseguimos encontrar — estudos estatísticos que evidenciem a maior ou menor frequência da coexistência das duas situações; em compensação abundam opiniões baseadas em simples impressões pessoais que, como geralmente sucede nestes casos, discordam totalmente umas das outras. Torna-se assim bastante difícil fundamentar uma opinião de certo rigor científico.

Vanier (1) julga poder afirmar que o número de casos de coincidência de úlcera gastro-duodenal e perturbações hepato-biliares ultrapassa aquilo que seria de esperar dum simples acaso. E Malamud (2) vai mais longe, pois considera como aceite e muito conhecida a frequente coexistência de úlcera e litíase biliar.

Outros autores defendem opinião contrária. Stroebe (3) e Kalk (4) afirmam que úlceras e colecistopatias não coexistem em maior número de vezes que o indicado pelo cálculo de probabilidades, dada a frequência de qualquer das duas doenças. Hinton (5) diz também não concordar com a opinião que considera a colecistite como factor ou complicação de úlcera, mas que, pelo contrário, quanto mais experiência operatória acumula, mais verifica quanto é vaga a relação, quer etiológica quer sintomática, entre úlceras pépticas e doenças das vias biliares.

Relações de úlceras pépticas com alterações do parênquima hepático foram descritas por Schnitker e Hass que encontraram 19,5 % de úlceras nas autópsias de 72 cirroses, e confirmadas por Cruz (6) com 11,7 % ou sejam, 4 ulcerados em 34 cirróticos. Considera este autor a cirrose como doença primitiva e a úlcera como complicação, motivada pela hipoalbuminemia, por um factor péptico de origem reflexa ou pela duodenite que encontrou em 73,6 %; ou ainda por estes três factores actuando em conjunto.

No que parece não haver discordância é na descrição de sintomas de colecistopatia que simulam localização gástrica — quadro de gastrite concomitante das colecistites (3) — mas isto já está fora do nosso estudo.

A associação de icterícia com o quadro clínico e anatómico-patológico da úlcera duodenal é pouco frequente, e incontestavelmente menos frequente do que poderia pensar-se dadas as íntimas correlações anatómicas e funcionais do duodeno com as vias biliares. Provaram-no Levine e Gordon (7), que reunindo revisões de 5 autores e a sua própria experiência, juntaram 2.650 casos de úlcera e destes apenas um com icterícia.

Teoricamente poderia explicar-se esta associação por três hipóteses patogénicas:

- coexistência mórbida meramente casual, aceitável pela relativa frequência das duas doenças;
- propagação inflamatória por contiguidade (podendo originar colecistite, pericolecistite ou colangite), inclusão do colédoco na úlcera ou simplesmente edema da papila de Vater;
- perfuração da úlcera em cavidade fechada causando compressão das vias hiliares, quer pelo conteúdo duodenal derramado, quer pelo processo inflamatório resultante. Esta é a causa que nos parece mais frequente, dentro da raridade do síndrome.

A primeira revisão que encontramos é a de Praks e Fitz (8) que, ao apresentarem, em 1939, um caso de úlcera duodenal complicada de icterícia, reuniram 35 casos publicados em todo

o mundo até aquela data. Em todos eles a icterícia foi explicada por dificuldades mecânicas que os A.A. atribuíram a aderências entre o duodeno e os canais secretores da bília, ou a propagação do edema à segunda porção do duodeno. No caso de Praks e Fitz e em 6 dos por eles revistos, o aparecimento de icterícia coincidiu com hemorragias copiosas, coincidência evidentemente impressionante e que os A.A. explicaram em hipótese, considerando a icterícia como obstrutiva e causada pela inundação das vias biliares pelo sangue derramado. Esta interpretação é pouco satisfatória; antes parece mais lógico e justificado, pelos factos que em seguida citamos, atribuir a icterícia e a hemorragia ao mesmo acidente: a perfuração. Embora seja clássico considerar que a perfuração da úlcera gastro-duodenal poucas vezes se acompanha de hemorragia — há um aforismo que diz: «a úlcera que sangra não perfura e a úlcera perfurante não sangra», Kahn e Kumpuris (9) — tal conceito refere-se, de facto, à perfuração no peritoneu e não à penetração em vísceras ou mesos.

Levine e Gordon (7) em 1942 apresentaram um caso de um doente, já conhecido como ulceroso duodenal, que subitamente piorou da sintomatologia gástrica, ao mesmo tempo que se instalava uma icterícia. Ao fim de dois meses fez um quadro de perfuração com peritonite generalizada, durante o qual remeteu o síndrome icterico. Os A.A. não apresentaram explicação para o aparecimento da icterícia.

Engel e Spann (7) em 1946 descreveram um caso de icterícia de retenção, diagnosticado erradamente de calculose do colédoco, em que a operação revelou uma úlcera da primeira porção do duodeno penetrante no pequeno epiploon junto ao colédoco. Estes A.A. tiveram o mérito de prender a sua atenção neste mecanismo produtor de icterícia e sugerir que «todo o doente com história de úlcera que, após um episódio abdominal agudo, apresente uma icterícia, deve ser suscitado de perfuração coberta». Neste sentido reviram o caso citado por Levine e Gordon para o qual encontraram uma interpretação patogénica simples e verosímil: a úlcera teria perfurado em primeiro tempo no pequeno epiploon, causando icterícia que diminuiu quando se deu, no segundo tempo, a perfuração em peritoneo livre.

William (10) comunicou o caso de um doente com história antiga de úlcera que, após 5 meses de icterícia, faleceu em anemia aguda por melenas abundantíssimas. Diagnosticado em vida de carcinoma da cabeça do pâncreas, a autópsia revelou úlcera do duodeno penetrante no pâncreas e pancreatite crónica com fibrose densa envolvendo o canal de Wirsung e a porção duodenal do colédoco.

Dos 13 casos de úlcera e pancreatite apresentados por Hinton (5), um único evoluiu com icterícia, que foi também diagnosticado, erradamente, de neoplasia da cabeça do pâncreas. Também neste a necropsia revelou que a oclusão do colédoco era devida a pancreatite a partir de úlcera penetrante.

Temos conhecimento da existência de mais três casos publicados que não foi possível consultar.

O nosso é bastante semelhante aos dois últimos citados, dos quais aliás se distingue pela feliz solução operatória. A história do caso é a seguinte:

F. G., de 45 anos, trabalhador rural, entrou no nosso Serviço do Hospital de S. José, (S2S1), em 22 de Fevereiro de 1950 com icterícia e dores abdominais. Sofria, havia cerca de 16 anos, de dores epigástricas com largos períodos de acalmia. Inicialmente as dores apareciam cerca de duas horas após as refeições, não apresentavam irradiação e calmavam pela ingestão de ali-

mentos. Posteriormente (nos últimos 5 ou 6 anos) apenas acalmavam pelos alcalinos e pelos vômitos que o doente provocava intencionalmente.

Dois meses antes do internamento, teve uma dor mais forte, diferente das habituais, mais intensa e mais demorada (uma noite inteira) acompanhada de vômitos que não o aliviaram e de grande inquietação motora. Após esta cólica, as dores passaram a ser mais intensas, localizadas principalmente em volta do umbigo e apresentando exarcebações sem horário; um mês depois notou coloração amarela das conjuntivas e da pele e urina muito escura, acentuando-se gradualmente este quadro icterico durante alguns dias. Foi então internado no hospital local e, posteriormente, enviado para Lisboa.

Os antecedentes pessoais e familiares eram incaracterísticos, não fornecendo qualquer dado útil.

À observação, o doente apresentava icterícia acentuada da pele e mucosas.

A área cardíaca era normal e os tons apagados; a tensão arterial 120-80 (Riva-Rocci, baço direito). O exame do aparelho respiratório era normal. A observação do abdómen revelava dor forte no epigastro e hipocôndrio direito provocada pela palpação, O fígado era pequeno, palpável apenas por dentro da linha médio-clavicular, duro e doloroso, de bordo cortante. Não se palpavam baço nem rins. A urina era cor de café e as fezes descoradas.

O laboratório forneceu os seguintes dados:

Sangue: 4,5 milhões de eritrócitos, 7.800 leucócitos, 96 % de hemoglobina N-56, L-36, M-8, E-0, B-0. Reacção de Takatta-Ara: negativa. Reacção de Van den Berg, directa: positiva imediata, indirecta, positiva. Bilirubinémia: 42,7 mgs/l.

Fezes: Não continham pigmentos biliares.

O exame radiográfico gastro-duodenal não chegou a ser feito porque na madrugada do dia em que estava marcado, uma semana após o internamento, o doente teve uma melena copiosa, seguida de febre (a 40°) e colapso circulatório. Durante as 48 horas seguintes repetiu as melenas, surgiram hematemeses e a anemia resultante foi progredindo até a hemoglobina descer a 29 % e os glóbulos rubros a 1,7 milhões, apesar das repetidas transfusões de sangue e restante terapêutica instituída. Conseguida ligeira remissão do quadro de anemia e colapso, foi o doente finalmente operado, sendo a intervenção realizada pelo cirurgião dos H. C. L. Dr. Fortunato Levy. No acto operatório verificou-se a existência duma enorme úlcera da face posterior do duodeno perfurada no pâncreas. Este apresentava uma cavidade onde cabia um dedo polegar e na qual sangrava um ramo de pancreato-duodenal de paredes incluídas no fundo da escavação. O pâncreas era nodular e duro, não apresentando porém aspecto tumoral.

Após libertação do duodeno, «capitonage» do fundo da cratera pancreática para hemostase, sutura do topo duodenal em 2 planos, foi realizada uma gastrectomia tipo Hafmeister-Finsterer.

O doente teve um bom post-operatório, diminuindo a icterícia gradualmente até à desapareição total ao fim de poucos dias. Duas semanas depois voltou para o serviço de Medicina apresentando regular nutrição e 4,9 mgr/1 de bibirubina, reacção de Van-den-Berg directa negativa, 4,34 milhões de eritrócitos, 8.200 leucócitos, 88 % de hemoglobina, fórmula leucocitária normal e provas funcionais hepáticas também normais. Foi-lhe dada alta como curado, em 10 de Maio de 1950. Por notícias recebidas do doente em Setembro de 1953 sabemos que não voltou a ter queixas gástricas nem icterícia, trabalhando normalmente e alimentando-se sem restrições.

O interesse do caso reside, a nosso ver, em ter demonstrado a relação úlcera — penetração no pâncreas — icterícia, relação

que de resto é lógica e previsível se pensarmos que a penetração das úlceras no pâncreas é relativamente frequente (5) e que afecções não neoplásicas deste último constituem uma não muito rara causa de icterícia (11). A penetração da úlcera no pâncreas (como no pequeno epiploon) pelas lesões que pode originar (fibrose, edema, lesões inflamatórias agudas, subagudas ou crónicas) tem muitas possibilidades de conduzir à icterícia mecânica por obstrução do colédoco, dadas as relações topográficas daqueles órgãos com este canal excretor.

Bockus (11) afirma que a penetração das úlceras em vísceras vizinhas se encontra em 25 % dos ulcerados que não melhoraram com o tratamento médico. Hurst e Stewart (3) em 233 autópsias viram o pâncreas formando o fundo da úlcera em 24,5 % dos casos e o fígado em 4,2%; em 183 gastrectomias encontraram a percentagem de 19,5 para o pâncreas e 1,5 para o fígado.

Em relação a esta elevada percentagem de compromisso do pâncreas na úlcera duodenal, verifica-se que é insignificante o número de casos que se revelam por icterícia; mas isto não obsta que a inversa seja verdadeira e, portanto, em presença dum ulcerado que enxerta um quadro icterico, há que pensar na possibilidade duma perfuração coberta, no pâncreas como nos casos de Hinton, William e no nosso, ou no pequeno epiploon como no de Engel e talvez no de Levine.

O diagnóstico deverá evidentemente ser confirmado pela presença dos outros conhecidos sintomas de perfuração e penetração nos órgãos vizinhos (12) e (13) como sejam a maior intensidade da dor com maior sensibilidade à palpação, o desaparecimento dos períodos de acalmia, a ausência de alívio pela ingestão de alimentos ou alcalinos e a modificação da sede e irradiações da dor em relação com a víscera lesada. O nosso doente apresentava a localização própria da pancreatite, em volta do umbigo, mas faltou-lhe por completo e sempre a irradiação para as costas.

Na ausência total de sinais ou sintomas de perfuração deveria pensar-se em outras causas de icterícia, como sejam: edema da papila, periviscerite e aderências referidas por Vanier e por Praks e Fitz ou na simples coincidência como no caso publicado por Lemmon (14) dum doente com úlcera duodenal e calculose biliar em que a icterícia foi anterior à perfuração.

No entanto cremos que a penetração no pâncreas seja uma explicação das mais plausíveis e também das mais frequentes para o aparecimento dum quadro de icterícia num doente com história de úlcera duodenal, e julgamos, em face dos ensinamentos recebidos do presente caso, ser obrigação do clínico pensar sempre naquela hipótese, em face desta última situação.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — Vanier — *Arch. Mal. Ap. Dig.* 39: 329, Março de 1950.
- 2) — Malamud, T. e outros — *Prensa Med. Arg.* 33: 2224, Nov. 1946.
- 3) — Stroebe, F. — *Enfermidades do fígado. In Tratado de Medicina Interna de Bergmann.* 3: 1458. Tradução espanhola da 3.ª edição alemã. Ed. Labor S. A., Barcelona 1943.
- 4) — Kalk — *Úlcera péptica.* Idem, 3: 663.
- 5) — Hinton, J. — *Arch. Surg.* 3: 180, Março de 1934.
- 6) — Cruz, A. G. — *Revista Clin. Esp.* 37: 268, 31 de Maio 1950.
- 7) — Engel, G. C. e Spann, R. G. — *J. A. M. A.* 131: 213, 18 Maio de 1946.
- 8) — Praks, H. e Fitz, R. — *Rev. Gastroent.* 6: 179, Maio e Junho de 1939.
- 9) — Kohn, A. e Kumpuris, F. — *Am. J. Surg.*, 85: 575, Abril, 1953.
- 10) — William, R. A. — *Surgery.* 28: 111, Julho de 1950.
- 11) — Bockus, H. L. — *Gastro-enterology* I: 520 saunders Company. Filadélfia. 1944.
- 12) — Rivers — *Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic.* 22: 290, 23 de Julho 1947.
- 13) — Shelton-Horseley — *Ann. Surg.* 110-606, Outubro 1939.
- 14) — Lemmon e outros — *Am. J. Surg.* 62: 253, Novembro 1943.

RINOBIÓTICO

Anti-alérgico • Anti-bacteriano • Anti-congestivo

COMPOSIÇÃO

| | | |
|---|----------|------|
| Sulfato de Neomicina | 0,010 | Grs. |
| Gramicidina | 0,000 5 | Grs. |
| Cloridrato de tonzilamina | 0,100 | Grs. |
| Cloridrato de fenilefrina | 0,025 | Grs. |
| Brometo de tonzónio | 0,005 | Grs. |
| Excipiente a pH adequado q. b. p. 1 frasco de | 10 c. c. | |

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Nas diferentes afecções do sistema respiratório superior e transtornos alérgicos. Rinites, sinusites, nasofaringites e infecções bacterianas agudas da mucosa nasal.

APRESENTAÇÃO

Frasco conta-gotas de 10 c. c.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604
Delegação no Porto—Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º—Telef. 21383
Deleg. em Coimbra—Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

Hipertensão

Indicações de
algumas especialidades «Ciba»

Tratamento prolongado da hipertensão:

Apresolina, Nepresol, Pendiomid (por via bucal)

Para o tratamento sedativo:

Neuro-Trasentina, Priscofen

Quando de hipertensão lábil no momento do climatério:

Ovociclina, Perandren

*No caso de aumento brusco da pressão, quando de pseudo-
-uremia e de pré-eclampsia, por exemplo:*

Pendiomid

*Quando se suspeita da existência dum feocromocitoma,
como auxiliar do diagnóstico; quando o diagnóstico é
certo, antes e após a operação:*

Regitina

Em presença de insuficiência cardíaca:

Digifolina; sendo necessário, como diurético: Esidron

Transtornos anginosos dos hipertensos:

Coramina-Adenosina

*Transtornos circulatórios periféricos em correlação com
a hipertensão:*

Priscol, Regitina

A hibernação artificial

(Breve comunicação sobre 7 casos)

EDUARDO BELTRÃO JÚNIOR

(Ex-Anestesiologista livre do Instituto Português de Oncologia;
Médico do Quadro de Saúde de Angola; encarregado de
Anestesia nos Hospitais de Luanda)

Este pequeno como despretencioso trabalho não tem outra finalidade que mostrar o meio poderosíssimo posto por «LABORIT» nas mãos dos Anestesiologistas e Reanimadores.

Graças a ele não só a Anestesiologia e Reanimação se enriqueceram grandemente com um método maravilhoso que quase consegue impossíveis, como também a sua extensão a outros campos da Medicina torna prodigiosa a sua aceitação em virtude dos resultados colhidos.

Deste modo, a sua aplicação, hoje num sector amanhã noutro vai-se propagando, conhecendo-se melhor as suas indicações, surgindo esclarecimentos a incógnitas formuladas, numa palavra tornando possível, com o tempo, o seu perfeito conhecimento.

Quem o aplica e vê os resultados, creio que fica imediatamente um defensor do mesmo. Evidentemente, obriga o processo, muita atenção, muita vigilância e até... muita dor de cabeça, mas... os resultados obtidos são suficientemente compensadores para entusiasmarem os cépticos e indiferentes até nos meios um pouco avessos a modificações, não por falta de compreensão ou espírito progressivo, mas sim pela desorganização que qualquer coisa de novo possa trazer à rotina diária, assim prosseguiremos e tentaremos aperfeiçoar-nos num campo que tão promissor é e se chama «HIBERNAÇÃO ARTIFICIAL».

Nenhuma coisa nova traz esta singela comunicação. É baseada nos trabalhos de «Laborit e Huguénard» que na prática seguimos a par e passo. O seu único valor e préstimo, se acaso o tem, é o de ser o relato de sete casos vividos, hora a hora, dia a dia, junto dos doentes, seguindo-lhes as reacções com ansiedade umas vezes, desânimo outras! Quantas vezes, liamos e relíamos os artigos, base da aplicação, até encontrarmos explicação para sinais apresentados nos hibernados. Depois, a falta de tempo, colaboração e certas deficiências de apetrechamento a pouco e pouco foram diminuindo, com a boa vontade e amizade de muitos, tornando sofríveis a forma porque se iam realizando as hibernações. Nos primeiros casos, quase chegávamos a ter de vigiar não só o hibernado como também o próprio pessoal encarregado da vigilância... e isto pelo receio havido, em desacreditar um processo que nunca tínhamos visto aplicar nem aplicado sequer. Enfim, isso já lá vai e depois do temporal a... bonança.

BASES TEÓRICAS DO MÉTODO

Estão primorosamente escritas por «LABORIT» no livro «Reaction Organique à L'agression et Choc» editado em 1952, muito embora, outras comunicações do mesmo autor tenham sido feitas.

Partindo do princípio de que toda a agressão, traumática, tóxica ou infecciosa, desencadeia no organismo reacções de defesa neuro-endócrinas que têm por fim manter a estabilidade do meio interior (Homostasia), arquitetam a base do processo.

Se o organismo atacado não tiver as suas reservas vitais esgotadas, aquelas reacções neuro-endócrinas umas vezes acetil-colínicas, outras adrenalínicas, vão enfraquecendo a pouco e pouco até desaparecerem. Já o mesmo não sucede, quando o organismo atacado, está depauperado e poucas ou nenhuma resistências apresenta. Laborit diz que no primeiro caso se deu uma «reacção oscilante harmoniosa» no segundo uma «reacção não harmoniosa». Portanto, neste último caso, as reacções de defesa são prejudiciais e muito nocivas ao organismo, em virtude de a porem em déficit no respeitante às necessidades requeridas.

Conseguiremos como diz Huguénard, amortecer as reac-

ções de regulação ou equilíbrio hémotástico, se obtivermos uma «involução do organismo» ou o que é o mesmo: «uma alienação fisiológica». E como a sua origem é neuro-vegetativa, se, se conseguir pôr fora de acção aquele sistema autónomo, obtém-se aquele fim. Esta inibição ou bloqueio neuro-vegetativo-endócrino, foi conseguido por Laborit, com meios medicamentosos, por um lado, que se opõe à propagação do influxo nervoso, por inibição dos mediadores químicos, por outro, pela redução do Metabolismo Basal proveniente do sistema neuro-vegetativo permanecer em repouso. Coloca-se assim o indivíduo num estado que em tudo se torna semelhante ao do animal hibernante, o que levou Laborit a dar ao processo a designação de «HIBERNAÇÃO ARTIFICIAL».

Completa-se este pela refrigeração do indivíduo ou simplesmente com sacos de gelo, distribuídos pelas zonas vasculo-nervosas, ou por intermédio de aparelhos mais ou menos complicados e de grande comodidade permitindo alimentar, ou melhor, manter a refrigeração de vários indivíduos simultaneamente.

Como o sistema neuro-vegetativo se encontra neutralizado ou bloqueado pelos medicamentos denominados líticos, previamente empregados, acontece que o organismo não reage ao frio com aumento de Metabolismo Basal, mas o frio vai até diminuir por forma notável as combustões celulares, o que é muito vantajoso e favorável num indivíduo esgotado em que as reservas orgânicas são mínimas. Deste modo, conseguem suportar agressões que doutra forma os conduziriam infalivelmente à morte.

No curioso como significativo dizer de «LABORIT E HUGUENARD», «o organismo humano trabalha em verdadeiro ralenty». O campo de acção deste método estende-se cada vez mais, indo da cirurgia à medicina interna, com ele se obtendo, pela combinação judiciosa das drogas usadas, como que uma verdadeira lobotomia pré-frontal.

Tem indicação em todos os casos cirúrgicos francamente maus nos quais a vida do doente periga grandemente, numa palavra nos casos em que com os métodos habituais quase é certo sobrevir a morte. Assim, tem sido usado na cirurgia de guerra (haja em vista a sua aplicação intensiva nos campos da Indochina que mereceu ao Governo Francês a sua melhor atenção enviando àquela zona uma missão médica chefiada por Laborit, com o fim de estudar e colher resultados da sua aplicação).

Emprega-se igualmente na:

Cirurgia pulmonar
Neuro-cirurgia
Cirurgia-cardíaca
Cirurgia-digestiva
Tratamento de grandes queimaduras
Estados de choque.

No campo médico, tem sido descrita a sua aplicação em tétanos, meningites, eclâmpsia, septicopioémicas, anúrias e hipertensões malignas, etc., não esquecendo a neuro-psiquiatria.

TÉCNICA

Laborit, obteve a hibernação com a associação de várias substâncias que entram na constituição dos por ele chamados «Cocktails líticos». Estes, uma vez preparados, põem-se a correr lenta e continuamente em gota a gota numa veia do indivíduo, após conveniente preparação do doente, a fim de

progressivamente ir recebendo bem os diversos ingredientes que convenientemente associados e variados evitam a Taquifilaxia e Histaminemia. A lista dos constituintes líticos já hoje é grande, mas, os mais necessários e até fundamentais são sem dúvida os derivados da Fenotiasina.

- 3.277-R. P. Prometasina
2.987-R. P. Diparcol ou antipar
4.560-R. P. Ou cloridrato de dimetil amino-propil
N-clorofenotiasina.

Além destes há ainda:

- A procaína
Os curares
Os pentametónios
Os hexametónios
A petidina
A esparteina
o ião magnésio.

Outros compostos, estão a ser convenientemente estudados, dadas as suas propriedades líticas, mas por ora desconhecem-se as suas doses pelo que não entraram ainda na prática do método.

Durante a hibernação, devemos evitar a administração de drogas susceptíveis de alterar o bloqueio neuro-vegetativo que lenta e progressivamente fomos obtendo, e portanto, contra indicados estão: o uso de simpáticosmiméticos, coramina e outros analépticos cárdio-respiratórios a não ser com muita prudência e parcimoniosamente, vitamina c, etc.

Recomenda ainda Laborit que, o líquido vector deverá ser tão indiferente quanto possível e assim os mais usados são:

- Soluto de polivinil-pirrolidona
Soluto de amino-ácidos
Soro glicosado
Soro fisiológico
Hidrolisados de proteínas
Plasma.

Usando o soro glicosado, dever-se-á ter presente que o indivíduo hibernado aproveita mal a glicose, pelo facto da inibição parcial da secreção pancreática, levando alguns autores a administrarem insulina quando o empregam. Resumidamente esboçadas as ideias que nortearam Laborit nos seus trabalhos, depois esquematizados por Huguenard, passamos à sua aplicação prática, nos casos em que deste método nos temos servido.

Compreendem eles:

- a) — Dois casos de choque.
b) — Dois tétanos.
c) — Um foro neuro-psiquiátrico.
d) — Dois de foro cirúrgico pròpriamente dito.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1.º: Chamado ao Hospital de urgência, deparei com um indivíduo, de raça negra, de 25 anos de idade, portador da papeleta n.º 2.034, com muito mau estado geral, a quem com uma raquianestesia simples, tinham feito uma ente-

rostomia e anastomose topo a topo, motivada por uma hérnia estrangulada que datava de há 6 dias. No acto operatório, verificou-se haver necrose da ansa intestinal e epiploon.

O doente estava em choque, com sudação abundante, sem pulso e sem tensões audíveis. Já se lhe haviam dado analépticos cárdio-respiratórios e nenhuma reacção favorável se notara.

Resolvi neste grave estado, desbridar uma veia e pôr a correr, enquanto não vinha sangue para transfusão, Intradex no qual se havia misturado 3 ampolas de coramina.

O mesmo estado se manteve.

Entretanto foi preparado Plasma (500 c.c.), no qual se deitou Diparcol (0,25) mais 50 miligramas de Petidine, mais uma ampola de Phenergan, e Cortiron hidrossolúvel.

Começou a correr perto das 14 horas.

Pouco depois da administração, deste cocktail, a sudação que era abundante, começou a pouco e pouco a desaparecer, e a notar-se vasodilatação acentuada, desenhando-se perfeitamente as veias.

O líquido que até esse momento entrava lentamente, embora o regulador do gota a gota se encontrasse completamente aberto, passou a escoar-se com grande facilidade pelo que tivemos de fechar um pouco o regulador, tanto mais que já se haviam gasto 250 c.c.

O estado do doente era francamente melhor.

O pulso começava a sentir-se e o doente a socegar, deixando a agitação de início.

Cerca das 15 horas apresentava já o doente:

| | |
|-------------------|------------------------------|
| Pulso | 105/minuto |
| Tensões | 14 de máxima 10 de mínima |
| Respiração | 30 ciclos respiratórios |
| Temperatura | 37 graus centígrados. |

O doente estava francamente recuperado mas indiferente a tudo quanto se passava à sua volta, numa sonolência de que saía somente quando por ele se chamava, mas mergulhando no mesmo estado acto contínuo.

Como com esta terapêutica, conseguíramos tirar o doente do choque, resolvemos não dar sangue e, pelo contrário continuar com o gota a gota de:

2 frascos de Intradex, a que se juntou:

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| Diparcol | 2 ampolas |
| Petidine | 2 ampolas de 100 miligramas |
| Phenergan | 2 ampolas de 0,050 grs. |
| Cortiron hidrossolúvel | 2 ampolas. |

Isto levou a correr até perto das 8 horas do dia seguinte, ou seja 21 de Maio.

Manteve-se durante este tempo com as tensões arteriais a oscilar entre:

12-13-14, de máxima.

6-8 de mínima.

Temperaturas: 37,5 a 38,2.

Ciclos Respiratórios 20 a 30 por minuto.

Conservou-se sempre calmo e sonolento.

Livre pois do choque, foi então mandado para o Hospital da Caridade.

Teve um post-operatório normal, sem novidade.

Segue-se o gráfico com as temperaturas, tensões arteriais, ciclos respiratórios, e pulso. Se tal foi possível durante a noite fazer-se, devo-o à boa vontade do colega Ferreira de Almeida, a quem aqui deixo os meus agradecimentos.

Em todas

AS AFECÇÕES ESPÁSTICAS

dos órgãos abdominais
e genitais e nos espasmos
das partes moles musculares
durante o parto.

BUSCOPAN

ESPASMOLÍTICO COM ACÇÃO ELECTIVA

ganglioplégico vagotropo

Medicação eficaz
de grande margem terapêutica,
isenta de acções secundárias.



Apresentação: Ampolas, grajeias e supositórios a 0,01 g

C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN

Representantes para Portugal e Ultramar:

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, LDA. - R. Actor Taborda, 13
LISBOA-N.

AGORA... **UM**
grama DOSES
 DIÁRIAS
 CLORIDRATO DE
Aureomicina
 CRISTALINA
Lederle

Empregada até ao presente em mais de 10.000.000 de casos clínicos, são superiores a 7.000 as comunicações que sobre a Aureomicina se publicaram, provenientes de todos os campos da prática médica mundial. Desde 1949 que a tendência destes estudos vem confirmando a eficácia na aplicação de doses mais reduzidas de Aureomicina, o antibiótico de espectro verdadeiramente amplo e actividade absolutamente uniforme.

Lederle ... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

| Dose | Peso aproximado do paciente | Quantidade a administrar | Número de doses cada 24 horas |
|---------------|-----------------------------|--|-------------------------------|
| 0,1 g. diário | 8 quilos | Uma dose de 50 mg. duas vezes por dia, depois de comer. | 2 doses |
| 0,5 g. diário | 40 quilos | Uma dose de 250 mg. duas vezes por dia, depois do almoço e do jantar. | 2 doses |
| | | Uma dose de 100 mg. cada 3 ou 4 horas, depois das refeições. | 5 doses |
| | | Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite. | 10 doses |
| 1,0 g. diário | 80 quilos | Uma dose de 250 mg. cada 4 horas, excepto durante 8 horas de noite. | 4 doses |
| | | Uma dose de 100 mg. cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite. | 10 doses |
| 1,5 g. diário | 120 quilos | Uma dose de 250 mg. cada 3 horas, excepto durante 6 horas de noite. | 6 doses |



LEDERLE LABORATORIES DIVISION

AMERICAN *Cyanamid* COMPANY

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N. Y.

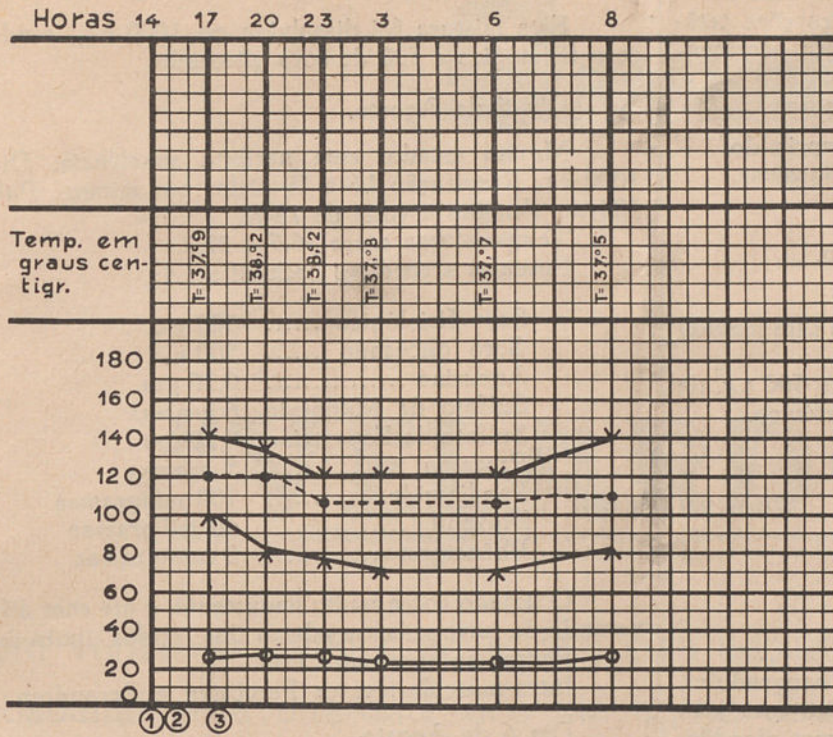
Embalagens: CÁPSULAS — frascos de 8 e de 10, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPERSOIDS (PÓ DISPERSÍVEL) — frasco de 75 g. PASTILHAS — frascos de 25, c/ uma com 15 mg. POMADA — tubos de 14,2 e de 28,4 g. com 30 mg. por grama. OFTÁLMICA — Colírio — frascos conta-gotas com 25 mg.; Unguento — tubos de 3,5 g. a 1%. * INTRAVENOSA — frascos de 100 mg. com diluente de leucina. NASAL — frascos de 10 mg. FARINGETAS — caixas de 10 com 15 mg. c/ uma. PASTA DENTAL — boiões de 5 g. CONES DENTAIS — tubos de 12 com 5 mg. c/ um. ÓTICO — frascos de 50 mg. * PÓ VAGINAL — frascos de 5 g. a 200 mg. por g. * SUPOSITÓRIOS VAGINAIS — frascos de 8. * PÓ CIRÚRGICO — fr. 5 g. com 200 mg. por g.

* A introduzir brevemente.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar:

ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.
 Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA
 Rua de Santo António, 15 — PORTO

Gráfico n.º 1



Dia 20-21/5/58

- (1) INTRADEX c/ 3 coraminas
- (2) PLASMA HUMANO com: Diparcol + Petidine + Phe-nergan + Cortiron Hidrossolúvel.
- (3) 2 frascos de Intradex com 2 f. de Diparcol + 2 f. de Petidine + 2 f. de Cortiron Hidrossolúvel + 2 f. de Phe-nergan

Caso 2.º: A. M. Gomes, raça branca, de 9 anos de idade, natural de Valondo do Vouga. Baixou a 26 de Julho e teve alta a 9 de Agosto de 1953.

Papeleta n.º 2402, 2.ª classe.

Diagnosticado um Tétano, foi nesse sentido medicado com:

S. A. T., luminal, Penicilina, cálcio e Antistina, pelo seu Médico assistente, Dr. Ataíde Ferreira.

Piorava de hora para hora, aumentando as contracções de frequência e amplitude.

Chamado para fazer CURARE, escolhi o FLAXEDIL, pela possibilidade de o poder dar por via muscular, além da via endovenosa.

Um terço de ampola de Flaxedil, foi administrado perto das 21 horas, não havendo sinais de depressão respiratória, que se aparecessem seriam prontamente dominados com um aparelho de respiração artificial colocado no quarto do doente prevendo aquela hipótese, além dos demais cuidados que exigisse o caso.

De 8 em 8 horas deu-se um terço de Flaxedil, ou seja um terço de 2 c.c. que quer dizer: $\frac{1}{3}$ de 40 miligramas.

As melhoras não se notaram, e falando com o Médico assistente, propuz fazer-lhe hibernação artificial o que foi aceite.

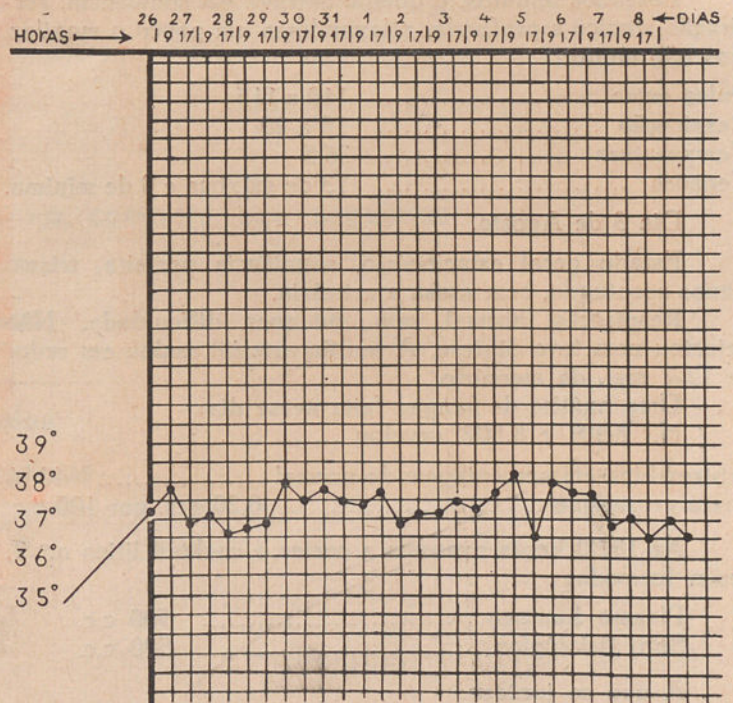
Deste caso não tenho documentação, além do gráfico de temperaturas. Se a ele me refiro é porque tentei um esquema, de acordo com as regras de LABORIT, que segui, e me permitiram nos três últimos casos já fazer hibernações sofríveis, que sem este seriam impossíveis.

O esquema de conduta foi sensivelmente o mesmo que, no caso seguinte indico, somente dele não tenho documentação, repito.

Lembro-me bem do entusiasmo de que fomos possuídos, quando após terem corrido os primeiros centímetros cúbicos do cocktail, o doente começou a ficar sonolento, o relaxamento abdominal completo, e o trismo desaparecido!

Manteve-se em hibernação perto de 8 dias, e como esta nem sempre era perfeita, acontecia sair por vezes o doente da sua sonolência e pedir comida que lhe era dada, pelo que no fim do tratamento se encontrava com muito melhor aspecto e mais gordo.

Segue Gráfico de temperaturas — n.º 2



Caso 3.º: M. O. Madaleno, 20 anos de idade, mestiço. Queixa-se de que tem dificuldade em abrir a boca e fortes dores na região dorso-lombar.

Papeleta n.º à observação: trismo, sorriso sardónico, rigidez acentuada, não apresentando ainda opistótonos.

Em ambas as pernas apresenta grandes úlceras vari-cosas, mal tratadas e infectadas que devem ter sido a porta de entrada do Bacilo de Nicolaier.

Diagnosticado Tétano, foi pelo Dr. Dinis da Gama, pedido o meu concurso sobre a viabilidade de fazer a Hibernação.

Resolvi fazê-la no dia seguinte, se acaso não se obser-vassem melhoras, continuando entretanto com a seguinte medicação:

- S. A. T. 60.000 unidades de 4-4 horas
- Penicilina 500.000 unidades de 3-3 horas
- Hidrato de Cloral em clister e poção;

Dia 2 de Agosto.

O doente apresenta reacção de soro, trismo mais acentuado e mais fortes dores dorso-lombares, contracções tetânicas sem contudo haver opistónos. À terapêutica acrescentamos antihistamínicos, cálcio, vitamina C.

Resolvida a Hibernação, começamos às 17 horas:

per os gardenal 1 comprimido
intra muscular petidine 50 miligramas.

O pulso é cheio, 112 pulsações/minuto.

Respirações 20 ciclos/minuto.
Temperatura 37-38 graus c.

Não tem dificuldade em respirar e a língua está húmida e limpa.

Preparamos 1000 c.c. de líquido vector, com 500 c.c. de soro fisiológico e 500 c.c. de soro glicosado hipertónico.

Aos 1000 c.c. juntamos:

Vitamina B₁ 0,20 gr.
Pétidine 100 miligramas
Phénergan 0,050 gr.
Diparcol 0,25 gr.
Flaxedil 40 miligramas
Procaína 3 gramas.

Às 20 horas, colocamos a correr na veia do sangradouro, muito lentamente, este cocktail, e fixamos o braço com uma tala de madeira convenientemente almofadada com algodão, a fim de não mexer o braço.

Por via intra-muscular: Percorten de 5 miligramas mais Perandren.

Passados minutos, o doente entrava em sonolência, respiração rítmica e profunda, relaxando-se um pouco o maxilar, mas não muito.

Pulso entre 110 a 115
Respiração 18 a 20
Temperatura 36,5
Tensões 13 de máxima e 8 de mínima.

Dia 3 de Agosto.

Estado geral estacionário, sonolência perfeita, trismo menos acentuado, bem assim a urticária.

Respiração normal sem qualquer dificuldade. Não dejectou nem teve diurese. A tensão arterial andou em redor de 12-7 mm. de mercúrio.

Uma análise de sangue feita nesse dia:

N.º 8.501 e 8.502, revelou

Protrombina em percentagem do normal 40 %
Ureia no sangue 0,20 grs. por 100 c.c.

Às 18,30 horas pusemos a correr o cocktail lítico n.º 2, assim formado:

Plasma humano 500 c.c.
Soro fisiológico 500 c.c.

A que se juntara:

Diparcol 0,50 gr.
Novocaína 5 gramas
Vegolysen 100 miligramas
Pétidine 300 miligramas
Aneurina 0,20 gramas
Flaxedil 40 miligramas

O líquido corre com dificuldade, notando-se que os tecidos do braço se encontravam com certo rubor e edemaciados, pelo que resolvi servir-me de outra veia.

Dia 4 de Agosto.

Mantém-se o estado do doente. Diurése de 700 c.c. Respiração de 16 a 19 ciclos respiratórios. Pulso de 74 a 94/m. Tensões 12-7. A temperatura desceu para 36,2.

Intra-muscularmente: Percorten, mais Perandren.

Pôs-se a correr o cocktail n.º 3:

Diparcol 0,50 gr.
Novocaína 5 gramas
Pendiamide 110 miligramas
Pétidine 300 miligramas

Aneurina 0,20 gramas
Flaxedil 40 miligramas

Esta mistura foi dissolvida em 1000 c.c., sendo 500 de soro fisiológico e 500 de soro glicosado.

Dia 5 de Agosto.

Mesmo estado, com perfeita sonolência. Diurese de 1000 c.c. Respiração 16 a 19 ciclos por minuto. Pulso: 74 a 104/m. Tensões à volta de 13-8.

Temperaturas entre 36,5 a 37,2.

Pusemos a correr o cocktail n.º 4:

Soro fisiológico 500 c.c.
Soro glicosado 500 c.c.
Aneurina 0,20 grs.
Sulfato de Magnésio 6 gramas
Sulfato de Esparteína 0,20 grs.
Procaína 5 gramas
Pendiomide 100 miligramas
Flaxedil 40 miligramas
Phénergan 5 centigramas.

O líquido corre muito lentamente, e até com dificuldade, notando de novo rubor e edema dos tecidos, junto da agulha. Passou-se para outra veia.

Intra-muscularmente: Percorten e Perandren.

Dia 6 de Agosto.

O estado de sonolência mantém-se, mas menos profundo que nos dias anteriores e com algumas interrupções. Por vezes ligeiras contracções, embora muito espaçadas. Diurese 1800 c.c. Tensões: 13-8. Pulso: 80 a 104. Temperaturas: 36,1 a 37,6. Respiração: 18 a 20 ciclos respiratórios/m. Análise de sangue n.º 8.503: Protrombina em percentagem do normal: 100 %.

Continuou a correr o líquido do dia anterior, que ainda não acabara.

Intra-muscular: Percorten mais Perandren.

Dia 7 de Agosto.

Como os braços já estavam bastante castigados, resolvi aplicar a Técnica de A. Deschamps, et M. Cadoret, baseado à mesma em Laborit, mas aplicado na prática Médico-Psiquátrica, em Curas de Sono Prolongado.

A sonolência ficou de novo perfeita, não havendo contracções tetânicas e os músculos completamente relaxados. O trismo diminuiu.

A temperatura baixou para 36,5. O pulso: 91 a 94. Respiração: 16 a 20 ciclos respiratórios/m. Tensão arterial: 12-7.

Continuamos a dar intra-muscular: Percorten mais Perandren.

O costumeado esquema é que foi alterado:

Às 8,30 da manhã:

Fez-se a limpeza do doente e tomou o pequeno almoço. Per os: Gardenal 1 comprimido.

Via muscular: Diparcol mais Phénergan, mais Petidine. Misturados numa seringa.

Às 13 horas:

Deu-se uma compota de Fruta e um pouco de sumo de laranja.

Por via muscular: Diparcol mais Phénergan.

Aplicou-se 1 supositório de Dibar.

Às 21 horas:

Uma pequena refeição de compota mais sumo de laranja. Per os: Gardenal 1 comprimido.

Por via muscular: Diparcol, mais Phénergan, mais Petidine.

De madrugada:

1 supositório de Dibar.

Foi aplicado durante o dia 80 miligramas de Flaxedil em fracções de 1/3 de cada vez.



NOVA CONCEPÇÃO NO COMBATE AOS VERMES INTESTINAIS

"VELARDON"

Um vermífida, altamente eficaz, cuja acção se baseia num princípio absolutamente diferente dos até agora utilizados.

"VELARDON" DIGERE OS VERMES

INDICAÇÕES

O "VELARDON" está indicado no combate aos seguintes nemátodos:

- ascarídeos
- oxiuros
- tricocéfalos
- anquilostomos

Agora é, portanto, possível utilizar uma só preparação para combater toda a espécie de vermes, inclusivé os oxiuros até aqui tão difíceis de eliminar. Absolutamente inócuo.

APRESENTAÇÃO

Embalagem contendo:

1 saco de papel de alumínio com 20 grs. de granulado

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÉUTICA

Rua da Prata, 250-2.º — LISBOA / Rua Alexandre Braga, 138 — PORTO

BROMOTIREN

Atóxico nas doses terapêuticas — Não dá fenómenos de bromismo

PARA A TERAPIA BIOLÓGICA DAS HIPERTIREOSES E PARA A TERAPIA BRÓMICA DOS ESTADOS DE EXCITAÇÃO NERVOSA

NAS HIPERTIREOSES

Um ciclo de tratamento, em geral, admite a subadministração diária, por 20 dias, de 3 comprimidos e de uma ampola de 2 cc. por via intramuscular.

NOS ESTADOS DE EXCITAÇÃO NERVOSA

Dois ou três comprimidos ou uma ampola ao dia por via intramuscular.

NA HIPOGALACTIA

Dois ou três comprimidos durante o dia.

CONFECÇÕES { **Tubos de 20 comprimidos de grs 0,30 de dibromotirosina**
Caixas de 5 ampolas de 2 cc. de sol. a 4% de dibromotirosina

Distribuidor para Portugal, Ilhas e Colónias

M. RODRIGUES LOUREIRO

Rua Duarte Galvão, 44 — LISBOA

CONCESSIONÁRIO EXCLUSIVO DO

Labor. Químico-Farm. V. Baldacci-Pisa

Dia 8 de Agosto.

Seguiu-se o mesmo esquema, mas como o doente apresentava elevação de temperatura, pôs-se um saco de gelo na região pré-cordial. A temperatura oscilou de 36,5 para 38,7. O pulso de 90 a 109/m. A respiração: andou entre 17 a 25 ciclos respiratórios. Tensão arterial: 14-9 mm.

Diurese de 1200 c.c. Sonolência não tão perfeita como no dia anterior mas completamente sossegado.

Intra-muscularmente continuou-se com uma ampola de Perandren, mais Percorten.

Dia 9 de Agosto.

Pela manhã igual medicação, tal como nos dias 7 e 8, Recomeçou com a alimentação habitual.

Às 13 horas:

Gardenal 1 comprimido, mais 1 comprimido de Phénergan.

Almoço habitual.

Às 21 horas:

Gardenal 1 comprimido mais 1 comprimido de Phénergan.

Jantar habitual.

A meio da madrugada: Dibar 1 supositório.

Durante o dia deu-se 40 miligramas de Flaxedil, ou seja uma ampola fraccionada em três fracções.

Igualmente por via intra-muscular: Percorten, mais Perandren.

Temperaturas: de 36,9 a 39,9 e novamente 36,9.

Pulso: 85 a 108/m.

Respiração: 19 a 27 ciclos respiratórios/m.

Tensão arterial: 14-9.

Diurese de 1000 c.c. Sonolência menor, mas calmo. Continuou com um saco de gelo.

Dia 10 de Agosto.

Parou-se com a medicação lítica, na parte da tarde.

Temperatura normalizada.

Pulso: 80 a 92/m.

Respiração: 18 a 21 ciclos respiratórios/m.

Tensão arterial: 12 a 8 mm. de mercúrio.

Diurese de 1200 c.c.

Relaxamento muscular geral, ficando no entanto uma certa rigidez maxilar.

Análise de Sangue, n.º 8.507: Tempo de Protrombina... 100 %.

Segue-se o gráfico respectivo — n.º 3

Caso 4.º: A. T. de raça branca, de 19 anos de idade, solteiro, natural de Luanda. Papeleta n.º 4268, internado no Pavilhão de Neuro-Psiquiatria, a cargo do Dr. Rosales Teixeira.

É portador da doença de *Westfal-Strumpel*.

A pedido do colega Dr. Rosales, foi-lhe feito a Hibernação Artificial, durante o tempo que o gráfico indica, que por escassez de produtos se interrompeu no dia 15, ficando combinado até repeti-lo quando os tivéssemos em abundância, dados os resultados obtidos que foram deveras animadores, segundo a opinião do Neuro-Psiquiatra.

O esquema seguido foi o do caso n.º 3, pelo que não vale a pena repetir.

Durante esta hibernação houve alguns precalços como o escoamento demasiado rápido das soluções, pelo que estando em hibernação medicamentosa apenas na tarde de 13, dias 14 e 15, experimentou todos os cocktails no início deste trabalho indicados.

Neste doente fizeram-se já determinações de:

Tempos de Hemorragia.

Tempos de Coagulação.

Tempo de Protrombina.

Ureia no Sangue e Glicose

O Metabolismo Basal é que não foi possível determinar-se, por dificuldades técnicas.

Todos estes valores oscilavam dentro do normal.

(Vide Gráfico n.º 4)

Caso 5: Trata-se de um indivíduo de raça negra, de 22 anos de idade, papeleta n.º 4.948, entrado em 4 de Setembro de 1953, nome: C. F.

Sofreu um desastre de carrinha perto de Luanda, chegando ao banco do Hospital com perda do 1/3 inferior da perna direita por esmagamento, bem assim esmagamento do 1/3 médio da perna esquerda. Estado de choque.

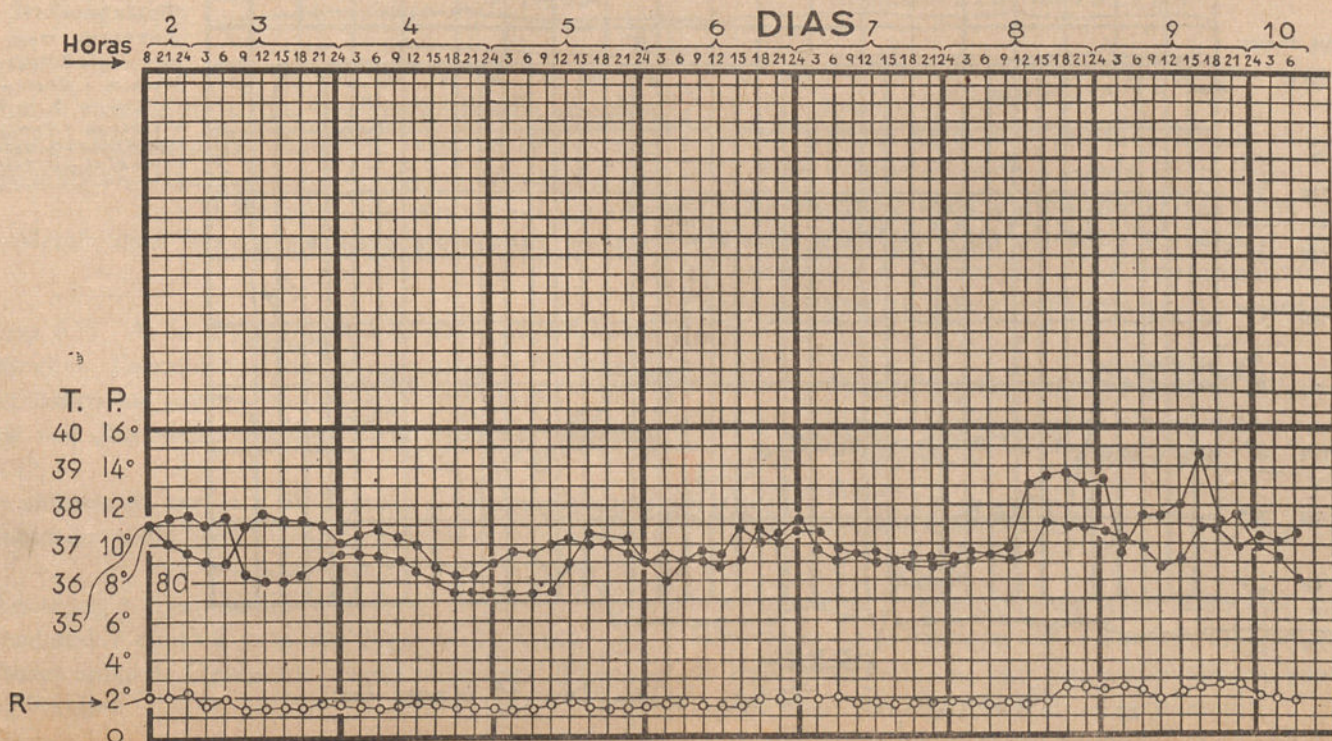
Dado o seu estado ser muito grave, foi resolvido proceder-se à hibernação quanto antes, tirando-o assim do choque e ao mesmo tempo prepará-lo para a operação. Aguardando o Transfusor, comecei por administrar ao doente, em gota a gota rápido um frasco de Intradex, enquanto se preparava um outro, no qual se misturou:

Petidine 100 miligramas.

Phénergan 5 centigramas.

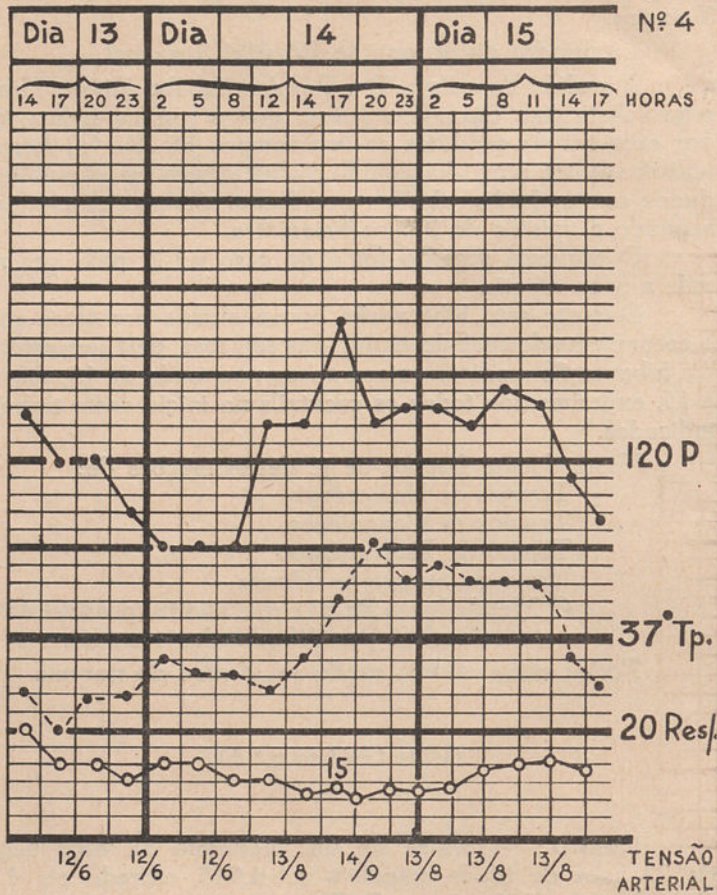
Diparcol 0,25 gr.

Novocaina 1 gr.



PAPELETA Nº 4268
PAV PSIQUIATRIA

A.T.
GRÁFICO
Nº 4



Administrado o frasco de Intradex simples, começou a correr o 2.º, com os componentes líticos, em cujo tubo de gota a gota injectamos em 3 fracções uma ampola de Petidine, uma ampola de Phénergan, uma ampola de Diparcol.

Um frasco de Sangue total de 250 c.c. igualmente se pôs a correr lentamente por meio de um sistema em y que costumamos usar sempre que mais de um liquido se administra.

Tanto o sangue como o 2.º Intradex com os líticos corriam muito lentamente.

A tensão arterial que não se ouvia, por volta das 12 horas e trinta começou a oscilar nos valores de 10-6. O pulso,

embora muito taquicardico, sentia-se bem em redor de 160/ minuto.

Obtido o estado de sonolência iniciamos a *Refrigeração* colocando sacos de gelo assim distribuídos:

- 2 nos membros esmagados.
- 2 na região popliteia.
- 1 nas virilhas.
- 2 nas axilas.
- 1 na região précordial.

Foi esta refrigeração iniciada às 13,10 horas, sem que se esboçasse qualquer arrepio o que provava que o bloqueio do sistema neuro-vegetativo-endócrino estava perfeito.

Os valores do pulso: 148/m.

Tensão: 13-10 mm. de mercúrio.

Respiração: 20 ciclos/m.

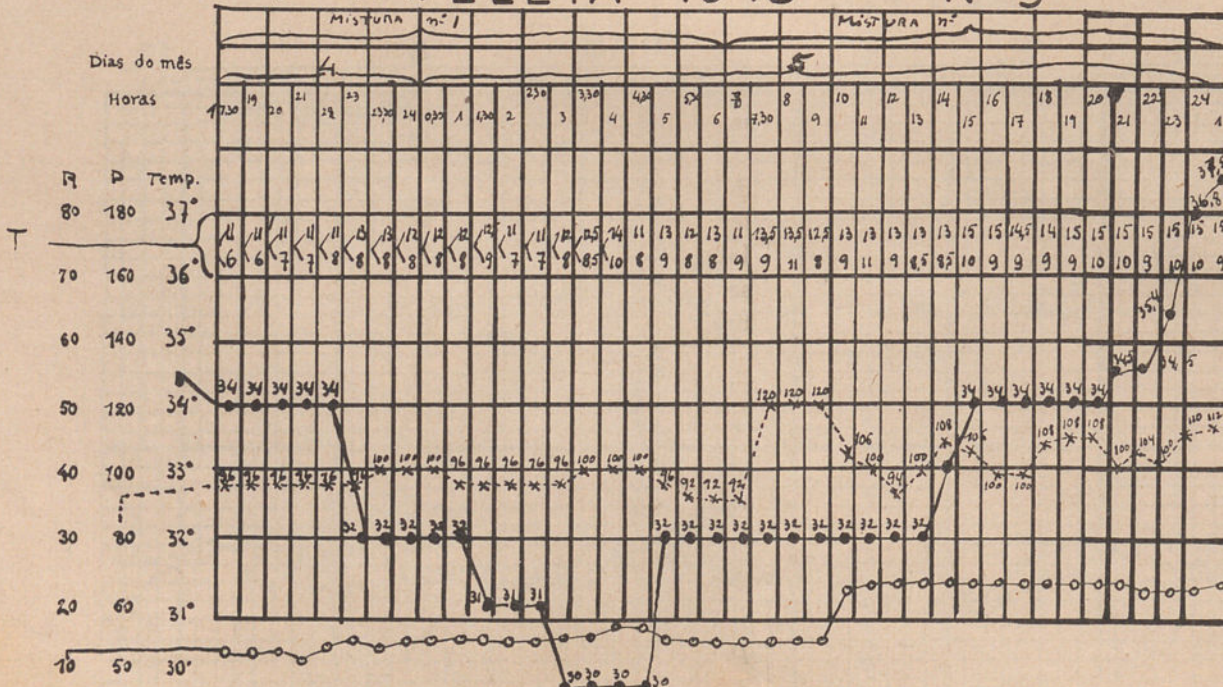
O quadro junto mostra as variações sofridas na Tensão Arterial, Respiração, Temperatura e Pulso até que se preparavam as coisas para a operação:

| Horas | 13,20 | 13,25 | 13,30 | 13,35 | 13,40 | 13,45 | 13,50 | 13,55 |
|-----------------|----------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|--------|
| Pulso | 186 | 136 | 142 | 128 | 120 | 116 | 116 | 120 |
| Tensão arterial | 13,5-10. | 14-10. | 14-10. | 16-11. | 17,5-11. | 18-11. | 18-11. | 19-12. |
| Respiração | 20/m | 20/m | 20/m | 16/m | 20/m | 20'm | 20'm | 16/m |
| Temperatura | 35,7. | 35,7. | 35,1. | 35,1. | 35,2. | 35,2. | 35,2. | 35,2 |

Às 14 horas e 10 minutos iniciou-se a Operação, após ter-se injectado no tubo da perfusão 0,20 gramas de *Pentotal* com 7,5 miligramas de *Tubarine miscível*. Durante 10 minutos administramos 400 c. cúbicos de Oxigénio e como o doente respirasse bem fechamo-lo a seguir.

Segue-se Ficha de Anestesia n.º 5

CF PAPELETA 4948 Nº 5



MISTURA n.º 1:
INTRADEx com:
PETIDINE + PHENERGAN +
DIPARCOL + NOVOCAINA +
VITAMINA B₁ + SORO
GLICOSADO + PETIDINE +
PHENERGAN + DIPARCOL +
NOVOCAINA + VITAMINA B₁

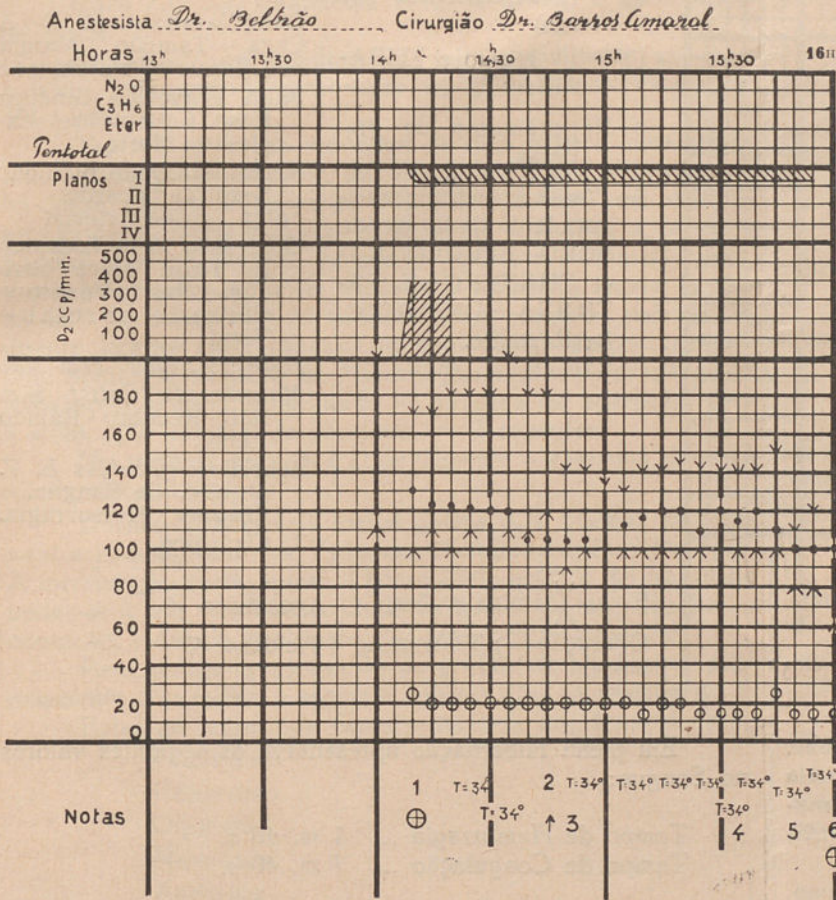
= HIBERNAÇÃO TOTAL DURANTE 31 HORAS =

Acabada a operação às 16 horas, foi o doente levado para a Sala de Reanimação, onde continuou a Hibernação durante mais 31 horas, conforme o gráfico n.º 5, indicam.

Transportado o doente para a Sala de Anestesia, com a finalidade de se obter uma via certa e segura, 2 horas antes da operação, colocamos a correr na veia do sangradouro:

Gráfico n.º 5

Dia 5/9/1943



Premedicação Satis. Sim Não
Agentes e técnicas Hibernação Artificial

- 1 - 0,20 de PENTOTAL + 7,5 mgs. de TUBARINE.
- 2 - 0,5 grs. de NOVO-CAÍNA → 0,10 gr. de PENTOTAL.
- 3 - Tirou-se o garrote da perna esquerda
- 4 - Mais um frasco de INTRADEX se pôs a correr.
- 5 - 0,10 gr. de PENTOTAL + 5 mgs. de TUBARINA e tirou-se o garrote da perna direita.
- 6 - 1 frasco de sangue 250 c. c. muito lento.

Ovo / Nasotraqueal - D - E Cega - Tampão - Manga Sob Máscara - Dificuldade Falta grave O₂ - Sincope Res. - Convulsão - Explosão - Morte Arritmia - Cianose - Shock Bradi/Taquicardia Falha Tensão Arterial Depressão Resp. Espasmo L. Tosse - Muco - Sangue - Pus - Vômito - Obstrução parcial - Total Indução Satisf. Sim Não Manutenção Satisf. Sim Não - Recobro - Rápido Lento Sobredose - Flúidos E. V. Trauma Hemorragia.

T. A. √ Pulso ● Resp. ○ Anestésico ×
Operação ⊕ Transfusão φ Acidente ∇

Em plena Hibernação foram feitas:

| | |
|----------------------------|---|
| Doseamento de Ureia | 0,40 por mil c.c. |
| Tempo de Protrombina | 22,5 segundos (25 % de actividade de Protrombina) |
| Reserva alcalina | 74 volumes de CO ₂ |
| Tempo de Hemorragia | 2 m. 10 s. |
| Tempo de Coagulação | 8 m. 20 s. |

Análise sumária de Urina, que apenas acusou vestígios acentuados de Albumina. No sedimento: algumas células epiteliais poliédricas, alguns leucócitos, alguns filamentos de muco.

O Metabolismo Basal não se conseguiu fazer.

Caso 6.º: A. M. P. de 43 anos de idade, raça branca, sexo masculino. Entrado no Hospital Central a 6 de Agosto com diagnóstico um pouco obscuro. Papeleta: 4468.

Por nós observado, colocámo-lo na escala de Waters no risco D.

As análises de sangue e Urina nada revelaram de anormal e marcou o dia de Operação, marcou-se a pré-medicação:

Phénergan 1 comprimido.

Nembutal 1 cápsula para ser dado às 21 horas.

3 horas antes da Operação: por via muscular... Phénergan mais Petidine.

500 c.c. de Soro Fisiológico com Vitamina B₁ em gota a gota muito lenta.

90 minutos antes da operação: em 100 c.c. de soro fisiológico misturamos:

| | |
|-----------------|----------------|
| Petidine | 100 miligramas |
| Phénergan | 0,05 gr. |
| Diparcol | 0,25 grs. |

75 minutos antes da operação: começou a correr esta mistura, lentamente.

45 minutos antes da operação: tinham corrido cerca de 2/3 da mistura e obtido o estado crepuscular com sonolência, respiração lenta e profunda, pulso lento e rítmico. Iniciou-se a refrigeração que durou 40 minutos, após o que se transportou o doente para a sala de operações, tendo-se tirado os sacos de gelo, distribuídos pelas regiões seguintes:

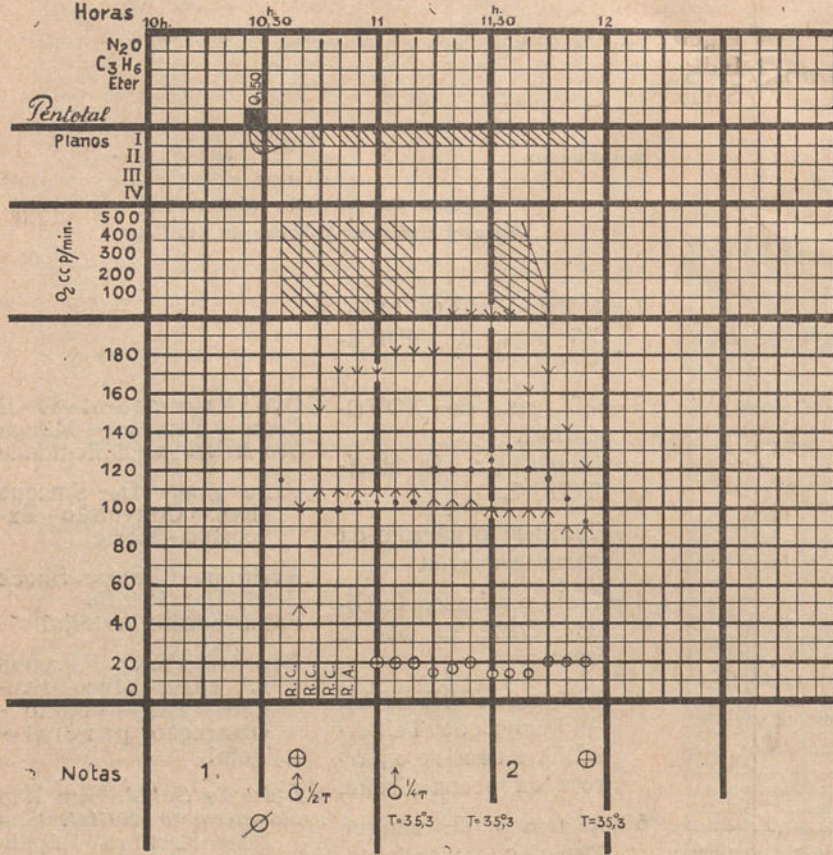
- Região Popliteia de um e outro lado.
- Região Inguinal de um e outro lado.
- Epigastro.
- Axilas.
- Região Pré-cordial.

Iniciou-se a operação após se ter dado 0,50 gramas de Pentotal e 7,5 miligramas de Tubarine. Operação: Incisão de Kehr, exploração da vesícula, e vias biliares, gastrectomia Pollya Finsterer. Operador: Silveira Ramos.

SEGUE FICHA DE ANESTESIA N.º 6

Anestesiista *Dr. Belbrão* Cirurgião *Dr. S. Ramos*

Dia 18/8/1953



Premedicação Satis. Sim Não

Agentes e técnicas - Hibernação artificial de LABORIT

- → 1½ TUBARINA (7,5 mgs)
- → 5,5 Mgs. de TUBARINA
- 2-Repuxamento de vísceras.
- 1-Pôs-se a correr gota-a-gota lenta de 10 c.c. de SÔRO FISIOLÓGICO e PHENERGAN, PETIDINA e DIPARCOL 1/3 Restante.

Ovo [Nasotraqueal D-E Cega - Tampão Manga Sob Máscara Dificuldade Falta grave O₂ Sincope Resp. Convulsão Explosão Morte Arritmia-Cianose Shock Bradi/Taquicardia Falha Tensão Arterial Depressão Resp. Espasmo L. Tosse Muco Sangue - Pus Vômito - Obstrução parcial - Total

Indução Satisf. Sim Não
Manutenção Satisf. Sim Não - Recobro - Rápido Lento.

Sobredose - Fluidos E. V. 80 c. c. de Sangue. - Trauma Hemorragia. 3 Cirúrgico.

T. A. X Pulso ● Resp. ○ Anestésico X Operação ⊕ Transfusão φ Acidente ▽

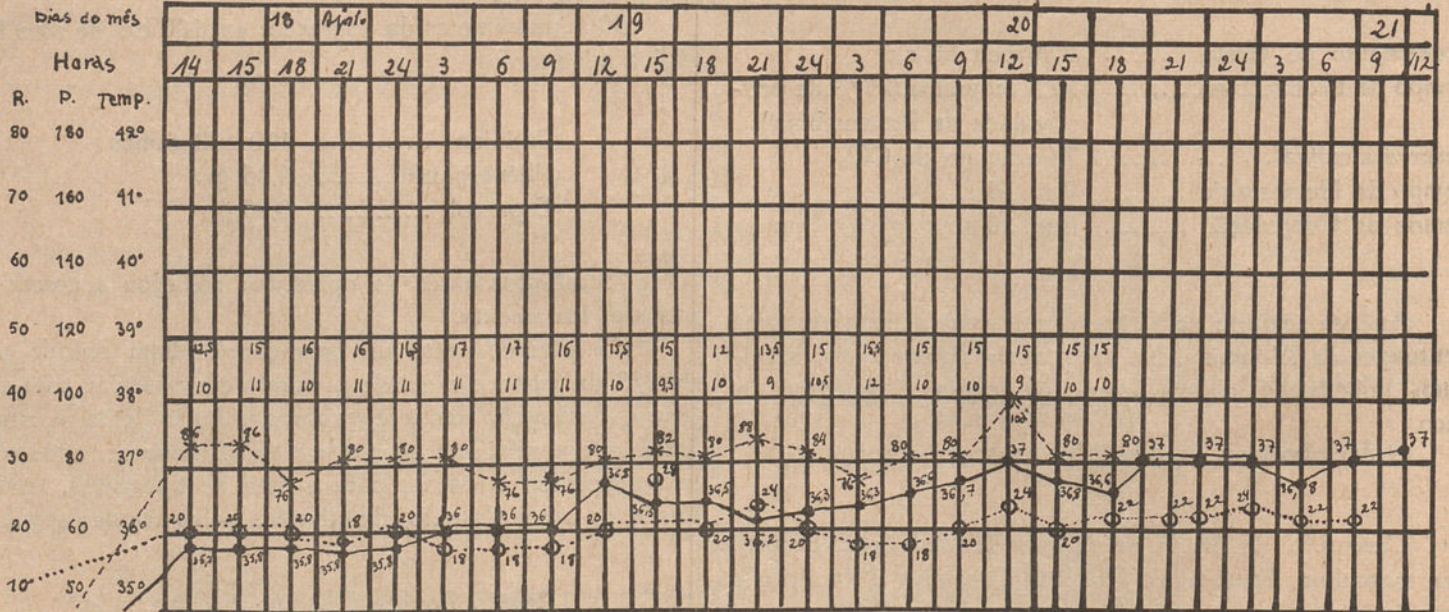
Acabada a Operação, que consistiu em: Incisão de Kehr. Exploração das Vias Biliares e Vesícula. Gastrectomia Polya Finsterer, levou-se o doente para a sala de Reanimação, onde se continuou a Hibernação que decorreu normalmente, consoante o gráfico da hibernação mostra.

Em plena Hibernação apresentava os seguintes valores no Sangue:

Tempo de Hemorragia ... 1 m. 40 s.
Tempo de Coagulação ... 7 m. 40 s.

Segue Gráfico de Hibernação n.º 7

AMP PAPELETA 4468 N.º 7



gota a gota permanente na VEIA

BALÃO n.º 1: Soro fisiol + Vit B₁ + Phenergan + DIPARCOL + PETIDINE.
BALÃO n.º 2: Soro glicosado + Vit B₁ + Phenergan + DIPARCOL + PETIDINE.
INTRA MUSCULAR: PERCORTEN + TESTOSTERONA

às 9,45: 0,5 gramade novocaina na Veia.

BALÃO n.º 1 + BALÃO n.º 2
INTRA MUSCULAR: Percorten + Testosterona

às 15h,30: clister de Soro glicosado com 0,50 gr. de Pentotal.

às 21 horas: Phenergan

clister de gota a gota com Soro glicosado.
INTRA MUSCULAR: Percorten + Perandren.

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| Ureia | 0,24 por mil c.c. |
| Glicose | 1,23 por mil c.c. |
| Proteínas no soro | 5,98 % |
| Tempo de Protrombina ... | 16,8 segundos = 45 % |
| Reserva de Alcalina | 62,6 vol. CO ₂ |

O metabolismo basal, por dificuldades, mais uma vez foi impossível de obter-se.

A análise de urina sem importância de maior.

Caso 7.º: E finalmente surge o último e único caso de morte.

Seguimos uma conduta em tudo semelhante ao caso anterior, colocando-o igualmente no *Risco D da escala de Waters*.

Tratava-se de um individuo de raça branca, com muito mau estado geral, portador de uma icterícia que se arrastava há quase um ano. Papeleta n.º 3001. Este doente, com péssimo estado geral, havia baixado ao Hospital e andava a ser preparado com transfusões de sangue, plasma e demais tratamento tonificante a fim de suportar a operação, grave já não só pela sua natureza mas também pelas precárias defesas do doente. Era um caso francamente mau. Resolvido com o cirurgião operar-se debaixo de Hibernação artificial, preparou-se tudo nesse sentido, começando na véspera da operação, com a medicação habitual de *Nembutal* — 2 cápsulas.

No restante seguimos sensivelmente o esquema do caso n.º 6, indicado atrás.

Durante a anestesia foram gastos 0,30 gramas de *Pentotal* e 15 miligramas de *Tubarine*, dividido em duas fracções. A intervenção durou quase 3 horas. Pelo gráfico de Anestesia poder-se-á ver a maneira como reagiu o doente durante a operação, e depois, nas horas seguintes até à sua morte.

Para melhor compreensão do gráfico da hibernação propriamente dito indico a seguir a constituição da mistura n.º 1.

Esta, tal como nos casos anteriores era formada por:

- Petidine.
- Phénergan.
- Diparcol.
- Novocaína.
- Aneurina.
- Soro Fisiológico.
- Soro Glicosado.

Operado no dia 22 de Setembro, começou a intervenção às 11,30 para terminar às 14,20 da tarde.

Veio a falecer perto das 21 horas do dia 23.

A operação consistiu em: colecistectomia, coledocotomia supra-duodenal, extracção de um volumoso cálculo. Duodenotomia. Catecterismo da Ampola de Vater e dilatação do coledoco inferior. Aplicação de tubo de Kehr até sair pela ampola de Vater. Gastro-pilorectomia Pollya-Finsterer. Cirurgião: Dr. Silveira Ramos.

Durante a Hibernação, apresentou os seguintes valores no sangue e urina:

Sangue:

| | |
|-------------------------|----------------------------------|
| Ureia | 0,32 por mil c.c. |
| T. de Protrombina | 17,5 segundos (40 % Protrombina) |
| Proteínas no Soro | 4,69 % |

Urina:

| | |
|-----------------------|---------------------------------|
| Volume | 130 c.c. |
| Densidade | 1.014 |
| Reacção | Anfotérica |
| Cor | Amarelo n.º 5 |
| Aparência | Turva |
| Depósito | Quase nulo |
| Cheiro | Sui Generis |
| Ureia por litro | 10 |
| Cloretos | 6,2 |
| Albumina | Vestígios fortemente acentuados |

| | |
|--------------------------|--|
| Glicose | Vestígios |
| Mucina | Não tem |
| Acetona | Não tem |
| Urobilina | Normal |
| Ácidos biliares | Contém abundantes |
| Pigmentos biliares | Contém abundantes |
| Indican | Normal |
| Sedimento | Algumas células epiteliais poliédricas, alguns leucócitos. Raros cilindros hialinos, abundantes cristais de fosfato amónio magnésio. |

Ainda aqui não foi possível determinar-se O METABOLISMO BASAL.

(Vide a ficha de Anestesia: Gráfico n.º 8)

(Vide Gráfico de Hibernação n.º 9)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se bem que os casos apresentados, sejam em tão pequeno número que impossibilitem poder tirar conclusões, devo no entanto mostrar o que verificamos, no decurso da aplicação do Método.

Assim:

1.º — Não conseguimos manter sempre completa sonolência, por uma forma contínua, constante e persistente.

2.º — Os hibernados, em que tal acontecia, permaneciam apesar disso alheados do que à sua volta se passava, ficando perfeitamente calmos e sossegados.

A razão deste facto, terá sido talvez, por na constituição dos cocktails usados, não ter figurado o 4560 R. P.

Este, segundo os Autores com experiência do Processo, é de todos os derivados da Phenotiazina aquele que mais pode-roso se tem mostrado.

Como não o conseguimos obter até agora, tivemos de empregar doses mais fortes dos outros Líticos, afim de suprimir a sua falta.

De resto, com o tempo, teremos oportunidade de verificar, se tal hipótese é verdadeira, uma vez que o 4560 R. P. esteja à nossa disposição.

3.º — A considerável redução na quantidade de Anestésico, a que este Processo conduz, é flagrante, conforme os respectivos gráficos mostram.

Na realidade, nos casos propriamente cirúrgicos, usando como Anestésico apenas o Pentotal e o Protóxido de Azoto, gastamos do primeiro entre 0,30 a 0,50 gramas, associados evidentemente ao Cloridrato de d-Tubocurarine, e do segundo, durante 5 minutos, 500 c.c., à razão de 50 %. E isto apenas num único caso.

Se atendermos à natureza das intervenções, e ao tempo gasto nas mesmas, ressalta bem a economia de Anestésico, que é um dos factores a ser ponderado por todo o Anestésista.

4.º — Não foi esquecida a Terapêutica Anabolisante, preconizada por Laborit e Huguenard.

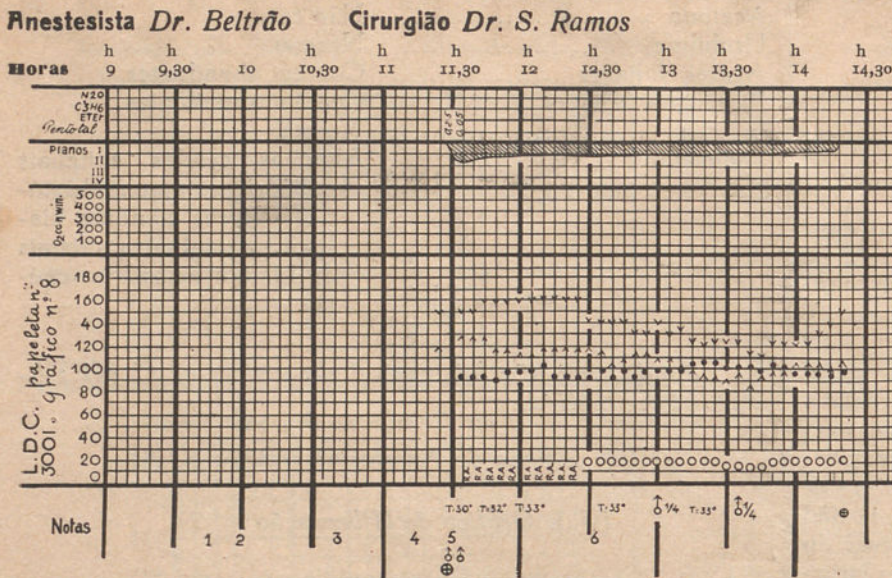
Esta foi realizada com Percorten, Aneurina, Perandren, Neosteron.

5.º — Não observamos Hipertermias brutais, no reacquecimento, nem dificuldades em retomarem a sua temperatura. Cumpre esclarecer, que as temperaturas, indicadas nos gráficos foram tiradas na boca dos doentes.

O termómetro usado foi um de estufa, em virtude dos habituais, não darem temperaturas tão baixas como as observadas e nós não termos ainda os de tipo de CARA, principalmente feitos para este fim.

6.º — Conforme atrás se verifica, no texto desta comunicação, no decurso das hibernações sobretudo, os exames laboratoriais são muito escassos, por dificuldades várias. Esta falta, aliás importante, e que bastante nos preocupou, foi em parte mitigada depois da leitura do trabalho de Huguenard «Technique et Résultats De L/Hibernation Artificielle», apre-

Gráfico n.º 8

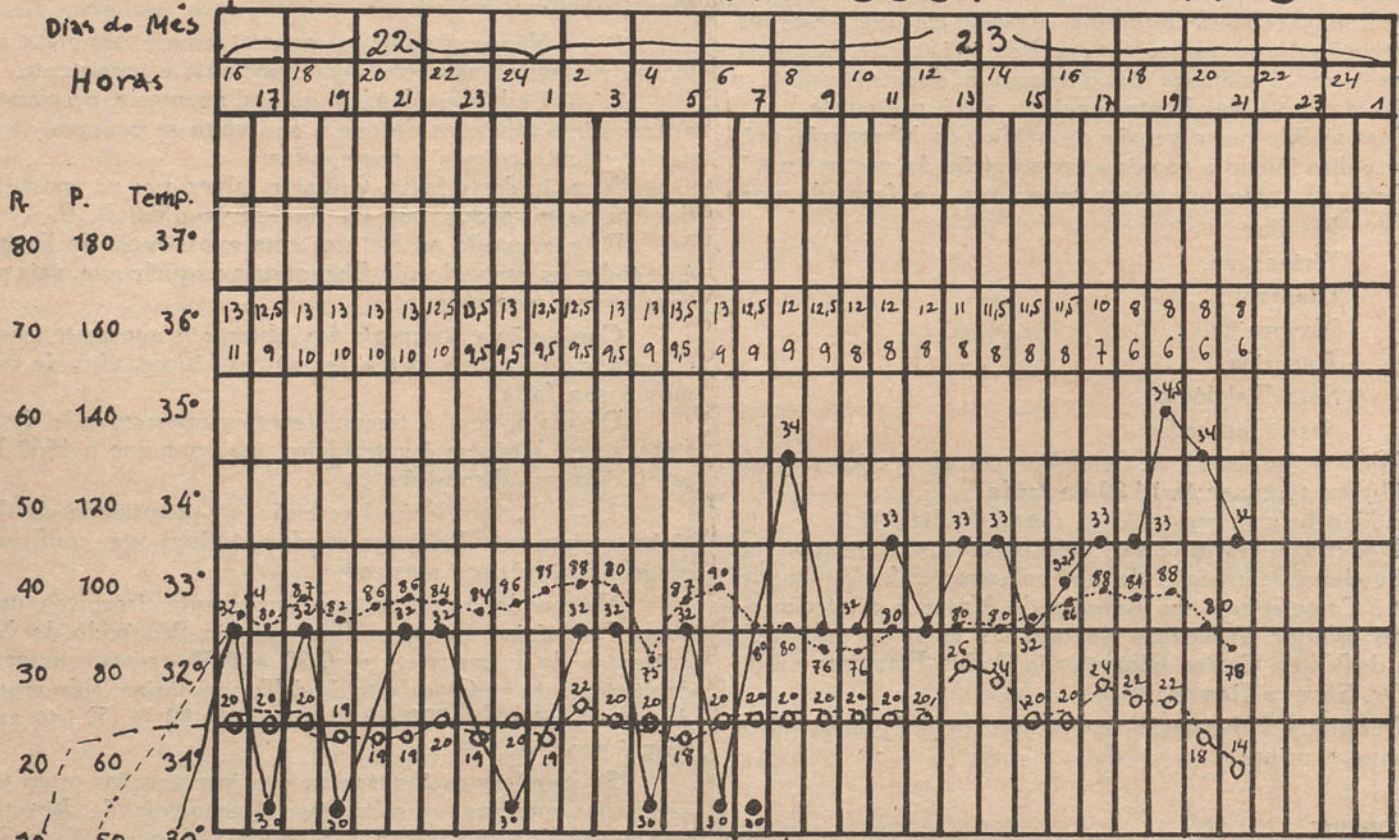


Premedicação **Satis. Sim Não**
Agentes e técnicas—Hibernação Artificial

- 1-Injeção I. M. de Petedine + Phenergan.
 - 2-Soro glicosado 500 c. c. + 0,10 gr. de VIT. B₁, em gota-a-gota lento.
 - 3-Soro fisiológico com a mistura M, até pseudo-narcese.
 - 4-Pethidene + Phenergan nº tubo de perfusão.
 - 5-PENTOTAL.
 - 6 Hemorragia da artéria cística.
- → TUBARINA, 0,75 mgs
○ → 1/4 de amp. TUBARINA
○ → 1/4 de amp. TUBARINA
- Ovo/Nosotraqueal - D-E
Cega-Tampão Manga
Sob Máscara Dificuldade
Falta grave O₂ Síncope Resp.
Convulsão-Explosão-Morte
Arritmia-Cianose-Shock
Bradi/Taquicardia
Falha Tensão Arterial
Depressão Resp. Espasmo L.
Tosse-Muco Sangue-Pus
Vômito - Obstrução parcial - Total
Indução Satisf. Sim Não
Manutenção satisf. Sim Não
Recbro - Rápido Lento
Sobredose - Fluidos E. V.
Trauma Hemorragia.

T. A. √ Pulso ● Resp. ○ Anestésico ×
Operação ⊗ Transfusão ∅ Acidente ∇

LDC PAPELETA 3001 N.º 9



Operado em 22-IX-1953 Toilette do dente Falecido

Às 16 horas de 22 começou a correr o cocktail n.º 1

Às 10 horas de 23 deu-se por Via Muscular: Percorten + Neosteron.

Em 23 Foi feita Transfusão muito lenta de 250 cc de sangue Total.

sentado no Congresso Nacional dos Médicos Anestesiologistas Franceses, em 1952, onde afirma que nos indivíduos hibernados há sempre tendência para uma melhoria nas várias constantes do organismo.

BIBLIOGRAFIA

Reaction Organique à L/agression et Choc — Por LABORIT.
L/hibernation Artificielle selon La Méthode de Laborit — Por A.

Bobbio, P. Goffrini E. Bezzi. Artigo da Presse Médicale de de 17 de Dezembro de 1952.
Sur L/hibernation Artificielle Appliquée au traitement d'un cas très severe de Septico-pychémie à staphylocoques — Por C. Martin artigo da Presse Médicale de 24 de Janeiro de 1953.
Ganghioplégiques et narcose en O. R. L. — Por A. Seroude et L. Canpam. artigo do tomo 69-1952-n.º 4 do Les Annales D/oto-Laryngologie.
Anestesia Potencializada — Por Italo Nunziata, artigo da La Prensa Médica Argentina, N.º 2, p. 107, 1953.
Hibernation Artificielle — Por P. Huguenard. Artigo saído na revista Anesthésie et Analgésie, Paris. 1952, 9.240.

MOVIMENTO MÉDICO

(Extractos e resumos de livros e da imprensa médica, congressos e outras reuniões, bibliografia, etc.)

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Indicações e condução do tratamento das lesões mínimas do pulmão pela estreptomina

Apareceu recentemente o n.º 2, Volume 6, da revista «Tuberculose e Doenças Torácicas», órgão do I.A.N.T., continuação do Boletim que, em 1906, começou a publicar a Assistência Nacional aos Tuberculosos. Como se declara neste número, inicia-se nova fase da revista, que agora também trata de doenças torácicas não tuberculosas.

Transcrevemos a seguir o artigo, que vem nesse número, do Dr. Alves de Sousa sobre o tratamento pela estreptomina das lesões mínimas do pulmão.

Segundo a classificação oficialmente adoptada pela National Tuberculosis Association (N. T. A.), são consideradas lesões mínimas: «Lesões leves, sem escavação demonstrável, limitadas a uma pequena parte de um ou de ambos os pulmões. A extensão total das lesões, sem considerar a sua localização, não deve exceder o volume de tecido pulmonar equivalente ao existente, num só lado, acima da segunda articulação condroesternal e da apófise espinhosa da quarta ou do corpo da quinta vértebra». De todas as definições propostas pelo Diagnostic Standard parece-nos ser a das lesões mínimas a menos feliz. Com efeito, é pouco clara, não só na redacção, mas também no emprego de termos de significação dúbia. Em especial a expressão «lesões leves sem escavação demonstrável» é particularmente infeliz, porque não consegue definir um conceito. O adjectivo «leve» (*slight*), por exemplo, se se refere à pequena extensão das lesões, não necessitava de ser empregado numa definição que trata precisamente deste tipo de lesões; além disso vem estabelecer confusão com a noção clínica de «leve» no sentido de pouco grave. Esta confusão é agravada com o que se segue: «sem escavação demonstrável». Ficamos assim sem saber o que torna a lesão «leve», se a sua extensão, se as suas características clínicas, ou se o facto de não haver cavidade. Mais ainda: o que devemos entender por escavação «não demonstrável»? Demonstrável pela simples radiografia, pelo estudo tomográfico ou pelos dados laboratoriais? A definição da N. T. A. não o precisa, tornando arbitraria e portanto variável, segundo o critério pessoal de cada autor, a selecção dos casos para o estudo das lesões mínimas. Assim, Florey, no seu recente trabalho, diz «não ser praticável excluir escavações, visto que a tomografia revela com frequência pequenas cavidades de paredes finas». Medler, no seu excelente trabalho anatómico-patológico, considera ainda lesões mínimas as que na autópsia apresentam cavernas não superiores a 1 cm., acrescentando que tais cavernas teriam sido difíceis se não impossíveis, de visualizar *in vivo* na radiografia. Parece-nos ousada esta afirmação, porque, em boa verdade, não julgamos difícil diagnosticar nos tomogramas cavidades deste tamanho ou mesmo menores. No nosso material de 55 casos, pelo menos 7 apresentavam cavidades seguras, tomograficamente bem visíveis, de diâmetro inferior a 1 cm., e só nos queremos referir às imagens cavitárias que não deixavam dúvidas, abstendo-nos de mencionar todas as outras de interpretação discutível mas cuja evolução ulterior veio provar que correspondiam de facto a pequenas cavernas. Portanto, a expressão de sem «cavidade demonstrável» deveria ser eliminada da definição de lesão mínima e substituída por outra mais precisa, como, por exemplo: «que não revelassem, por todos os métodos radiológicos actualmente usados, imagens cavitárias

superiores a 1 cm.». É este o critério que seguimos na escolha do nosso material.

Achamos também pouco claros e muito latos os limites que a mesma definição da N. T. A. estipula para a expansão das lesões mínimas. Aceitando-a rigorosamente, teríamos de incluir neste grupo os casos que apresentam uma zona infiltrativa densa, atingindo toda a área pulmonar que vai desde o vértice até à segunda articulação condroesternal. Não seria preferível limitar e definir melhor a noção da extensão? Parece-nos que o conceito seria mais claro se se tomasse como referência a área pulmonar compreendida entre dois arcos costais, como seja, por exemplo, o segundo espaço inter-costal anterior. No nosso material a extensão das lesões nunca excede esta área.

Seria de desejar que, num futuro próximo, a N. T. A. fizesse a revisão da definição das lesões mínimas, definição que tem servido de alvo a numerosas críticas, muito em especial no último Congresso da União Internacional contra a Tuberculose, que se realizou no Rio de Janeiro em Agosto de 1952.

Sejam quais forem as restrições impostas a esta noção, o que não resta dúvida é que corresponde a um conceito puramente quantitativo que, só por si, não sugere qualquer atitude terapêutica. A uma lesão mínima tanto podem corresponder nódulos esclero-calcificados estáveis como um infiltrado precoce, ou ainda focos apicais, tórpidos mas ulcerados.

Nesta ordem de ideias, quando nos propomos encarar as diferentes facetas do problema terapêutico das lesões chamadas mínimas, teremos, em primeiro lugar, de fazer o seu estudo qualitativo, o que implica reconhecer quais as que carecem de tratamento e quais as que podem ser consideradas inactivas. Tal problema é particularmente espinhoso neste tipo de lesões porque, mesmo quando activas, a sintomatologia objectiva e subjectiva é muito reduzida, senão nula, e não é raro manter-se a dúvida, mesmo à luz dos mais minuciosos dados clínicos, laboratoriais e radiológicos. É contudo de capital importância conseguir-se, com a maior certeza possível, um diagnóstico qualitativo seguro, tanto mais que muitas destas lesões são achados radiológicos casuais descobertos em indivíduos «sãos», abrangidos por serviços de despistagem (exames radiológicos sistemáticos das colectividades). Importa, se não quisermos fazer cair em descrédito esta preciosa arma de profilaxia da tuberculose, que não sejam rotulados de doentes pessoas que na realidade o não são. Com efeito, se determinado indivíduo que procura espontaneamente o médico por ressentir qualquer sintoma que o faz recear uma doença pulmonar, está, até certo ponto, psicologicamente preparado para aceitar o diagnóstico de tuberculose activa, o mesmo não sucede com o que se sente inteiramente bem.

Para estes, um diagnóstico clínico de tuberculose ocasiona um grave choque psíquico, já porque vem surpreendê-lo em pleno estado de saúde aparente, já porque o obriga a enfrentar, inesperadamente, uma série de graves problemas materiais, sociais e morais. Somos de opinião que não temos o direito de causar este choque, nem de impor qualquer restrição social e profissional na vida de um indivíduo que se sente bem, só por simples suspeita de actividade de uma lesão. Neste sentido, a nossa atitude diverge da de Amberson, que aconselha que seja internado todo o portador de uma lesão mínima, a fim de que seja devidamente observado e possam ser executadas minuciosas pesquisas laboratoriais. Já Hilboe é menos intransigente e só indica hospitalização se tiver sido demonstrado o B. K. na expectoração ou no suco gástrico, o que exige aturadas investigações, que podem ser feitas fora do regime de internamento. Parece-nos que este critério também não deve ser seguido com excessiva rigidez porque, por vezes, não se consegue demonstrar a presença de B. K., por mais minuciosos que sejam os métodos empregados, em processos seguramente activos, mas em que a eliminação de germe é demasiadamente esporádica para poder ser laboratorialmente demonstrada. Portanto, a resposta do laboratório deverá ser interpretada à luz dos dados radiológicos e clínicos. A simples radioscopia e a micro-radiografia, hoje correntemente usadas nos serviços de despistagem, são métodos que só podem servir para uma triagem grosseira e nunca para a avaliação qualitativa de uma lesão mínima. Esta regra que parece ser uma verdade elementar, nem sempre é respeitada; com efeito, desde que a radioscopia passou a fazer parte da aparelhagem corrente do clínico geral, este, muitas vezes, exige do exame radioscópico dados diagnósticos, prognósticos e terapêuticos para os quais o método não foi criado. Também a micro-radiografia, utilíssima para a despistagem da tuberculose ignorada no adulto, falhará se quisermos exigir dela a avaliação qualitativa de um processo pulmonar.

Infelizmente temos de reconhecer que, com frequência, quando nos encontrámos em presença de uma única radiografia de um indivíduo portador de uma lesão mínima, não conseguimos colher, tanto da clínica como do laboratório, dados seguros para avaliação da sua actividade. A velocidade de sedimentação (vel. sed.) falha muitas vezes. Assim, nos nossos 55 casos de lesões mínimas activas, 29 apresentavam uma velocidade inferior a 10 mm. A nossa experiência confirma apenas o que já foi constatado por todos os outros autores. Já os antigos trabalhos de Braeuning e Redeker sobre o início da tuberculose no adulto tinham demonstrado que uma pequena lesão inicial fresca era compatível com uma vel. sed. normal.

Mais complexo é o problema da presença de B. K., porque depende do método empregado para a sua pesquisa. É bem de ver que, neste tipo de lesões, será mínima, na maioria dos casos, a eliminação de germe, tornando portanto a sua pesquisa difícil, mesmo com exames exaustivos. Como é óbvio, quanto mais minucioso foi o método de pesquisa empregado, mais numerosos serão os casos positivos. Boberowitz, em 265 casos, tem somente 29 com análise de expectoração positiva, usando exames directos com homogenização. Também Reisner e Downes, em 469 doentes, encontram «um pequeno número de casos» com expectoração positiva. Estes autores reconhecem que teriam tido, provavelmente, muito maior número de casos positivos se tivessem empregado métodos mais minuciosos, como o provaram Decker, Ordway e Medlar. Ethel Florey apresenta uma selecção de 37 casos de lesões mínimas activas com eliminação de B. K., condição imposta pela natureza do trabalho, mas em mais de metade dos casos foi preciso recorrer à cultura das secreções colhidas por esfregaço da laringe. Na prática corrente não é fácil lançar mão a métodos tão minuciosos e, nos nossos 55 casos,

quase todos da clínica particular, só em 14 obtivemos resultados positivos, sendo 11 em exames directos de expectoração e 3 em inoculações à cobaia da expectoração ou do suco gástrico. Em todos os outros casos foram feitos exames sistemáticos da expectoração, mas, como esta era, em muitos deles, praticamente inexistente, é de supor que o material examinado tivesse sido, por vezes formado só por saliva. Em dois doentes que tinham expectoração bastante abundante a inoculação da mesma foi negativa, o que nos levou a hesitar no diagnóstico e a protelar a instituição duma terapêutica colapsante, adiamento que causou certo prejuízo aos doentes. Estes casos, apesar de excepcionais, provam que nem sempre se deve dar ao laboratório importância decisiva, devendo a clínica, e principalmente a radiologia, pronunciar-se em última instância.

A ausência de sintomas subjectivos não infirma um diagnóstico de tuberculose activa: é esta uma regra geral bem conhecida do tisiologista. A existência da tuberculose aberta, crónica, ignorada é relativamente frequente, e foi para despistar estas formas, permanentes fontes de contágio, que foram criados os exames radiológicos nas colectividades. Constatado este facto, é de esperar que, por mais forte razão, as de mínima extensão não causem ao seu portador qualquer sintoma, e é portanto lógico que este tipo de lesões forneça um importante contingente das tuberculosas ignoradas, descobertas nos exames sistemáticos. O largo emprego destes exames em todo o mundo veio por isso pôr o problema das tuberculosas mínimas na ordem do dia, obrigando o médico a definir perante elas uma atitude diagnóstica, prognóstica e terapêutica.

Todos os autores estão de acordo em reconhecer que uma lesão mínima *activa* pode não causar ao seu portador qualquer espécie de incómodo. Casos há todavia em que um portador de lesão mínima procura espontaneamente o médico por ressentir qualquer sintoma. Assim, no nosso material, 45 dos 55 casos foram diagnosticados porque os seus portadores se sentiam efectivamente doentes, e apenas 10 foram despistados em exames casuais. Não daremos a esta diferença significação de maior porque é inerente à qualidade do nosso material. Interessa porém tentar saber qual o sintoma, caso exista algum, que, com mais frequência, leva o doente portador duma lesão mínima a consultar o médico. Vejamos se o nosso material nos pode esclarecer neste sentido. Dos 45 que procuraram o médico espontaneamente, 20 apresentavam sintomas de astenia e dor nas costas sem localização precisa; 15 tinham tido escarros hemoptóicos; os 10 restantes queixavam-se de ligeira tosse. Duma maneira absoluta, temos de reconhecer que no nosso grupo de doentes a sintomatologia dominante é a mais vaga e menos significativa, sobretudo se esta pequena estatística for interpretada à luz doutra maior, que englobe a significação geral dos vários sintomas no diagnóstico da tuberculose pulmonar. Vejamos o que nos indica a experiência neste sentido. Percorrendo 1.000 fichas do nosso consultório, constatámos que 238 indivíduos nos procuraram por se queixarem de astenia e dores nas costas e destes 238 apenas 20 apresentavam lesões pulmonares tuberculosas justificativas das queixas, o que não chega a representar 10%. Portanto, o valor deste quadro sintomatológico é praticamente nulo para o diagnóstico da tuberculose pulmonar. Já o mesmo não se dá com os escarros hemoptóicos. Com efeito, de 133 indivíduos destas mesmas 1.000 fichas que apresentaram este sintoma, 110 tinham lesões tuberculosas activas. A relação portanto entre a presença desta doença e os escarros hemoptóicos é superior a 80%. Entre estes dois grupos ocupam um lugar intermédio os indivíduos que se queixaram de tosse mais ou menos produtiva. Estes forneceram uma percentagem de 30% de diagnósticos positivos para a tuberculose. Revendo a nossa pequena estatística sintomatológica das lesões mínimas à luz destes elementos,

temos de reconhecer que os escarros hemoptóicos, sintoma de grande valor no diagnóstico da tuberculose em geral, são também um sinal relativamente frequente nas lesões mínimas e ao qual maior significação devemos dar. Todo o indivíduo que o apresenta deve portanto ser radiografado e o que tiver lesões, mesmo sem outros sinais laboratoriais ou radiológicos de actividade, deverá ser mantido sob apertada vigilância. Não raras vezes os sinais de evolução só se manifestam alguns meses depois do acidente hemoptóico.

Podemos todavia dizer que os dados clínicos e laboratoriais falham com grande frequência no diagnóstico de actividade de uma lesão mínima e temos de nos contentar com a radiologia para chegar a uma conclusão. A própria radiografia pode deixar-nos hesitante por mais apurada que seja a técnica empregada e a prática do leitor, sobretudo quando dispomos de um só documento. É bem certo que o aspecto característico dum infiltrado esfumado pode ser suficiente para, sem qualquer outro exame complementar, o tisiologista experiente pôr o diagnóstico de lesão fresca e activa, mas já o mesmo não sucede quando existem elementos de defesa produtiva. Mesmo quando nos parece, e é bem difícil afirmá-lo com segurança, que é já nula a participação exsudativa no processo, não podemos, por isso, estar seguros da sua inactividade clínica. A própria presença de sais de cálcio não é garantia de inactividade. O trabalho de Medlar, que incide sobre 96 casos de tuberculose mínima, é neste sentido particularmente elucidativo e demonstra que uma lesão pode estar em parte calcificada e em parte necrosada. Temos portanto de nos convencer que é impossível fazer-se radiologicamente um diagnóstico seguro de lesão extinta. Só o clínico, vigiando periodicamente, poderá adquirir a certeza de que se trata, de facto, de uma lesão sem significação clínica, convicção esta que ficará sempre dependente da prova do tempo. Isto equivale a dizer que todo o indivíduo portador de lesões mínimas, qualquer que seja o seu aspecto radiológico, deverá ser submetido a exames periódicos, e só o cadastro radiológico individual nos pode fornecer elementos seguros quanto à actividade de uma lesão. Quantas tuberculoses cavitárias do adulto não partem destes pequenos focos chamados extintos! Vigiar estas formas mínimas, latentes, assintomáticas, é portanto fazer a profilaxia da tuberculose aberta. Parece-nos todavia que, enquanto não tivermos obtido, tanto quanto possível, a certeza de que estamos em presença de um processo em evolução, não julgamos razoável impor ao seu portador qualquer restrição social ou profissional. Pelo contrário, temos interesse em observar o comportamento desta lesão no decurso da vida corrente: será como uma prova de trabalho, prova esta sem perigo desde que seja feita dentro dos limites razoáveis e sob permanente vigilância.

Adquirida a certeza de que nos encontramos, de facto, perante uma lesão mínima activa, qual deve ser a nossa conduta terapêutica? Com a introdução da quimioterapia, o tratamento da tuberculose complicou-se singularmente, sobretudo porque todas as drogas empregadas, inclusive a hidrazida do ácido isonicotínico, de recente data, têm um período de acção limitado devido ao aparecimento do fenómeno da resistência. As três grandes armas terapêuticas — o repouso, a colapsoterapia e a quimioterapia — devem ser judiciosamente empregadas, quer combinadas quer isoladamente, de modo a fornecer o máximo rendimento. Neste trabalho pretendemos em especial esclarecer se temos o direito, nas lesões mínimas, de usar a estreptomina, correndo o risco de inutilizar assim uma arma que, noutra fase mais grave, poderia eventualmente ser dum importância vital. O estudo da estreptomina-resistência neste tipo de lesões é particularmente delicado, visto que a própria natureza do processo implica rara e esporádica eliminação de germes, e, se já é difícil demonstrar, para simples fins diagnósticos e prognós-

ticos, a presença de B. K., iniciada a quimioterapia tal pesquisa se tornará ainda mais dificultosa. Assim, Ethel Florey, no trabalho acima mencionado, no decurso de seis meses de tratamento em 19 doentes que receberam estreptomina, executou 650 culturas! Não nos parece possível, na prática, recorrer a esta minúcia laboratorial e, nos nossos 55 doentes, seguimos principalmente um critério clínico-radiológico.

O nosso material é formado por 55 casos que dividimos em dois grupos: grupo I, grupo *contrôle*, é constituído por 25 casos, aos quais não foi aplicada a quimioterapia; grupo II, formado pelos restantes 30, todos tratados pela estreptomina.

Devemos dizer que não obedeceu a um plano de trabalho pre-estabelecido esta divisão dos doentes. Nos 25 casos do grupo I não aplicámos a estreptomina porque a experiência que tínhamos então desta droga era limitada e não nos sentíamos autorizados a desprezar, a seu favor, terapêuticas clássicas, ou também, se alguns deles tivéssemos desejado empregá-la, esbarrávamos contra o obstáculo do seu excessivo preço, que impunha um sacrifício material em desproporção com a gravidade da doença. Nestes últimos quatro anos, já mais familiarizado com o manejo da droga, recorremos a ela nos portadores de lesões mínimas, procurando assim avaliar, à luz da nossa experiência anterior, até que ponto seria possível, neste tipo de lesões, evitar longos períodos de repouso ou, instituído o pneumotórax, a sujeição ao médico durante vários anos. Já não nos queremos referir ao colapso cirúrgico, ao qual temos por vezes que recorrer em pequenas lesões escavadas. É de esperar que, de futuro, estas graves mutilações funcionais, em desproporção com a extensão do mal, venham a ser substituídas pelas ressecções segmentares.

Vejamos agora qual o esquema terapêutico seguido no grupo II. Empregámos o sulfato de dihidroestreptomina numa dose única diária de 1 gr., sempre associada ao P. A. S. na dose diária de 12 gr., a fim de evitar, apesar da pequena quantidade de antibiótico empregada, o eventual aparecimento precoce da resistência. Este tratamento foi mantido com continuidade durante trinta dias, no fim dos quais foi feita nova radiografia. Desta dependeu a conduta futura: no caso duma resposta radiológica clara, no sentido de reabsorção do componente exsudativo ou de nítida diminuição da imagem cavitária, se esta existia, mantivemos o mesmo tratamento durante mais 20 dias. Ultimamente, durante este tratamento complementar, seguimos o esquema de Tempel da aplicação intermitente. Em todos, a dose de estreptomina nunca excedeu 60 gr. Se, depois dos 30 gr. iniciais, não obtivemos uma resposta radiológica muito nítida, iniciámos o pneumotórax e considerámos fracassada a quimioterapia. O limite de 30 gr., como tratamento de prova inicial, obedeceu aos seguintes critérios: 1) o facto de ser extremamente raro o aparecimento da resistência antes desta dose; 2) porque, segundo a nossa experiência, quando um processo tuberculoso é clinicamente sensível à estreptomina, os resultados radiológicos são nítidos no fim do primeiro mês de tratamento; se a resposta é pobre no fim deste período, são muito mais reduzidas as probabilidades dum êxito final. Em todos os casos, à quimioterapia foi associado o repouso severo.

Antes de enunciar os nossos resultados, damos uma breve análise dos dois grupos. Dos 25 casos do grupo I temos:

12 com lesão mínima fresca, do tipo de infiltrado precoce, e que foram submetidos a repouso severo durante um período de três meses a um ano. Destes 12, 9 evoluíram. Como caso típico apresentamos o seguinte: N. P. R., de 23 anos, vem ao nosso consultório por ter tido, sem qualquer outra sintomatologia, um escarro ligeiramente sanguinolento. Exame objectivo negativo. Vel. de sed. 7 mm. Análise de expectoração negativa. A radiografia revela um discreto infiltrado à direita com características de lesão fresca inicial. Depois de três meses de repouso, ligeira

tosse produtiva, sem qualquer outro sintoma. Vel. de sed. 12 mm. Análise de expectoração positiva. A radiografia revela a existência de pequena cavidade.

Três casos regressaram com repouso e mantêm-se estabilizados durante um tempo de observação que vai de um a três anos. Exemplificamos: F. M., 25 anos, faz parte de um organismo que submete anualmente todos os seus empregados a exames radiológicos sistemáticos. Durante três anos a microradiografia nada apresentou de anormal; no quarto ano apareceu um infiltrado mínimo infraclavicular esquerdo já com características de involução produtiva, mas ainda de recente data, visto a documentação anterior negativa. Sintomatologia clínica nula. Vel. de sed. 8 mm. Depois de quatro meses de repouso na província, o infiltrado torna-se apenas visível. Retoma o trabalho. Tempo de observação, quatro anos.

Os 13 casos restantes do grupo I apresentavam lesões cujo aspecto radiológico deixava dúvidas quanto à actividade. Não foram submetidos a qualquer tratamento e continuaram a trabalhar sob vigilância. Em 5 as lesões regressaram espontaneamente; 8 apresentaram nos exames posteriores evolução radiológica segura, embora, na maioria, continuassem negativos os dados clínicos e laboratoriais. Trata-se portanto de reactivações tórpidas de processos antigos lactentes. Exemplificamos com o caso seguinte: A. O., de 23 anos, apresentava uma microradiografia feita um ano antes lesões apicais direitas de significação clínica duvidosa. Dados laboratoriais negativos. No ano seguinte, nova microradiografia não revelou qualquer alteração do processo. Fica sob vigilância e, segundo o nosso critério, continua a trabalhar. Cerca de três meses depois desta última microradiografia, um exame radioscópico de *contrôle* revela ligeira modificação do processo, confirmada pela radiografia. Análise de expectoração mantém-se negativa. Vel. de sed. 5 mm. Estado geral excelente. A tomografia revela existência de pequena cavidade retroclavicular. É instituído o pneumotórax e dois meses depois retoma o trabalho como empregado de escritório.

O grupo II, formado por 30 casos, todos tratados com estreptomina, é constituído por:

14 infiltrados frescos, com ou sem pequena caverna, dos quais 13 regressaram com estreptomina, mantendo-se bem durante um período de observação que vai de um a três anos; 1 caso evoluiu depois de ter regressado temporariamente. Exemplificamos: J. M. B. A., de 20 anos, estado geral excelente, tem um escarro hemoptóico sem qualquer outro sintoma. Vel. de sed. 9 mm. Análise de expectoração negativa. A radiografia revela infiltração escavada do andar médio esquerdo. Depois de 30 gr. de estreptomina, dos quais 20 diários e 10 intermitentes, sempre associados a 12 gr. diários de P. A. S., regressão radiológica da lesão. Mantém-se bem há um ano.

Os 16 casos restantes do grupo II são formados por processos exsudativo-produtivos, segundo a classificação de Reischer e Downes, na grande maioria de localização apical. A sua evolução foi surpreendida nalguns por apresentarem sintomatologia clínica, noutros em exames casuais. Em 7 já se visualizavam na radiografia pequenas cavidades apicais seguras, embora só em 3 destes tivesse sido possível encontrar B. K. na expectoração. Destes 7 casos, apenas 3 curaram com estreptomina; os 4 restantes tiveram uma resposta radiológica pobre no fim dos 30 gr., o que nos levou a iniciar imediatamente colapso gasoso. Eis um destes casos: J. M. S., de 44 anos, apresentava pequenos focos duros apicais, descobertos numa radiografia feita casualmente em 1948. É vigiado muito irregularmente porque se sente sempre bem. Em 1950, sem qualquer outro sintoma, tem um escarro de sangue e a radiografia revela reactivação do processo com cavidade apical. Vel. de sed. 17. Análise de expectoração positiva. Depois de 30 gr. de estreptomina, fraca resposta radiológica. Instituição do pneumotórax.

Todos os restantes 9 casos foram surpreendidos precocemente, isto é, sem formação radiológica de caverna. O resultado obtido com a estreptomina em todos estes casos foi excelente. Assim, por exemplo, a doente F. C. apresentava à direita, desde 1947, vários focos esclerosados, alguns mesmo calcificados. De temperamento asténico, de fadiga fácil, submete-se de boa vontade a exames periódicos. Em 1951, num destes exames, e sem que qualquer novo sintoma tivesse entretanto surgido, surpreende-se uma reacção inflamatória à roda de um destes focos. Com 30 gr. de estreptomina, associada ao P. A. S., desaparecimento total do elemento inflamatório fresco (com atalectasia?) e a lesão retoma o seu aspecto anterior. Mantém-se bem há 14 meses.

Resumimos no quadro seguinte os resultados obtidos com e sem estreptomina nas formas exsudativas e nas formas exsudativo-produtivas:

GRUPO I
(sem estreptomina)

| | N.º | Regressaram | Evoluíram | % de êxitos |
|-------------------------------|-----|-------------|-----------|-------------|
| Formas exsudativas | 12 | 3 | 9 | 25 |
| Formas exsudativo-produtivas. | 13 | 5 | 8 | 38,5 |
| Total: | 25 | 8 | 17 | 32 |

GRUPO II
(com estreptomina)

| | N.º | Regressaram | Sem resultado | % de êxitos |
|-------------------------------|-----|-------------|---------------|-------------|
| Formas exsudativas | 14 | 13 | 1 | 93 |
| Formas exsudativo-produtivas. | 16 | 9 | 7 | 56,3 |
| Total: | 30 | 22 | 8 | 73,3 |

Podemos portanto concluir que no tratamento das lesões mínimas dentro do nosso material o êxito da estreptomina foi nítido, o que nos autoriza a ensaiá-la, associada ao repouso, antes de recorrer à colapsoterapia, ensaio este que se deve manter aquém dos riscos do aparecimento da resistência. Parece-nos que, seguindo o esquema terapêutico que indicámos, estes riscos são mínimos, senão nulos, e conseguimos com ele resultados duradouros na maioria dos casos.

Merece ser acentuado que os piores resultados obtidos foram nas formas apicais tórpidas, mas já com formação de pequenas cavernas. Com efeito, em 7 só obtivemos 3 respostas favoráveis. Por outro lado, foi notável o resultado obtido nas reactivações de processos antigos, surpreendidos precocemente (ainda sem formação de caverna), o que frisa bem o interesse que há em manter sob vigilância os portadores de processos esclerosados ou mesmo esclero-calcificados, aos quais, com excessiva frequência, se põe o rótulo de «extintas» ou de «sem significação clínica»; quando entram em actividade, pode-se obter com a quimioterapia instituída na fase de exsudação perifocal inicial uma regressão rápida e estável.

A condição de êxito da quimioterapia das lesões mínimas não escapa portanto à regra que orienta a quimioterapia na tuberculose pulmonar em geral, e reside, em primeiro lugar, na sua aplicação precoce, tanto nas formas frescas iniciais como nos surtos tardios pós-indurativos.

Todos os casos que regressaram com a terapêutica aplicada e que foram, nesta estatística, rotulados de êxito, mantêm-se inactivos há mais dum ano.

S U P L E M E N T O

U M P E Q U E N O M U N D O

O pequeno mundo de sofrimento que se nos depara quando entramos nas *buvettes* movimentadas de certas estâncias termas, é momento que se não esquece pelo que tem de surpreendente e confrangedor. A esperança e o desalento, à mistura com alguns aspectos mundanos da vida, transformam esse pedaço de terra numa feira de sentimentos onde as paixões e o carácter de cada um se desprendem como as folhas outoniças das árvores, quando o vento sopra e remoinha.

Então junto às bicas, naquelas longas esperas que derretem num homem toda a vontade de se curar, não há preconceitos sociais que lhes reprima o temperamento e os não deixe expandir-se com a força comunicativa das grandes revelações. Sem conhecimentos que justifiquem a intimidade, rolam as queixas, fazem-se confidências, descobrem-se males físicos com um despudor e uma semcerimónia que surpreendem. Referem-se tratamentos, discutem-se sintomas, põem-se à mostra mazelas. Fala-se de enteróclises, de diatermias, de massagens, de altas frequências com um conhecimento e insensibilidade que arrepiam. Narram-se «crises de águas». E, como a loquacidade se torna comunicativa, alargam-se até aos recônditos mais íntimos as confidências e entregam o conhecimento das suas vidas ao primeiro desconhecido que encontram junto às bicas, naquelas longas esperas que derretem num homem toda a vontade de se curar...

Além dessa comunicabilidade de certo modo comprometedora, o sofrimento cria por vezes uma insensibilidade nem sempre fácil de esconder e muito menos de corrigir. Há doentes que têm o prazer mórbido de falar constantemente dos seus males. Outros há que se recreiam a referir casos incuráveis, de comprovada malignidade, como se daí lhes viesse o contentamento de saber que ao seu lado há um sofrimento maior. Outros ainda não podem esconder a satisfação que sentem quando ouvem narrar sofrimentos e doenças que ultrapassam as do seu conhecimento, e mostram os doentes num estado de depauperamento físico que é uma quase agonia. Vivem, por assim dizer, com o mal dos outros, dentro dum espírito aberrativo que só se compreende pela doença de que são portadores. Tornam-se maus, quando habitualmente são iluminados por um fundo de bondade natural; ficam insensíveis, quando anteriormente a sua susceptibilidade tinha um apuro que era um constante caminhar de melindre em melindre; mostram-se comunicativos, quando a discreção era o seu uso e o pudor punha limites que nunca ultrapassavam o terreno

privado de cada um. Ficam diferentes, como se a doença ao tocar-lhes nas vísceras lhes modificasse a trama psíquica e alterasse a própria personalidade.

Neste pequeno mundo, o temperamento de cada um, se se mostra mais marcadamente com um acento dramático, também tem aspectos cómicos que fazem rir. É um microcosmos onde se encontra o ensimesmado, suspenso no drama do seu sofrimento; o comunicativo, em luta constante com o muro de silêncio e indiferença que se ergue à sua volta; o conflituoso, com os seus complexos de irritabilidade e má disposição; o preocupado, sempre atento às modificações viscerais do seu organismo e sempre disposto a comunicá-las ao médico assistente; o exuberante, de largos gestos e abertos sorrisos, erguendo constantemente à vida um cântico pagão; o escrupuloso, de olhos fitos nos ponteiros do relógio para ingerir a bebida no segundo exacto determinado pelo médico; o repontão, sempre a rezingar e a reclamar as gotas de água que defraudam a medida; o pessimista, o não-te-rales, o indiferente, o incrédulo, tudo figuras dum pequeno mundo que a mão de Gustavo Doré gostaria de fixar para criar novas legendas dantescas, mais humanas e mais reais.

A esta teoria de doentes que desfila constantemente em frente das *buvettes*, juntam-se ainda crianças, já de pele baça e olhar amortecido, velhos com profundas e devastadoras rugas nos rostos descorados, homens na força da vida com a marca do sofrimento a mostrar a pesada herança dum fragilidade orgânica para a qual em nada contribuíram ou as devastações físicas provocadas por desregramentos alimentares das quais são inteiramente responsáveis. Nestes, o sofrimento é maior porque medem a intensidade dos estragos e sabem que, na cronologia do tempo, eles se situam numa posição que os avizinha do fim. E têm medo. Falam das suas queixas, e exageram-nas. Confessam-se muito doentes, mas não moderam os seus abusos. Mostram-se esperanças numa cura, mas fazem tudo para a destruir. Deixam de ser os homens voluntariosos e dinâmicos que eram, para se transformarem nuns seres abúlicos, incapazes de dominar as suas descrenças, animados apenas pelas sombras dos seus próprios males. Criam um mundo diferente — de tristeza, de desânimo, de preocupação. E sofrem. Vivem agarrados a uma cruz. Se se lhes diz que o mal tem remédio e se trata apenas de perturbações

funcionais de fácil correcção, não acreditam. Se se lhes pede para evitar abusos e comeder os excessos, julgam-se incapazes. Lamuriam uma queixa que é todo um desabar de esperanças e uma renúncia à luta. E desesperam-se. Toda a sua ânsia é voltar ao que foram, viver de novo no descuido e fortaleza dos vinte anos, batalhar arduamente nos prazeres da vida, esquecidos de que o organismo, mesmo fora do sofrimento, sofre desgastes que o tempo implacavelmente revela e acentua.

Neste pequeno mundo nada falta. As notas sensacionais, os ditos de maldizer, os ridículos da frágil humanidade, as fraquezas que a envolvem, as vaidades que a mascaram, as alegrias que a divertem e as tristezas que a preocupam, vivem na expressão do seu rosto e no hálito das suas palavras, como elementos que traduzem a multiplicidade do seu carácter. São elementos comuns a todos os homens, é certo; mas que mais se acentuam no espaço fechado dum estância termal do que fora dela. Aí, a falta de interesse imediato pelas obrigações profissionais, dão-lhes tempo para se entregarem às predilecções do seu espírito e revelar as fraquezas orgânicas da sua formação. Os pecadilhos de cada um vêm à tona, revelam-se as manchas que ensombram os seus temperamentos, como se mostram as qualidades que podem exaltar o seu carácter. Porque, na verdade, não é só o que é mau que surge a revelar a intimidade dum mundo que os outros homens descobrem. Também o que é bom se revela, por vezes em plena grandeza e com uma vibração contagiante. A bondade, a resignação, a renúncia, o amor do próximo, sobrenadam também naquele mundo fechado e se mostram como um raio de sol que doira e aquece as sombras matinais dos dias de inverno. São o reverso das trevas que se encontram junto às fontes onde brota a água; são sobretudo os elementos de correcção que morigeram e alegam o ambiente pesado onde se refugia o sofrimento. Estes doentes ainda não perderam a esperança e confiadamente acreditam que a água é um novo Fons Vitae para a sua saúde perdida. Têm fé. E, é ela por vezes tão comunicativa que dá a este pequeno mundo de sofrimento aspectos de alegria e confiança que nem sempre se encontram nos largos ambientes da vida.

CONSELHO TÉCNICO DO CLUBE NACIONAL DE MONTANHISMO

(Clube Alpino Português)

O problema da Alimentação na Montanha em função dos concentrados de alto valor energético e a experiência dum novo produto

JORGE S. C. SANTOS

(Médico e Director Técnico do C. N. M.)

Advertência — Este trabalho não tem qualquer carácter de publicidade comercial. As citações de produtos industrializados e da casa produtora são absolutamente necessárias para o fim de utilidade que temos em vista.

Na prática do Montanhismo, como Desporto altamente diferenciado, existe a necessidade de manter o tónus fisiológico por uma bem estudada alimentação que é ministrada durante as provas, e que constitui a salvaguarda do êxito, prevenindo o esgotamento pelo desequilíbrio do esforço em relação às possibilidades físicas do Montanhista.

A alimentação do desportista da Montanha, seja Escalador, Marchador ou Esquiador, tem de comportar uma quantidade suficiente, mas sobretudo uma qualidade excelente e isto porque no intangível princípio da economia de peso há que aproveitar ao máximo o valor energético contido nas substâncias a ingerir. Deste modo, recorre-se geralmente aos hidratos de carbono, cuja transformação em glucose permite com pouco peso e volume transportar rações alimentares úteis para muitos dias. Mas os hidrocarbonados não bastam: há que contar com as proteínas e gorduras, estas também colaborando no dispêndio energético, aquelas na manutenção das estruturas musculares sujeitas ao desgaste do esforço violento e prolongado.

Por todas estas razões, se apresenta sempre ante o desportista da Montanha seja Escalador, Marchador ou Esquiador, o problema da alimentação de campanha, de real valor nutritivo, em pouco peso e reduzido volume.

Insistimos na citação das diferentes modalidades de Montanhismo em função da nutrição, porque existe um coeficiente comum no desgaste energético e celular exigido pela prática do nosso Desporto e ao mesmo tempo não podemos totalmente separar a acção de qualquer delas: escalando, marchando em ascensão ou esquiando, há sempre que prevenir o esgotamento, compensar a despesa energética, reparar os descabros celulares e transportar o maior valor no mínimo de peso e de volume.

Para esse fim, tem-se recorrido aos concentrados alimentares, aos produtos industrializados contendo toda a gama de substâncias de alimentação básica tais como: chocolates preparados, extratos de malte com açúcares, leite, cacau, etc.

O chocolate, sendo um bom alimento de emergência, tem todavia os seus defeitos mormente de digestibilidade e dada a sua fraca resistência ao calor torna-se de complicada acomodação para transporte. Restam, portanto os produtos in-

dustrializados mais ou menos complexos no pormenor químico, mas sensivelmente do mesmo valor alimentar em hidrocarbonados prótidos e lípidos. Claro que, omitimos aqui as composições caseiras que poderemos obter por mistura dos diferentes elementos constituintes, não só porque a sua composição resulta necessariamente imperfeita e incompleta, mas também porque a sua estabilidade deixaria muito a desejar.

Evidentemente que podemos compor uma ementa de acção (compreenda-se no máximo dispêndio desportivo) com frutas secas variadas, frutas cristalizadas, ovos, queijo, presunto, etc., todavia estamos em face dum problema de redução de peso e volume, não é de mais insistir.

Portanto, em plena escalada, marcha de ataque ou esqui de travessia, há que reduzir os víveres, estabelecendo uma ração mínima eficiente e isso só pode ser conseguido através daqueles concentrados alimentares que nos ofereçam a garantia de fornecer calorias suficientes para o trabalho a realizar.

Até há pouco tempo, tínhamos à nossa disposição alguns produtos desse género, dos quais era padrão a «Ovomaltina», excelente preparado da conhecida casa Wander.

Mas a «Ovomaltina» somente podia ser considerada alimento de acção quando preparada com leite — no nosso caso leite condensado — e adicionada de açúcar suficiente.

Ora todos conhecem o inconveniente de transportar leite condensado em determinadas circunstâncias, mormente durante os períodos estivais e ainda quando em acção montanhista delicada, em que se não leva saco de montanha ou quando se leva, este vai o mais aliviado possível.

Fazia-se portanto sentir a falta dum produto capaz de satisfazer o exigente condicionalismo das breves mas profundas actividades de graus superiores.

Através do excelente livro do Dr. Gut «Secours et Hygiène pour Skieurs et Alpinistes» tomáramos conhecimento da existência dum produto industrializado da mesma casa que fabrica a «Ovomaltina» e que era designado por «OVO-SPORT», feliz denominação que bem traduz o fim para que foi criado. Porém tal produto não existia à venda no nosso País, nem existiam tão pouco similares.

Por nossa sugestão, foi ele recentemente introduzido em Portugal e bem acolhido pelos nossos desportistas da Montanha tendo sido pela primeira vez experimentado oficialmente pelo Conselho Técnico do C. N. M. nas jornadas de Esqui e de Escalada da Serra da Estrela em 29, 30 e 31 de Janeiro do corrente

ano, sendo verificada a sua eficiência, pois alguns montanheiros o tiveram como *único alimento* durante a acção. Mas os melhores resultados foram verificados nas recentes escaladas do Cântaro Magro na mesma Serra da Estrela, onde foi possível sustentar duros percursos de pura «varappe» com a alimentação quase reduzida a esse produto.

O «Ovo-Sport» deve ser hoje a melhor ração de emergência do Montanhista porquanto é alimento completo, contendo a «Ovomaltina» com leite e açúcar e se pode utilizar dissolvido em água quente (o mais corrente) fria, depois de batida e até ingerido em tableta como se fora uma bolacha.

Ora sendo a composição química da «Ovomaltina», que é composta de leite, malte, ovos e cacau, de

| | |
|----------------------------------|--------|
| Proteínas | 14,0 % |
| Lípidos | 7,8 % |
| Hidratos de carbono totais | 70,0 % |

e destes:

| | |
|----------------|--------|
| maltose | 61,0 % |
| sacarose | 0,2 % |

| | |
|----------------|-------|
| Lecitina | 0,9 % |
| Cinzas | 3,7 % |

e destas:

| | |
|---------------|-------|
| fósforo | 0,6 % |
| cálcio | 0,4 % |

| | |
|----------------|----------------|
| Água | menos de 3,0 % |
| Diástase | 50° Lintner |

com valor aproximado de 4,25 calorias por grama, juntando-se o valor calórico do leite e do açúcar do «Ovo-Sport», do qual cada embalagem contém peso net. de substância 65 gramas, podemos deduzir que uma unidade de «Ovo-Sport» contém em potencial 325 calorias, o suficiente para um prolongado esforço de algumas horas no rochedo, na neveira ou na vertente abrupta em penosa ascensão.

Deste modo podemos incluir definitivamente o «Ovo-Sport» nas nossas rações oficiais, reservando apenas a necessidade que haveria de reduzir um pouco o seu custo, porquanto não pode nem deve ser considerado um produto de luxo dado o grande interesse que tem não só para o Montanhismo, mas também para o Desporto em geral e até mesmo para o trabalho, pois resolverá eficientemente as necessidades de emergência, em muitas actividades manuais e intelectuais em que se exige esforço ininterrupto e duro, não falando na indiscutível utilidade que teria para fins militares, em rações de campanha.

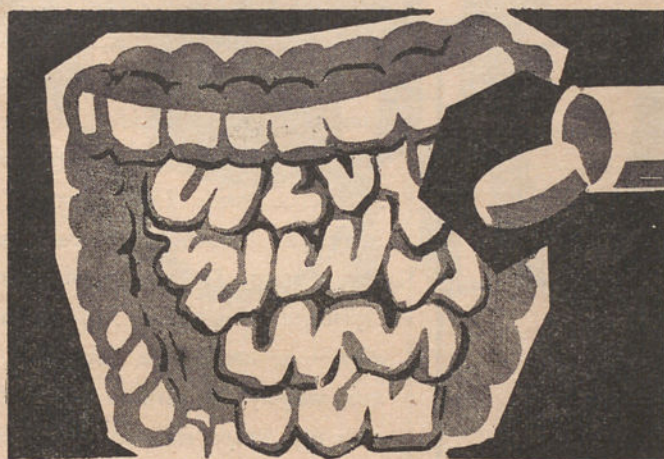
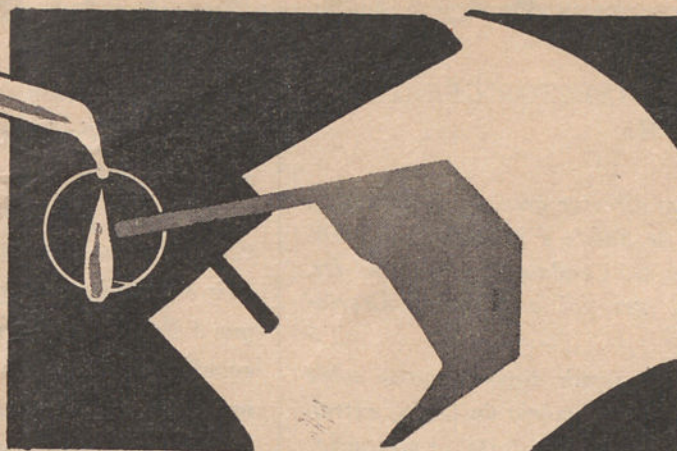
Porto, 3 de Setembro de 1953.

Teninabal

Tópico nasal

Penicilina G potássica - Efedrina natural
Gomenol - Eucaliptol

Infecções das vias respiratórias primárias.



Carfosprodina

Poderoso anti-espasmódico
Cólicas gastro-intestinais, hepáticas, renais, menstruais, etc.

Apresentação

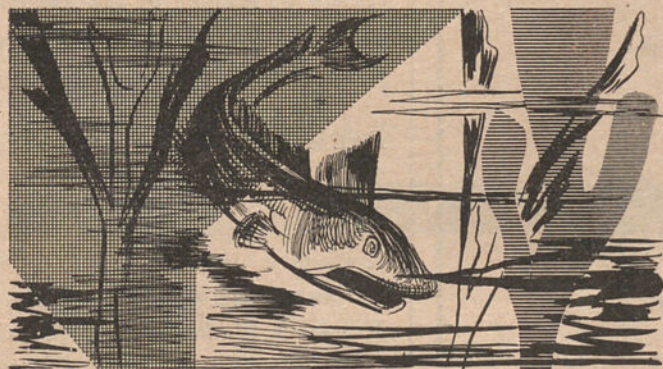
{ tubo de 20 pilulas queratinizadas
caixa de 6 supositórios

Osteovit

VITAMINA D₂

1 milhão de unidades

Raquitismo - Avitaminose D - Dentição



Adexil

Vitamina A+D

VITAMINA A 300.000 U. I.

VITAMINA D 300.000 U. I.

Regulador do crescimento ósseo — malformações dentárias — aumento das defesas orgânicas. (Substitui o óleo de fígado de bacalhau).

ECOS E COMENTÁRIOS

O NOVO DIRECTOR GERAL DA OMS

O novo director geral da Organização Mundial de Saúde é brasileiro; é o Dr. Marcolino G. Candau e sucedeu ao Dr. Chrisolm, que foi o primeiro director geral.

Damos a seguir algumas notas sobre o novo alto funcionário da OMS, extraídas do «Noticiário» desta organização:

O Dr. Marcolino G. Candau nasceu na cidade do Rio de Janeiro, em 1911. Completou seus estudos médicos na Faculdade de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de Johns Hopkins, em Baltimore, E. U. A.

Dentre os elevados postos que vem ocupando no curso de sua brilhante carreira vale citar o de Superintendente do S.E.S.P.; o de Director da Divisão de Organização de Serviços de Saúde Pública na sede da OMS em Genebra, onde, mais tarde, foi nomeado Subdirector Geral, encarregado do Departamento de Assessoramento.

Em 1952 o Dr. Candau passou a desempenhar as funções de Subdirector da Repartição Sanitária Panamericana, Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas, cargo que ora deixa para assumir o novo posto.

Após as cerimónias de juramento solene perante a Sexta Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, o Dr. Candau dirigiu a palavra aos representantes oficiais de 70 nações:

«Recebo hoje do Dr. Chisholm um legado de cinco anos de trabalho, solidamente alicerçado nos princípios estabelecidos na Constituição da Organização e, ao sucedê-lo, parece-me desnecessário traçar um novo programa de actividades ou proclamar uma nova profissão de fé.

«Para nós e para milhares de pessoas estranhas à Organização, o nome de Chisholm certamente representa muito mais que o nome do primeiro Director Geral da Organização Mundial da Saúde. Com ele se identificaram, nos últimos anos, os ideais básicos da Organização: profundo respeito pela dignidade do homem, seja qual for o lugar e sejam quais forem as condições em que viva, visão clara e serena das forças capazes de governar o seu destino, e firme determinação de dedicar a energia e o trabalho de cada dia à criação de uma comunidade pacífica, na qual o progresso material,

espiritual e cultural alcançado por uma nação em particular, redundará em benefício de todas.

«Sei que me tornarei merecedor da confiança que depositam em mim se seguir o caminho que este grande dirigente, que é Brock Chisholm, traçou para todos aqueles que acreditam que a obtenção do mais alto nível de saúde no mundo está intimamente ligada ao êxito de nossa Organização».



COMPLEXO B

| | | |
|---------------|----------------------------|--------|
| | Tubo de 25 comprimidos | 12\$50 |
| Série fraca — | Caixa de 12 ampolas | 22\$50 |
| | Frasco de 50 comprimidos | 28\$00 |
| Série forte — | Caixa de 6 ampolas de 2cc. | 32\$00 |
| Xarope — | Frasco de 170 cc. | 27\$00 |
| Reforçado — | Tubo de 20 comp. | 35\$00 |



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

ECOS DO CONGRESSO DE CIRURGIA DE LISBOA

«Bruxelles-Médical» começa assim a crónica que publicou, em 27 de Setembro último, sobre o Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia, que se realizou em Lisboa nos dias 14 a 20 do referido mês:

«Na véspera do Congresso, o Presidente ofereceu um faustoso jantar aos delegados das 37 nações representadas neste brilhante Congresso (Bélgica, Alemanha, Áustria, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Dinamarca, Egipto, Espanha, Estados Unidos, França, Grã-Bretanha, Grécia, Índia, Irlanda, Itália, Japão, Líbano, Luxemburgo, México, Noruega, Holanda, Portugal, San Salvador, Suécia, Suíça, Turquia, União Sul Africana, Venezuela, Jugoslávia e Rússia) e ao comité da Sociedade; depois, nos magníficos jardins do Hotel Avis, com um tempo radioso, o Dr. Reynaldo dos Santos recebeu, com a sua habitual afabilidade e a sua elegância de «grande senhor» do bisturi e das artes, cerca de 1.000 congressistas (500 membros e as suas famílias) levados pela atracção de Portugal, pela personalidade mundial do presidente e pelo vivo interesse que despertavam os assuntos escolhidos pelo comité científico. As disposições tomadas pelo Secretário do Congresso, o Dr. A. Luzes, facilitaram muito a estadia dos estrangeiros e dos relatores.

O Secretariado Geral, brilhantemente instalado no novo hospital universitário (1.200 camas, que ainda não funcionam), dispunha de gabinetes de informações, correios e telégrafos, banco, viagens para reduzir ao mínimo os deslocamentos; um guia do congressista bem apresentado fornecia todas as indicações desejáveis».

PRÉMIO NOBEL DE MEDICINA — 1953.

A Academia de Ciências de Estocolmo conferiu o Prémio Nobel de Medicina conjuntamente ao Dr. Fritz Lippman, da Escola de Medicina da Universidade de Harvard, e ao Dr. Hans Adolph Krebs, da Universidade de Sheffield (Inglaterra). Ambos estes médicos têm contribuído muito para os progressos da bioquímica.

UM NOVO CONCEITO
NA MEDICAÇÃO DA
HIPER - ACIDEZ GÁSTRICA

Calcamine

H I G I E N E

GLICOCOLA E CARBONATO DE CÁLCIO

NEUTRALIZANTE PODEROSO
ACÇÃO IMEDIATA E PROLONGADA
PERFEITAMENTE INÓCUO

CAIXAS DE 12 E 48 COMPRIMIDOS

LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE



25 ANOS NA HISTÓRIA DA PENICILINA

O seu passado e o seu futuro, segundo o descobridor Sir Alexander Fleming

Sir Alexander Fleming visitou a Índia com outros 13 médicos de renome mundial durante os meses de Fevereiro e Março do corrente ano, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde. Nessa ocasião, na emissora de Madrastra da Rádio Pan-Índia, o descobridor da Penicilina foi entrevistado pelo Dr. V. Iswariah, professor de Farmacologia da Faculdade de Medicina de Madrastra. Na entrevista, que a seguir reproduzimos, as perguntas feitas pelo Dr. Iswariah aparecem em tipo itálico:

Sir Alexander, estamos convencidos de que a sua descoberta da penicilina há quinze anos constitui o maior avanço terapêutico do século. Pode-nos dizer algo sobre a descoberta?

O senhor disse que a descoberta da penicilina data de há quinze anos, mas na realidade, data de mais tempo, pois comecei a trabalhar com penicilina em Setembro de 1928 e em 1929 foi publicado no *British Journal of Experimental Pathology* o primeiro artigo sobre o assunto.

Ouçõ com prazer a sua referência à penicilina como sendo a maior descoberta terapêutica do século e orgulho-me de ter meu nome vinculado à sua história, facto inevitável, pois fui eu quem inventou a palavra «penicilina» — palavra nova mas perfeitamente ortodoxa.

Um cogumelo do género *penicillium* produziu certa substância e eu, seguindo do a norma, acrescentei o sufixo *ina* à

parte principal da designação botânica e aí temos «penicilina». Da mesma forma, mas muito antes, descobriu-se que a planta *digitalis* produzia uma substância medicinal que se denominou digitalina, e, *alves* produzia algo que se chamou alvina.

A penicilina teve origem na contaminação acidental de uma cultura de estafilococo por um cogumelo. Isto não acontece frequentemente num laboratório bacteriológico, porquanto os esporos de cogumelo abundam no ar e se se destampa a cultura penetram a mesma.

Neste caso, no entretanto, deu-se algo mais que mera contaminação de cogumelo — esta contaminação deu um resultado muito curioso: observou-se que as colónias de estafilococos por uma plegada ao redor do cogumelo se iam dissolvendo.

Nunca havia visto coisa semelhante e, por conseguinte, chamou-me a atenção. Colhi alguns esporos da colónia do cogumelo com um arame esterilizado e transferi-las a um tubo contendo um agente nutriente adequado, maneira de conseguir uma cultura pura do cogumelo.

Esta cultura passou a ser muito importante, pois foi distribuída a diversos pesquisadores em diferentes países e toda a penicilina produzida no mundo até 1943 foi produzida por esta cultura do cogumelo identificado como *penicillium notatum*.

Uma vez obtida a cultura pura fiz vários experimentos que demonstraram que as outras espécie de penicilina não produzem a substância que deu lugar à reacção dos estafilococos. Novos experimentos demonstraram que a substância que produzia, e à qual dei o nome de penicilina, afectava unicamente a certos micróbios e pouco efeito produzia em outros.

Isto deu lugar ao seu emprego imediato no laboratório para o isolamento de micróbios como o bacilo da coqueluche, difícil de conseguir normalmente em cultura pura. Este emprego da penicilina no isolamento de micróbios tem continuado até agora, mas é um aspecto técnico de pouco interesse para o público.

Os micróbios mais fortemente afecta-

Para a
iodoterápia
ENDOIODINA

(di-iodo-hexametil-diamino-isopropanol)

o preparado de iodo em solução aquosa
injectável

com acção rápida e duradoura

Produto largamente experimentado e comprovado na hipertonia, angina de peito, arterioesclerose, aortalgia, asma brônquica, bronquite crónica e sífilis

Embalagem original:
caixa com 10 amp. de 2 c.c.



» Bayer « Leverkusen, Alemanha

EM 1950: PROMICINA

EM 1953: ATOXIMICINA

Sinergismo de acção sem efeitos secundários

Nova associação de antibióticos:

Sulfato de dihidroestreptomicina — Sulfato de estreptomicina

Procaína penicilina G — Penicilina G potássica

Vantagens:

MAIOR EFICIENCIA

NEUROTOXICIDADE PRATICAMENTE NULA

Atoximicina

Como a Estreptomicina, na sua toxicidade, tem particular preferência pelo ramo vestibular do VIII par e a Dihidroestreptomicina pelo ramo coclear do mesmo, a associação destes dois sais, em partes iguais, reduz consideravelmente os seus fenómenos neurotóxicos.

RECONHECIDO EFEITO TERAPÊUTICO

ADULTOS

FORTE

INFANTIL

Caixas com 1, 3 e 5 frascos

Caixa com 1 frasco

Caixas com 1 e 3 frascos

Instituto Luso-Fármaco • Lisboa

dos pela penicilina eram os que mais comumente infectam o ser humano. Novos experimentos demonstraram que a penicilina não produzia, ao que parecia, efeitos tóxicos nos animais ou nas células humanas.

Este factor apresentava contraste absoluto com todos os antisépticos de uso comum; mais ainda, naquela época era a única substância conhecida que exercia maior acção tóxica nas bactérias que nas células humanas, segundo revelavam os corpúsculos brancos do sangue.

Foi, então possível considerar algumas das possibilidades apresentadas pela penicilina, mas, naquela ocasião, ninguém podia imaginar que fosse tão eficaz como demonstrou ser.

Continuamos, contudo, entusiasmados com o nosso trabalho, pois a penicilina era uma substância inestimável e não dispúnhamos de conhecimentos químicos suficientes para purificá-la. Por este motivo tive de esperar 10 anos até que Florey e seus colegas principiasssem em Oxford a concentração e purificação da penicilina, e, foi só em 1940 que puderam demonstrar o seu verdadeiro valor terapêutico.

De tudo isto se deduz que se bem que a penicilina tivesse origem na contaminação acidental de uma cultura, a demonstração de suas propriedades requereu árduos e prolongados trabalhos de investigação.

O êxito extraordinário da penicilina estimulou o campo da pesquisa para produzir novos e possivelmente melhores antibióticos. Havia grande interesse académico, mas as grandes empresas farmacêuticas descobriram que existiam inúmeras possibilidades comerciais e formaram grupos de investigadores para a pesquisa de novos antibióticos.

Estes têm surgido, mas a penicilina é o único antibiótico que não está patenteado e, além disso, é o mais barato.

Pode-se dizer que todos esses antibióticos descobertos posteriormente à penicilina são inofensivos para o paciente e que só atacam as infecções?

Nenhum dos antibióticos descobertos depois da penicilina pode comparar-se a ela como agente quimioterapêutico ideal. Não oferecem a mesma eficácia aos organismos os mais sensíveis e nenhum está isento de produzir no paciente efeitos tóxicos.

Ao passo que no caso da penicilina é quase impossível que a administração de uma dose excessiva produza efeitos tóxicos.

A estreptomina, principalmente nas doses recomendadas a princípio, tinha efeito tóxico bem definido no oitavo nervo que causava instabilidade ou surdez.

Enquanto que a penicilina, admitindo-se ser um agente medicinal sem propriedades nocivas, quer dizer que quanto maior a quantidade administrada mais eficaz será o seu efeito? Não existe, porventura, perigo algum em administrar dose excessiva e a frequentes intervalos?

Esta pergunta é difícil de responder. Existem casos, como no da endocardite

subaguda bacteriana, nos quais a dose precisa ser grande durante um período de tempo prolongado para que o medicamento possa penetrar profundamente as capas não-vasculares infectadas das válvulas cardíacas.

Há muitos outros estados que podem ser tratados com doses muito menores e o emprego de doses grandes é desperdício.

Por outro lado, a dose insuficiente pode fazer com que os micro-organismos criem resistência. Este facto pode ter consequências graves?

No laboratório pode-se fazer com que todos os micro-organismos criem resistência a qualquer antibiótico. Existe, no entanto, grande diferença, neste respeito, entre a estreptomina e os demais antibióticos.

No caso da estreptomina, a resistência completa é criada mui rapidamente, ao passo que com a penicilina e os demais antibióticos o processo é muito mais lento. É esta uma das grandes desvantagens da estreptomina. É o único antibiótico poderoso contra o bacilo da tuberculose e o seu emprego indiscriminado dá lugar à propagação de bacilos resistentes contra os quais não existe outro antibiótico adequado.

No que diz respeito aos demais antibióticos, o único micróbio que apresenta resistência considerável é o estafilococo, micro-organismo que causa os furúnculos, carbúnculos e outras doenças comuns.

Mas, mesmo que o estafilococo continue apresentando resistência à penicilina, continuará sensível à aureomicina, terramicina, cloromicetina e outros antibióticos, permitindo o emprego de métodos alternados de tratamento.

Isto quer dizer que se em um remédio se combinam vários antibióticos os micróbios que escapem aos efeitos de um, serão afectados pelo outro?

Este é um aspecto muito interessante que ainda não foi estudado. É inegável que às vezes uma combinação de antibióticos apresenta vantagens. Por outro lado existem provas concretas de que algumas vezes um antibiótico reage contra o outro e o resultado é mau.

Existem provas, entretanto, de que o emprego de dois antibióticos pode evitar o desenvolvimento de raças resistentes. Contudo é preciso mais tempo para que saibamos mais acerca das combinações a serem usadas.

Existe, então, a possibilidade re-



LONGACILINA

N, N'-Dibenziletlenadiazina-dipenicilina G. Composto de reabsorção muito lenta.

Cada comprimido: 150.000 U.
Actividade: 8-12 horas

LONGACILINA A

Soluto aquoso estável pronto a injectar. Escassa reacção local. Menos reacções gerais que a penicilina-procaína.

Frascos de 300.000 U.
Actividade: 7 dias

Frascos de 600.000 U.
Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

mota de que todos os micro-organismos causais de doença cheguem a apresentar um dia resistência aos antibióticos, salvo se se descobrir periodicamente novas drogas?

Se os antibióticos forem empregados indiscriminadamente e sem dosagem apropriada é muito provável que alguns micróbios criem resistência a todos eles.

Certos antibióticos, tais como as pastilhas e os unguentos de penicilina são vendidos ao público sem receita médica. O senhor crê que a auto-medicação apresente perigo?

A auto-medicação é perigosíssima. Nenhum dos antibióticos cura todas as infecções e o público em geral não pode saber com exactidão que remédio tomar.

Pode acontecer que uma pessoa tome o antibiótico errado, e, como a penicilina é mais barata e mais conhecida, é possível que seja tomada para combater uma infecção a que não afecta e se for tomada acertadamente pode ainda ser tomada em dose errada.

Muita gente tem morrido em virtude do uso erróneo de antibióticos.

Como o senhor disse, há certas

limitações ao uso de antibióticos. Pois bem, qual é a sua opinião sobre a possibilidade de seu emprego em outros campos? Lembro-me haver lido que num simpósio sobre antibióticos o senhor apresentou dois perús para demonstrar que um deles, alimentado com uma dieta que continha penicilina, era mais saudável e mais gordo que o outro, cuja dieta não continha penicilina. Poderia dar algumas explicações mais sobre este aspecto do uso da penicilina?

Bom, esta questão não é médica mas apresenta grande interesse para o público. É prática comum em alguns países incluir um antibiótico na alimentação dos galináceos e suínos. Crescem mais rapidamente e, por conseguinte, se acelera a sua venda no mercado.

Neste campo económico, é bem possível que dentro em breve se passe a empregar mais extensivamente antibióticos na alimentação de animais. É bom negócio para os fabricantes de produtos farmacêuticos, mas, por outro lado, pode oferecer o perigo de que produzam nos animais raças de bactérias resistentes que possam ser transmitidas ao homem.

Os antibióticos não só contribuem ao crescimento dos animais, mas também,

segundo revelam estudos recentes, aceleram o crescimento de plantas e controlam certas doenças vegetais.

Por conseguinte, o interesse puramente económico nos antibióticos pode vir a desviar-se da medicina à agricultura e à horticultura.

Hospital do Ultramar

Na reunião mensal do corpo clínico do Hospital do Ultramar, efectuada no dia 18, o Prof. Jorge da Silva Horta realizou ali uma conferência intitulada «Etiopatogenia da hipertrofia benigna da próstata». O conferencista deu conta do resultado do trabalho que executou no sentido de saber qual a primeira lesão da hipertrofia benigna em próstatas de indivíduos dos 40 aos 50 anos e terminou por afirmar que a teoria mais aceite é a que incrimina os estrógenos testiculares como o mais importante factor daquela lesão.

O director do Hospital do Ultramar, coronel Dr. João Pedro de Faria, que presidiu à reunião e fez a apresentação do orador, teve palavras de reconhecimento para o sr. Ministro do Ultramar, pelo carinho dispensado à causa da assistência ao funcionalismo ultramarino, para o que tem dotado o hospital com os elementos necessários ao desempenho da sua missão, ao mesmo tempo que anima os seus propósitos culturais.

REUMATISMO?

A experiência demonstra que



CREME ANTI-REUMÁTICO,
ANALGÉSICO E ANTIFLOGÍSTICO

dá bons resultados

- ACALMA AS DORES
- DESINFLAMA AS ARTICULAÇÕES
- ACTUA RÁPIDA E PROGRESSIVAMENTE

DAVI
LISBOA

HORIZONTES PERMANENTES DA CIRURGIA

Numa conferência do Professor Oscar Ivanissevich

Na Sociedade Médica dos Hospitais Civil, fez, no passado dia 30 uma conferência, o Professor Oscar Ivanissevich, antigo director da I Clínica Cirúrgica da Universidade de Buenos Aires. Este notável cirurgião, que foi também Reitor da sua Universidade, ministro da Educação Nacional e Embaixador nos Estados Unidos, falou sobre os «Horizontes Permanentes da Cirurgia».

Em nome da Sociedade Médica dos Hospitais foi saudado pelo Dr. Almerindo Lessa, seu antigo colaborador, que recordou o apogeu que em 1940 — ano em que frequentara o referido Instituto — atingira a cirurgia argentina, onde acudiam bolseiros de todo o mundo e onde o Prof. Oscar Ivanissevich se destacava pela sua actuação clínica e no ensino. Não podendo fazer uma apreciação da obra científica do conferente, que abrange mais de 200 publicações, limitou-se a apontar as suas características mais salientes e, a propósito, citou os dez mais importantes trabalhos apresentados pelo Prof. Oscar Ivanissevich até 1940, ano em que ascendeu a catedrático, e assim classificados pelo próprio autor, de acordo com o estatuto universitário argentino que obriga os candidatos a professores titulares a seleccionarem a sua própria produção:

1. Drenagem em cirurgia abdominal, 1918.
2. Veias espermáticas, 1924.
3. Varicocele por reflexo, 1947.
4. Rinoplastia, 1921.



O Prof. Oscar Ivanissevich na ocasião em que o Dr. Almerindo Lessa fazia a sua apresentação

5. Litiase biliar, 1927.
6. Pneumectomia, 1933.
7. Hidatidose óssea, 1934.
8. Radiologia dos quistos hidáticos do pulmão, 1937.
9. Tratamento dos quistos hidáticos do pulmão, 1938.
10. Cancro do esófago, 1940.

O Dr. Almerindo Lessa referiu - se ainda a um livro do Prof. Ivanissevich — *Junto dos Meus Doentes* — e, por fim, às suas excepcionais qualidades didácticas, ao funcionamento dos seus cursos e terminou recordando as frases que existiam esculpidas no seu bloco cirúrgico de Buenos Aires e que ele obrigava os seus ajudantes a ler ao começar de cada sessão:

Antes de começar a operação, espere e responda a estas perguntas:

— A operação que vai praticar é a



"ALEPSAL" GÉNÉVRIER

ASSOCIAÇÃO ORIGINAL DO FENOBARBITAL COM A BELADONA E CAFÉINA

APRESENTAÇÃO:

Tubos de 20 comprimidos a 0,10
 > > 30 > a 0,05
 > > 80 > a 0,015

EPILEPSIA E SINDROMAS
 NEUROPSIQUIÁTRICOS E
 CARDIO-VASCULARES

Medicina infantil: Os comprimidos de ALEPSAL a 0,015 estão indicados para o tratamento dos estados convulsivos e espasmódicos nas crianças, desde que se repartam as doses em 5 ou 6 vezes nas 24 horas. As doses mais correntemente empregadas nos Hospitais de Paris, como doses máximas, são as seguintes:

| | |
|------------------------------|---|
| CRIANÇAS DE 6 MESES. | 2 comprimidos por 24 horas, em 5 ou 6 vezes |
| > 1 ANO | 3 > > > > > > |
| > 1 A 2 ANOS. | 5 > > > > > > |
| > 5 A 6 ANOS. | 7 > > > > > > |
| > 10 ANOS | 8 > > > > > > |

LABORATÓRIOS A. GÉNÉVRIER — NEULLY — PARIS

PESTANA & FERNANDES, L.^{DA} — 39, R. dos Sapateiros — LISBOA

melhor terapêutica para o seu doente?

— Deixava-a fazer em si próprio?

Ao começar a operar, não se esqueça!

Anestesia — perfeita e conveniente.

Nem uma só dor a mais!

Incisão — necessária e suficiente.

Nem um milímetro mais!

Hemostase — perfeita e deligente.

Sangue? Nem uma gota a mais.

Sutura — minuciosa e eficiente, como a sutura natural.

Ao terminar a operação, pense!

Se a operação foi simples é porque foi bem feita.

*

Na sua conferência, o Prof. Oscar Ivanissevich abordou a importância permanente do diagnóstico precoce, as limitações progressivas da cirurgia e quais as tarefas que lhe ficarão para futuro.

A propósito de diagnósticos precoces, e depois de contar a sua experiência pessoal e o que ainda agora acabara de ver numa visita pela Europa, insistiu sobre a necessidade de diagnosticar sobre pri-

meiros sinais, com «síndromos mínimos» e não, como acontece frequentemente, quando a sintomatologia é já não a da enfermidade, mas a das suas consequências a distância; historiou, a propósito, o ensino de certos livros que acerca do cancro ainda apresentam como sinais, sintomas que já não são de cancro, mas de complicações. Procurando encontrar uma explicação para esse atraso de diagnóstico certo, contou que no Instituto de Cirurgia de Buenos Aires e numa série de 120.000 doentes se verificou que a culpa de tal atraso cabia em 15 % à própria doença — que se mantivera por muito tempo insidiosa e traiçoeira (entrando, como os ladrões, sem bater à porta); em 25 % dos casos ao doente que se descuidara, não se importara com o sofrimento ou fora tratar-se com amigos ou curandeiros; e em 60 % dos casos ao médico que vira superficialmente o doente e o andara entretendo com tratamentos sintomáticos ou mal dirigidos. De aí se conclui que uma melhor educação sanitária do doente e um melhor exercício por parte dos médicos, poderia, em 80 % dos casos, tornar o diagnóstico precoce.

Insistindo neste ponto de vista, frisou que ele importava porque o destino da cirurgia era cada vez mais conservador

e o seu campo de acção cada vez mais curto, pois só durante a sua própria existência de professor vira desaparecer ou reduzir-se no campo da actividade operatória, por força dos medicamentos e da profilaxia, numerosas doenças até então cirúrgicas. Pode admitir-se que o destino da cirurgia é o seu próprio desaparecimento. A sua perfeição está em deixar de ser. Cada dia perde mais terreno. Em compensação, abrem-se-lhe novos caminhos, como a cirurgia dos apertos congénitos do coração, os enxertos, a cirurgia plástica e o transplante de órgãos. Na sua brilhante conferência, o Prof. Oscar Ivanissevich terminou por citar casos curiosíssimos de transplantação de dentes, de enxertos homoplásticos de pele, de heteroplastia facial, etc., e um caso, único no mundo, do Dr. Garcia Chapurro, de Montevideo, de transplante total subperióstio de um fémur para substituir outro parasitado por hidatidose com sobrevivência e actividade funcional há 2 anos e meio.

*

À conferência presidiu o Dr. Cordeiro Ferreira, presidente da Sociedade e assistiram numerosos médicos dos Hospitais e o Snr. Ministro da Argentina.

HEPAR

INJECTÁVEL • XAROPE
Simples e Forte

Extracto espleno-hepático associado a vitaminas do complexo B e a elementos minerais

HEPAR-BÊ-DOZE

INJECTÁVEL
Normal e Extra-forte

Extracto espleno-hepático concentrado, Vitamina B₁₂ e outros factores do complexo B
(Actividade mínima correspondente a 15 e 30 unidades U. S. P. por empola)

Tónicos e anti-anémicos de efeitos seguros

SEDO-FLORINA

Extractos de Passiflora e Salgueiro e Tintura de Crataegus

Sedo-Florina A

(com Hamamélia)

Sedo-Florina B

(com Valeriana)

Sedativos eficazes e de completa inocuidade

LABORATÓRIOS ESTÁCIO
PORTO

Sociedade Portuguesa de Cardiologia

Sob a presidência do Prof. João Porto, reuniu-se no dia 25 a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, que, antes da ordem da noite, resolveu iniciar negociações com a «Medicina Contemporânea», para que seja seu órgão na Imprensa. Seguidamente, foi aprovada uma proposta no sentido de a Comissão Científica do I Congresso Luso-Espanhol de Cardiologia, a realizar em Lisboa, em 1956, ficar constituída por todos os professores universitários sócios da Sociedade, bem como que a Comissão Organizadora do referido Congresso seja composta pelo Prof. João Porto e Drs. Rocha da Silva e Leonel Cabral.

Na ordem da noite, foram lidos e aprovados o relatório e as contas da ge-

rência finda, e eleita a nova direcção, que ficou assim constituída: Prof. Aureliano Pessegueiro, do Porto; Prof. Mário Trincão, de Coimbra; Profs. Arsénio Cordeiro e J. Moniz de Bettencourt, e Drs. Alfredo Franco e Mendonça Santos, de Lisboa.

Por último, foram apresentadas as seguintes comunicações científicas: «Miocardite de possível etiologia viral», pelo Dr. Antunes de Azevedo; «Um caso raro de destrocórdia congénita», pelo Dr. Rocha da Silva e «Um caso de modificação do volume do fígado cardíaco após infiltração novocaínica do nervo esplancnico direito», pelo Prof. J. Moniz de Bettencourt.

Partidas e Chegadas

Prof. Oscar Ivanissevich

Chegou a Lisboa, vindo de Madrid, o Prof. Oscar Ivanissevich, antigo director do Instituto de Cirurgia da Universidade de Buenos Aires e embaixador da Argentina nos Estados Unidos. Aproveitando a sua curta estadia em Lisboa, pois, após três dias, partiu para o seu país, o Prof. Ivanissevich fez uma conferência no Hospital dos Capuchos, na qual versou o tema «Horizontes Permanentes da Cirurgia».

Prof. Cândido de Oliveira

Regressou a Lisboa o Prof. Cândido de Oliveira, catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa e director do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, que fez parte da missão que participou no Curso de Extensão Universitária, na Escola Médica de Goa. O Prof. Cândido de Oliveira fez, ainda, uma conferência em Bombaim e tomou parte no Congresso Internacional de Microbiologia, em Roma.

Prof. Perez Fontana

Chegou a Lisboa o Prof. Perez Fontana, presidente da Sociedade Internacional de Hidatologia, com sede em Montevideo. O ilustre cirurgião uma das maiores autoridades mundiais em quisto hidático, vem realizar duas conferências no Instituto Português de Oncologia, as quais constituem a primeira actividade científica do Núcleo Português para o estudo do quisto hidático, recentemente criado pelo Instituto de Alta Cultura com o auxílio daquele catedrático.

Dr. Constantino Esteves

Regressou de Paris, onde fora, a convite da O.M.S., a fim de frequentar o Curso de especialização sobre problemas neo-natais e peri-natais, o Dr. Constantino Esteves.

Dr. Mário de Andrade

Regressou de Londres, depois de uma visita de estudo a diversos hospitais ingleses, o Dr. Mário de Andrade.

Dr. Rui Valentim Lourenço

Partiu para Londres, onde, como bolsheiro, vai frequentar diversas clínicas hospitalares, o Dr. Rui Valentim Lourenço, cirurgião do I. P. O. e interno dos H. C. L.

**NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL
REUMATISMO ARTICULAR, ETC.**

I O D O P₂
AMPOLAS—GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO
COM SOLU P₂

**PREVENÇÃO DOS ACIDENTES
HEMORRÁGICOS. MELHOR
TOLERÂNCIA DO IODO**

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 28 de Novembro a 6 de Dezembro)

Dia 28—O Prof. Bissaia Barreto é homenageado pela Santa Casa da Misericórdia da Mealhada, durante as comemorações das bodas de ouro desta instituição. É descerrado um retrato do Prof. Bissaia na presença do Governador do Distrito, Provedor, Presidente da Câmara, Subdelegado de Saúde e inúmeras individualidades.

29—Inaugura-se a I Semana da Tuberculose, em Coimbra, com a abertura ao público na Câmara Municipal da exposição bibliográfica da luta antituberculosa. Toda Coimbra se desloca a assistir ao acontecimento.

Antes de aberta a exposição o Dr. José dos Santos Bessa, em nome da comissão organizadora da I Semana da Tuberculose, agradece a presença de todos por honrarem este acto e diz que esta exposição só foi possível com a dedicação de amigos queridos que andaram à sua volta e, nos seus agradecimentos, salienta os nomes dos presidente da Câmara, reitor da Universidade, Dr. César Pegado, engenheiros Costa Alemão e Couto de Almeida e o pessoal das Bibliotecas da Universidade e Câmara Municipal.

Refere-se aos fins em vista com esta exposição: de demonstrar os esforços organizados pelos portugueses; de continuarem o problema nessa luta, e a chamar a atenção de Coimbra para os direitos que tem no desenvolvimento da luta antituberculosa.

O orador refere-se também à primeira conferência da tuberculose realizada em Coimbra em 1895 e organizadas pelo Prof. Augusto Rocha, cuja iniciativa engrandece e faz depois uma sucinta descrição do certame que se inaugura.

30—Em Lisboa, os componentes do Grupo de Companhias de Saúde, à Graça, homenageia o 1.º comandante daquela unidade, tenente-coronel Dr. António de Azevedo Meireles Soto, recentemente promovido.

No gabinete do homenageado, com a presença de vários oficiais, o 2.º comandante, major Dr. Augusto Garcia, em nome de todos os seus colegas, felicita o 1.º comandante pela sua promoção e oferece-lhe a Comenda de Aviz, com que fora agraciado.

No final, o tenente-coronel Dr. Azevedo Meireles agradece a homenagem.

—Em Lisboa, na sede da Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis, Hospital dos Capuchos, faz, uma conferência, subordinada ao tema «Horizontes permanentes da Cirurgia» o Prof. Oscar Ivanissevich, antigo director do Instituto de Cirurgia da Universidade de Buenos Aires. O conferente, escutado por numerosos cirurgiões, desenvolve a teoria dos princípios eternos e progressivos da ciência operatória e das lições obtidas na prática para o seu avanço constante.

Parte depois para Nova Iorque com sua esposa, de regresso ao seu país..

1—Em Espinho e com numerosa assistência, tem lugar, a cerimónia do lançamento da primeira pedra do novo hospital. Depois de ter sido assinada a acta, por inúmeros presentes, o Dr. Gomes de Almeida, procede à cimentação da primeira pedra, acto que é festejado por grande salva de foguetes. Assistem o Provedor da Misericórdia, o Presidente da Câmara, os membros das juntas das freguesias do concelho e outras individualidades de representação local.

2—No Porto, o Dr. José Fortes, professor da Escola de Enfermagem do Hospital de Santo António, profere uma pa-

lestra intitulada «A sociologia e a enfermagem».

3—Em Coimbra o Prof. Bissaia Barreto discursa sobre temas de tuberculose, em sessão no Museu Regional de Coimbra e integrada na I Semana da Tuberculose.

—Em Viana fica montado o Serviço de B. C. G., instalado na Delegação de Saúde distrital. É seu director o Dr. Elío de Vasconcelos Dias, que já presidia ao funcionamento do Dispensário Antituberculoso.

Está nesta cidade, para efectivação dos trabalhos do Serviço do B. C. G. o camião e atrelado com aparelhagem micro-

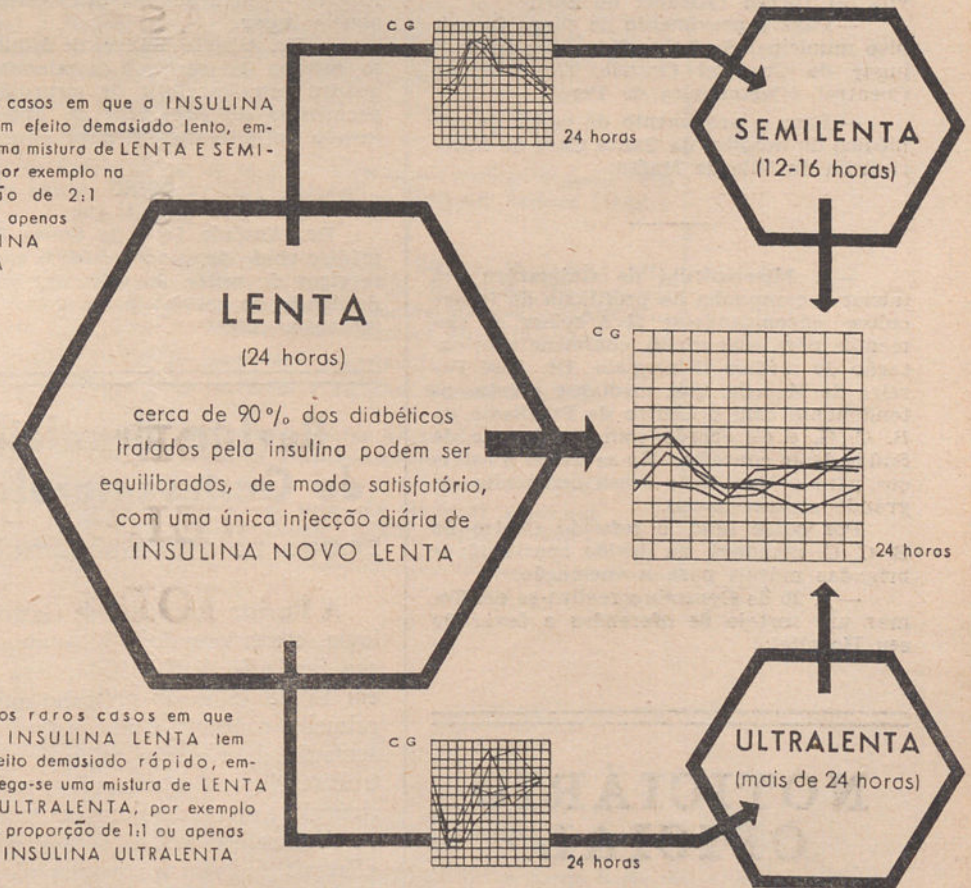
radiográfica e, sob a orientação do Dr. Vasconcelos Dias, efectua-se alguns milhares de pesquisas em operários do concelho. Seguir-se-á a vacinação gratuita, como o foi o inquérito microrradiográfico.

3—No Porto, na Ordem dos Médicos, realiza-se uma reunião dos neuro-psiquiatras do Norte, subordinada ao tema «Novas orientações no estudo dos sonhos em psicopatologia». É relator o Dr. Azevedo Fernandes que apresenta os vários aspectos do problema bem como o resultado das suas pesquisas nesse campo da psiquiatria. Intervêm na discussão os Drs. Gregório Pereira e Pimentel das Neves, decorrendo a sessão

Apenas UMA injeção diária com as PREPARAÇÕES LENTAS

INSULINA NOVO SEMILENTA
INSULINA NOVO LENTA
INSULINA NOVO ULTRALENTA

Nos raros casos em que a INSULINA LENTA tem efeito demasiado lento, emprega-se uma mistura de LENTA E SEMILENTA, por exemplo na proporção de 2:1 ou 1:1, ou apenas a INSULINA SEMILENTA



Nos raros casos em que a INSULINA LENTA tem efeito demasiado rápido, emprega-se uma mistura de LENTA e ULTRALENTA, por exemplo na proporção de 1:1 ou apenas a INSULINA ULTRALENTA

NOVO

TERAPEUTISK LABORATORIUM A/S
COPENHAGUE DINAMARCA

científica com bastante interesse e elevação.

4 — De Lisboa, onde está de passagem, segue para a América do Sul o Prof. Clarence Crefford, cirurgião sueco, que aí vai efectuar uma série de conferências e demonstrações científicas.

— Em Coimbra, os Drs. Prof. Vaz Serra e Armando Gonçalves proferem palestras no Emissor Regional sobre a tuberculose.

— Em Castro Daire, com a presença dos Subsecretários da Assistência e Comércio e Indústria, inauguram-se um Centro Materno-Infantil e uma sala de operações no Hospital da Misericórdia.

Estrangeiro

Foi assassinado o Dr. Edward Spalding, célebre cirurgião americano, por um antigo internado em hospital de doenças mentais. O Dr. Spalding teria sido morto por engano e era muito conhecido pelos seus trabalhos sobre cirurgia cardíaca.

— Também da América informam que na Universidade de Miami, se descobriu e experimentou durante quatro anos, com sucesso, um tratamento injectável contra a poliomielite, retirado da secreção de serpentes venenosas. Assina o comunicado o Dr. Murray Sanders que diz «todos os doentes tratados ficaram completamente curados».

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para o provimento do cargo de médico municipal do partido médico com sede na vila do Torrão (Alcácer do Sal).

— Para o provimento do cargo de médico municipal do 2.º partido, com sede no lugar do Coentral Grande, freguesia do Coentral (Castanheira de Pera).

— Para o provimento do cargo de um médico do hospital da Santa Casa da Misericórdia da Vila de Mafra.

— A Misericórdia de Guimarães vai iniciar a campanha da profilaxia da tuberculose, encontrando-se já a colher os elementos para esse efeito, conforme a orientação do médico tisiologista, Dr. José Pereira de Macedo, que, mediante prévio entendimento com o Centro de Profilaxia do B. C. G. e de acordo com o delegado de Saúde deste concelho, não se poupa a esforços para o bom êxito dessa campanha, de grande alcance social.

Por outro lado, o referido Centro do B. C. G. mandará, na devida oportunidade brigadas móveis para a vacinação.

— A 20 de Dezembro realiza-se em Tomar um cortejo de oferendas a favor do seu Hospital.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 25-XI a 30-XI-953)

25-XI

Dr. Joaquim José Fernandes, médico municipal do concelho de Figueiró dos Vinhos — autorizado por despacho do Conse-

lho de Ministros, a acumular o cargo de médico da Casa do Povo da referida Vila.

— Drs. Alfredo de Almada Caetano Araújo e António Aleixo Santana Rodrigues — autorizados por despacho do Conselho de Ministros, a acumular, respectivamente, os cargos de professores das disciplinas de Psicologia Judiciária e de Medicina Legal dos Acidentes de Trabalho, do curso superior de Medicina Legal, no Instituto de Medicina Legal de Lisboa.

— Dr. Fernando Avelino Telo Moreira de Almeida de Magalhães Colaço — autorizado, por despacho do Conselho de Ministros, a acumular, os cargos de interno do internato geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa e de estagiário do Instituto Português de Oncologia.

— Dr. José dos Santos Bessa, chefe de serviços da delegação do Instituto Maternal em Coimbra — autorizado, por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de delegado do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos da zona centro (Coimbra).

27-XI

Dr. Tito Ildefonso Pistone — exonerado, a seu pedido, do lugar de médico-cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província da Guiné.

— Dr. Pedro Nunes Pereira, médico-cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas — transferido, por conveniência de serviço, da província de Angola para a da Guiné, indo ocupar a vaga resultante da exoneração concedida ao médico-cirurgião Dr. Tito Ildefonso Pistone.

— Dr. Eusébio Esteves, médico estomatologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Angola — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Dr. João Baptista Coelho, médico estomatologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Angola — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Dr. Alberto Manuel de Siqueira Basto, médico dos serviços de puericultura do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Macau — nomeado definitivamente para aquele lugar.

28-XI

Dr. António Luís de Sousa Sobrinho, médico-chefe do quadro médico comum dos serviços de saúde do ultramar português, desligado do serviço para efeitos de aposentação.

Revista Brasileira de Gastroenterologia

PREMIO DO PRIMEIRO QUINQUENIO

A Revista Brasileira de Gastroenterologia, comemorando o 1.º quinquênio da sua fundação (1949-1954), fará realizar, em 15 de Julho do próximo ano, o seu primeiro concurso, que constará da apresentação dum artigo original sobre gastroenterologia, proctologia (médica ou cirúrgica) ou assunto com ela relacionado.

Ao melhor artigo será conferido o «Prémio do primeiro quinquênio» no valor de Cr\$ 10.000,00 cruzeiros além de um Certificado de Mérito. Serão igualmente atribuídas Menções Honrosas aos médicos cujos artigos se considerarem valiosos.

Todos os artigos referentes ao «Prémio do primeiro quinquênio» devem ser limitados ao máximo de 15 folhas de

papel com as dimensões de 22×29 cms. escritos dum só lado, dactilografados em espaço duplo e em qualquer idioma, seguidos de um resumo e acompanhados de 3 cópias e uma carta-requerimento. Os artigos e as cartas-requerimento devem ser remetidos ao Editor, impreterivelmente até o dia 1 de Maio de 1954.

A Comissão Organizadora do «Prémio do primeiro quinquênio» espera receber adesão dos colegas latino-americanos, americanos do norte e europeus. Para qualquer informação dirigir-se ao Editor, Dr. Manuel F. Garcia; Avenida Graça Aranha, 81-8.º — Salas 812/815; Rio de Janeiro (Brasil).

Prof. Bello de Moraes

O Prof. Bello de Moraes, que exercia as funções de assistente de cirurgia dos H. C. L., tomou posse, no dia 17, do lugar de assistente de Cirurgia Torácica, recentemente criado nos mesmos Hospitais. A posse, a que assistiram numerosos colegas do Prof. Bello de Moraes, foi-lhe conferida pelo Dr. Rafael Ribeiro, administrador dos H. C. L.

FALECIMENTOS

Faleceram:

A sr.ª D. Hermínia Coelho de Almeida, mãe do Dr. Henrique de Almeida, médico e antigo presidente da Câmara Municipal de Tábua.

— O Dr. António Gonçalves Cidrais, médico-veterinário, irmão do Dr. Mário Gonçalves Cidrais, médico e presidente da Câmara Municipal de Elvas.

— A sr.ª D. Maria Augusta Pais de Aboim Franco, última morgada de Aljustrel. Era tia dos Drs. Manuel Loução Martins e António Aboim Sales, médico em Garvão e Colos, respectivamente.

— Em Tondela, o Dr. Júlio Augusto de Melo Cabral, de 57 anos, que, há mais de 30 anos, exercia clínica naquele concelho e exercera as funções de subdelegado de Saúde e de director clínico do Hospital de Santa Maria, de Tondela.

— Em Beja, o Dr. Artur de Brito Penedo, de 87 anos, major-médico reformado.

— Em Aveiro, a sr.ª D. Virgínia de Quina Domingues Ferreira, mãe do Dr. José Arnaldo de Quina Domingues Ferreira, subdelegado de Saúde em Albergaria-a-Velha.

— Em Lisboa, a sr.ª D. Maria Bárbara de Matos Patrício Águas, esposa do Dr. Manuel Joaquim Águas.

— Em Vilar de Mouros (Seixas do Minho), a sr.ª D. Ermelinda dos Santos Guerreiro, mãe do Dr. Luís dos Santos Guerreiro, médico no Porto.

— Em Lisboa, a sr.ª D. Mariana da Câmara Pinto Coelho, esposa do Dr. José Gabriel Pinto Coelho, reitor da Universidade de Lisboa, e mãe do Dr. Domingos do Carmo de Jesus Pinto Coelho.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

Egas Moniz (Prémio Nobel), Júlio Dantas (Presidente da Academia de Ciências de Lisboa)

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bossa (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), 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), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomosa do Disp. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO
Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

COIMBRA — Luís A. Duarte Santos (Encar. de Cursos na Fac. de Med.); — LISBOA — Fernando Nogueira (Médico dos H. C. L.) e José Andresen Leitão (Assist. da Fac. de Med.); PORTO — Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Lavrador Ribeiro (Luanda); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.ºº (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 120\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 160\$00;
Outros países: um ano — 200\$00

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynaecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 170\$00 Ultramar — 220\$00

As assinaturas começam em Janeiro; no decorrer do ano (só para «O Médico») aceitam-se assinaturas a começar em Abril, Julho e Outubro (respectivamente, 100\$00, 70\$00 e 40\$00).

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E PRÍNCIPE, ÁFRICA FRANCESA E CONGO BELGA — Publicações Unidade (Sede: Avenida da República, 12, 1.º Esq. — Lisboa; deleg. em Angola — R. Duarte Pacheco Pereira, 8, 3.º — salas 63-64 Luanda). — LOURENÇO MARQUES: Livraria Spanos — Caixa Postal 434 — NOVA GOA: Livraria Singbal.

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

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EM SUSPENSÃO OLEOSA COM MONOESTEARATO DE ALUMÍNIO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300 000 U. I.
BISMUTO 0,09 gr.

Por ampola de 3 c. c.

SÍFILIS (em todas as formas e períodos)
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,045 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

