

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 116
19 de Novembro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

Afeções

GRIPALIS E POST-GRIPALIS

3 *Ações*

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

BRONCO - PULMONARES

OTO-RINO-LARINGOLÓGICAS

GENITO-URINARIAS

ESTAFILOCO

UMA CONCEPÇÃO NOVA NA
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA

OMNACILINA

AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.
Luís RAPOSO, Alexandre SILVA e L. MOREIRA CARDOSO — <i>Quisto hidático do pulmão e do fígado</i>	947
MARIA MANUELA ANTUNES — <i>A tinha tonsurante depois da puberdade</i>	961
MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS</i> — <i>A colibacilose genital e o seu tratamento actual</i>	964
<i>Utilização em Neurologia de doses maciças de vitamina B₁₂ 1.000 microgramas (gamas) por injeção</i>	965

SUPLEMENTO

	Pág.
<i>Doenças do trabalho</i> — J. ANDRESEN LEITÃO	869
<i>Ouvindo alguns Mestres Espanhóis—II—D. Bonifácio Piga Sanchez</i> — L. A. DUARTE-SANTOS	870
<i>Sociedade Portuguesa de Endocrinologia</i>	874
<i>Ecos e Comentários</i>	876
<i>Missão à Índia de Professores da Metrópole</i>	877
<i>II Congresso da Sociedade Internacional de Angiologia</i>	881
<i>Noticiário diverso.</i>	



QUINOPIRINA

ANTIPIRÉTICO • ANALGÉSICO

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

Boião-frasco de 40 grajeias	20\$00
Tubo plástico de 10 grajeias	6\$00

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

CLÍNICA DE PATOLOGIA CIRÚRGICA DOS
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Quisto hidático do pulmão e do fígado

LUIS RAPOSO, ALEXANDRE SILVA

e
L. MOREIRA RAPOSO

De 26 de Outubro de 1942 a fins de Maio de 1953 tivemos oportunidade de observar e tratar 6 doentes portadores de quisto hidático do pulmão e 11 de quisto hidático do fígado.

Esta afecção corresponde a 1,63 % do número de doentes internados (0,57 % de q. h. do pulmão e 1,06 % de q. h. do fígado). Mais de 2/3 pertencem ao sexo feminino.

Considerada em absoluto a nossa estatística é muito modesta, como se vê. Serve, no entanto, de ponto de partida para algumas reflexões, úteis para o clínico geral e nem sempre desistuidas de interesse para os próprios cirurgiões.

Resumimos nas tabelas I e II os dados principais colhidos nas histórias clínicas.

TABELA I—Quisto hidático do pulmão

Obs.	Sexo	Idade (anos)	Residência	R. de Casoni	R. de Weinberg	Eosinofilia	Operação	Resultado	Dias do pós-operatório
I	fem.	25	Tremez (Santarem)	negativa	negativa	1,2 %	Esvaziamento e marsupialização	Curada	52
II	fem.	53	Sêda (Portalegre)	negativa	negativa	3 %	Idem	idem	180
III	fem.	23	Murtosa (Aveiro)	—	negativa	—	Não foi operada (vômica)	idem	—
IV	fem.	20	Riachos (Santarém)	—	positiva	7,5 %	Idem	idem	—
V	masc.	25	M. do Douro (Bragança)	positiva	negativa	2,3 %	idem	idem	—
VI	masc.	22	Rio Torto (Santarém)	—	negativa	1,2 %	Quistectomia total (1)	idem	14

(1) Por quistectomia total entenda-se a ablação num tempo só do quisto, incluindo a adventícia.

TABELA II—Quisto hidático do fígado

Obs.	Sexo	Idade	Residência	R. de Casoni	R. de Weinberg	Eosinofilia	Operação	Resultado	Dias do pós-operatório
VII	fem.	9	Campo Maior (Evora)	—	neg.	4,6 %	Esvaziamento e marsupialização	Curada	52
VIII	masc.	19	Cabos (Santarém)	—	neg.	—	Idem	idem	90
IX	masc.	26	P. de Sôr (Portalegre)	—	pos.	8,5 %	Idem	idem	50
X	fem.	52	idem	pos.	neg.	13,6 %	Quistectomia total	idem	30
XI	fem.	58	Vila Verde (Aveiro)	—	—	1,5 %	Idem	idem	15
XII	fem.	46	M. Redondo (Leiria)	—	—	—	Esvaziamento e drenagem	idem	30
XIII	fem.	24	Fortios (Portalegre)	—	—	—	Esvaziamento e marsupialização	idem	17
XIV	fem.	46	Nisa (Portalegre)	—	pos.	3,9 %	Num quisto: quistectomia total. No outro: quistectomia parcial curetagem e «capitonnage»	idem	15
XV	fem.	53	C. de Vide (Portalegre)	neg.	neg.	—	Vários quistos: quistectomia total. Num quisto: quistectomia parcial, com colmatagem pelo gr epiploon	faleceu após 22 dias por peritonite	—
XVI	fem.	20	Pavia (Evora)	—	—	—	Esvaziamento e drenagem	curada	30
XVII	masc.	—	—	—	—	—	Quistectomia parcial, curetagem e «capitonnage»	idem	12

*

Antes de prosseguir devemos dizer que nenhuma outra localização de quisto hidático se observou, além da hepática e da pulmonar, excepção feita das *Obs. X e XV*, mas mesmo nestas a sede peritoneal e epiplóica não invalida a primitiva hepática. Deve ter-se tratado, por certo, duma infestação consecutiva a ruptura do quisto inicial do fígado.

1 — Sabe-se que em ordem de frequência, quanto a localização, o fígado ocupa o primeiro lugar, o pulmão o segundo.

Embora Devé, Kovacevic e Kratic, admitam a possibilidade da infestação poder fazer-se pela via respiratória, com base em experiências realizadas em animais, é fora de dúvida que na grande maioria das vezes a penetração do embrião hexacanto se faz pela via digestiva. A cutícula do ovo da ténia equinococo é destruída pelo suco gástrico, penetrando o embrião na corrente porta, ou na corrente circulatória geral através dos linfáticos do intestino.

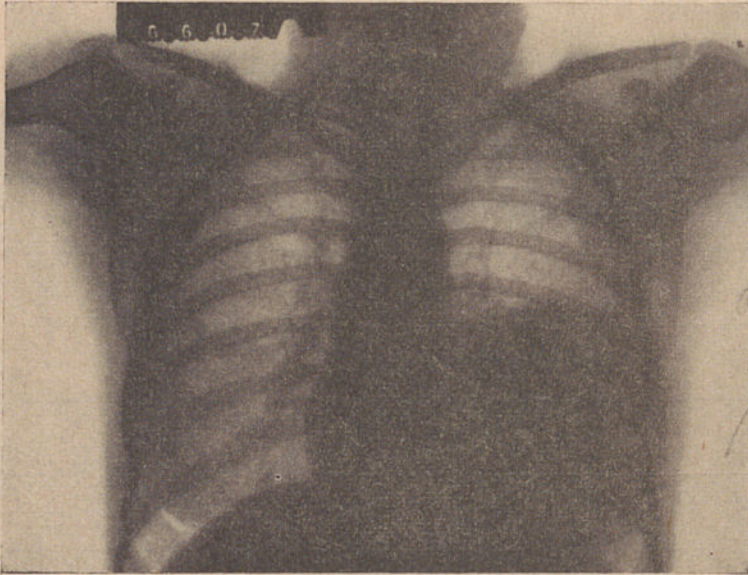


Fig. 1

Se não existissem outras localizações, além da do fígado e do pulmão, o mecanismo de acesso a estes órgãos era fácil de compreender. A via porta explicaria a sede hepática, a via linfática a sede pulmonar. Como, porém, é possível a fixação em vários outros pontos não podemos eximir-nos a aceitar a eventualidade do embrião hexacanto ultrapassar a rede capilar do fígado, e a própria rede capilar do pulmão, facto um tanto paradoxal se tivermos em atenção que o seu diâmetro é cerca do dobro do dos capilares. A passagem por qualquer destes filtros tem de explicar-se pelo ajustamento do embrião ao calibre do capilar, pela possibilidade de alargamento deste ou de encurtamento daquele, ou, então, pela travessia de qualquer vaso de maior luz, que estabeleça curto-circuito entre as redes arteriolar e venular.

2 — Registe-se que à excepção de 4 exemplares (*Obs. III, V, XI, XII*) todos os restantes são oriundos do Alentejo e Ribatejo (distritos de Portalegre, Évora e Santarém); aliás nós sabemos serem aquelas regiões as mais sobrecarregadas com este tipo de doença.

3 — Só duas vezes os quistos estavam infectados (*Obs. XII e XVI*), razão pela qual limitaremos o nosso comentário aos quistos não complicados de infecção.

4 — Ressalta dos quadros supra o pouco valor da reacção de desvio do complemento de Weinberg e, igualmente, da intradermo-reacção de Casoni. (Entre as reacções efectuadas registam-se 9 Weinberg negativas sobre 3 positivas, 3 Casoni negativas sobre 2 positivas e 2 Casoni positivas em 2 Weinberg negativas). Efectivamente, nem uma nem outra oferecem grande confiança no diagnóstico da hidatidose. Tratando-se de reacções antigénio-anticorpo, exige-se, naturalmente, uma certa sensibilização por parte do organismo; ora esta nem sempre se verifica devido à possível ausência de reacções de tipo imuno-alérgico entre o «liquor» do quisto e o organismo hospedeiro. A sua negatividade não pode, por esse facto, pôr-se à conta de imunidade criada. Na opinião geral em cerca de 50% dos casos tais reacções mostram-se negativas. Nos nossos exemplares a percen-

tagem foi mais elevada ainda. Certo é que nem em todos se realizaram.

Igual falta de segurança nos oferece a pesquisa da eosinofilia, como se conclui da leitura do resumo das *Observações*. Só três vezes (*Obs. IV, IX e X*) a taxa média dos eosinófilos foi excedida. Também não constitui novidade para ninguém o pouco valor desta prova quando considerada separadamente. Além disso são em número avultado os estados mórbidos capazes de condicionar eosinofilia, de ordem parasitária ou não.

Se isoladamente, porém, qualquer destes exames tem pouca importância e mesmo em conjunto a sua negatividade não possui valor patognomónico, o facto de serem todos positivos não pode deixar de ser tomado em consideração. Só muito excepcionalmente não traduzirá hidatidose.

5 — Não fazemos apreciações quanto ao diagnóstico. Se fácil algumas vezes, é difícil muitas outras. No caso do pulmão, a possível pobreza de sinais clínicos nos quistos pequenos, não complicados, cede passo, habitualmente, a sintomatologia aparatosa nos quistos volumosos ou múltiplos e, sobretudo, infectados. Acessos de tosse, expectoração hemoptóica, crises de dispneia e, nas formas mais delicadas, a eventualidade da vómica, de tudo se pode ver, segundo as circunstâncias. Não é raro o diagnóstico constituir surpresa, por inesperado, ou, pelo menos, por pouco suspeitado. A imagem radiológica circular, sob várias incidências, com homogeneidade de sombra, traduz, praticamente sempre, um quisto hidático. Quistos doutra natureza vêem-se pouco, como não são frequentes, também, os gânglio-neuromas e os fibromas. A confusão com cavernas pulmonares também não é fácil. O desenho radiológico dos quistos abertos e complicados não é tão característico, é certo, mas nesta hipótese a anamnese supre as deficiências de momento.

O quisto hidático do fígado pode, igualmente, não dar sintomatologia digna de registo. Aqui, como no pulmão, os sintomas provêm, em regra, de fenómenos compressivos ou irritativos e não tanto de perturbações directamente adstritas à presença do quisto, descontada a possibilidade de se observarem manifestações de carácter anafilático, pouco elucidativas, também, como sabemos. Costumam chamar a atenção as dores, por irritação do peritoneu parietal, o aumento de volume da região e, porventura, o tom icterico da pele, devido a fenómenos compressivos dos colectores biliares. O exame radiológico pode avo-

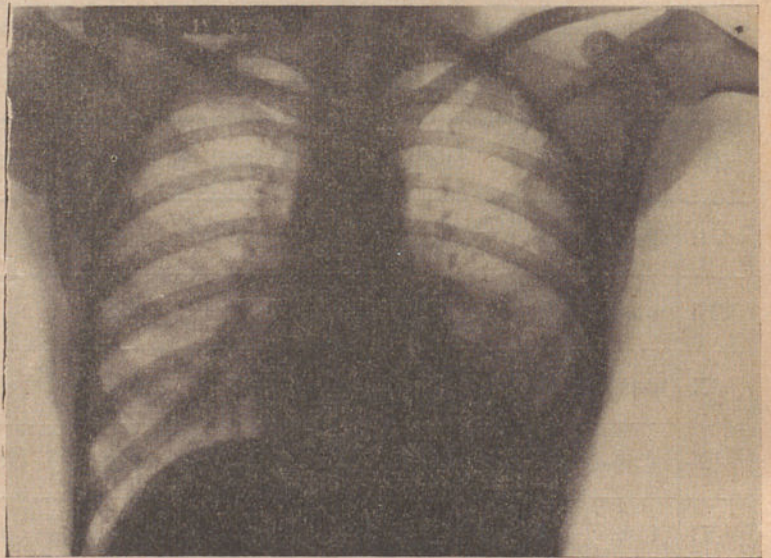


Fig. 2

lumar as suspeitas, mas pode, também, não fornecer elementos de confiança. Qualquer massa palpável na região hepática, de sede profunda e de contornos arredondados, deve tomar-se como inculcante, dum modo particular se o estado geral do doente se não mostra muito tocado. Os tumores primitivos deste órgão são raros, como é sabido. Os quistos complicados de infecção confundem-se com os processos inflamatórios intra ou extra-hepáticos. Na ausência de elementos de valia colhidos na anamnese, o diagnóstico, nestas condições, é muito difícil. Em qualquer dos casos só a operação confirma ou infirma a hipótese posta.

6 — No aspecto anátomo-patológico o quisto hidático tem sempre a mesma feição, trate-se de fígado, trate-se de pulmão, ou doutros órgãos. Simples, duplo ou múltiplo, a unidade morfo-

lógica parasitária mostra-se igual. É a membrana germinativa, ou prolígera, no revestimento interno, as vesículas filhas, os escólex, as membranas cuticular e adventícia. Nos pluriloculares cada uma das locas obedece às características anatómicas dos de loca única, provenham elas de infiltrações através da adventícia do quisto inicial e consecutivo desenvolvimento das pequenas hidátides apensas, ou resultem — como se admite para os quistos hidáticos dos ossos — de dificuldades de expansão regular em toda a volta, por oposição de formações consistentes, como são as trabéculas ósseas.

Chamamos a atenção para um pormenor morfológico que por pouco claro em certos livros e revistas se presta a confusões. As estruturas que revestem o quisto hidático são as membranas prolígera, cuticular e adventícia; as primeiras duas provenientes do parasita e fazendo parte, como tal, da hidátide propriamente dita, a última constituída por tecido conjuntivo reaccional e formada a expensas do órgão hospedeiro. A membrana prolígera é extremamente fina e adere intimamente à face interna da membrana cuticular, de tal maneira que uma e outra constituem um todo difícil de cindir, mas em contrapartida facilmente isolável da adventícia; quer dizer, a parte nacarada, friável e avascular que se extrai com facilidade quando se procede ao esvaziamento do quisto é ao mesmo tempo a membrana prolígera e a membrana cuticular. Uma vez extirpado o conjunto cutículo-germinativo, correntemente designado por membrana prolígera, o órgão hospedeiro fica completamente liberto do parasita.

Não é obrigatório para uma cura perfeita extrair a membrana periquística, ou adventícia, isto sem prejuízo de tal extracção poder beneficiar a marcha das coisas em determinadas circunstâncias.



Fig. 3

Duma maneira geral a adventícia é formada de fora para dentro, isto é, do órgão para o quisto: 1.º) por uma zona de transição constituída por tecido conjuntivo sem organização determinada, tecido este mais ou menos rico de elementos leucocitários e no qual podem ver-se donde ilhotas de tecido igual ao do órgão de suporte (esta zona é semeada de numerosos vasos, alguns dos quais abertos); 2.º) por camadas estratificadas de tecido conjuntivo, tipo folhas de livro. Os vasos aqui são mais raros. Esta architectura resulta da compressão produzida pelo quisto sobre a adventícia. Podem ver-se alguns vasos abertos à superfície e outrossim bronquíolos ou canaliculos biliares, segundo se trata de localização pulmonar ou hepática.

Nos quistos velhos a parte interna da adventícia pode

infiltrar-se de sais calcários. Esta calcificação precede ou segue a morte da larva.

Como dissemos, para curar a afecção basta, em bom princípio, eliminar a membrana cuticular e germinativa, com as competentes vesículas e escólex. As manobras restantes para curar a loca quística serão orientadas pelas condições de momento. Far-se-á a ressecção da adventícia quando esta operação resulte fácil e o órgão de suporte a permita sem qualquer perigo. Algu-

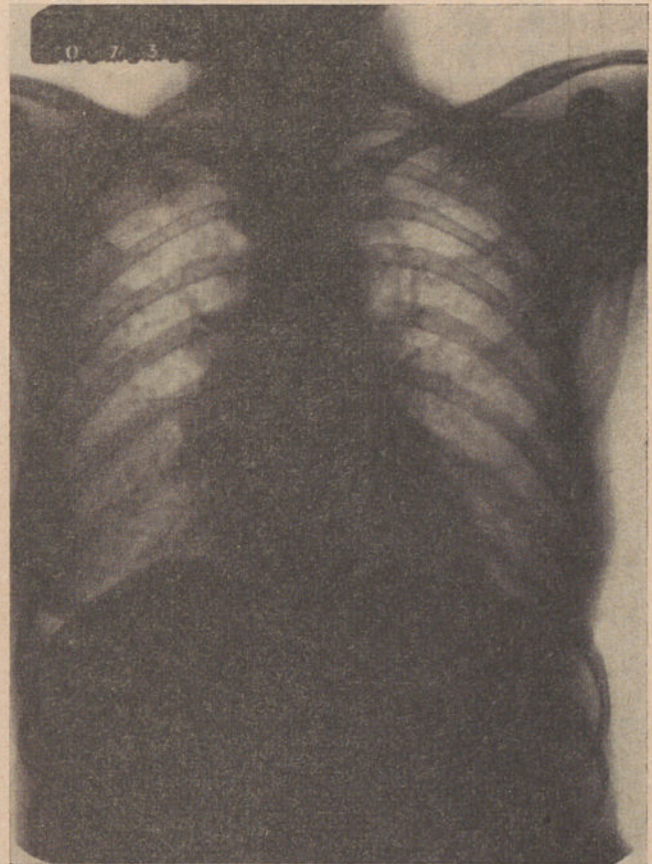


Fig. 4

mas vezes pode mesmo extirpar-se em bloco, sem prévio esvaziamento, o quisto e o periquisto. É o caso da *Obs. XV*, no tocante aos quistos do grande epíloon.

Poderá ainda tentar-se a extirpação da adventícia quando, embora se não afigure muito fácil, nos pareça exequível e vantajosa por permitir melhor encosto das superfícies parenquimatosas. É a hipótese da *Obs. VI* (quisto hidático do pulmão) e *Obs. X* e *XI* (quistos hidáticos do fígado), às quais faremos nova referência um pouco mais adiante.

Nos demais casos, ou seja na grande maioria, devemos contentar-nos com o esvaziamento do quisto, seguido ou não de «capitonnage», ou de enchimento da loca residual, conforme as circunstâncias e a simpatia de cada um.

A — QUISTO HIDÁTICO DO PULMÃO

Os quistos hidáticos pulmonares podem ser uni ou bilaterais, e em qualquer dos casos solitários, duplos ou múltiplos, mas em regra são unos.

A maior parte das vezes localizam-se no lobo inferior. Predominam os periféricos sobre os centrais e no parecer de muitos o pulmão direito é preferido ao esquerdo. Tudo isto é suficientemente conhecido como conhecida é, também, a sua sintomatologia e as complicações a que podem dar origem.

No comentário de hoje interessa-nos, apenas, o aspecto terapêutico das formas simples, isto é, não complicadas.

Têm sido propostas, para o tratamento do quisto hidático do pulmão, várias maneiras de actuar, desde a expectativa simples até à extirpação total do quisto e periquisto, passando pelo esvaziamento em um ou dois tempos, em bloco ou com prévia abertura da prolígera, com ou sem marsupialização, drenagem ou não drenagem da loca quística, encerramento ou não dos brônquios abertos, «capitonnage» ou não «capitonnage» das paredes da loca, em suma, todos os arranjos concebidos pela teoria e depois transportados para a prática clínica, isto sem falar na possibilidade dum tratamento médico, apenas, com a

administração dum soluto de timol em óleo iodado como aconselha Cuervo Garcia no tratamento do quisto hidático em geral (1). E a verdade é que todos os processos costumam dar bom resultado.

Lembramos, a propósito, algumas palavras escritas por Devé em 1949, no seu livro *L'echinococose primitive*, relativamente às possibilidades curativas da vômica: «La vomique hydatique peut constituer un processus curatif naturel méritant d'être respecté». Falando dos quistos centrais acrescenta: «Après Morquio e Zerbino, nous avions insisté sur la fréquence de la guérison naturelle à la suite de vomique hydatique spontanée, survenue dans le jeune âge».

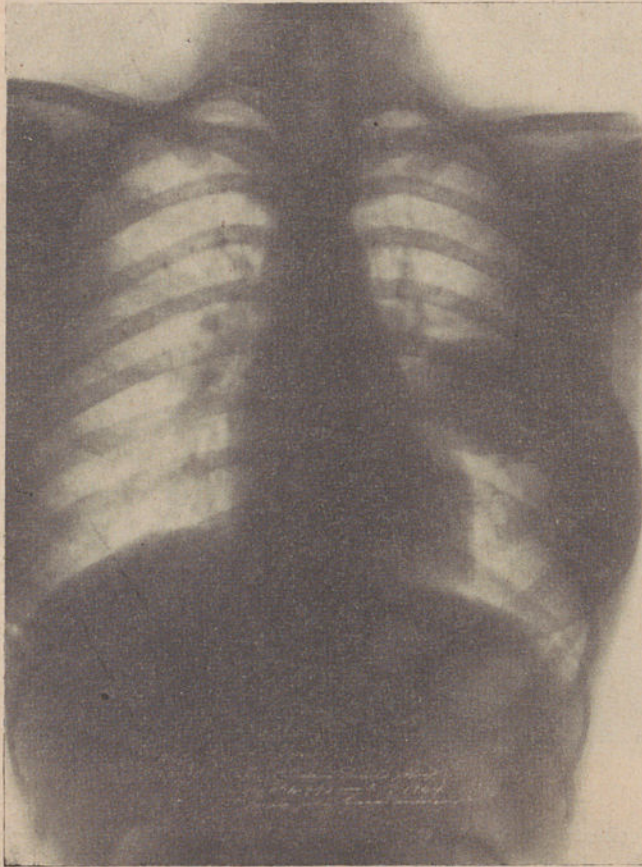


Fig. 5

Alquie, Sicard e muitos outros, entendem, igualmente, que os quistos hidáticos do pulmão, abertos nos brônquios, curam como regra.

Antes da era da cirurgia torácica era frequente, com efeito, aconselhar-se uma atitude expectante quando se tratava de quistos centrais. Os inconvenientes do método eram cobertos de longe com os perigos da intervenção cirúrgica. A *Obs. V* recusou a intervenção, tendo mais tarde surgido uma vômica abundante e com ela a cura, segundo fomos informados.

Hoje em dia os partidários da expectativa vão rareando cada vez mais, se é que algum existe ainda. Mesmo que o quisto aparente ser profundo é excepcional não poder atacar-se, directamente, ou através duma cisura. E quando não possa atingir-se há que contar com o recurso da lobectomia, como muitos autores aconselham. Seja dito de passagem, que a lobectomia — e muito mais a pneumectomia — só em última instância encontram justificação. Os restantes métodos satisfazem em regra, mesmo no caso de se tratar de quistos dúplos.

Até há poucos anos o processo operatório adoptado no tratamento do quisto hidático do pulmão consistia, fundamentalmente, em fixar à parede a adventícia ou o pulmão circunvizinho e em esvaziar a hidátide. Thomas drenava por sistema. Posadas apenas drenava os quistos supurados. Se a pleura visceral não adería à parietal, a maior parte dos cirurgiões operava em dois tempos; no primeiro tinha-se em vista a criação de aderências entre as duas pleuras; no segundo completava-se o acto com as restantes manobras sobre o quisto (método de Lamas e Mondino).

Como salvaguarda da contaminação da pleura pelos escólex tinha-se por prudente, a conselho de Devé, puncionar o quisto antes de o abrir, aspirar o «liquor», injectando em seguida um soluto de formol a 1%, prática por nós seguida ainda hoje.

Nas *Obs. I e II*, operou-se num só tempo e segundo o protocolo referido. Por precaução, para impedir os efeitos do colapso brusco do pulmão, fez-se um pneumotórax, a pressão baixa, na ante-véspera da operação. Como anestesia, a local. As operações decorreram sem acidentes e as sequências foram satisfatórias, também.

Todavia este método está longe de constituir o ideal. A cura arrasta-se e a loca só por excepção deixa de se infectar. As duas doentes estiveram internadas respectivamente 52 e 180 dias.

Com os modernos processos de anestesia poucos são os cirurgiões que não operam num só tempo.

— Quanto ao comportamento em face do quisto não há, ainda, uniformidade de vistas, porquanto se adoptam as variantes seguintes:

a) Esvaziamento da hidátide e das respectivas membranas, com respeito da adventícia, seguido de drenagem à moda clássica, ou fechando a abertura, sem procurar, em qualquer dos casos, obliterar os brônquios abertos (Thomas, Posadas, Brehant, Barret, Macaas e Kourias, etc.). Entendem os partidários deste método ser imprudente fechar brônquios que podem funcionar à maneira de drenos da cavidade. Alguns nem sequer aproximam as superfícies da loca; 1.º) por ser perigoso, dada a friabilidade dos tecidos; 2.º) por não ser necessário, dizem eles, visto tratar-se duma cavidade virtual graças à expansão e retractibilidade do tecido pulmonar; 3.º) para não septar a loca, permitindo, assim, a infecção e a má drenagem. Os resultados colhidos são os melhores, segundo os defensores do método.

b) Esvaziamento da hidátide, com respeito, igualmente, da adventícia, seguido de laqueação dos brônquios abertos e de «capitonnage» (Curtillet, Liaras, G. Howel, etc.). Se os brônquios abertos não são de grosso calibre a «capitonnage» basta.

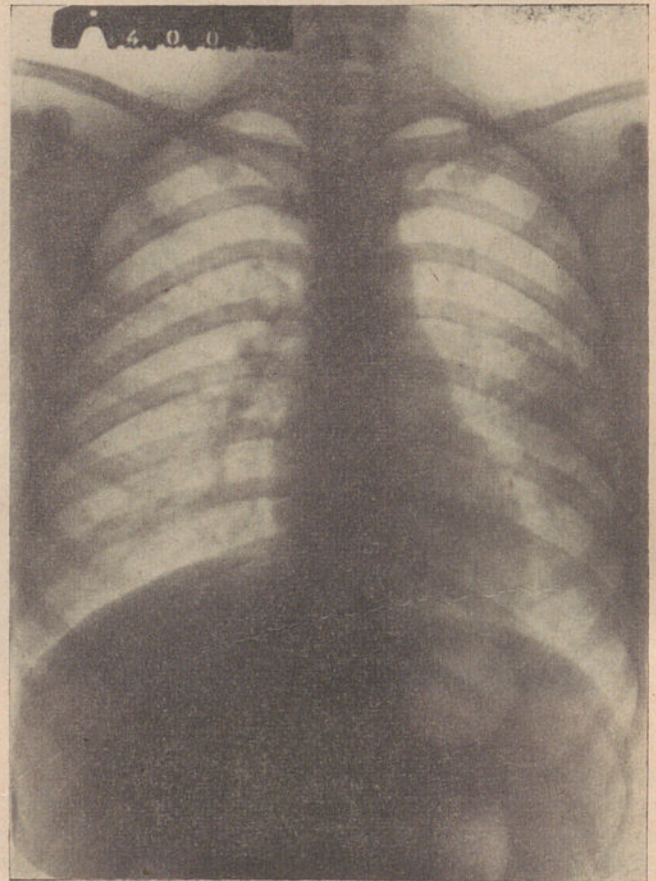


Fig. 6

Nos quistos não volumosos, sem abertura de brônquios (fácilmente verificável com a hiperpressão) e cujo tecido periquístico se encosta sem dificuldade com dois ou três pontos passados e apertados com muita prudência, pode, até, dispensar-se a drenagem da cavidade. Vimos Paolucci proceder assim. Curtillet e vários seguem o mesmo método. Outros drenam.

O processo indicado nesta alínea é o que se me afigura

(1) *Revista Clínica Española*, T. XLI, N.º 5, pág. 320 — 1951.

RINOBIÓTICO

Anti-alérgico • Anti-bacteriano • Anti-congestivo

COMPOSIÇÃO

Sulfato de Neomicina	0,010	Grs.
Gramicida	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 — MASSAMA-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

Para a quimioterapia das
infecções com aeróbios e anaeróbios

Supronal

(Solu-Supronal)

A sulfamida com intensidade
de acção ainda não excedida

Embalagens originais
Tubo com 20 comprimidos de 0,5 g cada
Caixa com 5 ampolas de 10 cm³ (= 2 g) cada
para aplicação endovenosa

Na gripe e constipação

Quinaspina

(quinino 0,03 g + Aspirina 0,25 g)

com efeito rápido e abortivo

Embalagem original
tubo com 10 drágeas

Nas dores de qualquer origem

Dolviran

(fenacetina + Aspirina + fosfato de codeína + cafeína + Luminal)

também eficaz em estados
dolorosos mais intensos

Embalagem original
tubo com 20 comprimidos



»Bayer« Leverkusen, Alemanha

Representante para Portugal: »Bayer«, Limitada, L. do Barão de Quintela, 11, 2^o Lisboa

mais simpático, por isso o aconselho como norma. Os inconvenientes apontados pelos partidários da não obliteração dos brônquios e da cavidade não colhem. A loca residual não é bem drenada pelas vias aéreas superiores. Uma posição postural conveniente é mal suportada por grandes espaços de tempo. E sobre tudo isto prima, como é compreensível, a maior probabilidade de infecção.

Se pela força das circunstâncias não podemos fechar os brônquios abertos e encostar as paredes da loca, é de toda a conveniência drenar a cavidade.

c) Extirpação total do quisto e periquisto e respectiva membrana adventícia. Foi Pérez Fontana quem, em 1947, preconizou semelhante maneira de agir. Em seu parecer a adventícia nem sempre é bem tolerada, podendo, mesmo, impedir uma boa coalescência da superfície de revestimento. Com extirpar-se permitir-se-ia uma cicatrização mais perfeita. Os inconvenientes da possível hemorragia e abertura de alguns brônquios eram, assim, compensados pelo encosto mais fácil das superfícies e maior poder de união das estruturas parenquimatosas.

O comportamento em face da loca restante seria o mesmo da hipótese anterior (obliteração dos brônquios, «capitonnage», drenagem ou não da cavidade).

Este método é hoje preferido pela maior parte dos autores, como se deduz das *Comunicações* de Alonso Vial, Peschiera, Taiana, Allamand e Pefaur, ao *IV Congresso Internacional de hidatidose* de Santiago do Chile.

Procedeu-se assim na *Obs. VI*. Tratava-se dum quisto superficial e baixo do lobo inferior, facilmente acessível, portanto. Por outro lado, a membrana adventícia oferecia o aspecto duma carapaça, devido a calcificação parcial, o que tornava a mobilização e encosto das superfícies da adventícia empresa difícil. A operação decorreu bem, tendo sangrado pouco. Como eram numerosos os bronquíolos abertos, limitamo-nos a aproximar as paredes da loca, não fugindo, mesmo, a completar o seu enchimento com a invaginação do próprio parênquima pulmonar cortical. A hiperpressão mostrou a sutura perfeitamente estanque, não borbulhando nem sangrando. Drenou-se apenas a cavidade pleural. A operação equivaleu, assim, a uma ressecção parcial do lobo inferior, não mostrando dificuldade de maior. As sequências foram excelentes.

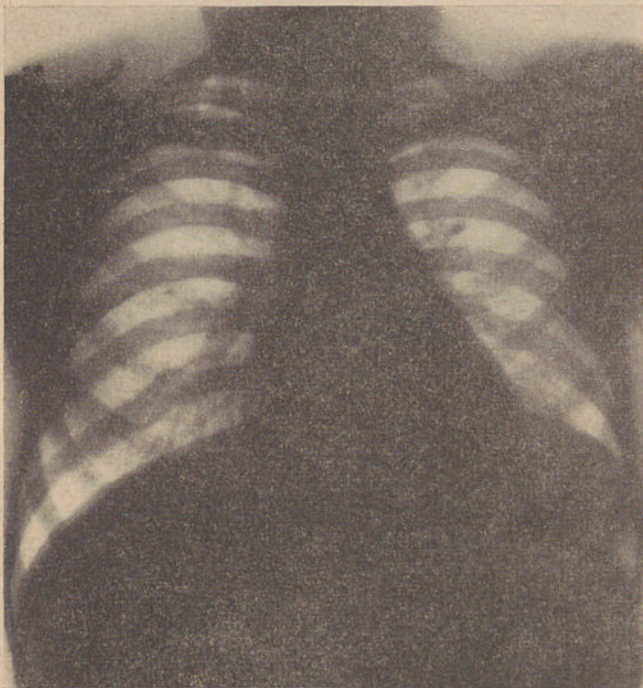


Fig. 7

Apesar do bom resultado colhido neste exemplar achamos prudente não arvorar o método da ressecção total do quisto e periquisto como paradigma a seguir, tal como nos parece imprudente abusar da lobectomia. Vitor Ugon — uma autoridade no assunto — também assim o entende. Para ele basta, na grande maioria dos casos, o esvaziamento do quisto, a laqueação dos brônquios e a «capitonnage» da loca, à maneira do correntemente feito pela maior parte dos cirurgiões.

— Não entramos em pormenores sobre variantes de técnica. Todas são boas, como todas podem ser más, consoante os casos.

Extraír o quisto na totalidade sem o abrir, depois de incisada a adventícia, como faz Victor Ugon, ou extirpar a membrana cutículo-prolígera, depois do quisto aberto e de esvaziar o conteúdo, como procede Barret, pouco importa. Julgamos prudente, todavia, antes de agir de qualquer das formas, aspirar o «liquor», injectando em substituição um soluto de formol a 1% como recomenda. Devé. Atenuar-se-á a possibilidade duma contaminação pleural.

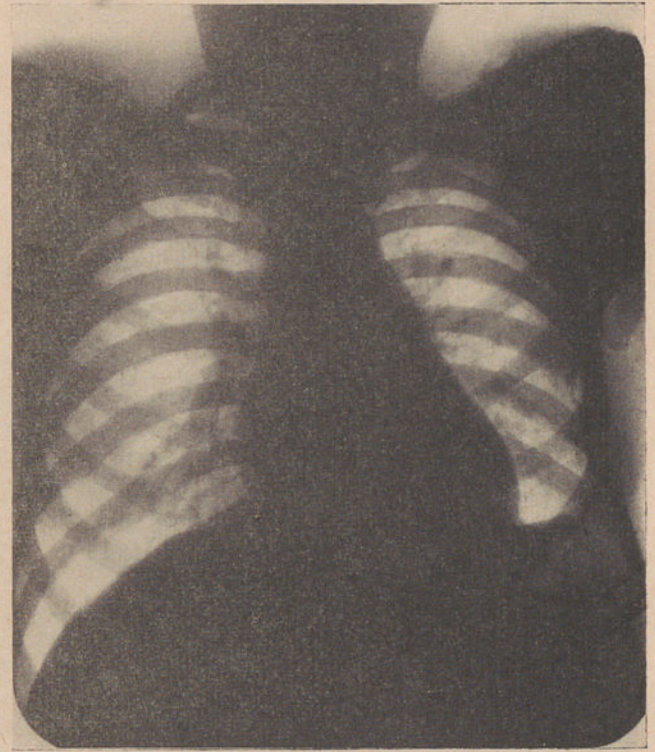


Fig. 8

Sobre drenagem da loca dissemos já o que havia a dizer. Quanto à drenagem da cavidade pleural julgamos prudente fazê-la sempre, mantendo-a em tórax fechado dois ou mais dias conforme as circunstâncias.

B — QUISTO HIDÁTICO DO FÍGADO

A conduta no tratamento do quisto hidático do fígado pode dizer-se que se ajusta inteiramente à seguida no quisto hidático do pulmão. Assim:

a) Antigamente o cirurgião limitava-se a esvaziar o quisto, marsupializando a adventícia por meio duma coroa de pontos fixados à parede e aguardando depois a cicatrização por segunda intenção. As *Obs. VII, VIII, IX e XIII* foram assim tratadas. Curaram, é facto, mas não sem a loca se infectar (à excepção da *Obs. XIII*), como é de regra nas drenagens muito prolongadas. O método, efectivamente, está longe de ser perfeito.

b) Hoje em dia a maior parte dos cirurgiões esforça-se por suprimir a loca restante, ora passando alguns pontos que permitam o encosto da adventícia, ora enchendo a cavidade à custa dum retalho de epiploon, como propõe M. Goinard, M. Note e outros.

O primeiro processo, elogiado por Constantini e seguido por vários autores, é muito simpático e costuma dar resultados excelentes. Adoptámo-lo na *Obs. XVII* e em um dos quistos da *Obs. XIV* com esplêndido resultado. Procedeu-se em relação a estes quistos, depois de devidamente esvaziados, à excisão da adventícia na parte livre e à curetagem da superfície interna na parte aderente, habitualmente pouco vascularizada, e não raro um tanto fibrosada ou até calcificada. Esta manobra de avivamento foi proposta por Arcé. Depois passaram-se alguns pontos de aproximação. Este tempo pode não ser fácil. O tecido é friável e a contextura do órgão de suporte, por menos elástica, nem sempre consente o encosto desejado, dum modo particular se a cavidade é grande e a adventícia se mostra muito endurecida. Nestes doentes obteve-se uma aproximação razoável.

Na *Obs. XV*, não foi possível a «capitonnage», razão pela qual se tentou a epiplooplastia, tão elogiada por alguns cirurgiões. As sequências não foram lisonjeiras e não sabemos em que medida a epiplooplastia pode ter contribuído para isso. A doente

supurou tendo acabado mesmo por se dar uma perfuração do intestino, que nos pareceu efeito e não causa da supuração intraperitoneal registada. Não se drenou o peritoneu porque nada fazia supor a supuração. A maior parte do epiploon havia sido extirpada com os múltiplos quistos sobre ele desenvolvidos, mas, apesar disso, foi possível mobilizar, a porção restante para den-

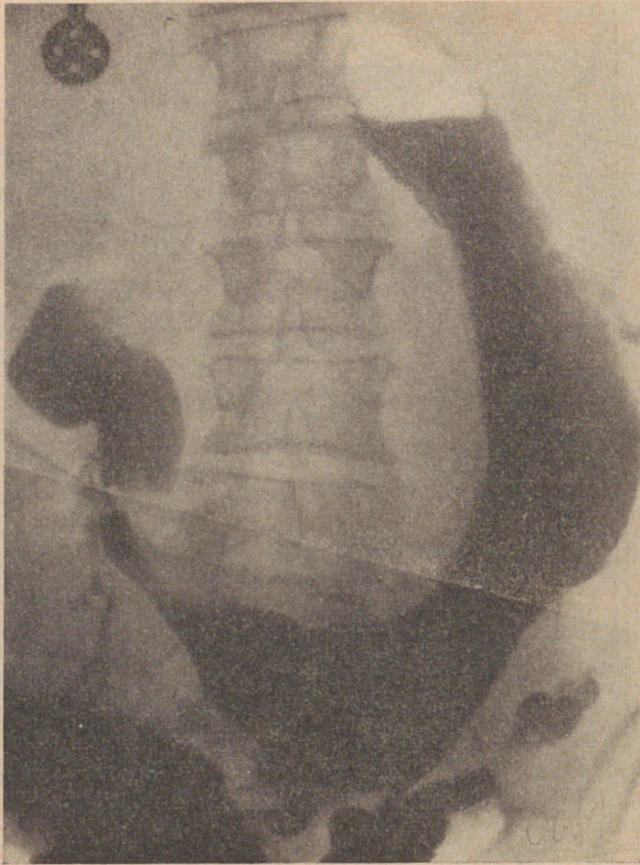


Fig. 9

tro da cavidade quística sem compromisso aparente ou suspeitado da vascularização e do trânsito intestinais. Drenou-se a loca como por sistema se faz no Serviço. Através do dreno saiu bastante bÍlis nos primeiros dias. Não sabemos se esta bÍlis correspondia à transudação biliar habitual das locas hepáticas, se porventura a qualquer efracção de maior vulto dum canal biliar médio. Seja como for, não foi esta circunstância que complicou as sequências, porquanto a maior parte da bÍlis continuou



Fig. 10

a seguir o curso normal através do colector comum. A evolução má deste caso não nos leva a repudiar a epiplooplastia intra-cavitária quando da mobilização do epiploon não resulte inconveniente para o bom funcionamento dos restantes órgãos. Afigura-se inteiramente lógica e viável.

Em resumo, a «capitonnage», ou o enchimento da loca com

um retalho de epiploon, parece-nos um bom processo de actuar no tratamento dos quistos hidáticos do fígado não complicados.

c) A extirpação total do quisto, incluindo a adventícia, constitui, em princípio, o método ideal, não tanto pelo receio duma infiltração parasitária extra-adventicial, hipótese proclamada com muito entusiasmo, em 1925, pelo autor russo Napalkoff, mas, sobretudo, pela má qualidade da membrana periquística, em matéria de possibilidade de encosto e adesão da sua superfície, dum modo especial se está calcificada.

Uma vez ou outra poderá tentar-se e levar-se a cabo com êxito, como aconteceu nas *Obs. X e XI* e em um dos quistos da *Obs. XIV*; na maior parte dos casos, porém, parece-nos arriscado arvorá-la em sistema. Depende da localização do quisto, do seu volume e da adesão da membrana ao parênquima contíguo. Não é raro dar-se com um bom plano de clivagem, mas a regra é o descolamento não poder fazer-se sem perigo. E se a procura dum plano de clivagem é difícil com o quisto aberto muito mais difícil se torna com o quisto fechado, por falta de «contrôle» dos dedos aplicados na parte de dentro. Por este motivo entendo que a quistectomia em bloco, sem abertura do quisto, deve considerar-se como um método de excepção.



Fig. 11

Constantini procura separar a adventícia com auxílio duma rugina, traccionando-a ao mesmo tempo com uma pinça em coração. Segundo ele não é raro cair-se numa área avascular, o que vem facilitar a manobra. Quando se notam dificuldades ou a zona seja perigosa, por proximidade das vias biliares, da porta, etc., não insiste, limitando-se à quistectomia sub-total. Drena sempre a loca. É prudente, com efeito, proceder assim, tanto mais que a acção curativa dos dois métodos é praticamente igual e os inconvenientes são muito menores.

*

Limitámo-nos a comentar os quistos hidáticos simples, não complicados, por ser deste tipo a quase totalidade das nossas *Observações*. Em relação aos quistos infectados diremos, apenas, que a intervir-se na fase aguda da supuração o operador deve cingir-se a abrir e drenar, unindo previamente as pleuras, se não há aderência dos dois folhetos, na hipótese da localização pulmonar (Curtillet). Nos processos arrefecidos a operação preferida é a quistectomia total, para não eternizar a supuração, isto quer se trate do pulmão, do fígado ou de qualquer outro órgão.

NOVIDADE TERAPÊUTICA



BIFACTON

Factor intrínseco de Castle, pela primeira vez purificado e concentrado de forma estável, associado ao factor extrínseco (Vit. B₁₂).

0,5 Un. U. S. P. por comprimido

À parte as indicações clássicas, tais como anemia perniciosa, esprue tropical e não tropical, anemias macrocíticas alimentares, o **Bifacton** está indicado em numerosos estados mórbidos que podem ser influenciados pela administração de Vit. B₁₂.

- Estados de astenia, esgotamento e convalescença;
- Atraso do desenvolvimento, deficiências de crescimento, anorexia nas crianças;
- Afecções hepáticas agudas e crónicas.

Apresentação:

Emb. de 30 comprimidos

REPRESENTANTES:


UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

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

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 16, 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 DENTAIIS — 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

No caso do pulmão põe-se, por vezes, com inteira propriedade, a indicação da lobectomia.

OBS. I

R. R., sexo feminino, de 25 anos, residente em Tremez (Santarém).

H. P.: Sofria, há um ano, de dores no hemitórax esquerdo, tosse e expectoração. Um mês antes do internamento pontada forte à esquerda, acompanhada de expectoração hemoptóica, sem febre, nem vômito.

Estado actual (2-II-43) — Ligeira tosse, sem expectoração nem dores. Aspecto geral razoável.

Exame radiográfico: — «A metade inferior do campo pulmonar esquerdo mostra uma área de densificação de contornos regulares e nítidos e de densidade homogénea, separada da cúpula hemidiafragmática» (Fig. 1).

A expectoração não acusou b. de Koch, nem escólex ou ganchos. R. de Casoni e de Weinberg: negativas. Eosinofilia 1,2%. R. de Wass, negativa.

Diagnóstico: Quisto hidático do lobo inferior do pulmão esquerdo.

Operação: Após pequeno pneumotórax, realizado na véspera, ressecção de parte de dois arcos costais, seguida de pleurotomia, fixação do pulmão à pleura parietal, punção e esvaziamento da hidátide, injeção de sol. de formol a 1%, quistectomia, extirpação das membranas quísticas, drenagem das cavidades quística e pleural. Anestesia local.

Sequências:—Fístula brônquica estabelecida no 1.º dia, infecção da cavidade quística. Cura completa. Alta 52 dias depois de operada. Exame radiográfico no momento da alta: «leve diminuição da transferência na base esquerda que deve corresponder a fenómenos de reacção pleural pós-operatória» (Fig. 2).

OBS. II

T. P., sexo feminino, de 53 anos, residente em Sêda (Portalegre).

H. P.—Há cerca de um ano tosse com expectoração hemoptóica.

E. A. — (6-XII-43) — Aspecto geral regular, não tem dores, nem dispneia, mantendo alguma tosse e expectoração hemoptóica. Maticês e diminuição do murmúrio na base esquerda.

Exame radiográfico: — «No terço inferior do hemitórax esquerdo mostra uma mancha volumosa, de opacificação densa, de forma oval, de limites nítidos e regulares. Reacção pleural na parte mais baixa» (Fig. 3).

R. de Casoni e Weinberg: negativas. Eosinofilia 3%. Análises da expectoração e de Wass.: negativas.

Diagnóstico: quisto hidático do lobo inferior do pulmão esquerdo.

Operação:—Ligeiro pneumotórax prévio. Ressecção parcial de dois arcos costais, pleurotomia, fixação do pulmão à parede, punção e formalização do quisto, incisão e esvaziamento das membranas, drenagem das cavidades quística e pleural. Anestesia local.

Sequências:—Infecção da loca, seguida de fistulização. Alta seis meses depois de operada, persistindo uma pequena fístula que só mais tarde curou.

Exame radiográfico (4 meses depois de operada): «Retracção costal, com ligeira opacificação da base esquerda». (Fig. 4).

OBS. III

M. L. V.:—Sexo feminino, de 23 anos, residente em Monte (Aveiro).

H. P.—Foi considerada desde criança como sofrendo dos pulmões. Há seis anos fez tratamentos nos Sanatórios do Lumiar e de Portalegre. Sente, há cerca de cinco anos, uma impressão desagradável na base do hemitórax direito, especialmente quando faz esforços.

Há três meses, quando estava em Madrid, numa Casa de Religiosas, teve uma crise de tosse, expelindo grande quantidade de líquido claro, misturado com sangue e membranas brancas. Manteve expectoração algum tempo, mas sem sangue.

E. A. (20-XII-43)—Internou-se para observação. A auscultação mostra diminuição do murmúrio do p. direito.

R. R. de Weinberg e de Wass.: negativas.

Exame radiográfico: «Salvo elevação da parte interna do hemidiafragma direito nada revela de anormal.

É lícito pôr o diagnóstico retrospectivo de quisto hidático do pulmão direito, curado por vômito.

OBS. IV

F. D. L.—Sexo feminino, de 20 anos, residente em Riachos (Santarém).

H. P.:—Há cerca de um ano sofre de tosse hemoptóica. Uma radiografia feita em Tomar mostrou a existência duma massa arredondada no terço médio do pulmão esquerdo. (Fig. 5).

Há três meses teve um acesso de tosse, seguido de vômito e prurido intenso.

E. A. (16-III-45). Estado geral razoável. Adinamia e sensação de peso no hemitórax esquerdo. Ligeira tosse e ausência de prurido. R. de Weinberg: positiva. R. de Wass.: negativa. Eosinofilia: 7,5%. Baciloscopia: negativa.

Exame radiográfico:—«Zona de densificação ligeira com contornos esbatidos no terço médio do pulmão esquerdo». (Fig. 6). A vômito resolveu o caso.

OBS. V

D. S. F.:—Sexo masculino, de 25 anos, residente em Miranda do Douro (Bragança).

H. P.:—Dois anos antes de se internar notou mal estar no hemitórax direito, com sensação de peso e dificuldade de fazer inspirações profundas. Um exame radiológico pôs a hipótese de quisto hidático do p. direito. Ao tempo fizeram-lhe uma punção pleural, que deu um líquido como água, no dizer do doente. Após a punção teve febre e dor intensa na base direita, mantendo este estado cerca de dois meses.

E. A. (3-X-46)—Bom aspecto, não tem febre, nem tosse.

R. R. de Weinberg e de Wass.: negativas. R. de Casoni: levemente positiva. Eosinofilia 2,3%.

Exame radiográfico:—«Duas volumosas massas de aspecto quístico, na base do hemitórax direito. Entre elas existe parênquima pulmonar são, na extensão de 3 cm., na sua maior largura».

Circunstâncias várias levaram o doente a pedir alta, antes de ser operado.

Passado um ano fomos informados, por carta do doente, que havia tido uma vômito abundante, expulsando muito líquido claro e membranas esbranquiçadas. Cinco anos volvidos soubemos estar inteiramente bem. Não foi possível obter novo exame radiográfico. Em resumo: quistos hidáticos do pulmão, curados por vômito.

OBS. VI

A. A. A.:—Sexo masculino, de 22 anos, residente em S. Miguel de Rio Torto (Santarém).

H. P.: Há cerca de sete meses sofre de algumas dores no peito e ultimamente tem tido expectoração hemoptóica.

E. A. (29-V-52):—Por vezes tosse e expectoração, ligeiramente hemoptóica. Bom apetite e bom estado geral.

Exame radiográfico do tórax:—«A direita não se observam alterações dignas de nota. À esquerda há uma área de densificação parenquimatosa, com contornos regulares e densidade homogénea; ocupando a base». (Fig. 7).

R. de Weinberg: negativa. Eosinofilia 1,2%.

Diagnóstico:—Quisto hidático do pulmão esquerdo.

Operação:—Toracotomia. Quisto hidático do lobo inferior. Punção e formalização, seguidas de abertura e quistectomia total, incluindo a adventícia. «Capitonnage» da bolsa, com o que se obliteraram os brônquios abertos. Encerramento do tórax com drenagem da cavidade pleural.

Sequências:—Leve derrame hemático. Levantou-se o dreno no 4.º dia. Alta, curado, 14 dias depois da operação.

Foi visto em 20-VI-53. Goza esplêndida saúde. Exame radiográfico nesta data (Fig. 8).

OBS. VII

M. V. P.:—Sexo feminino, de 9 anos, residente em Campo Maior (Évora).

E. A. (13-IV-44)—No epigastro e hipocôndrio direito nota-se aumento de volume, com projecção anterior da grelha costal. Esta formação não é dolorosa à pressão e tem consistência dura. Não tem perturbações digestivas.

R. de Weinberg: negativa; R. de Wass.: positiva. Eosinofilia: 4,6%.

Exame radiográfico:—«Sombra hepática muito aumentada, depondo a favor dum quisto do fígado».

Operação:—Laparotomia mediana, supra-umbilical. Confirmado o diagnóstico de q. h. do lobo esquerdo do fígado e depois de prévia aspiração do «liquor» e formalização, incisou-se o quisto, extirparam-se as membranas e procedeu-se à marsupialização.

Sequências:—Exsudação franca. Teve alta 52 dias depois de operada, mantendo ainda um trajecto fistuloso.

OBS. VIII

F. A.—Sexo masculino, de 19 anos, residente em Cabos (Santarém).

H. P.: Há cerca de sete anos notou uma tumefacção indolor na região epigástrica. Os esforços e as inspirações profundas provocavam-lhe um certo mal estar local.

E. A. (17-X-44)—Bom estado geral. No epigastro palpa-se uma pequena massa.

R. de Weinberg:—negativa.

Operação:—Com o diagnóstico provável de q. h. do fígado procedeu-se a laparotomia mediana supra-umbilical. Quistotomia, esvaziamento e marsupialização.

Sequências: Exsudação. Alta, tido como curado, três meses depois da operação.

OBS. IX

L. C. L.—Sexo masculino, de 26 anos, residente em Ponte de Sôr (Portalegre).

H. P.:—Refere, desde há um ano, uma tumefacção, quase indolor, abaixo do rebordo costal direito.

E. A. (20-VII-46)—Nota-se uma massa arredondada no ponto atrás referido.

R. de Weinberg: positiva. R. de Wass.: negativa. Eosinofilia 8,5%.

O exame radiográfico revela: «elevação da cúpula diafragmática direita, sem quaisquer sinais de massa anormal na sombra hepática».

Diagnóstico provável:—Quisto hidático do fígado.

Operação:—Laparotomia paramediana direita. Quistotomia, esvaziamento e marsupialização.

Sequências:—Exsudação. Alta 50 dias depois de operado.

Mês e meio depois voltou a internar-se no Serviço com tumefacção apreciável no hipocôndrio direito. Suspeitou-se de supuração da loca antiga. Aberto o ventre reconheceu-se tratar-se de outro quisto hidático que na 1.ª operação passara despercebido. Operação idêntica. Alta, curado, cerca de dois meses depois.

OBS. X

R. M. G.—Sexo feminino, de 52 anos, residente em Ponte de Sôr (Portalegre).

H. P.—Segundo refere foi operada por duas vezes a quistos hidáticos do fígado, a 1.ª há 17 e a 2.ª há 11 anos. Um ano depois da segunda operação mantinha ainda uma pequena fistula.

Segundo também refere, pouco depois de sair do Hospital notou uma pequena tumefacção na fossa ilíaca direita, tendo crescido muito de há três anos para cá.

E. A. (5-XI-46)—Regular estado geral. Ventre muito volumoso, lembrando uma gravidez a termo. No quadrante superior direito nota-se, a par de duas cicatrizes, uma grande massa, arredondada, pouco móvel, de superfície lisa e de consistência dura-elástica.

R. de Weinberg: negativa. R. de Casoni: positiva. Eosinofilia: 13,6%.

Diagnóstico provável:—Quisto hidático do fígado.

Operação—Aberto o ventre notou-se um volumoso quisto hidático (cerca de 35 cm. de diâmetro) de ponto de partida do peritoneu parietal direito, no lugar correspondente às cicatrizes antigas. Tentou-se, mas não foi possível, a extirpação em bloco. Esvaziado o quisto conseguiu-se, embora a muito custo, a remoção completa das membranas quística e periquística. Tratava-se, seguramente, dum quisto por infestação local no momento da segunda operação. Não é, com toda a probabilidade, um quisto primitivo, mas secundário, justificando-se, assim, a inclusão do caso no grupo dos quistos hidáticos do fígado. Teve alta, curada, um mês depois.

OBS. XI

R. J.—Sexo feminino, de 58 anos, residente em Vila Verde (Aveiro).

H. P.:—Nota há 23 anos uma massa intra-abdominal. De começo não a incomodava, mas agora provoca-lhe mal estar.

E. A. (12-XII-46)—Emagrecida. A palpação revela uma massa volumosa no flanco esquerdo, oferecendo uma certa mobilidade. Eosinofilia: 1,5%.

O exame radiográfico do trânsito gastro-intestinal mostra «desvio do estômago para cima e das ansas delgadas para baixo, devido a tumor que se supõe dependente do lobo esquerdo do fígado» (Fig. 9).

Diagnóstico provável:—Quisto hidático do fígado.

Operação:—Laparotomia. Volumoso quisto hidático do lobo esquerdo do fígado. Extirpação total do quisto, incluindo a adventícia. Alta, curada, quinze dias depois.

OBS. XII

T. P.—Sexo feminino, de 46 anos, residente em Monte Redondo (Leiria).

H. P.—Há três meses acusa dores no hipocôndrio direito, notando aumento de volume a este nível.

E. A. (24-III-47)—Enfraquecida. Leve reacção febril. Tumefacção com características inflamatórias no hipocôndrio direito, abaixo do rebordo costal. Sinais de flutuação.

Operação:—Sob anestesia local incisou-se e drenou-se: Tratava-se de q. h. supurado do lobo direito do fígado. Alta, curada, um mês depois.

OBS. XIII

G. S.—Sexo feminino, de 24 anos, residente em Fortios (Portalegre).

H. P.:—Há cerca de três meses palpa no hipocôndrio direito uma tumefacção dolorosa. Por vezes tem cólicas a esse nível. Nunca teve icterícia e supõe, também, não ter tido febre.

E. A. (22-VII-48)—Bom estado geral. A palpação revela no hipocôndrio direito e atingindo a linha média, a existência duma massa de consistência dura-elástica, oferecendo uma certa mobilidade.

Diagnóstico provável:—Quisto hidático do fígado.

Operação:—Laparotomia paramediana direita, seguida de quistotomia, esvaziamento e marsupialização.

Sequências:—Boas. Alta, curada, 17 dias depois.

OBS. XIV

J. S. M.—Sexo feminino, de 46 anos, residente em Nisa (Portalegre).

H. P.—Refere, há anos, aumento de volume no hipocôndrio direito.

Transferida do Serviço do Prof. João Porto, com o diagnóstico de quisto hidático do fígado.

R. de Weinberg: positiva. R. de Hanger (++) . R. de Maclagan: negativa. Eosinofilia: 3,9%.

Operação:—Quisto hidático volumoso do bordo do lobo direito do fígado. Após formalização e esvaziamento fez-se a quistectomia total, incluindo a adventícia. A seguir verificou-se existir outro quisto, também volumoso, na face inferior e posterior do fígado, tomando contacto íntimo com as formações do pedículo hepático e órgãos próximos. Quistectomia parcial, curetagem e «capitonnage» da loca. Drenagem desta.

Sequências:—As melhores. Ao 5.º dia levantou-se o dreno. Alta, curada, quinze dias depois.

OBS. XV

J. M.—Sexo feminino, de 53 anos, residente em Cabeço de Vide (Portalegre).

H. P.—Transferida do Serviço do Prof. João Porto com o diagnóstico de quisto hidático do fígado. R.R. de Weinberg e Casoni: negativas.

Operação:—Volumoso q. h. da face inferior do lobo direito do fígado e múltiplos quistos (4 do tamanho de laranjas e 5 mais pequenos), também hidáticos, inseridos sobre o grande epiploon. Removeu-se em bloco a parte atingida do grande epiploon com os respectivos quistos (Fig. 10). Quanto ao maior fez-se o esvaziamento e a curetagem interna. Dada a impossibilidade do encosto da face interna colmatou-se a loca com a parte restante do grande epiploon. Drenagem.

Sequências:—Foram más, contrariamente ao que se previa. Peritonite com supuração franca. Quinze dias volvidos estabeleceu-se uma fistula cólica. Faleceu 22 dias depois.

SUSPENSÃO ORAL - XAROPE

PALMITATO

DE
CLOROANFENICOL
PARA USO INFANTIL

Febres tifóide e paratífóide e outras
salmoneloses.
Febre de Malla. Rickettsioses.

TOSSE CONVULSA

Meningites. Infecções urinárias. Varicela.
Sarampo, rubéola e papeira.
Infecções por cocos resistentes à penicilina.

Chlorotifina

SUSPENSÃO ORAL
(Xarope)

apresenta-se em frascos com
60 c. c. correspondendo cada
colher de chá a cerca de 4 c. c.
(125 mg. de cloroanfenicol
aproximadamente).

Fácil administração — Idêntica actividade

SABOR AGRADÁVEL
PRODUTO SÁPIDO

e completamente absorvido pelo
tracto digestivo.

INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA



Ex.^{mo} Senhor Doutor:

Baseado no doseamento do ácido ascórbico na suprarrenal do rato, o «test» de SAYERS confirmou que:
—o **SALICITATO DE DIETILAMINA** aplicado localmente, produz uma acção do tipo

"CORTISONE-LIKE"

(semelhante à cortisona)

Sociedade Francesa de Biologia,
sessão de 10 de Julho de 1953.

algiDerma

é um creme dermófilo, penetrante, hidro-solúvel, com aroma agradável, de

SALICILATO DE DIETILAMINA

a 10 %.

ANTI-REUMATISMAL / ANTI-FLOGÍSTICO
ANALGÉSICO

Unicamente preparado, em Portugal, pelo

LABORATÓRIO

DAVi

LISBOA

OBS. XVI

J. M. S.:—Sexo feminino, de 20 anos, residente em Pavia (Évora).

H. P.—Há seis meses dor aguda no hipocôndrio direito. Melhorou. Há cerca de três meses voltou a recair, mantendo-se desde então uma tumefacção no epigastro. A certa altura apareceu-lhe icterícia do tipo obstrutivo.

E. A. (12-II-53)—Regista-se a tumefacção referida. Reacção febril discreta. A punção deu pús franco. Icterícia.

Operação:—Incisão sob anestesia local. Verificou-se que se tratava de quisto hidático. O «liquor», além de purulento era amarelado, prova evidente de derrame de bilis no seu interior. Esvaziamento do quisto e drenagem.

Sequências:—Saída abundante de bilis através do dreno. Ausência de estercobilina nas fezes 15 dias depois da operação. Foi possível visualizar a comunicação do colector biliar com a cavidade, por meio de colangiografia (Fig. 11). A partir deste exame

e mercê da pressão exercida ao injectar a substância de contraste restabeleceu-se o curso normal da bilis. Alta, curada, um mês depois da operação.

OBS. XVII

A F.—Sexo masculino, de 14 anos, residente em Atalaia (Santarém).

H. P.:—Há meses começou a notar uma tumefacção abaixo do rebordo costal direito, com algumas dores.

E. A. (17-IV-23)—Persiste o aumento de volume referido, de consistência dura-elástica. Estado geral bom.

Diagnóstico provável:—Quisto hidático do fígado.

Operação:—Laparotomia. Volumoso quisto hidático do lobo direito, aderente à vesícula. Quistectomia parcial, seguida de avivamento da superfície interna e da passagem de alguns pontos de aproximação. Drenagem.

Sequências:—Nos primeiros três dias drenou alguma bilis e sangue. No 5.º dia levantou-se o dreno e ao 12.º dia teve alta, curado.

CONSULTA DE DERMATOLOGIA DO HOSPITAL
DE CURRY CABRAL

(Prof. Juvenal Esteves)

CADEIRA DE DERMATOLOGIA E MICOLOGIA
TROPICAIS DO I. M. T.

(Prof. A. Salazar Leite)

A tinha tonsurante depois da puberdade

MARIA MANUELA ANTUNES

Neste trabalho consideramos em particular os doentes de tinha tonsurante por nós observados que tinham ultrapassado a puberdade.

Tem-se admitido no nosso meio que a puberdade decorre na mulher dos 12 aos 14 anos, e nos indivíduos do sexo masculino dos 14 aos 16 anos (1, 2 e 3). Agrupamos as histórias clínicas dos nossos doentes com idade superior àquelas, porque é clássico (4 e 5) considerar extremamente rara a ocorrência da tinha tonsurante depois da puberdade. Em realidade, na literatura mundial o número de casos descritos não atinge um milhar (6). Essa raridade é sobretudo própria das tinhas microspóricas (7).

Entre nós, apesar de ser a tinha tão comum e altamente endémica nas povoações rurais e piscatórias, o número de casos até agora descritos é de três, todos eles em indivíduos do sexo feminino (8, 9 e 10).

Várias têm sido as hipóteses pelas quais se procura expli-

car a persistência deste tipo de tinha para além da puberdade e o seu aparecimento no adulto. Uma delas baseia-se nas relações anatómicas existentes, após aquele período da vida, entre a bainha da raiz e o cabelo, supondo que a humidade existente na parte mais profunda deste não é suficiente para o desenvolvimento do fungo (11). Outra teoria diz que a doença pode aparecer quando se realizem amplas condições de contágio (12). A teoria mais sugestiva baseia-se na disfunção do sistema endócrino, o que proporcionaria terreno susceptível (13). Neste sentido procurou-se relacionar a imunidade do adulto com o aparecimento no couro cabeludo, durante a puberdade, de ácidos gordos com acção fungistática (14).

Qualquer destas hipóteses não está suficientemente demonstrada e o estudo crítico dos casos descritos é sem dúvida muito útil para melhor esclarecimento do problema. Queremos dar a nossa contribuição relatando os casos que tivemos oportunidade de observar:

QUADRO I

N.º	Nome	Sexo	Idade	Naturalidade	Tempo de doença	Tipo clínico	Outras lesões	Culturas	Observações
1	M. A.	F.	15	?	1 ano	Tricofítia	Epidermofítia	T. violaceum	
2	M. L. N.	F.	15	Tomar	1 mês	Tricofítia	—	—	
3	L. P.	F.	15	?	?	Tricofítia	—	—	Tipo somático particular. (Fig. 1).
4	M. A. S.	F.	16	Moreiras Grandes	?	Tricofítia	—	—	
5	M. M. E.	F.	16	?	?	Tricofítia	—	—	
6	C. C. P.	F.	17	?	5 meses	Tricofítia	—	T. violaceum	
7	P. C. S.	F.	18	Torres	4 meses	Tricofítia	—	T. violaceum	
8	M. T. V.	F.	21	?	?	Tricofítia	Onicomiose	—	
9	N. C.	F.	25	?	3 meses	Tricofítia	Onicomiose	T. violaceum	Obesidade pletórica. (Fig. 2). Provavelmente contagiou a filha, de 12 anos, que sofria de tinha produzida pelo mesmo agente etiológico a partir da onicomiose. Clínicamente parecia sofrer de favo.
10	L. L. M.	F.	26	Torres Novas	?	Tricofítia	—	T. violaceum	
11	G. M. O.	F.	27	Oeiras	19 anos	Tricofítia	Epidermofítia	T. violaceum	Obesa, grávida há 6 meses. Mãe sofria de lesões descamativas do couro cabeludo com queda de cabelo e tem alopecia residual. Uma irmã sofreu também de doença do couro cabeludo.
12	M. C. F.	F.	29	Loulé	5 meses	Tricofítia	—	T. violaceum	Provavelmente contagiada pela filha, com a qual dormia e que sofria havia 7 meses de tinha devida ao mesmo fungo (Figs. 3 e 4).
13	C. R.	F.	31	Lagos	1 ano	Tricofítia	—	T. acuminatum	Foi provavelmente contagiada pela filha que sofria de tinha havia 2 anos, da qual se tratou e tornou a adoecer ao mesmo tempo que a mãe notou as lesões.
14	M. J. P.	F.	48	Salvaterra de Magos	10 anos	Tricofítia	Epidermofítia	T. violaceum	Provavelmente contagiou o filho de 7 anos, que sofria de tinha provocada pelo mesmo agente etiológico.

Pelo exame do quadro anterior verifica-se que a doença se registou exclusivamente em indivíduos do sexo feminino.

Quanto à naturalidade, a maioria das doentes provinham de localidades onde existem muitos tinhosos, mas o número de casos presente não é suficiente para permitir relacionar esse facto com o aparecimento tão tardio da tinha.

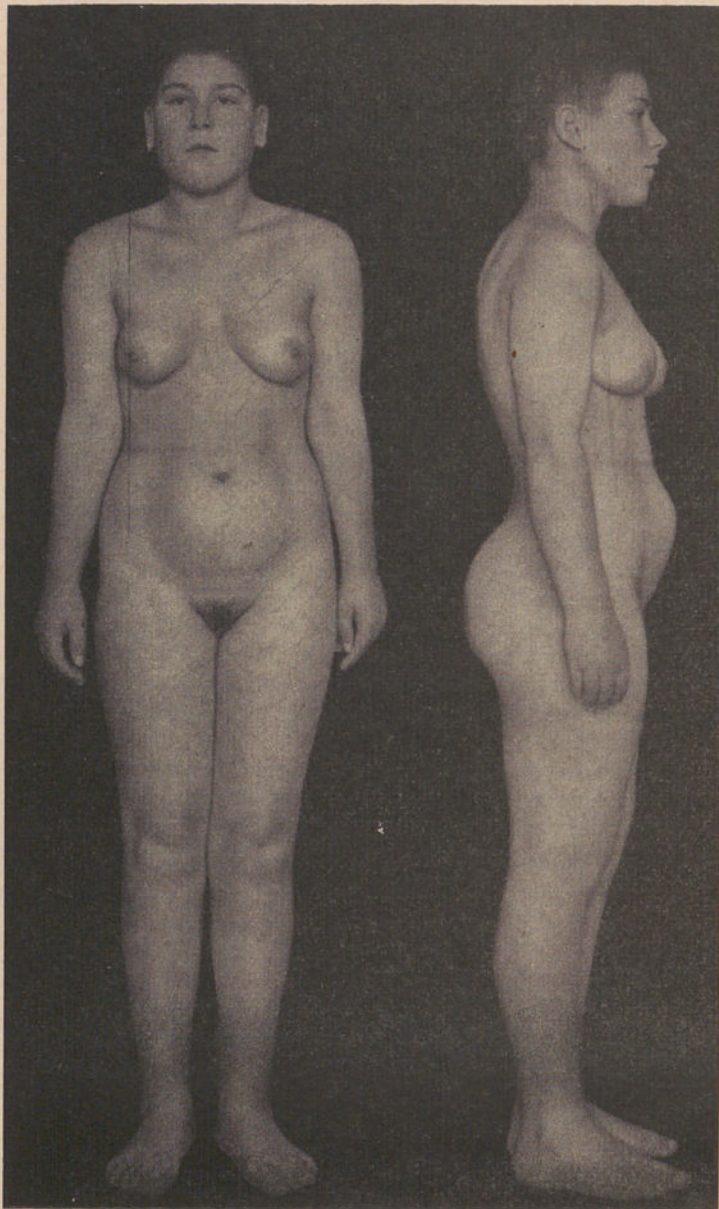


Fig. 1

O tempo de evolução da doença variou de 1 mês a 19 anos e só num caso (n.º 11), a tinha foi contraída antes da puberdade.

Em todas as doentes, excepto numa (n.º 10), cujas alterações cutâneas eram de tipo crostoso e semelhantes à do favo, as lesões eram típicas de tinha tonsurante. Nas mulheres mais velhas, estas eram compatíveis com fartas cabeleiras, sob as quais se não suspeitava a existência de doença.

Em 9 casos obtivemos culturas que revelaram «*T. violaceum*» e num só caso colónias de «*T. acuminatum*». Portanto, os agentes etiológicos são os mais frequentemente responsáveis pelas tinhas tonsurantes no nosso País («*T. violaceum*», agente

muito adaptado ao homem e capaz de produzir tinha um pouco semelhantes à tinha favosa).

Além das características somáticas especiais notadas na doente n.º 3 e da obesidade de que sofriam as doentes dos casos n.ºs 9 e 11, não encontramos quaisquer alterações que pudessem estar em relação com perturbações endocrinológicas nítidas ⁽¹⁾.

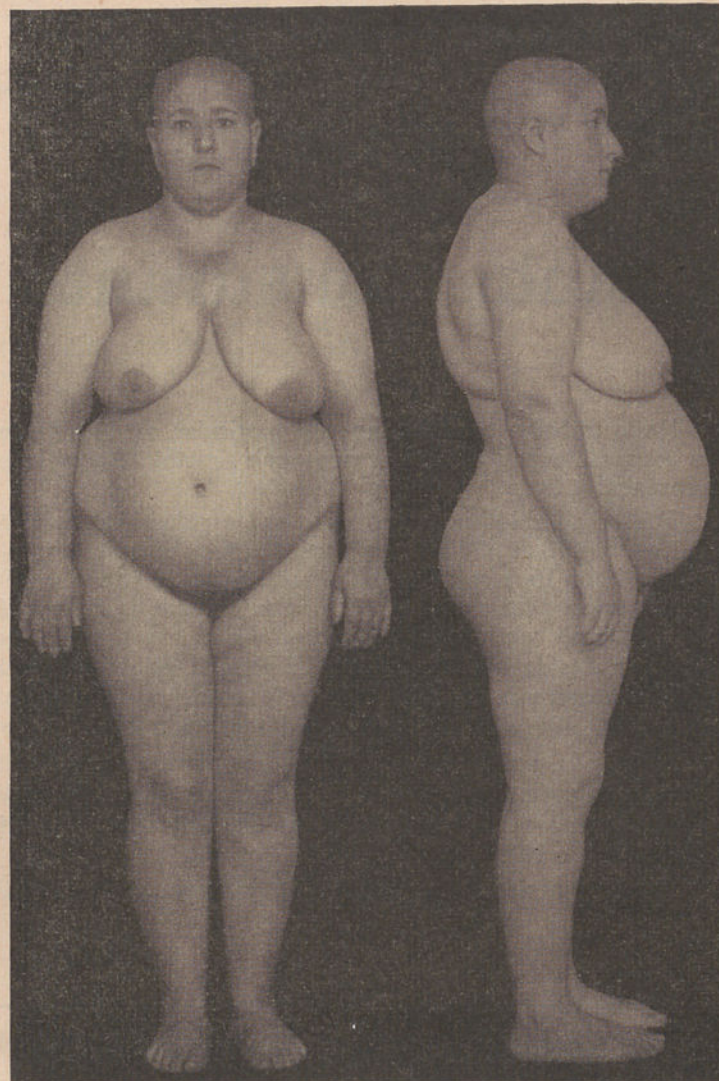


Fig. 2

Em dois casos as doentes foram contagiadas pelos filhos. Em outros dois foram elas que contagiaram os filhos. As condições que permitiram o estabelecimento do contágio são factos correntes da vida quotidiana (dormir no mesmo leito, utilizar os mesmos pentes), e não explicam portanto por si só o aparecimento da tinha no adulto.

O estudo destes casos mostra-nos mais uma vez que se deve ter presente que os adultos podem ter tinha tonsurante, o

(1) Fez-se estudo clínico e laboratorial pormenorizado dos doentes n.ºs 9, 11, 12, 13 e 14, incluindo tentativa de estudo endocrinológico com o auxílio do Sr. Dr. Iriarte Peixoto, a quem agradecemos a valiosa colaboração.

que tem certamente importância epidemiológica, pois aqueles constituem fontes de contágio de que ninguém, suspeita e que se podem manter durante muitos anos.

RESUMO

O A. teve oportunidade de estudar 14 doentes de tinha tonsurante, do sexo feminino, cujas idades vão dos 15 aos 48 anos.

Verificou que em dois casos as doentes tinham contagiado os filhos e noutros dois tinham sido contagiadas por eles.

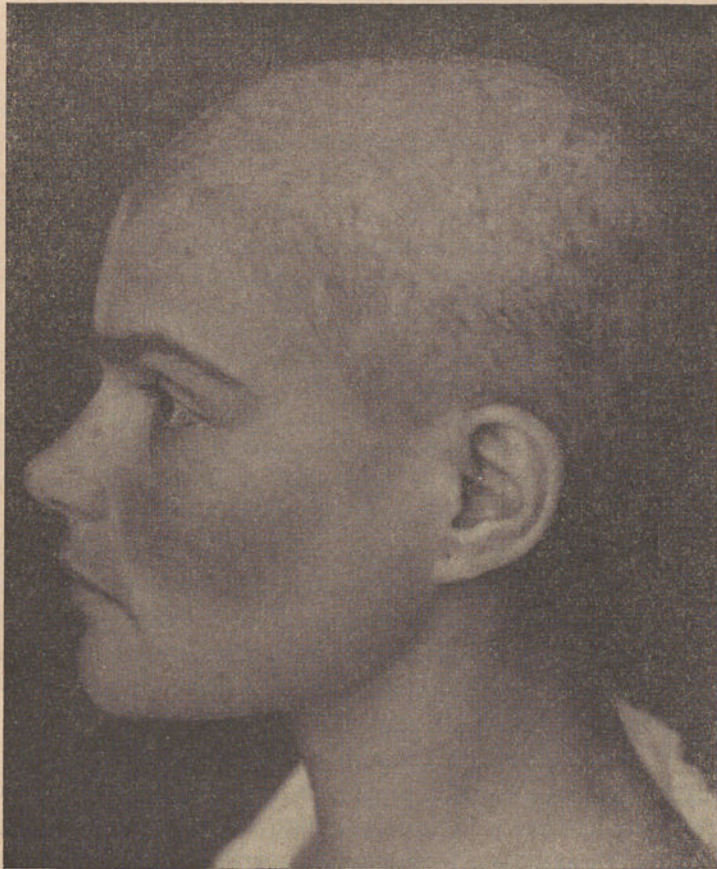


Fig. 3

Verificou ainda que, a partir das culturas de cabelos doentes, realizadas em 9 casos, em 8 foi isolado o «T. violaceum» e em 1 o «T. acuminatum».

Chama a atenção para a possibilidade da existência de formas relativamente inaparentes da doença em adultos, constituindo perigosa fonte de contágio.

BIBLIOGRAFIA

- (1) *Alberto Pimentel, filho* — Pedologia (Esboço de uma história natural da criança). Ed. Livraria Guimarães & C., 1929.
- (2) *Alves dos Santos* — O crescimento da criança portuguesa (Subsídios para a constituição da Pedologia Nacional). Coimbra, 1915.
- (3) *Costa Sacadura* — A idade da puberdade da mulher em Por-

tugal (Trabalho da Maternidade de Lisboa) — Estatística de 9.731 casos apresentados à Sociedade de Ciências Médicas em sessão de 22 de Junho de 1912.

- (4) *Sabouraud* — Les Teignes. Masson & C., Paris, 1910.
- (5) *Pellizzari* — Recherche sul trychophyton tonsurans. Gior. ital. d. mal. ven., 23;8; 1888.
- (6) *Pipkin, J. L.* — Tinea capitis in the adult and adolescent. American Arch. of Derm. and Syph., 66; 1; 1952.
- (7) *Crocker, H. R.* — Diseases of the skin, P. Blakiston's & Son
- (8) *Carrasco, M. C.* — A Tricofítia do couro cabeludo do adulto (Apresentação de um caso com alopecia cicatricial). Gazeta Médica Portuguesa, II; 1; 1949.
- (9) *Fonseca, A. e Basto, M.* — Tinha do couro cabeludo num

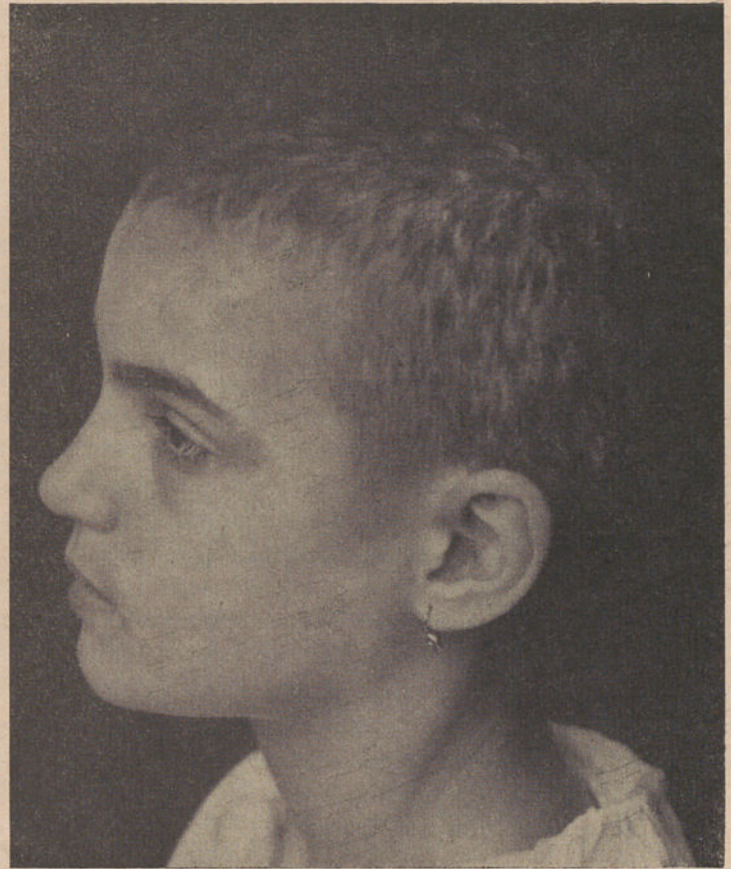


Fig. 4

adulto, pelo «Trichophyton acuminatum» com lúpus eritematoso e gravidez. Trab. da Soc. Port. de Derm. e Vener., VII; 4; 1949.

- (10) *Fonseca, A.* — Apresentação de um caso na reunião em 1953 no Porto da Soc. Port. de Derm. e Vener. Em publicação.
- (11) *Thin, G.* — Pathology and Treatment of Ringworm. J. & A. Churchill, London 1887.
- (12) *Kusonaki, F.* — Experimentelle und klinische Studien zur lehre der dermatomykosen (Infektion, Prophylaxe, Immunität). Arch. f. Dermat. u. Syph., 114; 1; 1912.
- (13) *Maschkilleisson, L. N.* — Zur Frage über Trichophytia superficialis capillitii adultorum. Derm. Wchnschr., 102; 765; 1936.
- (14) *Rothman, R., Smiljanic, A. M., Weitkamp, A. W.* — Mechanism of Spontaneous Cure in Puberty of Ringworm of the Scalp. Science, 104; 201; 1946.

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

A colibacilose genital e o seu tratamento actual

M. LEVRIER

Entre as infecções ginecológicas, a mais frequente é, sem dúvida, a metrite por colibacilo, vinculada num passado entero-urinário com o seu cortejo de irritações e de perturbações locais (vulvovaginites, cervicites) e ameaça anexial.

A flora leucorreica microbiana é representada pelo colibacilo em 70 % dos casos, dos quais 1/4 em associação com o tricomonas e os 3/4 restantes com diversos germes gram-positivos (estafilococo, estreptococo e enterococo). As espécies *Esch. coli* e *Aerobacter aerogenes* encontradas na vagina e no colo uterino mostram-se mais ou menos virulentas segundo a sua origem imediata: a origem exógena não dá mais do que uma afecção baixa, associada na maior parte das vezes ao estafilococo, estreptococo, enterococo e tricomonas. A origem endógena é mais agressiva, provindo do ânus ou da uretra, fazendo parte da cadeia entero-uro-genital, aproveitando todas as vias, descendente, ascendente, por contiguidade, determinando fases bacteriémicas, bacteriúricas, leucorreicas, viscerais, neurológicas e mesmo septicémicas.

É o famoso ciclo colibacilar de que sofrem tantas mulheres e em que quase nunca se pensa. Do reservatório intestinal (1.º estágio), o colibacilo atravessa a barreira digestiva quer através do sistema porta, quer pela via linfática (cisterna de Pecquet e canal torácico) e passa ao segundo estágio (de bacteriémia) que pode ser demonstrado pela hemocultura. No 3.º estágio, o coli fixa-se com exuberância numa víscera (fígado, vesícula, rim, trompa, ovário, aparelho ocular, bolsas serosas), para voltar num último estágio a exacerbar a virulência das estirpes intestinais. Destes órgãos receptores, os mais frequentemente infectados são: rim, fígado e órgãos genitais.

A propagação colibacilar pode fazer-se no entanto, por contiguidade, directamente, e dar assim mais uma patogenia à colibacilose pélvica.

É de notar a importância dos dois tipos de exotoxinas segregadas pelo coli: glucido-lipoides de acção sobre o aparelho digestivo e glândulas supra-renais, e proteicas, de acção sobre o sistema nervoso central, periférico e vago-simpático.

A sintomatologia da colibacilose pélvica pode ser muito rica e fundamentalmente apresenta-se em dois tipos:

Ruidosa — com enterocolite, colecistite, supuração hepática, peritonite, nefrite, salpingite, para-metrite, abscesso pélvico, pelviperitonite, artrite, septicémia, meningite ou iridociclite.

Sóbria — cistite com simples bacteriúria, vulvovaginite, cervicite, endometrite e as clássicas nevralgias pélvicas comuns a tantas afecções ginecológicas.

Apresentam-se sintomas de ordem nervosa, cefaleias, insónias, algias difusas nos membros e articulações, melancolia, angústia, hipersensibilidade, pequenas perturbações circulatórias

como varizes e hemorróidas. A doente intoxica-se pelos tratamentos múltiplos e o estado geral declina, emagrece e apresenta-se fatigada e inquieta.

Uma vez feito o diagnóstico, o tratamento deve ser conduzido de modo lógico e essa conduta assenta na experiência pelo menos de 136 casos que servem de base ao trabalho do autor.

O tratamento comporta antes de mais nada uma parte anti-infecciosa local, que compreende uma série de infiltrações através da mucosa do colo e das glândulas do endocolo de uma mistura de 1 gr. de estreptomina e de 2 gr. de gantrisine, no ritmo de uma infiltração por dia, durante seis dias, sendo cada infiltração seguida de uma pincelagem e de tamponamento da região pericervical e vaginal com uma solução de cloromicetina a 0,25 gr. (suspensão para uso cirúrgico), ou com o soluto do mesmo antibiótico a 0,4 gr. (colírio), sendo a parte terminal da mecha ou tampão impregnada com pomada de cloromicetina.

De acordo com a prova da sensibilidade, a cloromicetina poderá ser substituída pela estreptomina ou pela aureomicina. Pode utilizar-se até um atomizador e será prudente infiltrar igualmente as glândulas de Skène e de Bartholin e o paramétrio.

Estes processos realizam um verdadeiro banho de antibióticos da vagina, das glândulas anexas e do colo.

A fim de destruir o germe nos seus esconderijos ou reservatórios digestivos e urinários põe-se o tratamento anti-infeccioso geral mas a título adjuvante ou profilático, isto é, em doses fracas como por exemplo: 6 comprimidos por dia de cloromicetina, durante quatro a cinco dias; 20 gramas de sulfamidas em cinco dias (irgafen ou gantrisine), ou 2 a 3 gr. de sulfametiltiodiazol (rufol) em cinco dias, ou mais raramente uma cura de 8 a 10 gr. de didromicina ou uma pequena cura de aureomicina.

Deve no entanto, estar presente o problema da resistência progressiva e em matéria de colibacilose, afecção essencialmente recidivante, muitas vezes mais extinta do que curada, é tão útil manter a eficácia da terapêutica de eleição em relação ao germe como a estimulação das defesas histiocitárias dos elementos retículo-endoteliais e sanguíneos e de preparar, proteger e reforçar a acção do agente específico e neste sentido o autor preconiza, além das terapêuticas acidificantes habituais, o composto lípido-vitaminado: óleo de chaulmoogra e vitamina A com o qual tem tratado nestes últimos três anos cerca de 200 colibacilares enterogenitais.

A ideia de adicionar este tratamento obedeceu ao princípio do poder mordente do complexo para reforçar a acção da estreptomina utilizada empiricamente antes dos testes da sensibilidade.

Após um tratamento preparatório de alguns dias com óleo de chaulmoogra e vitamina A constatou nalgumas das doentes uma negativização das análises que tornava inútil a administração

ulterior da estreptomicina e assim este tratamento associado a um tratamento local banal bastava para negativizar uma colibacilose genital ou quando muito utilizava uma dose mínima de estreptomicina (6 a 10 gr.).

Além disso havia uma notável melhoria do estado geral das doentes com desaparecimento das perturbações digestivas habituais, circulatórias e neurendócrinas e assim foi adoptado este tratamento geral de base.

O óleo de chaulmoogra empregado é um óleo deslactonizado e hidrogenado a que se associam 800 UI de acetato de vitamina A cristalizado por grama. Adopta o seguinte ritmo de injeções intramusculares: 5 injeções de 2 c. c. durante a primeira semana;

4 injeções de 5 c. c. durante a segunda semana; 3 injeções de 7 c. c. durante a terceira e a quarta semanas. Este ritmo é bem tolerado, e apenas um bico de temperatura e alguns calafrios são possíveis no fim da primeira semana.

Conclui que graças a esta associação que preconiza do óleo de chaulmoogra com a vitamina A e do tratamento antibiótico verdadeiramente específico, a colibacilose genital perderá enfim o seu carácter de cronicidade decepcionante e torna-se uma das formas mais curáveis do grande síndrome colibacilar geral.

(*La Presse Médicale*, 61; 1003, n.º 43, 11 de Julho, 1953).

Utilização em Neurologia de doses maciças de vitamina B 12. 1.000 microgramas (gamas) por injeção

J. LERBOULLET e R. PLUVINAGE

Estamos assistindo na parte que diz respeito à vitamina B12 a uma evolução progressiva da sua posologia, tal como se viu com outras vitaminas isoladas anteriormente. A possibilidade de dispor de grandes quantidades de vitaminas incitou-nos a usá-las numa grande série de afecções oferecendo analogias clínicas ou fisiológicas com os síndromas ditos carenciais e viu-se que ao lado destas afecções que reagem electivamente com doses mínimas da vitamina correspondente existem muitas afecções nas quais a vitamina tem uma acção curativa desde que seja empregada em doses consideráveis. Isto foi observado, por exemplo, com a vitamina B 1, com a vitamina C e com a vitamina D 2.

Confirmada com a vitamina B 12 a noção de independência relativa dos síndromas hematológico e neurológico, também foi observado que conseguindo nos estados neuro-anémicos a correcção hematológica, persistiam os sinais neurológicos, os quais podiam regressar com doses elevadas de vitamina B 12 da ordem dos 1.000 gamas.

Isto animou os autores a prosseguir os seus ensaios no campo da neurologia com estas doses muito elevadas, da ordem dos 1.000 microgramas (gamas) até se conseguir a regressão, espaçando-se em seguida as injeções até se atingir um estado de cura durável.

Nas degenerescências subagudas combinadas da medula, acompanhadas por anemia, foram levados a ensaiar a vitamina B 12. O síndrome parecia ter uma provável origem carencial (com aquilia gástrica, manifestações neurológicas análogas às das avitaminoses complexas, da pelagra) e efectivamente a vitamina B 12 provocou de modo constante uma regressão notável.

Dados estes resultados notáveis e tendo no espírito a hipótese de uma acção metabólica da vitamina B 12 sobre a mielina, foi tentado o tratamento nas complicações nervosas do alcoolismo.

A vitamina B 1 consegue uma melhoria incontestável, mas lenta. Com a vitamina B 12 os resultados mostram-se muito mais rápidos e brilhantes. Daí a ideia de substituir as doses médias de 40 e 60 gamas diários por doses maiores, de início da ordem dos 400 a 800 gamas. Não apenas as polinevrites banais responderam mais rapidamente ao tratamento mas as formas mais graves com compromisso difuso do neuro-eixo (polinevrite dos quatro membros, com síndromas psíquicos do tipo Korsakow), estados confusionais, síndromas delirantes, foram melhoradas com grande rapidez.

As dores musculares à pressão são menos vivas, mas as parestesias e as dores espontâneas subsistem durante muito tempo. As perturbações tróficas são as últimas a regressar.

A similitude destas perturbações psíquicas observadas nestes doentes com polinevrites graves e difusas com as habitualmente encontradas na polioencefalite superior hemorrágica de Wernicke, a noção de uma mesma etiologia alcoólica na base destes síndromas incitou os autores a utilizar a vitamina B 12 em 4 casos desta afecção. Todos curaram rapidamente com doses fortes de vitamina B 12.

A existência de esclerose em placas identificada pelo seu modo evolutivo e pela presença de perturbações consideradas características tentou os autores a ensaiar a vitamina B 12 mas aqui os resultados não foram brilhantes. Se nos contentarmos com um critério funcional, é inegável que um pequeno número de doentes tira um certo benefício do tratamento; se se espera uma transformação radical do quadro neurológico objectivo pode deduzir-se a ineficácia da medicação.

Trataram vários casos de atrofia cerebelosa progressiva diagnosticados e seguidos durante anos e tiveram a surpresa de ver em 2 casos uma diminuição rápida da ataxia e melhoria da motilidade.

Na degenerescência espino-cerebelosa registaram igualmente resultados muito favoráveis. Não houve, é certo modificação apreciável dos sinais neurológicos objectivos, mas a melhoria funcional conseguida foi surpreendente. Estes resultados aparentemente paradoxais da vitamina B 12 em certos síndromas degenerativos de origem obscura fazem suspeitar da natureza metabólica da afecção.

Outro resultado surpreendente foi registado pelos autores americanos W. Fields e H. Hoff no tratamento da nevralgia facial e notam que as doses correntes de vitamina B 12 nestes casos são votadas a fracasso. Pelo contrário, doses de 1.000 gamas em solução concentrada em 13 doentes deram os seguintes resultados: 6 doentes com uma injeção duas ou três vezes por semana durante quatro a oito semanas e os 7 restantes com uma injeção diária durante 10 dias resolveram o seu problema da nevralgia facial.

A acção terapêutica manifesta-se em dois tempos: desaparecimento dos paroxismos dolorosos e das dores fulgurantes, mas em certos doentes persistem na sede das dores agudas parestesias e sensação de queimadura. Estas parestesias desapareciam com o prosseguimento da terapêutica. Os doentes que já tivessem recebido tratamentos anteriores (cirurgia, alcoolizações), mostravam-se mais rebeldes ao tratamento do que os outros.

Esta acção notável sobre os fenómenos dolorosos volta a observar-se em nevrites e nevralgias diversas, e esta acção se volta a repetir nas cefaleias do tipo da enxaqueca ou não e na zona.

A acção tónica e trófica geral da vitamina B 12 foi assinalada em várias etapas não só em pediatria como em veterinária e os autores ensaiam-na neste sentido em deprimidos, em indivíduos idosos com psicoses de involução senil, parecendo a acção metabólica responsável pela melhoria clínica.

Um capítulo de todo novo mas de grande interesse é a acção neurocitofílica da vitamina, pela qual se pode prever (como para o ácido fólico) uma acção preventiva da contaminação poliomiélica.

(*La Semaine des Hopitaux*, 29; 1894, n.º 37, 6 de Julho, 1953).

* Antrenil

Espasmolítico
frenador do vago
com longa
duração de efeito

nos espasmos do estômago e do intestino
nos espasmos das vias biliares
e das vias urinárias
nas dores de úlcera gástrica e duodenal

Frasco de 30 comprimidos a 5 mg
Frasco de 100 comprimidos a 5 mg
Caixa de 5 ampolas de 1 cc a 2 mg

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa



SUPLEMENTO

DOENÇAS DO TRABALHO

A nova lei alemã referente a acidentes de trabalho e doenças profissionais, traz elementos de meditação sobre o que se passa com a lei que nos rege.

Publica-se agora nos cadernos «Arbeit und Gesundheit», um número com considerações sobre a lei, pelo próprio responsável técnico para a sua publicação, o Prof. M. Bauer, director dos serviços médicos do Ministério do Trabalho do Reich.

É sobretudo interessante a verificação do aumento do número de doenças profissionais, em parte devido ao desenvolvimento de novas indústrias, condicionando a existência de novas noxas. É de interesse para nós a consideração de doença profissional às doenças infecciosas adquiridas pelos profissionais que com elas têm contacto.

Médicos, enfermeiros, serventes e pessoal da limpeza ou lavagem de roupas, todos que têm por ofício estar expostos em Hospitais ou mesmo em laboratórios de análises ou investigação, se adquirem no exercício da sua profissão uma doença infecciosa — e admite-se que a adquirem sempre que seja possível essa fonte de contágio — estão ao abrigo da lei das doenças profissionais.

Da mesma forma os veterinários e todo o pessoal que lida com animais ou com partes de animais sofre de doença profissional sempre que adquire doença transmissível do animal ao homem, e com que pudesse ter tido contacto.

Especifica a lei outros casos de doença profissional que habitualmente se encontram mal definidos. Como exemplos citaremos a doença resultante de aparelhos de trepidação, martelos de pressão e outros; as paresias e as paralisias que advêm em consequência de pressão constante sobre os mesmos pontos, como a compressão do mediano nas profissões em que os cotovelos se apoiam nas mesas; as afecções músculo tendinosas e articulares das mãos de certos trabalhadores especializados como músicos ou dactilógrafos; e ainda a rigidez da mão dos velhos trabalhadores manuais de trabalhos pesados.

A leitura deste livro faz-nos pensar no que se passa no nosso País em matéria de acidentes de trabalho.

Não falo nas omissões e restrições na parte tocante às doenças profissionais (sobretudo em relação com as doenças infecciosas), mas quero cingir-me a alguns aspectos da lei de acidentes de trabalho e da sua aplicação prática. Quase todos os pontos que foco estão ditos e reditos, mas vale sempre a pena chamar

mais uma vez a atenção para o que se passa.

Em primeiro lugar o erro grave que há no regimen de desvalorizações.

Passados perto de 20 anos da promulgação da lei 1.942, ainda não existe uma tabela de incapacidades, feita no nosso País e que se adapte ao nosso meio.

Os patrões dificilmente aceitam um operário com um defeito físico, mesmo que não dificulte a execução do género de trabalho que lhe será exigido. Mesmo, por vezes, quando o operário se sinistrou no serviço de um patrão é despedido, sob qualquer pretexto, por constituir um empecilho ou mesmo por lembrar ao patrão a responsabilidade moral que lhe compete.

As indemnizações são baixas. Não vale a pena ao segurador, muitas vezes, fazer o máximo que pode pelo sinistrado. Assim não se faz dada operação porque o seu preço é mais elevado do que aquele que o aumento de defeito do sinistrado custa à companhia em reservas matemáticas. O Juiz pode obrigar a resolver o assunto cirurgicamente, é um facto, mas na maioria dos casos isto não se dá.

O uso da tabela Mayet que se encontra oficializada, resolve mal os problemas que surgem a todos os momentos.

A tabela seria sofrível se possuíssemos uma organização de readaptação ao trabalho, mas não há nem um instituto de readaptação nem, o que era mais preciso, uma organização de carácter social que encaminhasse os mutilados para ofícios compatíveis com os seus defeitos físicos.

As incapacidades, sobretudo as permanentes, devem ser o complemento do salário que o trabalhador passe a ganhar, mais baixo pela incapacidade que possui. Os seus valores são muitas vezes ridículos em relação à real perda de possibilidades para o trabalho, sobretudo no caso de lesões de rapazes novos, aprendizes, com salários baixos.

Os homens que se habilitaram para um dado ofício, dificilmente, sobretudo se já não são novos, se adaptam a outro.

É absolutamente necessário e de uma justiça elementar que as indemnizações deixem de ser uma ridícula farsa de ajuda — tantas vezes 2 ou 3 escudos diários para um estropiado — para serem um real apoio na subsistência do indivíduo.

Eu sei que as companhias de seguros no estado actual das coisas declaram e talvez o possam provar que não podem satisfazer o aumento do valor das incapacidades. Mas ainda aqui tudo se deve a que o problema está errado e mal posto.

É necessário que a lei defenda as Com-

panhias contra as fraudes e é necessário que as Companhias se defendam contra os acidentes.

Para que a lei defenda a Companhia não pode deixar de haver castigo para os que a roubam ou tentam roubar.

É o caso dos simuladores. Uma vez descobertos, e sabe-se com que custo se prova que um homem é simulador, a seguradora liberta-se dele. No entanto não é, regra geral, castigado. Prova-se em Juízo que tentava defraudar a Companhia e a Companhia é absolvida de lhe dar qualquer indemnização. Sai o simulador para a rua a pensar porque não resultou a fraude, para melhorar a sua técnica para a vez seguinte, enquanto que, porque é pobre e o Estado não pode perder, ainda a seguradora tem que pagar as custas mínimas.

Estes factos, de todos os dias nos nossos Tribunais de Trabalho estimulam a prevaricação e faz dos profissionais de acidentes os únicos que lucram com o actual estado de coisas.

Também as Companhias não se defendem, individual e colectivamente.

Se as indemnizações fossem maiores, o ramo de Acidentes de Trabalho poderia ser gravemente deficitário e as Companhias chegariam à conclusão que não podendo baixar o custo do sinistro, têm que baixar o número de sinistros.

Aqui dois aspectos: primeiro a ajuda das Companhias contra a má fé e as fraudes dos sinistrados e dos patrões dos sinistrados, em relações dos homens suspeitos de profissionais do sinistro que vivem alternadamente à custa das diferentes Companhias. Mais importante ainda a certeza de que patrões que roubam as Companhias em folhas de férias, mettendo números e salários de sinistrados inferiores aos reais e até acrescentando indivíduos já depois de sinistrados, a certeza dizia, de que em todas as Companhias para onde se dirigisse teria que fazer sobre-prémio, ou mesmo não seria aceite.

O outro aspecto, talvez ainda mais importante: a profilaxia do sinistro.

Aqui nasce um problema que tem sido desprezado entre nós e que é fundamental no seguro-doença e acidente profissional — a presença do Médico de Fábrica.

A colaboração Patrão-Seguro-Médico de Empresa é a base em que se tem que compreender uma orientação moderna dos acidentes de trabalho.

OUVINDO ALGUNS MESTRES ESPANHÓIS

II

D. Bonifacio Piga Sanchez

Entrevistado por

L. A. DUARTE-SANTOS

O grande nome PIGA mantém-se vivo na obra do mestre e mantém-se vivo na actividade científica de seu filho, o Prof. Piga Sanchez.

Não se limita a permanecer à sombra do grande nome paterno o jovem cientista que se vai impondo, desenvolvendo uma actividade deveras extraordinária. E o seu nome galgou já as fronteiras do país vizinho e em breve passará, com certeza, a ser tão citado como o de seu Pai e Mestre.

Começamos por lhe perguntar:

Como professor adjunto de Medicina Legal, à beira da Cátedra, não se prejudica ocupando-se dos mais variados assuntos numa grande, pelo menos aparente, dispersão?

A dúvida que lhe ocorre ao espírito ao verificar as múltiplas actividades que tanto tempo roubam aos afazeres da Cátedra mostram-me a sua clara percepção das realidades. Como seria o nosso rendimento se em vez de dispersar esforços os orientássemos num só sentido? Creio que grande parte da queda cultural de hoje se deve às circunstâncias económicas daqueles que devendo centrar-se sobre uns pontos, com exclusão de certas tarefas, têm de abarcar tudo quanto o tempo lhe permite, não com o fim de alcançar riquezas imoderadas, mas com o fim legítimo de cobrir decentemente as necessidades.

Mas muito para além e acima das suas actividades lucrativas chocou-me a diversidade dos seus estudos. Que me diz do valor desses estudos de psiquiatria, psicologia, biotipologia e sexologia para o cumprimento dos seus deveres de professor de Medicina Legal?

Os estudos que realizámos e que temos entre mãos sobre tais matérias consideramo-los francamente necessários para a formação de um médico legista. Sem o conhecimento do homem, considerado no mais amplo sentido, mal se pode pretender valorizá-lo em relação às disposições legais. Por outro lado julgamos fundamental que a psicologia e a psiquiatria médico-legais sejam trabalhadas intensamente pelos médico-legistas, pois é bem conhecido o desastrosado papel que em determinadas circunstâncias podem desempenhar os homens que, apesar de iminentes em seus conhecimentos doutrinários e clínicos sobre a vida mental do homem, carecem da base legal suficiente para pôr freio às suas teorias ou mesmo procedimentos práticos.

Também é preciso estudar o delinquente sob o ponto de vista biológico, pois não há dúvida que, em certas circunstâncias, o delito se encontra mais ou menos determinado por insuficiências ou alterações corporais. Quanto à sexologia basta atender ao seu papel dentro da vida social e à protecção que as leis concedem às suas manifestações, tanto no aspecto civil como penal, para que se conclua que não é tempo perdido tudo quanto sobre tal matéria se elabora.

A chamada cultura geral, a preocupação com os problemas do mundo de hoje, uma formação humanista, serão de desprezar no professorado? E a formação clínica será vantajosa para o médico legista?

Julgo na actualidade já vencidos aqueles para quem a formação do professor universitário se limitava ao domínio da

técnica e da informação. Hoje se vê bem claramente que tanto mais do que estas facetas, tão importantes de si, se deve cuidar da formação geral do homem que ensina. Os conhecimentos técnicos devem ser enquadrados numa «estrutura cultural» em que jerarquicamente figurem aqueles, mas ocupando sempre o lugar que lhes corresponde.

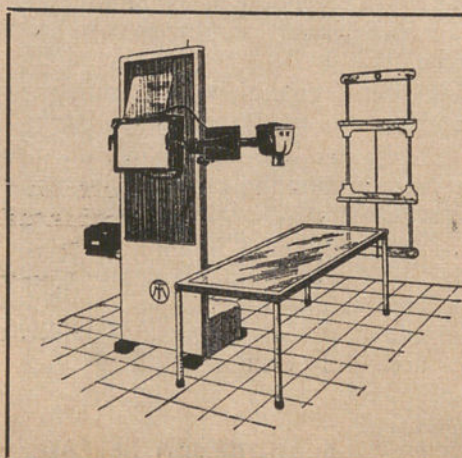
Como justa consequência do indicado surge a necessidade de que o médico legista seja um eminente clínico, não um mero teórico. Assim se vê a larga amplitude do «espectro» dos conhecimentos que o médico legista deve ter. O médico-legista não é um homem de laboratório, mas um homem a quem compete servir-se dos conhecimentos médicos com pensamento jurídico.

Qual o conceito moderno de Medicina Legal? Está-se muito longe da velha Medicina Legal?

A Medicina Legal no momento actual deixou de corresponder àquela pobre concepção de que ela pouco mais era do que tanatologia e que resta ainda recolhida em algumas escolas que não se aperceberam das necessidades da vida moderna e do que esta pede à Medicina Legal. Podemos dizer que todos e cada um dos ramos do Direito — Penal, Civil, Penitenciário, Social, Canónico, Internacional, etc. — exigem da Medicina doutrinas e técnicas. Resultaria anacrónico que perante estes estímulos o médico-legista recusasse a tarefa que lhe corresponde, demonstrando com as suas acções o anacronismo da sua posição.

Como situa a Medicina Legal moderna entre as outras disciplinas médicas, os diferentes ramos do direito e a Medicina do Trabalho?

A Medicina Legal moderna consta, quanto aos conhecimentos médicos, de todas as matérias que constituem o seu edifício, tanto em suas bases (Anatomia, Histologia, Fisiologia, Farmacologia, Bioquímica, etc.) como nas suas aplicações (Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Traumatologia, Psiquiatria, etc.) das quais não pode prescindir. Pelo que diz respeito ao Direito só tenho que me repetir: a maior parte dos Códigos devem ter em conta aspectos biológicos que só a Medicina Legal pode fornecer. A Medicina do Trabalho,



10 NOVOS MODELOS

Aparelhos de Raios X para a radiografia e radioscopia de 10-20-50 e 100 miliampères. Preços e condições excepcionalmente vantajosos.

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.

A maior organização de Raios X em Portugal

Rua dos Sapateiros, 39-2.º — LISBOA — Tel. 25701 — (fundada em 1920)
No PORTO: BACELAR & IRMÃO, LDA. — Em COIMBRA: FARIAS, LDA.



O ANTIBIÓTICO QUE VEIO REVOLUCIONAR
UM DOS GRANDES CAPÍTULOS DA TERAPÊUTICA
COM A DESCOBERTA DA **POLIMIXINA B**

POLIMIXINA B É O ÚNICO ANTIBIÓTICO BACTERICIDA

VASTO ESPECTRO BACTERIANO
GRAM-POSITIVO E GRAM-NEGATIVO

FÓRMULA

POLIMIXINA B	60.000 U. I.
Sulfato de dihidroestreptomicina	0,25 gr.
Sulfato de estreptomicina	0,25 gr.
Penicilina G Procaínica	300.000 U. I.
» G Potássica	100.000 U. I.

em 1 frasco-ampola mais 1 ampola de veículo com cloreto de cobalto

APRESENTAMOS TAMBÉM A DOSAGEM FORTE
COM O DOBRO DA POLIMIXINA B

CAIXAS COM 1-3-5-FRASCOS

LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO



J. J. FERNANDES, LDA.

L I S B O A — P O R T O — C O I M B R A — F U N C H A L

ramo do Direito Social, não foge às regras e é manifesto o grande interesse que para ela tem a Medicina Legal.

Parece-lhe que o estudo da Socialização da medicina não está bem no núcleo central da Medicina Legal moderna?

As actuais concepções do Estado chamando a si a previdência social colocam o médico num plano de exigências não adivinhadas sequer pelos nossos predecessores. Isto obriga o médico a definir a sua situação de trabalho, a procurar protecção nas associações profissionais, a adaptar-se ao meio político que o rodeia e que contém, em maior ou menor grau, tendência a modificar o exercício livre da profissão por um impulso de tendência socializante. Em nenhuma das disciplinas médicas que se cursam nos planos de estudo das Faculdades pode o futuro profissional conhecer o meio social que o há-de rodear e determinar a sua actuação, somente na cátedra de Medicina Legal. Nela é que todo o problema da previdência social deverá ser abordado e, portanto, a Medicina Legal da Segurança Social (Seguro de Doença, Velhice, etc.) deverá ser estudada sob os pontos de vista doutrinário e prático.

Que pensa das exigências técnicas da Medicina Legal e da posição do Catedrático?

Uma Cátedra de Medicina Legal deve ser uma equipa dos que constituem no momento actual a base do exercício profissional. Tendo em conta as múltiplas facetas desta especialidade, haverá que amalgamar doutrinariamente um grupo de especialistas, de técnicos, em diversas disciplinas. O Professor deverá, como é lógico, ser superior, dentro do possível, a todos os que com ele trabalham, o que no ponto de vista técnico será impraticável, mas deverá ser o portador da ampla doutrina orientadora das actividades da sua escola.

Então que qualidades lhe parecem mais necessárias ao professor de Medicina Legal?

As qualidades que devem adornar um professor de Medicina Legal poderão ser: 1.º — um bom pedagogo, porque mais importante do que transmitir conhecimentos é ensinar a maneira de os obter; 2.º — um sintetizador das ideias gerais da época e representar o símbolo do saber organizado; 3.º — manter relações com todos os elementos de trabalho que lhe permitam orientar os seus alunos em todos os pontos onde possam aprender praticamente: laboratórios, museus, hospitais, prisões, tribunais de trabalho, etc., pois nada deve ser desprezado que possa servir a finalidade de proporcionar aos seus alunos a mais larga experiência e orientação na disciplina que ensina; 4.º — vibrar ante os valores ideais da vida e da ciência para que seja um esti-

mulador e exemplo. Não quero deixar de acentuar que ele deve possuir a suficiente rigidez para impor disciplina àqueles alunos que, por desconhecerem o que representa a vida universitária, consideram esta e outras disciplinas sem grande importância — como disse o Prof. Pellegrini, o mestre que secunda as ideias dos discípulos neste aspecto, é verdadeiro cúmplice na fraude que se realiza.

Impulsionador e alma da Sociedade Espanhola de Medicina Legal, que me diz de uma Sociedade Luso-Espanhola e de intercâmbio e colaboração efectiva entre médico-legistas dos nossos dois países?



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**

Como fundador da «Sociedad Española de Medicina Legal», tenho inspirado a esta entidade o mais amplo sentido de cooperação internacional. Todas as nações devem conhecer os esforços que cada uma realiza a favor da ciência e isto pode conseguir-se através das entidades científicas fundadas com tal critério. Assim sempre em nosso pensamento contamos com os especialistas de Medicina Legal que em Portugal tão alto nível atingiram. A amizade que mantemos com eminentes cultores da Medicina Legal portugueses vão sendo já fundamento para novo impulso que queremos dar nesse sentido. Como fruto deste intercâmbio e expressão desta actividade que nos leva a buscar apoio para o trabalho na amizade e na troca de pontos de vista com quantos se ocupam com a Medicina Legal, tenho sido honrado por algumas entidades estrangeiras que me nomearam seu associado, como o Instituto Penal e Penitenciário Espanholo-Luso-Americano-Filipino, nas reuniões do qual pudemos apreciar o alto valor e critério de homens como Beleza dos Santos, etc. Esperamos um intercâmbio cultural cada vez mais intenso com os homens que em Medicina Legal se vão destacando em Portugal e deve saber-se que a nossa Cátedra de Madrid, que foi dirigida por meu pai, o Professor Piga, e que actualmente é regida pelo Prof. Royo-Villanova, está sempre aberta para os nossos grandes amigos, os homens de Portugal, aos quais consideramos como colaboradores.

Sociedade Portuguesa de Pediatria

No Instituto Maternal, reuniu-se no dia 29, sob a presidência do Dr. Cordeiro Ferreira, a Sociedade Portuguesa de Pediatria, tendo tomado conhecimento de um trabalho do Dr. Manuel Farmhouse, em que se propôs que a Sociedade insistisse, junto dos Poderes Públicos, no sentido de se criar a ficha sanitária de todas as crianças, documento a que juntaria a cédula pessoal do titular, e pelo qual o médico seria elucidado, sempre que se tornasse necessário, do passado sanitário da criança. Na ordem da noite, o secretário-geral e o tesoureiro da Sociedade, respectivamente, Prof. Carlos Salazar de Sousa e Dr. Mário Cordeiro, apresentaram o relatório das actividades científicas, no ano académico findo, e as contas do mesmo período, que foram aprovados por unanimidade.

ERITRAN

COM GLUCONATO FERROSO

QUADRO - RESUMO DA EXPERIÊNCIA DE DAVID HALER (BRIT.-MED. JOURN, 1952, 2 pg. 1241, 6/12/1952)

AUMENTO MÉDIO DIÁRIO DE HEMOGLOBINA em percentagem		AUMENTO MÉDIO DE HEMOGLOBINA em gramas %		DOSE TOTAL MÉDIA DE FERRO UTILIZÁVEL MINISTRADA em miligramas		COEFICIENTE DE UTILIZAÇÃO DO FERRO		PERÍODO MÉDIO DE TRATAMENTO em dias	
GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B
1,02 %	1,49 %	2,9 %	3,4 %	4,900	1,359	18,1	28,3	21,7	17,8

GRUPO A — Doentes tratados com preparados de ferro inorgânico.
GRUPO B — Doentes tratados com preparados de ferro orgânico (gluconato ferroso)

- MAIS ACENTUADO AUMENTO DE HEMOGLOBINA
- MENOR PERÍODO DE TRATAMENTO
- MENOR DOSE TOTAL DE FERRO MINISTRADA
- COEFICIENTE DE UTILIZAÇÃO DE FERRO EXTRAORDINARIAMENTE MAIS ALTO
- MELHOR TOLERÂNCIA, AUSÊNCIA DE FENÔMENOS SECUNDÁRIOS.

ASSOCIADO A TODAS AS VITAMINAS QUE INFLUEM NA HEMOPOIESE, O GLUCONATO FERROSO, QUE É DOS SAIS DE FERRO O MAIS EFICIENTE E MELHOR TOLERADO, FAZ DO ERITRAN O COMPOSTO HEMATÍNICO (DE ESCOLHA.)

COMPOSIÇÃO	DRAGEIAS	ELIXIR
Gluconato ferroso	325 mgrs.	4,070 grs.
Vitamina B12	0,001 »	0,0125 mgrs.
» B1	3 »	38 »
» B2	2 »	25 »
» B6	2 »	25 »
» PP	15 »	200 »
» C	25 »	320 »
Excipiente q. b p.	Uma drageia	100 grs.
APRESENTAÇÃO	25 drageias	200 grs.
POSOLOGIA	3 a 6 drageias	3 a 6 c. de chá



Sociedade Portuguesa de Endocrinologia

A Sociedade Portuguesa de Endocrinologia organizou, para o corrente ano académico, um curso sobre Endocrinologia Sexual Feminina, cujo programa está assim estabelecido:

I PARTE: (Histofisiologia)

Novembro

Dia 23 — Prof. Celestino da Costa — «Ovário endócrino»;

Dia 30 — Prof. Celestino da Costa — «Ovário endócrino»;

Dezembro

Dia 7 — Prof. Mirabeau Cruz — «Correlações fisiológicas do ovário»;

Dia 14 — Prof. Oliveira e Silva — «Fisiologia da menstruação»;

Dia 21 — Prof. Jorge Horta — «Anatomia Patológica do ovário»;

Dia 28 — Prof. Toscano Rico — «Farmacologia das hormonas sexuais femininas».

II PARTE

(Clínica)

Janeiro

Dia 11 — Dr. Kírio Gomes — «Semiotologia das perturbações da menstruação»;

Dia 18 — Dr. Mário Fernandes — «Fisiopatologia da puberdade»;

Dia 25 — Prof. Castro Caldas — «Amenorreias»;

Fevereiro

Dia 8 — Dr. Henrique Meleiro de Sousa — «Dismenorreias»;

Dia 15 — Dr. Fernando de Almeida — «Menometrorragias disfuncionais»;

Dia 22 — Prof. D. Pedro da Cunha — «Endocrinologia da gravidez»;

Março

Dia 1 — Dr. Jorge Brás — «Esterilidade»;

Dia 15 — Dr. Rosário Dias — «Virilismos e hirsutismos»;

Dia 22 — Dr.^a Maria Augusta Veiga — «Tumores funcionantes do ovário»;

Dia 29 — Dr. Iriarte Peixoto — «Climatério»;

Abril

Dia 5 — Dr. João Santos — «Correlações psico-sexuais na mulher»;

Dia 12 — Dr. Luís Botelho — «Hormonas sexuais e cancro»;

Dia 19 — Dr. Lopes do Rosário — «Doseamentos hormonais nas perturbações sexuais da mulher».

Os dias 1 de Fevereiro e 8 de Março serão dedicados a sessões de trabalhos.

As lições efectua-se, às 21 horas e 30 minutos, na Sede da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa.

Nas anginas...

ANGIMUTH

(Canfocarboxilato de bismuto)

**UM TRATAMENTO SUAVE,
RÁPIDO E MUITO ACTIVO**

**BISMUTO POR VIA RECTAL,
A MAIS FÁCIL.**

APRESENTAÇÃO :

Angimuth (adultos) (cxa. de 3 supositórios a 135 mg.)

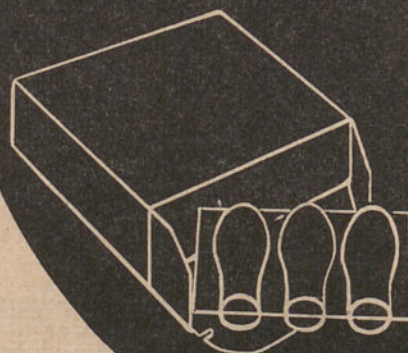
Angimuth (infantil) (cxa. de 3 supositórios a 67 mg.)

Amostras e literatura enviam os

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.
BELGICA

Representantes :

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE
Rossio, 59 - 2.º Esq.º - Lisboa - Telef. 26071



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

ECOS E COMENTÁRIOS

O PROF. WAKSMAN E O TRATAMENTO DO CANCRO

O famoso Prof. Waksman, a quem devemos a estreptomina, director do Instituto de Microbiologia da Universidade de Rutgers (Estados Unidos), apresentou no recente Congresso de Microbiologia, em Itália, uma comunicação acerca da actinomicina e do seu valor no tratamento de certas localizações do cancro.

O Professor Waksman afirmou que além da actinomicina, isolada no seu laboratório em 1940, estão descobertas várias dezenas de derivados semelhantes.

Muitos destes produtos apresentavam, de início, certas características que os tornavam impróprios para uma aplicação terapêutica, principalmente por serem tóxicos, mas conseguiu-se descobrir, em certos casos e em especial no da actinomicina, o processo de diminuir ou anular os seus efeitos nocivos.

O estudo aprofundado de alguns desses produtos foi devido a ter-se verificado que tinham aplicações de grande interesse económico, aplicações que, inicialmente, não foram tomadas em consideração.

O caso da actinomicina é especialmente notável porque o produto apresentava tal toxicidade para os tecidos animais que o seu estudo foi posto de parte. No entanto, verificou-se logo que a actinomicina tinha efeitos especiais sobre certos tecidos, em especial os do baço. Entretanto, o Professor Waksman, baseando-se nos resultados obtidos no laboratório do Professor Domagk, demonstrou que a actinomicina exerce uma acção notável nas células cancerosas, especialmente nas dos gânglios linfáticos. Apesar da sua grande acção tóxica, a actinomicina, quando aplicada em doses suficientemente pequenas, impede o crescimento daquelas células.

Trataram-se cerca de 166 doentes, com várias formas de cancro, sendo este

trabalho efectuado pelo Dr. Schutze. Os resultados foram notáveis, especialmente nos casos de cancros do sistema linfático.

O Dr. Waksman concluiu que estes resultados são muito animadores e justificam completamente outros estudos mais pormenorizados dos efeitos da actinomicina e doutros produtos microbianos nas doenças cancerosas.

As agências de informação tomaram

conta destes sensacionais comentários, e trataram da sua expansão no exterior. E os títulos surgiram, nos jornais, em grandes letras: O cancro vencido; Um novo e milagroso produto para debelar o cancro: A actinomicina.

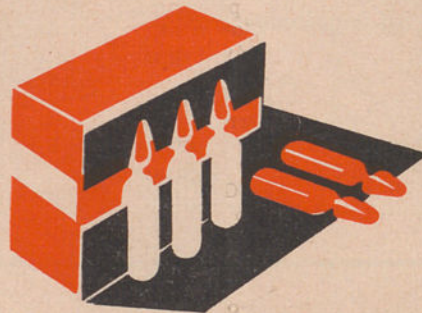
O sábio ex-russo e, agora, americano não encerrou qualquer das suas precedentes declarações. Chamou, apenas, a atenção para o facto de que se encontrava em plena fase experimental e que era cedo ainda para falar dum produto que eliminaria, por completo, o cancro da face da Terra, tanto mais que ainda muito poucas formas do cancro tinham manifestado beneficiar dos efeitos da actinomicina. Mesmo que as pesquisas dessem um passo em frente no domínio dos antibióticos, era necessário usar de grande prudência e não alimentar vãs ilusões.

Depois disto, o Prof. Fleming, que também estava presente no Congresso, concedeu uma entrevista, no dia em que este foi encerrado e isso constituiu o caso a que se pode chamar O Pequeno Drama do VI Congresso de Microbiologia. O pai da penicilina declarou que, na sua opinião, Waksman não descobrira qualquer produto contra o cancro e que tudo o que saíra nos jornais não passava duma falsa interpretação da Imprensa, pois que apenas havia de positivo as experiências em curso sobre a acção de determinados antibióticos na cura da linfogranulomatose.

Esta severa opinião não deve ter agradado nada a Waksman que, devendo fazer, nesse mesmo dia, uma nova exposição ainda consagrada à «biologia dos actinomicetos e sua importância económica», não se apresentou na sala, para a conferência, mandando dizer que nada mais tinha a acrescentar ao seu precedente relato. Ficará por aqui a divergência que parece ter surgido entre as duas mais autorizadas entidades da microbiologia?

(Boletim do Instituto Português de Oncologia—10 de Outubro de 1953)

TERAPÊUTICA ANTI-SIFILÍTICA



SALIBI

Suspensão oleosa de salicilato básico de bismuto, em dispersão muito fina. Cada ampola de 2 cc. contém 0,15 g. de Bi metálico.

Caixa de 12 ampolas de 2 cc.

25\$00

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

MISSÃO À ÍNDIA DE PROFESSORES DA METRÓPOLE

(Conclusão do número anterior)

Discurso do Prof. Vaz Serra:

Em nome dos Ilustres Colegas que me acompanham e no meu próprio, cumpre-me o honroso encargo de agradecer a presença de V. Ex.^{as} a este acto solene de bom acolhimento e as palavras amigas aqui proferidas a nosso respeito.

Não podemos esquecer que, neste contacto oficial, com as gentes de Goa está presente S. Ex.^a o Governador Geral, personalidade onde se aliam, a dotes naturais de encanto pessoal, um passado e um presente cheio de prestígio, derivado, não dos altos cargos, que tem desempenhado e desempenha, mas da maneira corajosa e dignificante como sempre tem encarado os seus deveres.

Assistimos interessados e, porquê não dizê-lo, orgulhosos às homenagens que, há dias, toda a província de Goa lhe rendeu e entre as muitas boas recordações que daqui levamos fica-nos a do seu Governador, que se recebe qualidade da função, presta a esta um brilho e altura admiráveis.

A nós médicos também não pode ser indiferente o facto de S. Ex.^a ser irmão de um professor da Faculdade de Medicina de Lisboa que todos olhamos com o respeito e consideração devidas à seriedade e inteligência que são o norte da sua vida.

Registamos igualmente desvanecidos a assistência do Ex.^{mo} Patriarca das Índias Orientais, Senhor D. José de Vieira Alvernaz, Arcebispo de Goa. Conductor de almas e chefe de condutores de almas, nobilita-o uma obra de apostolado, prosseguida com firmeza e fé cada vez maiores, na inquietação interminável de levar ao maior número as riquezas incomparáveis da fé cristã. Ele é nesta terra o representante máximo de uma civilização que nos habituámos há muito a considerar cristã, porque a impregnam princípios éticos Universais, velhos de 2.000 anos, que admiravelmente regulam as nossas leis, usos e costumes. Apresentamos a S. Ex.^a os mais respeitosos cumprimentos.

É-nos igualmente grato ver aqui numerosas outras distantes personalidades da administração pública, tribunais, advocacia, medicina, alguns antigos companheiros das nossas cidades universitárias, cuja presença nos lembra as distintas terras bem amadas e nos faz pensar estarmos entre amigos junto de quem contraímos delicada dívida.

Alegra-nos, em especial, encontrar de novo os jovens estudantes ao serviço dos quais, de há muito, dispusemos a nossa vida.

Eles rerepresentam, como em toda a parte, o dia de amanhã. Mocidade, ideias generosas, esperanças, ambições, neles se avolumam e irrompem e é ao encontro deste tumultuar de sentimentos que o mestre é solicitado a fim de moderar, dirigir, quando não impulsionar ou corrigir. Deles vem sempre a grande palavra de ordem, presente no espírito do primeiro indivíduo que tomou consciência da sua força e potencialidade: queremos mais e melhor.

E se o mestre por mais idade, mais estudo e experiência, os ultrapassa, não esconde que deles espera, não só o saber, estudo e reflexão, mas um mínimo de dedicação e entusiasmo, sem o qual qualquer causa está, de antemão, condenada ao insucesso.

Estimado Colega, Professor Pacheco de Figueiredo:

Acabamos de ouvir a sua saudação em termos altamente gentis e penhorantes e, infelizmente, para mim apenas, imerecidos. As suas palavras ressoam festivamente aos nossos ouvidos e sentimos bem o cavalheiresco timbre lusitana que nelas perpassa. Atrevo-me a recordar que V. Ex.^a foi

aluno de Coimbra e que os seus mestres foram também os meus. Ali fez um curso brilhante que lhe permitiu aspirar à docência da Escola Médica de Goa, onde, dentro em pouco, se classificou entre os seus mais ilustres professores e onde, mais tarde, em boa hora, foi elevado à categoria de director.

Acompanham-no por toda a parte os aplausos dos seus pares e ao saudar-nos na maneira naturalmente elegante como o fez, V. Ex.^a que, há muito merecia a nossa admiração e respeito e que, pelas intermináveis gentilezas com que nos tem cumulado, nos trazia encantados e confundidos tornou-se, agora, nosso credor de uma muito especial gratidão.

Minhas senhoras e meus senhores.

Trouxe-nos até Goa uma ordem de serviço, não das que vêm no *Diário do Governo*, imperativo irrecusável da Administração ao Funcionário, mas um simples convite que, pela maneira como foi feito e pela intenção que o ditou, pesou sobre nós de um modo tão sério, ou mais do que uma mera disposição legal.

Esteve em Goa, por longo prazo, há mais de 25 anos, um jovem oficial de marinha que mercê de notáveis qualidades viria um dia a ter nas suas mãos a chefia do Ultramar Português. O dilatado período de estadia nesta boa terra criou nele sentimentos perduráveis de simpatia e legítima valorização.

Sabe e sente que Goa é parcela indestrutível do património nacional e que na consciência histórica de todo o cidadão português a epopeia das Índias vibra e irradia como luzeiro altivo e imperecível.

Mas, impressiona-o e encanta-o sobremaneira as virtudes admiráveis das suas gentes, a sensibilidade, a afabilidade, a simplicidade, a inteligência, a compreensão, a tolerância a sobriedade, a resistência ao sofrimento, a capacidade de trabalho e acção.

Virtudes tão modelares foram logo registadas pelos primeiros portugueses que aqui aportaram e, os seus continuadores, em numerosas emergências, voltaram a sentir quão exacta fora, de um modo geral, a primeira impressão. E por isso, através os tempos vindouros o português veio até aqui não como conquistador, comerciante ou usurpador, ávido de terras e lucros, mas como o eterno enamorado, de corações nas mãos, sempre curioso e amigo do Belo, do Bom e do Justo.

Na Índia nada mais temos feito do que servi-la, dizia S. Ex.^a o Ministro do Ultramar num célebre discurso na Assembleia Nacional, em 1950. E creio ser em obediência a esta palavra de ordem, que hoje aqui estamos.

A mensagem que acabamos de ouvir ler, saudação vibrante de amizade e simpatia dirigida por um estadista, conhecedor

do mundo e do seu mundo, aos seus irmãos de longínquas terras do Oriente, sublinha, de modo incomparável, este anseio latente na alma de todo o português, consciente dos seus deveres e condição.

Esta missão, constituída por 4 professores, das diferentes Faculdades e de uma Escola Superior, tem, depois deste primeiro significado moral de apreço por toda a Província, uma triplice finalidade.

Compete-lhe estabelecer relações de amistosa camaradagem com os Professores e alunos locais, todos irmanados na mesma inquietação de aprendizagem escolar.

Traz-lhe métodos de ensino e apreciação que não pretendem impor-se como novidade, pois traduzem apenas, como é natural, o resultado de meditação e experiência pessoais. Sabe, de antemão, que está entre colegas com iguais possibilidades e onde, como em toda a parte, há frutuosas actividades e, contemporaneamente, sementes capazes de fascinantes florações. Não esquece que nas Universidades de Lisboa, Porto e Coimbra, naturais da Índia Portuguesa, têm honrado a docência universitária, de maneira invulgar, e que os alunos deste extremo da Pátria Portuguesa são como os outros quando se aplicam esforçadamente. Apraz-lhe dizer desde já que leva deste breve mas íntimo, diremos mesmo esforçado, convívio com todos os professores da Escola Médica perene e agradável recordação, mercê não só da sua primorosa educação e trato, mas do modo como os vê compreender e discutir problemas comuns de ensino e progresso escolar.

É-lhe igualmente grato registar que, ressalvados pequenos pormenores de interpretação pessoal, são todos concordes e interessados na defesa dos interesses materiais e espirituais da sua Escola.

Estamos, porém, a ouvir as queixas de mestres e alunos quanto às suas exíguas instalações e disponibilidades, mas dir-lhe-emos que não desanimem, pois estas queixas são ou foram de todos os tempos e de todos os lugares.

A insatisfação é natural no homem que pensa e age.

Temo-la em qualquer das nossas casas e tem-me sucedido, mais do que uma vez, depois da visita a um hospital estrangeiro, que se me afigura modelar, ouvir o eterno coro das lamentações sobre o que se não fez e o que falta.

Viva-se com a certeza de que se se não tem o que se julga ser indispensável para um mínimo de tarefa eficiente só há que lutar, trabalhar e insistir. O futuro fará sempre justiça ao esforço porfiado. Quando se está convencido da necessidade imperiosa de novas instalações e métodos salba-se agir na convicção antecipada de que toda a causa justa é sempre atendida.

UM NOVO PRODUTO:

AMINODIOL

"ANDRADE"

Acção hormonal electiva sobre a fase anabólica

Composição — (por 200 grs.)

Aminoácidos essenciais: 547 mgr. — Metil-androsteno-diol: 100 mgr.

Extracto total de fígado: 5 grs. Complexo B: 975 mgr. — Vitamina B₁₂: 0,030 mgr. — Vitamina D₂: 0,015 mgr. — Colina: 200 mgr. — Inositol 50 mgr.

Glicero fosfato de cálcio: 5 grs. — Gluconato ferroso: 5 grs.

Excipientes e amargos q. b. p. 200 grs.

LABORATÓRIOS ANDRADE, L.^{DA}

123, Rua do Alecrim, 127

LISBOA

Vimos depois com a preocupação de estudar.

Não podemos entrar numa nova Escola onde se agitam problemas que a todos nos são caros e aqui vivermos um período que já se nos afigura bastante escasso, sem olhar e tentar compreendêr.

Em toda a parte há coisas novas e aqui sem dúvida elas não faltam.

Todo o mundo é estranho e maravilhoso para umas pupilas bem abertas, escreve Ortega y Gasset. E num mundo que é para nós um mundo novo, muitas coisas nos serão estranhas e talvez surpreendentes.

Não desejamos que a nossa vinda presente, amanhã, para qualquer de nós apenas uma vaga recordação de uma agradável camaradagem.

Tentaremos aproveitar, como nos é devido, as possibilidades que se nos oferecem, faremos por cumprir onosso dever em obediência à condição primacial de exaltação da Escola que nos recebe.

Já há anos fixou-se no meu espírito uma sentença goethiana que muitas vezes me tem impulsionado: «Detesto tudo o que não faz senão insruir-me sem aumentar a minha actividade ou animá-la directamente».

Esta actividade, derivada de que já sabemos e do que viremos a saber, pômo-la espontânea, cordialmente, ao serviço da Escola Médica de Goa.

Trazemos em 3.º lugar as saudações das nossas Faculdades e Escolas. Os Conselhos das respectivas Faculdades e do Instituto de Medicina Tropical ao acederem ao honroso convite que nos foi feito, implicitamente dirigem à Escola Médica de Goa cumprimentos de muito apreço e afectuosa camaradagem. Qualquer de nós traz, além disto, os cumprimentos expressos dos seus directores e entre nós se conta o director do Instituto de Medicina Tropical, Do Director da Faculdade de Medicina de Coimbra, Prof. Dr. Novais e Sousa, recebi, em especial, o encargo de apresentar à Escola Médica de Goa os protestos sentidos da sua maior simpatia, com os votos de uma operosidade progressivamente dignificante e feliz. Na véspera da minha saída recebi do Reitor da Universidade de Coimbra, Prof. Dr. Maximino Correia, a honrosa incumbência de aqui o representar dizendo ao Prof. Pacheco de Figueiredo, do natural regozijo que a Universidade de Coimbra sente por esta manifestação de vitalidade da Escola Médica de Goa e pelos laços, que, a partir de hoje, a ligam mais estreitamente às Universidades do continente.

Senhores estudantes:

Minhas senhoras e meus senhores:

Numa Escola Superior, Instituto ou Faculdade, tem que se viver a consciência Universitária, ou seja o estado do espírito conveniente para preparar e formar a mocidade que se destina aos cargos de maior representação e responsabilidade.

A época actual representa indiscutivelmente uma viragem na história da sociedade.

Longe vai o tempo em que a vida decorria quieta e mansa, o dia de hoje pouco

diferente do de ontem, o dia de amanhã uma repetição inalterada dos dias anteriores. O futuro podia fixar-se quase ao nascer. Famílias, gerações, classes, mantinham-se iguais durante longos anos.

O património transmitia-se sem abalos, de pais a filhos, não só o património traduzido em bens materiais, mas ainda um outro mais delicado e subtil.

Ideias, crenças, conceitos, vivências, mantinham fixidez hereditária e, através de várias gerações, na mesma casa, o sentir, o pensar e o proceder tinham imutável rigidez.

O mundo ou não tinha abalos ou, se os sofria, eles eram lentos, quase imperceptíveis, de modo que as transformações quando as havia, obedeciam a mesmo ritmo. Só ao fim de muitos anos ou séculos se encontrava a diferença.

O panorama da vida material e anímica sofreu uma revolução perturbadora.

O jovem de hoje mal cresce e vê encontra um mundo diferente do dos pais senão do dos irmãos mais velhos. As guerras, o progresso da ciência em todos os campos e nomeadamente na medicina, o primado social, trouxeram em toda a parte agitação intensa, velocidade, facilidade de comunicações, comodidades inesperadas, longevidade, supressão do analfabetismo, emancipação da mulher, instabilidade económica, reforço da autoridade do Estado. E o individuo que cresce e começa a compreender, perante estas atracções da vida contemporânea, desprende-se insensivelmente de um sem número de valores que deram cunho à educação dos seus maiores. Assim não lhe importa tanto a família, tradição, passado, individualidade, consciência histórica, mas preocupa-o quase exclusivamente ser ele mesmo, viver por si, estabelecer a sua autonomia e independência, liberto totalmente de subtis prejuízos ancestrais.

Se houve sempre diferença entre a mentalidade de pais e filhos ela é hoje infinitamente maior. Se alguma vez o filho considerou o pai um ser de recuada época, esse risco é hoje maior que nunca. Mesmo entre irmãos, quando a diferença de idade é grande, pode surgir idêntico conflito.

De um irmão conheço eu, com pouco mais de 30 anos que, há tempos aconselhando uma irmã quase 15 anos mais nova, se viu por esta acabrunhado com numerosos argumentos rematados com esta frase contundente: tem paciência, tu não és da nossa época, já não és um vivente, mas um sobrevivente! Esta anedota traduz bem a ideia de liberdade ou emancipação que cresce com a juventude.

O estudante de um curso superior não foge a esta corrente de ideias. É novo e tudo se lhe oferece. É livre de seguir o seu caminho. Aparentemente nada o prende ao passado ou compromete quanto ao futuro. Procura um lugar ao sol, mas deverá ser esse o seu único objectivo, preparando-se para ser amanhã um entre muitos, todos enredados na tarefa fundamental de subsistir no espaço e no tempo.

Como responde a Universidade às no-

vas perguntas que esta nova geração lhe faz?

Eis duas interrogações a que vou tentar dar uma resposta.

Diremos desde já que a Universidade ou Escola Superior tem novas responsabilidades junto desta nova mocidade.

Como sempre cumpre-lhe instruir e educar.

Não pode haver instituição de ensino superior sem nela se cultivar o saber, estudando, observando, visando uma suficiente informação dos escolares, que deverão ser aptos no dia de amanhã.

Qualquer que seja a ciência professada e qualquer que seja o grau do ensino, não há escola sem conhecimentos, ciência, técnica ou pericia. Os alunos vêm, com a preocupação fundamental, de aprender e por isso a casa, que agora os recebe, tem de lhes fornecer, sempre, dados concretos de ciência, tanto possível exacto produto muitas vezes, da inquietação de várias gerações esgotadas na conquista febril do conhecimento dos fenómenos naturais.

Mas este dever informativo da Universidade revela-se hoje cada vez mais insuficiente.

Seria demasiado belo e simples a existência de uma ciência, estática, conformista, imutável, da qual as Universidades fossem o digno repositório.

A ideia da ciência, por mais progressiva que ela seja, está, porém, sempre ligada à ideia de imprecisão, de insatisfação, do incompleto ou inacabado e, por isso, a Universidade por mais sábia e douta sente que o acréscimo de conhecimentos só lhe traz mais responsabilidade e perturbação. Quanto mais alto vê, vislumbra um campo maior de coisas ignoradas onde há sempre que pesquisar e descobrir.

Não lhe basta, por isso, o seu papel de informar.

Já que na ciência tudo não é muitas vezes senão provisório, compete à Universidade um dever de formação. Este dever de formação dirige-se ao carácter dos seus alunos que procurarão modelar e aperfeiçoar no sentido de que neles se incuta a fé na ciência e seus métodos, a crença nos seus progressos, a necessidade do seu cultivo.

É preciso que todos ali se sintam animados pelo espírito científico, espírito de análise, liberto de autoritarismos ou preconceitos, orientado pela observação desapassionada e impulsionado pela dúvida metódica.

Pode haver conhecimento sem sabedoria; as Universidades, tendo consciência do valor relativo do conhecimento, preferem cultivar a sabedoria.

Tomar o certo e, espíriar o incerto, é uma norma excelente que devemos a um grande humanista, mas como o certo é cada vez mais incerto, a Escola Superior tem de prezar como a sua grande obrigação o incutir em todos, o espírito de sabedoria, porque só este pode ver, compreender, admirar-se e descobrir.

De nada serve a ciência sem a educação, a instrução sem cultura, a inteligência sem vida.

É por isso, mais do que nunca, hoje nas Universidades se defende a necessidade da investigação científica.

Pode daí derivar a prosperidade duradoura das nações, como esperava Ramon y Cajal, mas não é esse o objectivo imediato apesar de a ela se deverem a grande maioria das conquistas de que a Humanidade se orgulha e recreia. São mais ousadas as suas ambições.

Mais do que o programa no domínio das coisas e dos factos espera-se através da investigação científica a educação dos seus cultores criando nelas virtudes especiais de observação e compreensão.

Num relatório da Comissão de Educação Universitária, do País vizinho, encontro uma definição que se ajusta a este ponto de vista: As Universidades são os lares da aventura intelectual.

De facto o universitário tem de ser um aventureiro, visionário, com os sentidos

Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

Alcalóides integrais da quina, metilarsinato de sódio e — Vitamina C

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

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

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

Depósito geral: **FARMACIA GAMA** — Calçada da Estrela, 130 — LISBOA

SALI-LAB

Produto de eleição do tratamento dos reumatismos, em especial do reumatismo articular agudo.

Poderoso anti-reumatismal, antiflogístico, antipirético e analgésico.

MUITO BEM TOLERADO E DE ACÇÃO SEGURA

DRAGEAS: Salicilato duplo de cálcio e piramido.	0,20	gr.
Salicilato duplo de cálcio e antipirina	0,20	gr.
Vitamina C	0,10	gr.
Vitamina K	0,0004	gr.

AMPOLAS: Soluto de Salicilato duplo de cálcio e piramido a 10 %.

UM NOVO PRODUTO ORIGINAL LAB

O Sali-Lab é o sexto produto preparado por síntese nos nossos Laboratórios, rivalizando em grau de pureza e eficiência com os melhores estrangeiros.

Literatura e amostras à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

LABORATÓRIOS „LAB„ — Av. do Brasil, 99 — Lisboa-Norte — Dir. Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

TONO-ENZIMA

Granulado de levedura de cerveja autolizada, rica em polipéptidos, complexo B, complexo enzimático e elementos minerais em combinação orgânica.

SAIS-HEPATICOS

Fosfato, sulfato e bicarbonato de sódio; carbonato de lítio e sais efervescentes.

VITAMINA C

Soluto estéril de ácido 1-ascórbico.

Ampolas 5 % 2 c. c. e 5 c. c.

Ampolâs 10 % 2 c. c. e 5 c. c.

PERVITALÊTAS

Vitaminas A, B₁, B₂, C, D, PP e pantotenato de cálcio.

VITALETAS

Composição (por pérola):

Vitaminas: Vitaminas A, 2000 U. I. / Vitamina B₁ 200 U. I. / Vitamina B₂, 100 U. B S. / Vitamina C, 300 U. I. / Vitamina D, 200 U. I. / Ácido nicotínico, 5 mgs.

Sais Minerais: Cálcio 69,70 mgs. / Fósforo 55,50 mgs. Ferro (orgânico), 5,85 mgs. / Magnésio, 1,61 mgs. Cobre, 1,00 mgs. / Cobalto, 1,00 mgs. / Manganésio, 0,50 mgs. / Óleo de gérmen de trigo, 100 mgs.

VITALETAS-HEPATICAS

Vitamina B₁, B₂, B₆, amida de ácido nicotínico, pantotenato de cálcio, extracto concentrado de fígado.

Laboratórios SICLA - Campo Grande, 298 - LISBOA-Norte

Direcção Técnica: PINTO FONSECA

atentos no desconhecido. Age impulsionado pela curiosidade inesgotável, ambicionando não honras e riquezas, mas apenas a satisfação íntima de mais um passo em terreno ignoto. Basta-lhe ver melhor e ver mais longe.

Dir-lhes-ei ainda que, em toda a Escola Superior, por maior que seja o espaço conferido ao conhecimento e à sabedoria há sempre lugar por uma teoria de valores morais que elevam e nobilitam tudo o que é humano.

Mal vai à Sociedade que não vivifica todo o seu labor e actividade sob o claro resplandecente de uma série de impulsos morais que, desde sempre deram categoria ao indivíduo e ao grupo.

A Universidade — e por Universidade entenda-se dentro da terminologia medieval o agrupamento de estudantes e professores reunidos para um mesmo fim — responsável do destino dos homens proeminentes de amanhã tem de ser a guarda zelosa e ciosa destes mesmos valores e defender obstinadamente a sua supremacia onde quer que eles possam ser tidos em dúvida.

Assim a vocação, entusiasmo, rebeldia, generosidade, intransigência, justiça, consciência histórica e portuguesismo se ficam bem em qualquer lar onde há gente moça que cresce e aprende nunca podem faltar nesta secular Escola Médica de Goa que hoje tão galhardamente nos acolhe.

Vocação porque sem ela tudo sóa a falso e está de antemão desperdiçado e com ela não há canseiras, dores ou dificuldades que se não vençam.

Nunca se suponha que qualquer categoria profissional é apenas uma muleta que ajuda a trilhar a vida difícil da existência quotidiana. Não há muleta sem cruz, e a dos estudantes, dos médicos, dos professores, de todos nós, em suma, é, por vezes, bem pensada. Mas desde que se responde a uma voz irresistível que começa não se sabe onde, ressoa no peito, anima o intelecto e impele irresistivelmente para a frente, tudo é fácil, alegre e simples.

Rebeldia, porque nada, de antemão, é tomado como perfeito, a ciência é a eterna insatisfação e têm de ser seus companheiros a sinceridade, a observação, a curiosidade, a naturalidade, a inteligência.

Generosidade, porque se nos pede uma tarefa para a qual divergem as possibilidades. Sem generosidade a vida de uma sociedade escolar seria cheia de sofrimento,

pois onde estaria a simpatia, a estima, a dedicação e o exemplo?

Intransigência, porque há direitos sagrados inalienáveis, quais sejam as legítimas aspirações de aprendizagem, educação, cultura geral e de individualidade, que retêm em si qualquer coisa que quer ser só, ela mesmo é consigo mesmo.

Justiça, porque justiça é sempre devida à honestidade e intenções do professor, sua preocupação de acertar, seriedade do seu trabalho e ainda espírito de reiterada benevolência.

Diremos ainda que tem de se viver aqui uma consciência histórica, jovem de pouco mais de 100 anos, mas já suficientemente robusta para se impor à consideração de todos nós. Páginas admiráveis de epopeia aqui foram ditadas, não aquela epopeia que se cifra em terras e canhões, mas uma outra, por vezes não menos árdua e gloriosa, que se orgulha de contar no seu activo inúmeras vidas, salvas da insalubridade dos terrenos e dos tempos.

Se edifícios majestosos a não acreditam, acreditam-na um passado honroso, uma longa existência prosseguida, sem desfalecimentos, através de todas as dificuldades e a pleiade dos seus filhos, desde o mais obscuro ao mais ilustre, que em qualquer ponto do território português honram sempre a casa que lhe foi berço.

E por fim, dir-lhes-ei que, depois desta consciência histórica, há um último dever moral, que, pela sua qualidade se destaca de qualquer dos outros, conferindo ao seu portador especial obrigação e nobreza. É o dever de portuguesismo, direi de inalterado amor à Pátria Portuguesa que há mais de 5 séculos vive com os olhos postos nesta parcela do seu coração.

Este dever é nosso e é vosso.

Nas ruas, nas casas, nas aulas, nas salas hospitalares das nossas longínquas cidades, não o discutimos porque, de tão entranhado no nosso íntimo, quase dele nos não apercebemos.

Ultrapassa a razão, domina a personalidade.

Se é certo, como na frase de Pascal, o coração ter razões que a razão desconhece, podemos afirmar que o amor pátrio não tem justificação de ordem económica, social ou política, mas é qualquer coisa muito mais forte, imponderável, com que se nasce e vive e em qualquer circunstância conforta e seduz.

E afinal alegra-nos ver, Senhores Professores e Senhores Estudantes, que os vossos problemas são os nossos, que pensamos em unísono, que esta Goa, de encanto e sonho, que logo nos prendeu pelo seu sortilégio, é bem um canto do nosso lar, ligado ao todo por laços indissolúveis de tradição, natureza, humanidade e espiritualidade.

Portugal está aqui e aqui estará eternamente!

Discurso do Sr. Governador Geral

Finalmente, falou o Snr. Governador Geral, que disse:

Entre os problemas de administração que mais prendem a atenção do Governo deste Estado, os da Instrução ocupam, por direito próprio, lugar de especial destaque.

Não é, este, momento oportuno para dissertar acerca dos aspectos peculiares que o problema da Instrução assume, nas suas várias modalidades, nesta Província Ultramarina. O tema é complexo e do mais alto interesse. Porém, estaria deslocado no ambiente desta sessão, promovida pela Escola Médico-Cirúrgica de Goa para homenagear os ilustres professores que da Metrópole vieram até nós em elevada missão de intercâmbio científico.

Desejo apenas, em breves palavras, realçar o valor da iniciativa que, em feliz hora, tomou Sua Excelência o Ministro do Ultramar, promovendo a vinda a terras de Goa de tão ilustre embaixada Cultural.

*

É elevado o nível intelectual da população deste Estado; e deste facto resulta a legítima aspiração de muitos dos seus jovens de se habilitarem com diplomas de cursos superiores.

O meio, porém, é demasiado pequeno para que possam ser criados e mantidos Institutos dos diferentes ramos do ensino superior, como seria ideal.

A fim de atenuar esta dificuldade, que se observa em todas as Províncias Ultramarinas, mas de modo mais crucial neste Estado, promulgou recentemente o Ministério do Ultramar providências legislativas de largo alcance, já concedendo passagens a estudantes que desejem frequentar determinados cursos na Metrópole, já facultando que se realizem nas Províncias do Ultramar os exames de aptidão para a matrícula nas Universidades e outras Escolas.

Para o problema se considerar devidamente resolvido, necessário é encarar a criação de mais avultado número de bolsas de estudo e, este assunto, há o mais decidido empenho em o resolver satisfatoriamente.

*

Neste Estado existe, porém, e desde há mais de um século, a Escola Médico-Cirúrgica, onde se professam os cursos de medicina e farmácia.

Tudo quanto se faça para valorizar esta escola de tão nobres tradições, merece os mais entusiásticos aplausos e a mais carinhosa gratidão da população culta de Goa.

Vossas Excelências, Senhores Professores, têm tido oportunidade de apreciar o alto interesse que têm despertado as sábias lições que têm vindo proferindo, pois a elas tem afluído numerosa e atenta assistência. O êxito da experiência está demonstrado.

Associando-me com a maior alegria a tão justa homenagem aos ilustres membros da Missão, faço os mais ardentes votos por que seja cada vez mais íntima a colaboração das Faculdades de Medicina e do Instituto de Medicina Tropical com a nossa Escola Médica, e que de tal união de esforços e dedicação resulte que o ensino da medicina neste Estado atinja, dentro de breves anos, o alto nível do ensino da Metrópole.

UM PROGRESSO NA SULFAMIDOTERAPIA

DIMERAZINA

UMA DIAZINA ACOPULADA A UMA MERAZINA, TENDO PODER BACTERIOSTÁTICO EQUIVALENTE À SOMA DO PODER BACTERIOSTÁTICO DE CADA UMA DESTAS SULFAMIDAS ISOLADAS.

ELEVADA POTÊNCIA / ÓPTIMA TOLERÂNCIA
VASTO CAMPO DE ACÇÃO

LARGOS INTERVALOS DE ADMINISTRAÇÃO

XAROPE, SOLUÇÃO A 10 % COMPRIMIDOS A 0,50 GR.
NÃO É UMA SUSPENSÃO TUBOS DE 20 COMPRIMIDOS

ASSOCIADA A OUTROS ANTIBIÓTICOS
A DIMERAZINA REFORÇA A SUA ACÇÃO

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

REPRESENTANTES NO PORTO: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.^{DA}

II Congresso da Sociedade Internacional de Angiologia

Terminou no dia 20 de Setembro o II Congresso da Sociedade Internacional de Angiologia, que teve como presidente de honra o Prof. René Leriche, que é o presidente da secção europeia daquela Sociedade. A comissão organizadora era constituída pelos Profs. Cid dos Santos, presidente; Jaime Celestino da Costa, secretário; e Prof. Lima Basto e Dr. Filipe da Costa, vogais.

Do seu programa, que teve números comuns com os do Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia, constavam dois simpósios, um sobre aneurismas e outro sobre cirurgia da válvula mitral; várias sessões operatórias na clínica do Prof. Cid dos Santos, no Hospital de Santa Marta; uma exposição de Angiografia, comemorativa das primeiras aortografias e arteriografias dos membros, feitas pelo Prof. Reynaldo dos Santos; e assembleia geral da Sociedade.

Embora se tivesse inaugurado no dia 17, o Congresso tivera já o seu primeiro acto oficial: a inauguração da exposição a que atrás nos referimos e que, noutro número do nosso jornal, já tivemos ocasião de noticiar com o merecido relevo. Também já antes da inauguração do Congresso, os seus delegados, muitos dos quais o eram, simultaneamente, do de Cirurgia, haviam assistido às demonstrações de operações de angiografia até então realizadas na I Clínica Cirúrgica do Hospital de Santa Marta e que, do seu programa faziam parte. Assim, no dia 16, efectuaram-se algumas daquelas demonstrações, tendo o Dr. Oliveira Pinto executado, de manhã, uma gangliectomia lombar. Seguiram-se demonstrações angiográficas, nas quais o Prof. Cid dos Santos fez aortografias e aorto-arteriografia e os assistentes daquele catedrático fizeram flebografias.

Depois das demonstrações, no anfiteatro da clínica, procedeu-se à discussão geral dos assuntos tratados. Assistiram, entre outros, os Profs. Cortes Lladó, de Sevilha; Stricker, de Mulhouse; Herman, de Cincinnati; Pataro, de Buenos Aires; Vlada Yavosljevitch, de Belgrado; Arnulf, de Lião, etc.

À tarde houve nova sessão operatória, pelo Prof. Cid dos Santos, à qual assistiram, além de outros, os Profs. Leriche, de Paris; «sir» James Larmouth, de Edimburgo; Picot, de Paris; Wreight, de Manchester; Sauti, de Lião; Holman, de S. Francisco; De Falsats, de Chicago; Kinoth, de Londres; Dijardin e Enjalbert, de Toulouse; e Zanini, de Nápoles.

Também, no mesmo dia, se realizou o almoço-reunião da Comissão Central da Sociedade Internacional de Angiologia e reuniram-se a comissão de organização central e as três secções da Sociedade — a europeia, a norte-americana e a da América do Sul.

A SESSÃO INAUGURAL

No anfiteatro de Anatomia do novo

Hospital Escolar realizou-se, no dia 17, a sessão solene inaugural.

Presidiu o Prof. René Leriche e nos restantes lugares de honra viam-se os Profs. Emile Holman, presidente do Congresso; Cid dos Santos; Reynaldo dos Santos; Jaime Celestino da Costa e Henry Haimovici, secretário-geral da Sociedade Internacional de Angiologia.

Falou em primeiro lugar o Prof. Cid dos Santos, que, em homenagem ao presidente do Congresso — disse — o fazia em inglês. Acentuou que era uma grande honra para Portugal o ter sido escolhido para a 1.^a reunião europeia da Sociedade Internacional de Angiologia e cumpriu todos os congressistas, em nome do seu país. Lamentou a impossibilidade da representação oficial do Governo na sessão, e explicou, mais adiante, referindo-se àquela Sociedade: — Trata-se de uma nova sociedade que foi criada no momento em que a cirurgia vascular atingiu o seu máximo. Entretanto — disse — para tantas outras coisas houve uma falsa partida no princípio do século, com Carrel, Hallsted, Matas, e tantos outros. Quase tudo se fez nessa época, quanto à cirurgia dos vasos; quase tudo foi inaugurado, experimentado. Mas era cedo de mais e, como aconteceu tantas vezes, as concepções humanas eram mais pesadas do que o terreno em que tinham que assentar, e afogaram-se. Agora, que cada tentativa é frequentemente seguida por um êxito, temos que ter sempre duas noções: 1.^a — Somos os discípulos humildes de um grupo de homens que realizaram em condições iniciais o que se faz hoje com simplicidade; 2.^a — A cirurgia vascular é, em grande parte, uma solução temporária para um tratamento que há-de ser, finalmente, médico. Mas, por agora, temos muito que fazer.

Esta reunião tem também a vantagem de estreitar relações pessoais entre os seus membros, e é uma honra para o meu País, afirmou, ter sido o local onde se estabeleceram essas amizades. Os Profs. J. Celestino da Costa e Lima Bastos e Dr. Filipe da Costa, membros da comissão portuguesa, fizeram o possível para que os membros da Sociedade se não encontrassem em terra estranha. Espero que, apesar de todas as faltas, todos, tenham sentido a nossa boa vontade. Quanto às nossas relações com o Prof. Holman, nosso presidente comum, e com o Dr. Haimovici, secretário-geral da Sociedade, agora que os conhecemos pessoalmente, tornaram-se já uma velha amizade. Tudo isto parece ter constituído um bom início.

A terminar, o Prof. Cid dos Santos agradeceu a todos a sua presença e disse esperar que a reunião tivesse todo o êxito que todos os presentes desejavam.

Seguiu-se-lhe o Prof. Emile Holman, que começou por agradecer as palavras sinceras do Prof. Cid dos Santos e disse considerar um raro privilégio para os congressistas estarem presentes, naquela

reunião em Lisboa, cidade que deu origem aos grandes aventureiros que descobriram os limites do nosso Mundo. Os nomes de Vasco da Gama e de Magalhães — disse — são honrados em todas as escolas do Mundo.

Mais adiante, o Prof. Holman afirmou que esta reunião, onde todos os países estão representados, mostra que a ciência não conhece fronteiras nem credos políticos — mostra que há apenas uma união amigável, intercâmbio de ideias sob a ciência médica.

Esperemos, afirmou, que esta cooperação intelectual inclua os indivíduos de todas as nações, que seja exemplo de compreensão mútua, neste Mundo perturbado e infeliz.

Referindo-se depois ao Congresso de Cirurgia, disse que os cirurgiões foram felizes na escolha de Lisboa para centro da sua reunião, pois tiveram, assim, oportunidade de visitar os seus centros de cirurgia, cujos trabalhos são conhecidos em todo o Mundo. Aludindo aos cirurgiões portugueses, disse que também eles são investigadores que alargam os conhecimentos da ciência. Os nomes de Reynaldo dos Santos e Cid dos Santos afirmou — viverão para sempre na história da Medicina, como iniciadores da angiografia.

Exprimiui depois a gratidão de todos os membros da Sociedade, a quantos tornaram possível esta reunião, em especial ao Governo português, pelas muitas amabilidades e facilidades concedidas.

Agradeceu ainda, um por um, a todos os membros das várias comissões, a sua brilhante actividade para a realização do Congresso e, por fim, e em especial, a brilhante actuação do Prof. Cid dos Santos, depois do que, a sessão foi encerrada.

OS TRABALHOS PRÁTICOS E AS COMUNICAÇÕES

No dia 17, de manhã, efectuara-se na 1.^a Clínica Cirúrgica do Hospital de Santa Marta, mais uma sessão de demonstrações na qual o Prof. Cid dos Santos executou uma desobstrução da artéria ilíaca primitiva direita. A seguir, aquele catedrático e os seus assistentes fizeram demonstrações angiográficas, com discussão geral sobre os assuntos das demonstrações.

Assistiram cerca de cem congressistas, entre os quais «sir» James Learmonth, de Edimburgo; Profs. G. Bauer, de Mariestad; Wyllie, de S. Francisco; Yavosljevitch, de Belgrado; Laffite de Trueta, de Londres; Tailheiner, etc.

No dia 18, trabalharam em conjunto os congressistas de Angiologia e da Sociedade Internacional de Cirurgia, com sessões dedicadas ao estudo dos aneurismas. Dirigiram os trabalhos os presidentes dos dois Congressos, Profs. Emile Holman e Reynaldo dos Santos, tendo tomado também parte na mesa de honra os Profs. René Leriche e Dejardin. Fa-

lou em primeiro lugar o Prof. I. Cohn, de Nova Orleans. Prestou homenagem ao Prof. Rudolph Matas, que foi, com Carrel e Hallstiel, um dos mais categorizados precursores da cirurgia vascular. O prestigioso mestre está jubilado da Universidade de Nova Orleans, pois conta 93 anos de idade.

Seguiu-se o Prof. J. Cid dos Santos, que apresentou a sua comunicação sobre «Aneurismas dos membros: «mise au point» geral», trabalho que suscitou o maior interesse no numeroso auditório e foi, no final, premiado com uma salva de palmas.

Foram apresentados mais sete relatórios, a saber: «Aneurismas: considerações gerais», pelos Drs. G. Takats e C. L. Pirani, de Chicago; «Princípios fundamentais e conduta a ter com os aneurismas arteriovenosos traumáticos», pelo Prof. Emile Holman, de S. Francisco; «Aneurismas arteriovenosos congénitos das extremidades», pelo Dr. D. J. Robertson, de Londres; «Aneurismas arteriovenosos da artéria pulmonar», pelo Dr. F. G. D'Allaines, de Paris; «Aneurismas da aorta», pelo Dr. A. Blakemore, de Nova Iorque; «Aneurismas da aorta», pelo Dr. F. Spath, de Graz; e «Tratamento cirúrgico dos aneurismas endocranianos», pelo Dr. F. Visalli, de Roma.

Depois do almoço, reuniu-se a assembleia geral da Sociedade Internacional de Cirurgia, que votou e elegeu a comissão central do próximo Congresso, a realizar em local ainda não escolhido, a qual ficou assim constituída: presidente, Prof. Dogliotti, de Turim; secretários-gerais, Profs. J. Cid dos Santos, de Lisboa; R. Linton, de Boston, e Milanes Lopez, de Cuba.

Foi também resolvido, além de vários assuntos de ordem interna, que o assunto a debater na próxima reunião internacional seja «O tratamento cirúrgico da angina pectoris».

A sessão da tarde teve grande interesse e nela se apresentaram dezoito trabalhos sobre aneurismas. O primeiro orador da sessão foi o Prof. Boris Petrovski, chefe da delegação russa, no Congresso, cujo trabalho se intitulava «Contribuições para o estudo dos aneurismas traumáticos de guerra». Depois, o Prof. Jaime Celestino da Costa falou de «Alguns aspectos dos aneurismas poplíteos», cuja leitura a assembleia seguiu muito interessada. As outras comunicações da tarde foram: «Testes para e meios de melhorar a circulação colateral dos aneurismas e fistulas arteriovenosas», do Dr. H. B. Shumacker Jr. (Indianapolis); «Interrupção da inervação vasomotora, complemento do tratamento de certos aneurismas», do Prof. A. Sousa Pereira (Porto); «Aneurismas da raiz dos membros», dos Drs. R. Finochietto e V. F. Pataro (Buenos Aires); «Sobre alguns casos de aneurismas», do Dr. R. Paolucci (Roma); «Aneurismas arteriovenosos congénitos dos membros», do Dr. C. R. Macnab (Londres); «Acerca do tratamento dos aneurismas traumáticos pelos métodos clássicos», do Dr. B. Kourias (Atenas); «Aneurismas arteriovenosos», dos Drs. R. Fontaine, A. Kim, B. Kieny

e Helderbach (Estrasburgo); «Aneurismas da aorta», do Dr. J. C. White (Boston); «Shunts arteriais: uma técnica para a substituição de segmentos dos grandes vasos», dos Drs. Mahorner e R. Spencer (Nova Orleans); «Aneurismas da aorta: tratamento cirúrgico», dos Drs. J. A. Taiana e E. Schieppati (Buenos Aires); «Aneurismas da aorta», do Dr. Dubost (Paris); «O uso de enxertos de vasos sanguíneos na reparação dos grandes vasos», do Dr. F. Gerbode (S. Francisco); «Aneurismas da artéria pulmonar», do Dr. P. Santy (Lião); «Aspectos cirúrgicos dos aneurismas dissecantes da aorta», do Dr. A. Blain III (Detroit); «Aneurismas múltiplos das artérias da base do crânio», do Dr. A. Jentzer (Genebra); e «Tratamento cirúrgico dos aneurismas arteriais cerebrais» dos Drs. P. Wertheimer e J. Avet Lião.

No final da sessão, encerrada cerca das 19 horas, o Prof. René Leriche fez um resumo de todos os trabalhos apresentados.

No Serviço do Prof. Cid dos Santos realizara-se, de manhã, mais uma sessão de demonstrações, durante a qual o Dr. Óscar Fragoso fez uma gangliectomia lombar, seguindo-se a prática de diversas angiografias, pelo Prof. Cid dos Santos, auxiliado pelos seus assistentes.

Também no Hospital de S. José, no Serviço de Radiologia, se efectuou uma sessão de trabalhos práticos, destinada a um grupo de congressistas. O director daquele Serviço, Prof. Carlos Santos, fez demonstrações dos seus métodos de radioterapia micro-localizada e de extração de corpos estranhos, operando, com o êxito habitual, uma doente.

O Congresso teve, no dia 19, dois importantes simpósios sobre a cirurgia da válvula mitral, nos quais foram apresentados notáveis trabalhos.

O primeiro principiou às 9,30 e decorreu sob a direcção do Prof. Emile Holman, de São Francisco, presidente do Congresso, que apresentou o primeiro trabalho do dia, intitulado «Observações preliminares», no qual deu uma ideia geral de todos os problemas da cirurgia mitral. Seguiu-se o Dr. E. Derra, de Dusseldorf, que fez «Considerações sobre etiologia e patologia», referindo os problemas da histologia da doença reumática sobre a válvula mitral, causa do defeito valvular.

O Dr. R. Froment, em seu nome e no dos Drs. P. Santy, P. Marion e J. Gravier, de Lião, ocupou-se de «Evoluções anátomo-clínicas das estenoses mitrales em função das indicações cirúrgicas». Seguidamente, o Dr. J. Govaerts, por si e pelos seus colegas J. Lequime e H. Denolin, apresentou «Critérios hemodinâmicos para a selecção cirúrgica dos doentes com estenose mitral e resultados pós-operatórios».

O Dr. E. S. Hurwith exibiu depois um filme notável, mostrando o funcionamento da válvula mitral do cão, sem qualquer artifício, no qual se pode apreciar os movimentos da mesma válvula, tanto do lado da aurícula como do ventrículo. Seguiram-se os trabalhos do Dr. F. Gerbode, de São Francisco, sobre «Sele-

ção dos doentes para a cirurgia da válvula mitral», e dos Drs. P. Valdoni e V. Puduu, de Roma, acerca das «Indicações para a valvulotomia na estenose mitral». O Dr. P. Santy, de Lião, expôs pormenores muito curiosos da técnica operatória da valvulotomia mitral; o Dr. A. R. Albanese, de Buenos Aires, ocupou-se de «Estenose mitral: cirurgia»; e o Prof. A. M. Dogliotti, de Turim, falou de «Decorso pós-operatório e resultados da commissurotomia mitral».

Falou depois o Prof. C. P. Bailey de Filadélfia, que apresentou um trabalho seu e dos Drs. H. E. Bolton e M. C. de Almeida, intitulado «Indicações e conduta cirúrgica nos doentes com estenose mitral», no qual dá conta dos casos por si operados, e o Dr. M. G. Almeida apresentou a parte estatística do mesmo trabalho, que inclui mais de 900 intervenções.

Por último, o Prof. D. E. Harken, de Boston, deu conta da «Avaliação dos resultados das operações para a estenose mitral». O orador, que mostrou os resultados obtidos em várias centenas de casos operados, impressionou o auditório com a segurança e profundidade com que abordou o problema do tratamento cirúrgico da válvula mitral.

De tarde, ainda sob a presidência do Prof. Holman, efectuou-se outro simpósio, de não menos interesse que o da manhã. Assim, os Drs. A. Perreta, R. Zambrano e E. J. Sales apresentaram «Evolução clínica dos mitrales valvulotomizados». Depois, o Prof. R. C. Brock, de Londres, deu conta dos «Resultados tardios da valvulotomia mitral».

Seguidamente, o Prof. Bailey ocupou-se das «Indicações e conduta cirúrgica nos doentes com insuficiência mitral», despertando grande interesse, na assistência, a maneira como estudou experimentalmente o problema da insuficiência mitral, no seu aspecto do tratamento cirúrgico, revelando os mesmos casos em que, no homem, executou esse tratamento. O orador ressaltou que ainda é cedo de mais para se poder apreciar, com critério, a intervenção proposta.

O Prof. D. E. Harken falou a seguir, tendo abordado o mesmo problema posto pelo Prof. Bailey, propondo, porém, uma solução cirúrgica completamente diferente.

Depois, o Dr. Chalnot, por si e pelos seus colegas R. Benichoux e C. Chardot, de Nancy, apresentou um interessantíssimo trabalho, intitulado «Experimentação de uma prótese intracardiaca com vista ao tratamento da insuficiência mitral». O autor exemplificou a técnica proposta com um curiosíssimo filme.

O Congresso teve no dia 20 o seu último dia de actividade, realizando-se neste dia três sessões dedicadas ao estudo de assuntos de Angiologia.

De manhã efectuaram-se, simultaneamente, duas das sessões, uma no grande anfiteatro e a outra no anfiteatro de Anatomia do novo Hospital Escolar. Na primeira, os trabalhos foram dirigidos pelo Prof. René Leriche, que iniciou a sessão com «Algumas considerações sobre a cirurgia do simpático». Seguidamente o Prof. G. Arnulf, de Lião, exibiu um

filme, muito curioso, no qual era dado ver-se o «Tratamento da angina de peito pela ressecção do plexo pré-aórtico». Uma comunicação que se seguiu e despertou muito interesse foi a do Prof. H. B. Shumacker Jr., de Indianapolis, que apresentou «Observações experimentais e clínicas acerca do encerramento dos orifícios dos septos cardíacos». Veio depois o trabalho do Dr. G. Murray, de Toronto, sobre «Cirurgia das doenças coronárias», e a dos Drs. G. H. Humphreys II e R. A. Deterling, de Nova Iorque, intitulada «Observações sobre a etiologia da pericardite constrictiva».

Depois, e sucessivamente, foram apresentadas mais as seguintes comunicações: «Substituição das artérias intra-abdominais essenciais por artérias dispensáveis», do Dr. E. S. Hurwitt, de Nova Iorque; «Estudo comparativo do efeito vasodilatador de várias drogas por um método electrónico», do Dr. S. S. Samuels, de Nova Iorque; «Circulação linfática no linfedema», do Dr. B. Kinmonth, de Londres.

O Prof. Charles Bailey, de Filadélfia, falou depois para apresentar um trabalho sobre suturas do coração, nas malformações congénitas dos septos inter-ventriculares e inter-auriculares. Em complemento daquele trabalho, o Dr. Marin, de Paris, apresentou o seu método naquelas operações, empregado desde 1948.

A sessão do Anfiteatro de Anatomia foi presidida pelo Prof. Cid dos Santos, que foi o primeiro orador, para apresentar «Progressos na aortografia», logo seguida de outra comunicação intitulada «Concepção da flebografia».

Seguiu-se «Aortografia abdominal e arteriografia dos membros inferiores, simultâneas», pelos Drs. D. Grinfeld e D. Javkin, de La Plata, e «A importância das aortografias seriadas no diagnóstico e terapêutica angiológicos», pelo Dr. K. E. Loose-Itsehoe, de Holst.

O Dr. António Coito, de Lisboa, apresentou dois trabalhos, um sobre «Aorto-arteriografia» e «Reabsorção do êmbolo artificial»; o Dr. Óscar Frago tratou de «Amputações conservadoras do pé nos endarteríticos»; e os Drs. F. de Oliveira Pinto e M. Korn, de «Flebografia retrógrada das veias ilíacas».

A sessão da tarde — a última — que se iniciou às 14,30, para terminar depois das 18 horas, foi presidida pelo Prof. René Leriche, que estava ladeado pelos Profs. Holman, de São Francisco, e Haimovici, de Nova Iorque. Foram apresentadas as seguintes comunicações:

«O diagnóstico e a conduta nas doenças vasculares obliterantes das extremidades inferiores», pelo Dr. A. M. Boyd, de Manchester; «O síndrome de obliteração dos troncos supra-aórticos», do Dr. F. Martorell, de Barcelona; «Obliteração dos ramos supra-aórticos e síndrome de Martorell», do Prof. Celestino da Costa e Dr. J. J. Mendes Fagundes, de Lisboa; «Trombose arterial estenosante experi-

mental: Considerações fisiopatológicas», do Prof. H. Haimovici, de Nova Iorque; «Arteriopatias estenosantes da ilíaca e da femural», do Dr. E. C. Palma, de Montevideo; «Trombo-endarterectomia — Uma apreciação clínica», do Dr. E. J. Wylie, de São Francisco; «Ressecção da bifurcação aórtica com substituição por enxerto», pelos Drs. O. C. Julian, W. Grove e W. S. Dye, de Chicago; «O tratamento cirúrgico do síndrome pós-flebitico com ulceração da extremidade inferior», do Dr. R. R. Linton, de Boston, e «Ressecção da veia poplítea no período agudo, como profilaxia das sequelas pós-flebiticas», pelos Drs. E. D. Diez e H. A. Ferrando, de Buenos Aires.

Partidas e Chegadas

Dr. Bello Pereira

Partiu para França, acompanhado de sua esposa, o Dr. Bello Pereira, assistente de clínica cirúrgica dos H. C. L., que, como bolsheiro do I. A. C., seguiu em visita às clínicas da especialidade.

Dr. Arnaldo Rodo

Como delegado da Sociedade Internacional de Cirurgia Ortopédica e de Traumatologia, partiu para Paris o Dr. Arnaldo Rodo, que foi tomar parte na conferência anual da referida Sociedade.

NA MODERNA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»

DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-TIAZOL

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-KAPA

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 4 a 15 de Novembro)

Dia 4 — Em Setúbal realiza-se um almoço de homenagem à Dr. D. Aida Alvares Pereira de Aragão, por motivo da sua retirada para África, onde se vai juntar a seu marido, médico em Nova-Lisboa, Dr. Alvaro Pereira de Ataíde.

9 — Chega a Lisboa, vindo de Madrid, o cirurgião do Hospital de Londres, R. Thompson, gastroenterologista e proctologista de nomeada. Vem fazer demonstrações da sua especialidade no Instituto Português de Oncologia.

10 — O Dr. Agostinho Joaquim Pires, director geral da Assistência Pública é nomeado presidente da Comissão de Construções Hospitalares.

— Até 25 do corrente recebem-se declarações de candidatura a um lugar de 2.º assistente, além do quadro, para o 4.º grupo de disciplinas do Instituto Superior de Higiene.

— Regressam a Lisboa, vindos da Índia, os Profs. Fraga de Azevedo, director do Instituto de Medicina Tropical e Alvaro Rodrigues, da Faculdade de Medicina do Porto, que fizeram parte da missão de professores universitários que regeram cursos da sua especialidade na Escola Médica de Goa.

— O V Cortejo de Oferendas a favor do Hospital de S. Marcos, de Braga, rende importância superior a 350 contos. O cortejo realizado na Póvoa de Lanhoso, a favor do seu hospital, rende cerca de 250 contos.

12 — No Porto, na Ordem dos Médicos, realizam os neuro-psiquiatras do Norte, um colóquio subordinado ao tema «Paralisia Geral — Evolução e terapêutica», que é apresentado pelos Drs. Pimentel Neves e Soto-Maior Rego.

13 — Em Lisboa, com a presença dos Subsecretários de Estado da Assistência e das Obras Públicas, inaugura-se nos terrenos anexos à Casa Pia, um novo pavilhão do Instituto Rodrigues Pereira, destinado à educação de rapazes surdos-mudos dos 6 aos 18 anos, em regime de internato e de duas raparigas, a título experimental, em regime de externato.

O novo pavilhão, de linhas modernas e com todos os requisitos técnicos necessários para o fim a que se destina, tem a orientação do Dr. Antonino do Amaral, que, na Universidade de Manchester, obteve o seu diploma de especialista no tratamento de surdos. Sob a sua orientação funcionou, no último ano, na Casa Pia, um curso frequentado pelos seus sete colaboradores destinados à obra agora iniciada.

O edifício para este curso está disposto em duas aulas, junto das quais existe um amplo solário. Com ambiente próprio, moderno e agradável vai-se, assim, tentar a recuperação útil, para a sociedade, de 105 dos 1.800 surdos-mudos que existem actualmente no nosso País.

O custo total da edificação foi de 800 contos, que tiveram a participação do Estado.

14 — A Coimbra, vindo de Goa, onde foi com a missão universitária portuguesa, regressa o Prof. Vaz Serra, da Faculdade de Medicina desta cidade.

15 — Em Paços de Ferreira realiza-se um cortejo de oferendas a favor do seu hospital. Na vila da Maia, um outro, com destino à construção do seu Posto Hospitalar, rendendo cerca de 120 contos.

O cortejo realizado na vila de Amaranente em benefício do Hospital da Misericórdia rende cerca de cento e cinquenta contos.

Estrangeiro

O Dr. Albert Schweitzer, de Paris, declarou que consagrava a importância (superior a mil contos) do Prémio Nobel, que lhe foi atribuído, à construção de uma vivenda para leprosos, tratados no seu hospital.

— Notícias dos E.E. U.U., vindas de Cambridge, no estado de Massachussets, onde se efectuou a reunião da Academia Americana das Ciências, declaram que o Dr. Wentel Stanley, da Universidade da Califórnia, anunciou ter-se conseguido o primeiro isolamento verdadeiro e a identificação do vírus da paralisia infantil.

O sábio revelou que dois dos seus colegas do laboratório de vírus da Universidade de Berkeley (Califórnia) conseguiram obter as primeiras fotografias que identificam realmente o vírus da «poliomielite humana» e estabeleceram, além disso, com certeza, que esse vírus é um germe de forma esférica.

O Dr. Stanley declarou ainda que pela primeira vez fora possível distingui-lo com uma certeza científica, entre as partículas de vírus e as impurezas que as acompanham, geralmente. Disse ainda que, por processos especiais, de purificação, foi até agora isolado um vírus de «uma pureza excepcional».

O Dr. Stanley afirma, na sua comunicação, que este progresso científico deverá facilitar, no futuro, a análise química da estrutura do germe da paralisia infantil e permitir sem dúvida nenhuma, a preparação de melhores vacinas e, talvez até, a de uma arma química para tratar e curar a doença.

— Em Madrid iniciou-se, no Hospital Provincial, um Curso de Patologia Digestiva, para médicos hispano-americanos e portugueses. Dirigem-no, como habitualmente, o Prof. Giménez Diaz, com a colaboração dos Drs. Gonzalez-Bueno, cirurgião, e Mogená, médico.

AGENDA

Portugal

A 18 do corrente, em Lisboa e no Hospital do Ultramar (Secção de Estudos Médicos) effectua-se a reunião mensal ordinária do seu corpo clínico, que será presidida pelo director, Dr. João Pedro de Faria. O Prof. Jorge da Silva Horta falará sobre «Etiopatogenia da hipertrofia prostática».

— Em Braga, a 18 do corrente, realiza-se a abertura solene do curso de enfermeiros do Hospital do Hospital de S. Marcos. O Prof. Rev. Dr. Lúcio Craveiro da Silva, reitor da Faculdade Pontifícia de Filosofia, daquela cidade, proferirá a lição inaugural.

— Em Coimbra, nos dias 20 e 21 do corrente, realiza-se o concurso para professor catedrático de Neurologia, da Faculdade de Medicina de Lisboa, sendo candidatos os nossos colaboradores Profs. Almeida Lima e Diogo Furtado. O júri é composto pelos Prof. Pinto Coelho, reitor da Universidade de Lisboa, Elisio de Moura, Egas Moniz, António Flores, Correia de Oliveira, Barahona Fernandes, Maximino Correia Hernâni Monteiro e António Fontes.

Estrangeiro

Realiza-se em 27 de Novembro, em Londres, a reunião anual da Sociedade de Anatomistas.

— Em Dezembro, dia 8, na cidade de Palermo (Itália) realiza-se o XI Congresso da Sociedade Italiana de Gastroenterologia.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 7-XI a 11-XI-953)

9-XI

Nomeado, o júri do concurso para médicos escolares da Direcção Geral da Educação Física, Desportos e Saúde Escolar, constituído por:

Presidente — Dr. José Toscano Rico, director da Faculdade de Medicina de Lisboa; Vogais — Dr. António Meloço Silvestre, professor de Higiene da Faculdade de Medicina de Coimbra; Dr. Mário Gonçalves Viana, director efectivo do Instituto Nacional de Educação Física; Dr. Tibério Barreira Antunes, professor efectivo do Instituto Nacional de Educação Física; Dr. Manuel Joaquim de Assunção Teixeira, médico escolar do distrito de Lisboa.

10-XI

Dr. Amadeu da Cunha Mora, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 2 da Guarda Nacional Republicana (Pombal).

— Dr. Mário Raimundo de Carvalho Correia Mendes, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 2 da Guarda Nacional Republicana (Caldas da Rainha).

— Dr. Aníbal José da Mota Figueiredo — aprovado o termo do contrato para o desempenho das funções de segundo-assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

FALECIMENTOS

Faleceram:

O sr. José do Sacramento Gomes, sogro do Dr. Francisco de Assis Brito, director de Serviço geral de Clínica Médica dos H. C. L.

*

A sr.ª D. Júlia dos Anjos Pereira de Brito Figueiroa, esposa do Dr. Francisco José de Brito Figueiroa Júnior, cirurgião-dentista.

*

O sr. José Adolfo Coelho, escritor e cineasta, pai do Dr. Rafael Adolfo Coelho, assistente dos Hospitais Cívicos de Lisboa, e cunhado do Dr. Centeno Fragoso, médico da Misericórdia de Lisboa.

*

A sr.ª D. Leopoldina Patrício Lopo de Carvalho, de 85 anos, viúva do Dr. Lopo de Carvalho, que foi primeiro director do Sanatório Sousa Martins. Era mãe do Prof. Lopo de Carvalho, avó dos Drs. Lopo Cancela de Abreu, Lopo de Carvalho e Fausto Lopo de Carvalho, Filho, e tia dos Drs. Afonso Patrício Gouveia, António Silva e Ladislau Patrício, actual director do Sanatório Sousa Martins.

*

O sr. António Dias Louro, pai do Dr. José Louro, médico na Malveira.

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 (chefe 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 Larroude, 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 Moraes, 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 Antitrombotomatoso da Dispen. 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.º (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernán Pérez 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 Gynecologica 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

