

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 112  
22 de Outubro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

*Afeções*

GRIPAS E POST-GRIPAS

BRONCO-PULMONARES

GENITO-URINARIAS

OTO-RINO-LARINGOLÓGICAS

ESTAFILOCO

**3 Ações**

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

UMA CONCEPÇÃO NOVA NA  
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA

## OMNACILINA

AZEVEDOS

**LABORATÓRIOS AZEVEDOS**  
MEDICAMENTOS DESDE 1775


### SUMÁRIO

	Pág.
LEONE LATTES — O sangue é um medicamento? .....	685
EDUARDO ROSADO PINTO — Hidatidose muscular .....	871
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Tratamento da obesidade .....	875
Aplicações locais de acetato de hidrocortisona no tratamento do eczema e do prurido .....	881

### SUPLEMENTO

	Pág.
O Conselho Nacional do Leite — AMÉRICO PIRES DE LIMA .....	799
III Congresso Espanhol de Cirurgia .....	800
Ecos e Comentários .....	802
V Congresso Internacional de Neurologia .....	803
Noticiário diverso.	





# ALGINEX

ANALGÉSICO DE USO EXTERNO

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

ACÇÃO INTENSA E RÁPIDA

---

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA



# O sangue é um medicamento?

PROF. LEONE LATTES

(Director do Instituto de Medicina Legal  
da Universidade de Pavia)

No grande Tratado «Medicamenta» (Coop. Farm.—Milão, 5.<sup>a</sup> ed., 1944), encontra-se a seguinte definição: «Os medicamentos são substâncias que, preparadas em formas especiais e empregadas nos doentes em doses convenientes, permitem obter uma determinada acção terapêutica. As matérias primas que entram na sua preparação podem-se classificar em naturais—animais e vegetais—e em artificiais, quando elas provêm de outras substâncias elaboradas nas fábricas.»

Segundo esta definição não há dúvida que o sangue é um medicamento, e tem sido assim considerado desde a mais remota antiguidade; não só o sangue animal como também o sangue humano.

O velho Plínio, na sua «História Naturalis» e Celso lembram que certos epiléticos, para se curarem, bebiam o sangue dos gladiadores que tombavam no circo. Entre os velhos gregos, Xenocrate de Aphrodise tinha exaltado as virtudes terapêuticas do sangue de morcego.

O sangue humano e o de muitos animais figuram em todos os tratados de assuntos médicos, até ao século XVIII, depois do leite e da saliva. Marsilius Ficinus aconselha aos velhos, desejosos de rejuvenescerem, aspirarem duas onças de sangue do braço dum jovem; prescreve-o também para as doenças do estômago. O célebre van Helmont preparou e aconselhou o uso dum «espírito de sangue humano». O volumoso catálogo farmacêutico de Johannes Schröder, o antepassado das modernas farmacopeias (Pharmacopoeia Medico-chymica, de 1669) indica o sangue humano entre os remédios diuréticos.

O sangue era então considerado como um medicamento, da mesma maneira empírica e mágica como outros derivados animais, tais como os chifres, as unhas, a urina, o fel, as fezes, a gordura, etc. Muitas vezes, o sangue menstrual fazia parte dos filtros afrodisíacos, e era considerado como remédio contra a gota.

A maior parte destas substâncias não tem resistido à crítica farmacológica moderna. Não se encontram no arsenal terapêutico actual senão algumas raras preparações de derivados biliares e de hemoglobina. Todavia, é curioso verificar que Jahiel e Besredka tentaram tratar doenças menstruais, por exemplo, acessos de cólica hepática, por extractos (ultra-filtrados), de sangue menstrual. Não se pode pôr em dúvida que os xaropes, as pilulas, as pomadas de hemoglobina são verdadeiros medicamentos, de fabricação nitidamente industrial, e indicação terapêutica limitada, cuja preparação recai exclusivamente na responsabilidade farmacêutica.

A situação mudou de aspecto logo que se começou a praticar a transfusão de sangue.

É notório que as primeiras transfusões se realizaram pelo método directo, isto é, pelo abocamento dum vaso do dador a um vaso do receptor. Evidentemente, não se pode identificar uma intervenção deste género com a prescrição dum medicamento.

Tratava-se sem dúvida dum operação cirúrgica, que, no seu começo, não deixava de ser bastante delicada e espectacular. Estava aí por consequência o empreendimento dum médico cirurgião, que comprometia exclusivamente a sua responsabilidade médica. As noções adquiridas sobre a individualidade do sangue e a necessidade dum selecção científica dos dadores, por exemplo, no ponto de vista do perigo de contágio de doenças infecciosas, tem contribuído para que à responsabilidade do operador se sobreponha a do biólogo do laboratório, chamado a estabelecer a compatibilidade do presuntivo dador.

Desta maneira o que se chamou depois hemoterapia não tinha nada de farmacêutico. O sangue que passa dum indivíduo para outro, se bem que certamente exercesse uma acção terapêutica, não podia ser considerado apenas como um medicamento, pois era objecto dum transferência fisiológica, que evitava o mais possível toda a manipulação e toda a alteração.

Entretanto a situação tem mudado desde então. Em primeiro lugar praticamente tem-se abandonado a transfusão directa, e, em segundo lugar a punção venosa tem substituído o abocamento cirúrgico dos vasos. O advento da transfusão indirecta tem modificado o carácter da transferência fisiológica do sangue intacto. Ela requiere uma manipulação do sangue para o tornar incoagulável e processos de conservação.

O sangue extraído do seu meio natural, é recolhido em recipientes artificiais, de vidro ou de plástico; é misturado a substâncias químicas para o «estabilizar»; submetido a influências físicas, irradiação, refrigeração, para conservá-lo durante um tempo mais ou menos prolongado. Por consequência sofre um tratamento de laboratório, ou semi-industrial, que o assemelha novamente a um medicamento que o médico poderia quase prescrever.

Todavia, correntemente, não se tem considerado como tal. Partindo do ponto de vista de que se trata dum tecido, constituído por células vivas e dum meio intercelular, embora líquido, e além disso dum tecido humano com uma dignidade especial, tem-se querido assimilar este transporte de sangue a um enxerto.

A analogia é sedutora. A cirurgia experimental e clínica tem avançado muito sobre este assunto. Transplantam-se agora ossos, tendões, pele, córnea, troncos nervosos, vasos, glândulas, isto é, não só tecidos mas verdadeiros órgãos. Nada mais natural que abranger nesta mesma série também o sangue, tirado dum individuo e «enxertado» noutra.

Todavia a analogia é bastante ilusória e mesmo extremamente discutível. O enxerto fica no domínio exclusivamente médico.

«A estrutura de fragmentos de órgão ou de tecidos utilizados frescos e íntegros não permite assimilá-los em composições farmacêuticas, em substâncias comercializáveis, que se poderiam procurar nas farmácias onde estariam a cargo dum personalidade extra-médica» (Julliard).

É verdade que o enxerto humano propriamente dito experimentou tentativas de comercialização, inteiramente esporádicas e excepcionais para o momento. O caso dum estudante que vendeu um dos seus testículos para revigorar um velho, tem sido objecto dum profunda discussão judiciária para os tribunais italianos. Os médicos que tinham praticado antecipadamente a extracção e o retalho foram inculcados de lesões voluntárias; mas foram absolvidos em todos os graus de jurisdição (mesmo o Supremo Tribunal de Justiça) que, por diferentes motivos, admitiu que o facto não era punível.

Todavia, sabendo-se que o retalho é possível também com tecidos de cadáveres, entrevê-se o delicado ensejo dum extracção utilitária, seguida de armazenagem e venda de partes de órgãos humanos. Não se trata, evidentemente, dum questão de manipulação do tipo industrial de retalhos orgânicos; porque todo o programa terapêutico exige a conservação da sua integridade o mais perfeita possível. Além disso deve-se considerar a refrigeração ou a liofilização, aptas a estabilizar os retalhos durante um tempo indefinido.

A possibilidade, inteiramente relativa, da conservação de retalhos transplantáveis, pode fornecer uma base para a sua comercialização. Contudo esta, pondo de parte a questão jurídica discutível da sua legitimidade abstracta, não poderia ter lugar senão dum maneira bastante limitada, excepcional e muitas vezes clandestina. Nada há que possa ser comparado a um comércio farmacêutico regular.

Por outro lado, no estado actual das coisas, o levantamento e a transplantação dum retalho humano não pode de modo nenhum sair do domínio estritamente médico-cirúrgico. Trata-se dum técnica verdadeiramente cirúrgica, baseada em profundas noções médico biológicas, e onde não se saberia prever a intervenção de personalidades extra-médicas. Ora mesmo que se queira considerar o sangue como um tecido, o que é de resto,



contestável, a sua transferência de homem a homem apresenta caracteres inteiramente diferentes.

Em primeiro lugar, qual é o significado da expressão «retalho» ou «transplantação»? Estas duas expressões, extraídas da terminologia botânica, significam o transporte para um novo meio, e especialmente um outro organismo similar, dum certo porção de tecido, destinado a viver uma vida autónoma, manifestando as suas propriedades fisiológicas peculiares, e sobretudo as do crescimento, secreção, multiplicação, etc. Por outras palavras, o retalho propriamente dito é destinado à sobrevivência indefinida. Não se deve confundir um retalho com uma simples prótese, mesmo que esta seja praticada com um tecido de origem humana, mas privado da vida. Isto acontece, por exemplo na prótese óssea, muitas vezes chamada imprópriamente «retalho», realizada com fragmentos de osso por vezes mortificado ou mesmo fixado a que se atribue um papel de sustentação inteiramente semelhante a uma prótese pelo vitallium ou resinas sintéticas.

Mas, o sangue transfundido é destinado a uma sobrevivência indefinida?

Em primeiro lugar, não é inteiramente verdade que o efeito da transfusão seja o de transferir células vivas. Na realidade as funções hidráulicas, hormonais, do sangue não são devidas às células, mas ao plasma, ao qual não se pode atribuir as propriedades dum ser vivo.

Quanto às células, a sua função respiratória depende da peculiaridade química da hemoglobina e de uma certa estrutura físico-química das hemácias, que não está necessariamente ligada à sua sobrevivência. Na realidade, quando se transfunde sangue conservado há 5 ou 6 semanas, ninguém tem a preocupação de saber se as hemácias estão ainda vivas, isto é, se elas conservam a sua própria actividade metabólica, ou então se elas não são mais do que cadáveres de células, em estado de constituir algumas vezes o suporte da hemoglobina, numa forma que lhes permite ainda a sua função característica.

Por outras palavras, mesmo que o sangue tenha sido transfundido logo a seguir à sua colheita, isto é, certamente vivo, trata-se dum vida eminentemente precária. A duração da sobrevivência do sangue, mesmo fisiológica, nos vasos é muito curta. Pela transfusão tem-se conseguido medi-la dum maneira bastante exacta, por meio da aglutinação diferencial (método de Ashby e similares). Ela atinge cerca de 90-100 dias. A participação funcional do sangue transfundido é então dum duração estritamente limitada, pois que é rapidamente e fatalmente eliminado. Nunca se incorpora, dum maneira estável, ao organismo do receptor; somente passa por ele como o fazem certos medicamentos ou venenos. Mesmo os venenos, como o arsénio, são eliminados muito mais lentamente que o sangue estranho.

Sob este ponto de vista, não se justifica que se fale dum retalho de sangue. A sobrevivência transitória não corresponde à ideia expressa por esta palavra, nem em botânica, nem em biologia animal.

Vejamos, por outro lado, o que se passa no ponto de vista de realização técnica.

Quando se fala de retalho animal no sentido estrito da palavra, entende-se uma operação cirúrgica da maior delicadeza. Trata-se de extrair o retalho, respeitando dum maneira absoluta a sua integridade; e, em seguida, adaptá-lo no receptor, assegurando-lhe as conexões nutritivas que condicionam a sua sobrevivência. Estas intervenções exigem uma preparação biológica e uma habilidade manual, exclusivas dum cirurgião.

Pelo contrário, quando se trata do sangue, não se fala de modo nenhum, actualmente, numa operação cirúrgica no sentido vulgar da expressão. A técnica de colheita, estabilização e reinjecção a céu coberto, não tem nada de cirúrgico. A única intervenção no homem consiste numa punção venosa.

Qual é o carácter jurídico desta intervenção? Poder-se-á classificá-la como uma intervenção cirúrgica, comportando riscos apreciáveis, e por isto mesmo reservada exclusivamente a um médico diplomado, à semelhança do retalho?

Está patente aos meus olhos uma sentença do Supremo Tribunal de Justiça Italiano (29 de Janeiro de 1942, Ministério Público contra Modena, no Código Penal de 1942, p. 243) que estabelece que a colheita de sangue venoso por meio de seringa constitui um acto reservado unicamente a médicos diplomados e inscritos nas listas profissionais oficiais; e que, se este acto for cometido por um indivíduo desprovido do diploma, constitui o delito de exercício abusivo da profissão médica. Com o devido

respeito ao Supremo Tribunal, estou convencido que todo o médico considerará esta sentença absolutamente abstracta e dissociada da realidade dos factos.

Todos os que têm uma noção da vida hospitalar e dos serviços de transfusão sabem, perfeitamente, que as colheitas de sangue por punção venosa para fins diagnósticos ou transfusionais são sempre (com algumas excepções) e em toda a parte, praticadas não pelo médico, mas pelo pessoal auxiliar (*nurses*, enfermeiras, etc.), munidas *eventualmente* dum diploma de assistente sanitária (Cruz Vermelha, cursos especiais, etc.) que está longe de ser equivalente a um diploma doutoral.

Se o Supremo Tribunal Italiano tinha razão, assistiremos a uma gigantesca acumulação de delitos — impunes — de exercício abusivo ilegal.

Pode-se fazer uma distinção entre a punção para colheita e aquela que é seguida de transfusão. Evidentemente que esta última tem um grande alcance, porque constitui de algum modo uma irrupção na personalidade do doente, capaz de determinar certas reacções. A responsabilidade desta intervenção pertence sem dúvida ao médico, pelo facto da *indicação*, do *tempo*, das *doses*, da *natureza* do sangue a injectar e da *rapidez* da injeção. Mas, até neste ponto de vista, a responsabilidade não é totalmente diferente daquela que desculpa o emprego dum medicamento químico ou biológico qualquer, prescrito nos seus detalhes pelo médico e aplicado pelos auxiliares.

Na realidade (e nós temos uma longa experiência disso) muitas vezes, e sobretudo nos hospitais, a transfusão, como intervenção técnica e material é praticada pelos auxiliares. O facto é tão frequente que tem-se previsto e realizado também a transfusão de urgência sobre o campo de batalha por parte dos soldados do serviço de saúde (maqueiros ou enfermeiros) com especialização inteiramente rudimentar.

Neste ponto de vista, não se pode diferenciar a transfusão indirecta de sangue estabilizado dum fleboclise e até dum hipodermoclise; isto é, a administração em certas modalidades dum medicamento, sob a direcção dum médico, mas eventualmente sem a sua participação imediata.

Poder-se-ia encontrar aí uma diferença substancial exceptuando a «dignidade» da proveniência humana, o «simbolismo» do dom fraternal, etc.? No terreno dum sentimentalismo poético, aquela poderia ser possível, mas não no das realidades objectivas.

A afirmação do Dr. Julliard, «que é necessário admitir que o cloreto de sódio extraído do sangue humano não se comporta como o sal das cozinhas» é contrária ao espírito científico: o cloreto de sódio, como tal, não depende da sua origem. Quer provenha do mar, das minas ou dum organismo vegetal ou animal, ou mesmo humano, é sempre o mesmo.

O sangue humano não é um sal mineral; não se pode fabricá-lo; não é susceptível de síntese; a sua única origem é o organismo humano; tudo isso é verdade.

Todavia isto não o subtrai de modo nenhum a um dos caracteres dum medicamento: o de ser identificável (segundo a lei francesa sobre o exercício de farmácia) a uma «droga, substância ou composição, possuindo propriedades curativas em relação a doentes e condicionada com o fim de venda ao peso medicinal».

A venda de sangue é perfeitamente lícita, e, diga-se o que se disser, é praticada ainda em grande escala. É considerada lícita no ponto de vista legal, moral e religioso, mesmo pela autoridade eclesiástica, visto tratar-se dum fluido completamente reintegrável, cuja subtracção parcial não altera a personalidade humana; enquanto que esta mesma autoridade proíbe a cedência dum testículo ou dum córnea.

O hábito de comprar e de vender o sangue «ao peso», isto é, ao centímetro cúbico, está muito espalhado; muitos serviços de transfusão em clínicas particulares recorrem, regularmente, a isso. Evidentemente, esta prática tem razões de equidade perfeitamente aceitáveis. Com efeito, seria injusto que o doente rico o aproveitasse sem recompensar o sacrifício do seu semelhante necessitado; por outro lado, seria inadmissível que a administração da clínica, ou ainda pior, o médico transfusor, tornasse a vender por alto preço um sangue obtido gratuitamente. Nada mais natural, mais moral que admitir que o doente rico exprima o seu reconhecimento recompensando de alguma maneira aquele que lhe forneceu o sangue.

Se estava aí por uma prestação ocasional, tratar-se-ia somente dum troca de atenções. Mas, a maior parte das vezes estamos em presença daquele que se denomina dador profissional, por outras palavras, dum «vendedor sistemático de sangue».



Se bem que neste caso não se possa contestar o carácter comercial desta transacção, não estamos ainda em presença dum verdadeiro tráfico.

Este torna-se manifesto quando a «cedência» do sangue não tem lugar por assim dizer, no leito do doente, mas quando organismos particulares, firmas comerciais, compram sangue para manipulá-lo, condicioná-lo, conservá-lo e tornar a vendê-lo com benefício. Isto constitue um passo mais avançado na comercialização.

Com efeito, a transfusão mesmo indirecta, no leito do doente, não compreende nenhuma manipulação do sangue de tipo industrial. Ela não ocasiona grandes despesas de condicionamento; o facto de pôr à disposição frascos, agulhas, borrachas esterilizadas não ultrapassa a aparelhagem habitual duma pequena intervenção; o seu preço está espontaneamente compreendido nos honorários médicos.

Entre a cedência do sangue pelo dador ou pelo vendedor, e o seu emprego pelo doente, interpõe-se num intermediário técnico e económico.

Com a extensão cada vez maior da transfusão, a necessidade de manipulação e de armazenagem é mais manifesta. Conhecimentos biológicos mais profundos mostraram a utilidade de juntar à transfusão de sangue a dos seus derivados. O sangue, como entidade anátomo-fisiológica é completado ou substituído por «preparações artificiais à base de sangue».

Além do sangue completo, simplesmente estabilizado e conservado a baixa temperatura, encara-se a preparação do plasma, de derivados da fragmentação do plasma (globulinas, albuminas); de hemácias separadas e, continuando neste caminho, o plasma liofilizado.

Estes processos exigem uma instalação do tipo industrial ou semi-industrial, que, partindo do sangue como matéria prima, fornecem produtos duráveis, apresentados em ampolas, com cartomagens, modos de emprego e etiquetas, susceptíveis de serem depositadas e vendidas nas farmácias, contra a apresentação duma receita médica; e, como muitos medicamentos químicos ou biológicos, empregados em seguida por indicação e contróle do médico.

Quando mesmo a matéria prima, o sangue humano tiver sido fornecido gratuitamente, por doação, o custo elevado do seu condicionamento, mesmo renunciando eventualmente todos os benefícios comerciais, tornava inevitável o pedido dum preço de venda, correspondente aos frascos utilizados (sob reserva, entendendo que este custo seja suportado pela colectividade ou pela beneficência, em certas circunstâncias: segurados sociais, forças armadas, oficiais pobres, etc.).

É certo que o sangue integral não deveria ser submetido a este regime farmacêutico, sabendo-se o tempo limitado da sua conservação, e as condições em que deve permanecer.

Mas, no entanto, é provável que estas circunstâncias possam mudar radicalmente. Os trabalhos de Sloviter, Luyet, Strumia, Bessis, Smith, e seus colaboradores, têm mostrado que se pode congelar o sangue total a temperaturas variáveis segundo os processos, ou seja — 3º segundo Strumia — 79º segundo Sloviter, O que se pretende é evitar a formação de cristais de gelo, e obter a congelação vítrea amorfa da água. Nestas condições, é respeitada a integridade das células, mesmo se se trata das hemácias. A descongelação, praticada convenientemente, respeita a maior parte das hemácias, de modo que o sangue torna a ser apto à transfusão, com excelentes resultados clínicos. Sloviter transfundiu sangue congelado durante 8 meses, constatando que 70% das hemácias estavam perfeitamente conservadas e tinham uma aparência morfológica normal.

Existem ainda outras possibilidades de conservação prolongada, e talvez indefinida, do sangue, respeitando, pelo menos numa medida útil, as suas aptidões fisiológicas. É o tratamento pelo formol. A bem dizer este estudo está em curso, mas tem dado resultados excelentes no que se refere ao plasma. As pesquisas efectuadas por J. Massons, de Barcelona, seguidas por numerosos autores, tanto no domínio experimental como no domínio clínico, têm mostrado que o plasma tratado pelo formol e o calor, e, portanto, conservável indefinidamente, fica perfeitamente apto ao emprego terapêutico.

Este tratamento tem a vantagem especial de «despecificar» os plasmas animais, anulando os seus antigénios específicos, e por consequência, o seu poder imunizante de maneira a torná-los aptos à transfusão no homem. Eles têm sido largamente utilizados em terapêutica humana como excelentes sucedâneos do plasma humano, que nensempre é disponível e torna-se muito mais caro.

Não se pode pôr em dúvida que o plasma formulado, quer humano, quer animal, possui todos os caracteres dum verdadeiro medicamento.

Ainda não se dá o mesmo em relação às hemácias.

As minhas próprias investigações, as de Armand Delille e Lannoy (C. R. Soc. Biol. 1910, 69; 40; de Duccheschi e Cardin (Rev. Ist. Veneto 92, 325-333-489, 1933) v. Herwerden, Malaguzzi-Valeri (Boll. Ist. Sierot. Milnn. 16, 620; 1937) têm mostrado que se podem fixar as hemácias pelo formol diluído, de diferentes maneiras, de forma que elas conservem ou percam as suas propriedades antigénicas.

Estas hemácias estabilizadas pelo formol têm-se conservado durante longo tempo e utilizado para transfusões experimentais. Por consequência pode-se admitir uma conservação virtualmente indefinida e uma armazenagem integral do sangue e de seus derivados. Todavia, nós não chegamos ainda lá, porque esta conservação indefinida do sangue integral, de que só seriam concedidos os direitos às farmácias, é bastante teórico para o momento, e sobretudo é dispendioso em comparação com o sangue fresco ou conservado durante algumas semanas, de que a sede natural são os hospitais ou os serviços de transfusão.

Mas o que é incontestável é que o serviço de transfusão, ou o banco de sangue, ou a hemoteca (segundo a denominação que se lhe queira dar) deve necessariamente ser colocado sob a direcção dum médico, embora já o seja na realidade a maior parte das vezes.

Num serviço de transfusão há certamente tarefas estritamente médicas: em primeiro lugar o exame clínico e de laboratório dos candidatos a dadores, quanto ao seu estado de saúde e à sua contagiosidade eventual. O médico que visite os candidatos para este efeito assume toda a responsabilidade. Mas esta responsabilidade, estabelecida pela ficha clínica devidamente assinada, não tem de ser endossada pelo director do serviço.

Este poderia ser ou não um médico: é necessário que seja sobretudo um organizador dos diferentes ramos do seu serviço.

Mesmo a fase particularmente delicada do agrupamento dos sangues, está praticamente a cargo do pessoal auxiliar, convenientemente instruído e preparado. Na América Latina, se se deseja uma supervisão da parte dum «doutor» não é, em geral, a um médico que se confia, mas a um doutorado em bioquímica, estranho à clínica, mas competente em todos os exames e determinações do laboratório, compreendendo os hematológicos propriamente ditos. Na Europa, também, estes exames são muitas vezes confiados aos farmacêuticos que em França, pelo menos, têm por isso os mesmos direitos que os médicos (V. R. Fabre. O papel científico e social do farmacêutico. Atti Convegno Cultur. Farmacisti; Pavia, Abril, 1951, p. 68).

O que fica da competência médica exclusiva, é o exame do binómio doente-receptor, que constitue a base das indicações terapêuticas.

Tudo o que vem a seguir nos serviços transfusionais: preparação do material, esterilização, colheita, condicionamento, liofilização, protocolo, conservação, fichas e rotação dos dadores, organização das chamadas, preparação dos soros-padrões, questões administrativas, etc., está em geral nas mãos do pessoal não médico, e duma maneira tanto mais exclusiva quanto a instalação é maior e se aproxima dum estabelecimento industrial, como por exemplo o Michael Reese Institution de Chicago.

O pessoal não é em princípio diferente do das firmas farmacêuticas que fornecem ao público produtos biológicos e hormonais, soros e vacinas. Evidentemente, no que diz respeito a todo o sangue nós encontrámo-nos no momento numa situação intermediária. Se bem que sob múltiplos aspectos o sangue possa ser classificado como um medicamento, e sua manipulação e preparação o façam passar num circuito extra-médico, poder-se-ia ficar na dúvida se a responsabilidade transfusional deve recair no médico que prescreve a transfusão e eventualmente a pratica.

É a opinião do Dr. Julliard, que afirma que «é lógico deixar que o médico fique responsável por todo o sangue, qualquer que seja a competência que poderá exhibir».

Eu não partilho desta maneira de ver que fará pesar sobre o médico uma responsabilidade verdadeiramente excessiva.

Se um médico é levado, por exemplo, a prescrever uma transfusão venosa de 300 cc. de sangue O, Rh negativo, ou então uma transfusão de 100 cc. de hemácias AD, lavadas, em soro artificial, ou antes um litro de plasma *pool* liofilizado em 4 doses durante 24 horas, etc., deverá controlar a aplicação do «remédio»



e os resultados obtidos. Mas ele terá o direito de pretender que o serviço ou o banco, ou, eventualmente a farmácia, lhe forneça exactamente aquilo que ele prescreveu, condicionado «secundum artem», e a sua responsabilidade limita-se a verificar a exactidão da prescrição sem se alargar à qualidade do fornecimento.

Este pode ser muito defeituoso por motivos muito diferentes; má selecção dos dadores, infecções, impureza dos reagentes e da vidraria, má conservação, etc.

Vê-se que o facto de considerar o sangue ou as suas preparações como medicamentos ou como retalhos, compreende responsabilidades inteiramente diferentes.

Com efeito, sob este ponto de vista, o sangue é um medicamento, cujo responsável é o seu preparador: que ele fosse um químico, um técnico de laboratório, um imuno-hematologista, um secretário; ou que o abstracto «preparador» reunisse todas estas aptidões, isto não mudava a razão de ser das coisas. Cada um deles, no quadro limitado da sua actividade, é obrigado a realizá-la duma maneira impecável e será responsável pelas faltas cometidas.

Seria abusivo tornar responsável o médico assistente se uma ampola de sangue A recebeu por erro do encarregado do serviço uma etiqueta qualificando-o como B. Os prejuízos advindo deste erro, devido a uma falta de organização ou à insuficiência de pessoal, são atribuídos à fase «medicamentosa» da transfusão, e não à fase «médica».

A definição do sangue e de seus derivados como sendo ou não sendo um medicamento não é uma questão puramente verbal de simples aparência; ela implica consequências legais bastante sérias. A lei impõe ao médico certos deveres bem definidos. Em primeiro lugar o de ter um diploma doutoral válido no país onde exerce a sua profissão. Os outros deveres específicos são os da certificação em numerosas circunstâncias, e o do segredo profissional. Mas na realização dos actos profissionais propriamente ditos, estando compreendida a transfusão, não tem contróle preventivo definido: a sua conduta deve ser tal que não deve cometer uma falta, sob o ponto de vista civil e penal; e a interpretação desta necessidade, é que esta conduta deve ajustar-se aos conhecimentos científicos médios, e às regras técnicas habituais da profissão. Nestes limites, o seu discrecionalismo é extremamente extenso e o seu comportamento não é susceptível de ser regulamentado ou criticado pelas autoridades estrangeiras. As prestações médicas, são propriamente individuais, e somente a falta grave deve ser imputada à posteriori.

Pelo contrário, a profissão farmacêutica, tanto na venda ao público como na da preparação officinal ou industrial dos produtos terapêuticos ou diagnósticos, é submetida a regras detalhadas, e estritas, que vão bem além da simples prescrição de diplomas para alguns encarregados. Em primeiro lugar os farmacêuticos são obrigados a conformar-se com as prescrições da farmacopeia, quanto aos ensaios das matérias-primas que empregam e quanto ao modo de preparação. São fiadores da esterilidade dos líquidos officinais a injectar e devem possuir os aparelhos necessários. Estão sujeitos a inspecções técnicas e administrativas. Quando se trata de produtos de «marca» ou de «especialidades», preparados tanto num laboratório farmacêutico como num estabelecimento industrial, a maior parte das legislações em vigor prevêm laboratórios oficiais de contróle que não concedem licença de venda e de utilização senão depois da verificação do produto submetido à sua vistoria, por meio de amostras levantadas oficialmente.

Na legislação italiana são submetidos a contróle quando os produtos se destinam à venda, os diferentes soros e vacinas, e as preparações opoterápicas. Estes produtos, com efeito, são objecto de comércio nas farmácias; enquanto que na realidade,

que eu saiba, ou as *drug-stores* de sangue conservado e não de plasma estabilizado ou dessecado. Este seria de resto perfeitamente possível e verdadeiramente poderá ser realizado no futuro.

Por isso, isto não muda o ponto de vista fundamental: os estabelecimentos de tipo industrial onde se prepara e se vende o sangue e seus derivados mesmo sem benefício, são assimiláveis a um laboratório farmacêutico.

No que diz respeito à transfusão, refiro-me como exemplo aos regulamentos italianos (Decret min. 13 Dez. 1937).

Prescreve-se antes que o instituto onde se faz os levantamentos tenham uma instalação de laboratório suficiente (sob o contróle da autoridade sanitária). Quando se fala de concentrar, secar ou tratar o sangue ou o soro para assegurar a sua conservação, o instituto, devidamente aprovado, será incluído entre estes autorizados em produzir para venda vacinas, vírus, soros, toxinas e produtos similares. O instituto é responsável pela escolha dos fornecedores de sangue, no ponto de vista do estado de saúde e do seu grupo sanguíneo. A organização dos dadores e dos bancos de sangue está prevenida, da mesma maneira como as tarifas das prestações e o «preço do sangue».

O comércio das preparações derivadas do sangue está sujeito ao contróle do Governo e os estabelecimentos onde se pratica devem ser dirigidos por um químico ou farmacêutico diplomado.

Regulamentos semelhantes estão em vigor noutros países, entre os quais, os do *Nacional Institute of Health* dos Estados Unidos.

A responsabilidade destes Institutos é diferente da que é puramente médica. É justo dizer-se todavia que, no que se refere ao sangue, ela pode ser considerada como intermediária, e não exactamente definida como responsabilidade puramente farmacêutica. A peculiaridade da «matéria-prima», o facto habitual dela ser cedida gratuitamente pela aplicação dum programa que está com efeito virtualmente a fazer parte dum serviço civil; as repercussões psicológicas e morais e o âmbito sempre crescente deste programa, determinam de alguma maneira a insuficiência das leis e dos regulamentos relativos ao exercício tradicional da farmácia. Estes não podem ser aplicados senão por analogia dando lugar a interpretações jurisprudenciais, actualmente ainda muito incertas e eventualmente contraditórias.

Seria muito agradável que se definisse por textos precisos o quadro e a atribuição das diferentes responsabilidades num processo tão complexo como é a transfusão de sangue. Desde que a transfusão compreende diferentes fases, realizadas por diferentes órgãos, de hierarquia profissional diferente, está conforme os critérios jurídicos habituais que cada um responda pelos seus próprios actos, sem excluir, sem dúvida, uma responsabilidade genérica dos directores ou chefes de serviço que têm a cargo a organização geral e a escolha do pessoal; responsabilidade semelhante à da Administração dum hospital, o que em linguagem jurídica se pode classificar de «culpa in instituendo aut in eligendo».

O carácter especial da terapêutica transfusional em relação às medicamentosa, imunitária e hormonal, justifica a necessidade duma legislação especial, o mais possível simples e clara; mas nós não nos podemos associar ao juízo que prevê responsabilidades puramente médicas. Isto seria, na nossa opinião, uma medida insuficiente e injusta, susceptível de paralisar a acção do médico.

Nenhuma lei pode encontrar uma aplicação conveniente quando ela não está ligada à realidade dos factos.

(Conferência realizada em 26 de Setembro de 1953 no Serviço de Sangue dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Director: Dr. Almerindo Lessa).



# PALMIFENICOL

Palmitato de Cloromicetina + Complexo B

## COMPOSIÇÃO

Cloromicetina base (sob a forma de Palmitato) . . . . .	3.750 Miligrs.
Vitamina B <sub>1</sub> . . . . .	6 »
Vitamina B <sub>2</sub> . . . . .	6 »
Vitamina B <sub>6</sub> . . . . .	3 »
Pantotenato de Cálcio . . . . .	3 »
Vitamina PP . . . . .	50 »
Excipiente q. b. p. . . . .	60 c. c.

## APRESENTAÇÃO

De tolerância perfeita e de sabor agradável o PALMIFENICOL é apresentado em frascos de 60 c. c., correspondendo uma colher das de chá (4 c. c.) a 250 Miligrs. de Cloromicetina base.



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

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



*Na profilaxia e  
tratamento de  
infecções  
oculares*

# Oftalamida

**"SCIENTIA"**

Solução para uso oftálmico de  
Sulfacetamida sódica a 20% e 30%.

(EM FRASCO CONTA-GOTAS)

- Vasto espectro bacteriano gram-positivo e gram-negativo.
- Penetração fácil e profunda por via conjuntival.
- Concentrações locais impossíveis de alcançar por outra via de administração.
- Excelente tolerância.
- 2 ou 3 gotas de 2 em 2 horas, durante 3 dias, se outra não for a indicação médica.

Laboratório Químico-Farmacêutico "Scientia"  
Alfredo Cavalheiro, Lda. — Lisboa

Laboratório: R. Entre-Campos, 15. Escritório e Armazém: Av. 5 de Outubro, 164. Telef. P. P. C. 7 3057



HOSPITAL D. ESTEFANIA  
 Serviço 5 — (PEDIATRIA CIRÚRGICA)  
 Director — Dr. Abel da Cunha

## Hidatidose muscular

EDUARDO ROSADO PINTO  
 (Cirurgião Pediatra dos Hospitais)

A observação de uma localização pouco frequente de quisto hidático muscular sugeriu-nos a oportunidade de formular algumas considerações sobre tais aspectos da hidatidose, principalmente no sentido de ser lembrada no diagnóstico diferencial com outras afecções banais com as quais é sistematicamente confundida até ao momento da intervenção, a qual poderá causar perturbação num cirurgião menos avisado ante a surpresa do achado operatório e possíveis complicações posteriores.

Os ovos da ténia *Echinococcus granulosus* ingeridos pelo hospedeiro intermediário que neste caso é o homem, uma vez digeridos no estômago põem em liberdade os embriões hexacantos, os quais atravessando a mucosa gástrica e do intestino delgado entram na circulação venosa e linfática, mas preferentemente na primeira, atingem pela circulação porta o fígado, ou primeiro filtro (Becker), onde se detêm na maior parte das vezes. Embora as suas dimensões sejam da ordem das 20 a 25 micras, dada a sua elasticidade, podem passar estes embriões hexacantos por onde passa uma hematia e assim, noutros casos ultrapassar o fígado pelo sistema ou via supra-hepática, ou vindo pelo sistema linfático, atingir a pequena circulação e deter-se no segundo filtro, ou seja, no pulmão. Se conseguem passar estas duas barreiras ou filtros são, enfim, lançados na grande circulação, podendo ocupar várias localizações entre as quais se encontra a muscular.

É todavia ainda de aceitar a inoculação directa, embora pouco frequente, mas possível, a partir de uma cicatriz de marsupialização, por mordedura de cão infestado, etc.

Evidentemente, do que acaba de ser dito se conclui que a grande percentagem de localizações de quisto hidático diz respeito ao fígado e ao pulmão, atingindo a cifra conjunta dos 80 % para Becker. Só para o fígado estas cifras são da ordem dos 64 % (Gentil) ou 65 % (Cabeça). As localizações no território da grande circulação compreendem os 20 % restantes e destes, 8,8 %, correspondem ao peritoneu, epiploon, cavidade abdominal e pélvis, de modo que assim se somam, 88 a 89 %. Do restante se crê que 6 % constituem a equinococose externa que compreende as localizações subcutâneas (pele e dependências, incluindo a região mamária), cavidades bucal e nasal e região subfascial, e nestas, as glândulas superficiais e músculos.

A percentagem da incidência da hidatidose muscular apresenta valores algo variáveis segundo os autores: 4 % para Vegas e Cranwell; 2,8 % para Marrugat; 1,8 % para Pinto e Almeida; 3,4 % para Cabeça, e 0,8 % para Gentil.

Devé considera a localização muscular da hidatidose a terceira em importância de frequência (6 %), isto é, logo a seguir à hepática e pulmonar, e muitas estatísticas estrangeiras dão uma percentagem mais elevada do que as acima citadas (13,7 % para Teichman; 5,9 para Papaionou; 5,7 % para Nadeshdin), mas é preciso notar que em muitos casos não se separam as localizações musculares das subcutâneas, separação esta que é muitas vezes difícil de fazer.

Em favor da preferência do embrião hexacanto pela localização muscular na sua distribuição pela grande circulação pode aduzir-se que desempenha um papel fundamental o coeficiente de repartição sanguínea que é a relação entre a soma das secções vasculares e a massa do órgão (Thome e Hermann), o que explica que sejam os quistos hidáticos musculares a manifestação mais frequente da equinococose externa, visto os músculos conterem a quinta parte do sangue circulante. Pode, de acordo com Piu-lachs, Aznar e Muñoz, computar-se a frequência da hidatidose muscular em 20 % das equinococoses primárias que aparecem na grande circulação e em 2/3 das equinococoses externas.

Estas percentagens e proporções citadas têm evidentemente um valor relativo pois dependem dos números absolutos e estes só se conseguem pelo conhecimento de elementos estatísticos. No nosso País dispomos neste sentido de alguns dados de valor, sendo clássica a grande revisão estatística publicada pelo professor Cabeça de 789 casos operados em Lisboa, no período de 1895-1930, em que se contam 517 quistos hidáticos do fígado e 27 musculares; a dos Hospitais Cívicos de Lisboa, de 1934 a 1943,

com 353 casos, dos quais 235 do fígado; a do Hospital Escolar, com 52, dos quais 30 do fígado, e a do professor Gentil, com 126 casos, dos quais 81 do fígado e apenas 1 forma muscular.

Na estatística argentina de Marrugat, do Hospital de Rivadavia, com 141 casos no período de 1926-43 há apenas 4 casos de localização muscular. Cremos, no entanto, que aparecem mais casos na prática clínica que não chegam a ser publicados, quer por não terem sido internados mas operados em regime ambulatorio, ou casos isolados que constituíram achados operatórios ou passaram despercebidos por terem sido extirpados em bloco ou por dissociação, ou ainda por incisão quando infectados e considerados simples abcessos.

A ténia *Echinococcus granulosus* que vive no estado larvar, como acabamos de ver, no homem (e noutros mamíferos), realiza o seu ciclo de adulto, no cão (e ainda no chacal e no lobo), sendo pois aquele animal que interessa como fonte de infestação helmíntica. Parecerá à primeira vista que a incidência do quisto hidático será mais elevada nos meios rurais do que nos centros urbanos como por exemplo, Lisboa, mas na realidade as coisas não se passam bem assim, pois na grande estatística do professor Cabeça a distribuição por distritos de 399 quistos quanto à sua proveniência dava 125 para Lisboa e os distritos mais ricos que se seguiam eram os de Évora e Santarém, respectivamente, com 59 e 52 casos.

Por outro lado, um estudo epidemiológico recente do quisto hidático, em Lisboa (Coito, 1947) revelou que de 150 cães, 5 se achavam infestados, o que dava uma cifra de 3 %.

A hidatidose não parece ter qualquer preferência pelo sexo, mas em relação à idade parece respeitar as crianças e os velhos. De acordo com esta ideia, a nossa estatística hospitalar é bastante pobre em casos de quisto hidático, pois nesta última década não terão ultrapassado muito a dezena os casos registados no serviço, sendo a maior parte hepáticos, menos pulmonares, um do pâncreas e uma hidatidose peritoneal a que se vieram juntar os dois de localização muscular que são o objectivo desta publicação.

Na sua forma muscular, a hidatidose pode afectar qualquer músculo e na sua localização nas extremidades é menos frequente no membro superior do que no inferior, e neste último também é menos comum na perna e na face anterior da coxa, o que se explica por as massas posteriores serem mais abundantes e possuidoras de maior irrigação sanguínea (Marrugat). De acordo com Goinard e Salast, a maior frequência do quisto hidático muscular coincide com os membros (1.º segmento ou proximal) e tronco, sendo raríssimas as sedes no antebraço e perna. Depois, por ordem decrescente de frequência vêm os glúteos, a cintura escapular, o deltoide, os peitorais, os músculos das goteiras e o psoas. Para Bengolena e Velasco Suarez o quisto pode passar pelos estádios de intra, inter ou perimuscular dependendo do momento em que se faz a observação, defendendo por sua vez Devé o seu ponto de vista ao afirmar que é errado ou inexacto dizer que o quisto hidático muscular tem a sua sede inicial no tecido conjuntivo laxo intermuscular, tal como é erróneo pretender que um plano de clivagem conjuntivo o isola dos músculos; existe uma continuidade com o tecido muscular e o quisto faz corpo com o músculo.

A sintomatologia é muito variável, tratando-se, em geral, de um tumor indolor ou com dores provocadas por compressão de órgãos ou filetes nervosos vizinhos. A evolução é lenta podendo às vezes levar anos, a sua superfície é lisa ou lobulada, o tamanho variável e o crescimento progressivo. Segundo Denonvilliers a hidatidose muscular é capaz de todas as consistências desde a flutuação mais mole à resistência mais dura.

Além das complicações da compressão orgânica ou nervosa provocadas pelo desenvolvimento do quisto, pode ainda este provocar compressões de ordem vascular venosa ou arterial ou ainda lesões de natureza erosiva, pode romper-se, infectar-se ou calcificar-se. Os quistos podem ser univesiculares ou multivesiculares. Antigamente a percentagem dos multivesiculares era maior (9 para 10 para Marquet), mas actualmente esta proporção modificou-se, pois na estatística de Goinard, de 36 casos, encontram-se



10 univesiculares, 5 paucivesiculares e 11 multiloculares. Também a incidência de supuração que na estatística de Marquet era de 1/2 é na de Goinard de 9/33.

O diagnóstico é muitas vezes difícil porque em geral não ocorre à memória a possibilidade de um quisto hidático.

É muito frequente realizar-se a intervenção com outros diagnósticos em que predominam o de quisto sebáceo, lipoma, fibroma, adenite, hérnia crural, inguinal ou muscular, neoplasia (sarcoma) ou abscesso.

Uma vez pensado clinicamente, pode o quisto hidático ser confirmado pelas reacções laboratoriais de rotina (Weinberg, Casoni, eosinofilia), pelo exame radiográfico local e de outras localizações habituais que podem coexistir (fígado e pulmões). A punção que muitas vezes é branca apresenta para alguns autores inconvenientes (acidentes de anafilaxia que podem ser graves, Goinard), enquanto que para outros (Brun) é inócua.

A terapêutica da hidatidose muscular é eminentemente cirúrgica e aqui todos os métodos procuram bons resultados. As recidivas locais são muito raras e a própria marsupialização só raramente arrastará uma supuração indefinida e perigosa como se nota com os quistos viscerais.

Os três métodos fundamentais: quistectomia, quistotomia com redução total ou parcial da cavidade são aconselháveis consoante as circunstâncias e quaisquer deles têm possibilidades de bom êxito. Evidentemente, a quistectomia é a operação de eleição e sempre que as condições anatómicas o permitam é fácil de realizar porque há sempre um bom plano de clivagem que permite a enucleação do quisto. Quando tal não é possível, quer porque o quisto é muito volumoso, a sede anatómica difícil de manejar, então realiza-se a redução com ou sem drenagem após prévia formolização (injecção de formol a 10 % e lavagem com éter ou formol a 1 %).

Finalmente fica-nos a mera incisão dos quistos infectados nos quais ainda se pode tentar uma marsupialização de recurso.

Apesar de serem proclamadas as excelências dos métodos sem drenagem que reduziriam o tempo de tratamento, a percentagem em que esta se tem que realizar é ainda relativamente elevada: três vezes em quatro casos na estatística de Marrugat, oito em vinte e três casos para Brun, e catorze vezes em trinta e dois casos para Goinard. São apresentados em seguida os dois casos que deram origem a estas considerações e que merecem a publicação pela raridade da localização, nos músculos da nuca, apenas mencionada uma vez na volumosa estatística de 789 casos publicada em 1930 pelo professor Cabeça.

A localização da nuca no mesmo ponto em dois casos que tivemos oportunidade de ver e tratar e que apareceram com curto intervalo de tempo, merece ser referida visto ocorrer numa região que é sede frequente de adenites e de outras formações tumorais com as quais é fácil a confusão diagnóstica.

Caso I — Maria Elisa H. A., de 8 anos de idade, natural de Lisboa e residente em Lisboa, observada na Consulta Externa no dia 1 de Outubro de 1952. A doente aparece com um tumor localizado no lado esquerdo da nuca, com uma evolução de cerca de cinco meses, indolor e de tamanho progressivo.

A história pregressa é negativa quanto a primo-infecção tuberculosa, a criança tem um bom estado geral e não refere a mínima dor ou incómodo geral. A localização do tumor no lado esquerdo da nuca coincide com a zona de implantação dos primeiros cabelos. A palpação refere um tumor de consistência renitente, de contornos lisos e bastante profundo nos seus limites posteriores mas relativamente móvel, sendo difícil precisar o seu volume dada esta orientação profunda, mas que se afigura apreciável. A primeira impressão é a de se tratar de um quisto ou de uma adenite occipital mas a punção realizada é branca (já com a colega que nos enviou a doente se tinha observado a mesma negatividade da punção). Em vista deste resultado põe-se o diagnóstico de lipoma ou fibroma da região e marca-se a intervenção para daí a três dias.

No dia 4-X-952, sob anestesia local com novocaína e após prévia rapação da base, traça-se uma incisão oblíqua paralela às fibras do trapézio. Encontra-se um tecido celular ricamente enervado e chega-se ao trapézio, cujas fibras se dissociam visto o tumor se encontrar abaixo daquele plano muscular. Atravessado o trapézio encontra-se, finalmente, o tumor na massa comum do esplénio e grande complexo o qual se começa a dissociar com relativa facilidade. Vê-se que o tumor é bastante mais volumoso do que parecia à simples inspecção externa e embora haja facilidade na dissociação esta obrigará a um grande descalabro dado

o volume e sobretudo a profundidade. Não temos agora dúvidas sobre a natureza quística do tumor. Tenta-se fazer uma punção parcialmente evacuadora para diminuir o volume total e nesta sai um líquido água de rocha decidindo o diagnóstico e desfazendo dúvidas. Injecta-se formol, abre-se o quisto e extrai-se uma enorme vesícula que completa teria o volume e tamanho de uma tangerina grande.

A criança que tem suportado bem a intervenção começa a queixar-se o que nos obriga a resumir a intervenção. Desiste-se da descorticação (quistectomia), que alongaria imenso o tempo da intervenção e faz-se uma simples quistostomia com redução parcial da cavidade e tamponamento com gaze embebida em formol que se levantou às vinte e quatro horas.

Com um tratamento local de pensos simples e lavagens com água oxigenada e tamponamento frouxo com compressas embebidas em pomada de penicilina, a grande cavidade residual oblitera-se rapidamente e pelo 15.º dia tinha deixado praticamente de existir. Ao vigésimo dia da intervenção a cicatrização estava completada, tendo sido dada alta a 27-X-952.

O exame histopatológico da membrana confirma a existência da hidatidose.

Caso II — Maria Gabriela M. M., de 6 anos de idade, natural e residente em Setúbal. Internada no Serviço de Pediatria Médica, na cama 54, com a observação n.º 22.306, onde entrou com o diagnóstico de primo-infecção e adenopatia cervical específica a 13 de Dezembro de 1952. Da sua história ressalta uma primo-infecção tuberculosa há nove meses tendo-se notado nessa mesma altura um tumor cervical que aumentou bastante, mantendo-se sempre duro e não aderente à pele.

O exame físico por nós realizado na nossa consulta, onde a doente veio a 27-III-953, mostra um tumor relativamente volumoso (maçã pequena) ocupando a região cervical posterior direita aderente aos planos profundos com renitência e sensação de líquido sob tensão. Há no couro cabeludo uma zona de impetigo que se pode prestar a ser interpretada como uma origem etiológica inespecífica. Adicionalmente a doente é acompanhada dos seguintes elementos auxiliares de diagnóstico:

Reacção de Pirquet;

Rx da coluna cervical, negativo quanto à hipótese de mal de Pott cervical;

Rx da torax mostra reliquat de primo-infecção.

Exame de sangue revela: (a 30-XII) — V. S. 20 mm. — G. V.: 3.810.000 — G. B.: 6.450 — Hemogl. 75 % — V. G.: 0,98 — F. L.: 43 neutr., 8 eos., 0 bas., 42 linf., 7 monoc.

Pesquisa de ovos de parasitas nas fezes — negativa.

Sarampo a 21-I-953.

O tumor é muito volumoso e indolor para que se possa aceitar de ânimo leve a ideia de uma adenite com uma evolução tão longa e tão silenciosa (1 ano).

Dada a sua grande semelhança com o tumor do caso anterior somos levados a pensar na existência de um caso igual que a punção desta vez confirma plenamente. Após esta, injecta-se formol e marca-se a intervenção para o dia seguinte, 17-III-953.

A intervenção, desta vez realizada sob anestesia geral pelo éter decorre de modo idêntico à do caso anterior, ficando desta vez a cavidade residual da quistostomia drenada com um dreno de Penrose que se vai aliviando progressivamente.

Ao cabo de vinte dias de um pós-operatório sem incidentes, a cavidade está obliterada e a ferida completamente cicatrizada tendo a doente alta a 17-IV-953.

#### BIBLIOGRAFIA

- Brumpt, E. — Précis de Parasitologie, Masson & C., Paris, 1927.
- Brun, M. — Note sur la localisation musculaire des kystes hydatiques d'après 23 observations recueillies à l'Hôpital Sadiki. Mémoires de l'Académie de Chirurgie, n.º 27; 1199, 15 de Novembro, 1939.
- Cabeça, C. e Villar, B. — Quistos hidáticos, equinococose hidática e hidatidose. Lisboa Médica, 8; 107, 185, 295 e 419, 1931.
- Coito, A. — Contribuição para o estudo da epidemiologia do quisto hidático humano em Portugal. Anais do Instituto de Medicina Tropical, 4; 285, Dezembro, 1947.
- Dévé, F. — Sur le siège initial des kystes hydatiques musculaires. Comptes Rendus de la Société de Biologie, 123; III, 746, 1936.
- Gentil, F. e Conde — Congrès Mondial du Kyste Hydatique. La Presse Médicale, 59, n.º 70, 1464, 7 de Novembro, 1951.
- Goinard, P. e Salas, J. — Sur les kystes hydatiques des muscles volontaires. Journal de Chirurgie, 54; 320, n.º 3, Setembro, 1939.
- Marrugat, O. — Hidatidosis muscular. La Semana Médica, 54; 93, 17 de Julho, 1947.
- Piulachs, P., Aznar, E. e Muñoz, T. — Equinococosis externas. Revista Clínica Española, 8; 253, 28 de Fevereiro, 1943.



# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### Tratamento da obesidade

*Este artigo é o relatório estenográfico de uma das conferências realizadas pelos membros do «Department of Pharmacology and of Medicine of Cornell University Medical College and New York Hospital», com a colaboração de outros departamentos e instituições. Participam nas discussões não só o corpo clínico da Universidade e do Hospital, mas também os estudantes e médicos externos.*

**Dr. George Reader:** Vamos falar, hoje, no tratamento da obesidade, um problema muito frequente. Queira abrir a discussão, Dr. Robert Melehianna.

**Dr. Robert Melehianna:** O êxito do tratamento depende, em larga escala, do modo como o doente compreende o seu problema e aceita as suas responsabilidades. Não há nenhuma entidade em medicina mais dependente do doente, que tem, a seu cargo, quase exclusivamente, os cuidados do tratamento.

A obesidade tem grande importância como uma das causas que originam graves doenças de vários aparelhos e sistemas. Enquanto que o leigo considera a gordura indesejável por razões de ordem estética, o médico vê nela um factor predisponente para a artério-esclerose, doenças cardíacas, hipertensão, algumas outras doenças vasculares periféricas, alterações metabólicas tais como diabetes, calcinose vesicular e muitas outras. Verifica-se, talvez melhor, o significado da obesidade nas estatísticas das companhias de seguros de vida em que está bem demonstrado o risco grave que é para a saúde e para a própria vida um peso exagerado. O peso ideal é 5 a 14 % menor do que o peso médio. A denominação de «peso médio» é errada.

Estavam incluídas nessa designação muitas pessoas com peso elevado, que não pode ser considerado nem como valor ideal nem normal. O peso de um indivíduo normal aumenta até aos 25 ou 30 anos, altura em que começa a diminuir lentamente até aos 60 anos; nesta idade deve ter cerca de 10 % menos do que aos 30. Geralmente sucede o contrário, o peso sobe nos anos médios da vida porque houve acumulação de gordura.

Para um estudo completo deste assunto, mencionaremos a classificação, mais conhecida, da obesidade. Primeiro, obesidade exógena atribuída a superalimentação e a exercício insuficiente; e segundo obesidade endógena devida a alterações que provocam uma diminuição do consumo calórico do corpo. Incluem-se, muitas vezes, neste último grupo factores constitucionais ou hereditários, hipotiroidismo, hipogonadismo, tumores da cortical das suprarrenais, diabetes mellitus, hiperinsulinismo, tumores da epífise, hipertrofia do timo, síndrome de Froehlich (distrofia adiposo-genital), síndrome de Lawrence-Moon-Biedl, síndrome de Cushing, doença de Dercum, doenças do cérebro e meninges e lipodistrofia progressiva. Como se pode ver, estão praticamente representadas nesta lista, todas as glândulas endócrinas. No entanto, no que respeita ao tecido adiposo, as perturbações endócrinas estão mais intimamente relacionadas com a distribuição anormal da gordura no corpo do que com a sua acumulação excessiva. Talvez menos de 3 % do total dos indivíduos obesos possam ser incluídos no grupo dos verdadeiros endocrinopatas. Isto é contrário à opinião geral que considera as «glândulas» as causadoras de todo o excesso de gordura.

Deve, em todos os casos de obesidade, fazer-se uma história pormenorizada, uma observação cuidadosa e exames laboratoriais para verificar se existem, concomitantemente, algum factor endógeno ou algumas das doenças que, muitas vezes, acompanham a obesidade. No entanto, estes estudos não têm um grande interesse para o tratamento da obesidade. Quer exista ou não uma endocrinopatia, o excesso de peso é devido, fundamentalmente, à desproporção entre as calorias ingeridas e as calorias consumidas. Nenhuma pessoa pode fugir às leis da conservação da energia. Mas o médico deve investigar se o indivíduo sofre de outras doenças que necessitem de tratamento específico; por exemplo, quando num obeso com hipotiroidismo a doença da tiroideia é tratada, simultaneamente, o seu peso diminui e o seu estado geral melhora com mais facilidade.

Tendo, simplesmente, em vista o tratamento da obesidade, vou falar na psicoterapia, dieta, medicamentos e exercícios.

Geralmente, não se dá valor aos factores psíquicos da obesidade e no entanto é muito importante conhecer o motivo que levou o doente a procurar o médico, se foi por razões de ordem estética, por receio ou por queixas físicas. Alguns problemas psicológicos podem influir no apetite e por vezes não é fácil descobri-los. O apetite normal regula a ingestão de alimentos de modo que estes forneçam as calorias necessárias mas que não excedem as exigências da energia dispendida. Quando surge uma perturbação emocional esta inter-relação pode desaparecer, produzindo obesidade. O doente pode, por não estar contente com a sua ocupação, procurar uma distração à hora das refeições durante as quais se enche de comida e bebe, talvez, dois ou três cocktails. O doente pode também ser uma mulher de meia idade cujos filhos se casaram, saíram de casa e se sente abandonada pois o marido não lhe faz a companhia que deseja. Refugia-se na comida que lhe dá uma espécie de distração e prazer.

A ingestão exagerada de alimentos provoca uma pausa nos problemas emocionais e um grande número de obesos têm problemas emocionais. Não é, geralmente, necessário levá-los a um psiquiatra se o internista adoptar uma atitude compreensiva, simpática e os auxiliar. No entanto, nalguns casos os factores psicossomáticos estão profundamente localizados e são intangíveis. O doente sente um desejo insaciável, patológico, por alimentos idêntico ao do alcoólico crónico por bebidas.

Têm sido propostas muitas dietas para emagrecer, mas nenhuma possui qualquer virtude especial. A única indicação dietética a considerar é a de diminuir o número total de calorias ingeridas sem alterar o equilíbrio da razão ou privar o organismo de vitaminas e minerais. A dieta deverá conter proteínas na dose diária de, pelo menos, 1 g. por quilo do peso considerado normal para esse indivíduo. As proteínas são rapidamente utilizadas, têm uma grande acção dinâmica específica e diz-se que estimulam a actividade da tiroideia. Os hidratos de carbono concentrados, tais como os açúcares e farinhas, devem ser restringidos assim como as gorduras. As dietas só devem conter em pequenas quantidades ou mesmo não conter: arroz, pão, batatas, macarrão, empadas, bolos, pudins, açúcar, rebuçados, cremes, etc. Podem fazer parte da dieta quantidades moderadas de carne, peixe, aves, ovos, queijo, cereais vulgares e leite desnatado. Podem incluir-se na dieta grandes quantidades de frutas frescas, sumo de frutas, frutos cozidos não adoçados e vegetais verdes crus e cozidos. As dietas deste



tipo contêm as quantidades necessárias de minerais e vitaminas hidrossolúveis; têm de ser administradas, suplementarmente, vitaminas oleosolúveis incluindo a A e D para defenderem o doente contra qualquer deficiência.

O número total de calorias prescritas nas dietas não se baseia em qualquer regra. As maiores autoridades do assunto recomendam que o número total de calorias seja tal que provoque uma perda de peso semanal de 750 g. a 1.200 g. e aconselham dietas que variam de 300 a 1.600 calorias conforme a estatura, ocupação e outras actividades do doente e estão sujeitas a grandes alterações. Para o indivíduo que vive na cidade e que tem uma profissão sedentária dietas com 800 a 1.200 calorias dão, habitualmente, bons resultados.

Podem tentar-se alguns subterfúgios ao prescrever regimens a pessoas que já tenham, repetidas vezes, «experimentado dietas» e não conseguem emagrecer. Em tais casos deve iniciar-se o tratamento com uma dieta com poucas calorias para provocar uma rápida descida do peso, o que encoraja os doentes; depois as dietas serão constituídas de modo a que o peso diminua mais lentamente. Muitas vezes receitam-se dietas definitivas que se substituem com frequência.

Se, durante quatro semanas, o doente seguiu alguns dos regimens dietéticos e emagreceu, a evolução posterior é geralmente satisfatória. Por outras palavras é em regra necessário cerca de um mês para reeducar o apetite dos doentes mais gordos, que depois cooperam com muito menos dificuldade.

A lipofilia, isto é a resistência que a gordura opõe à sua mobilização está associada com a tendência para reter água e sais. Alguns médicos acreditam que a redução da ingestão de líquidos e sais é um factor essencial no tratamento da obesidade, e alguns levam isto a um grau extremo; é, no entanto, aconselhável que os doentes obesos usem o sal em pequenas quantidades e que não bebam líquidos em excesso. Excepto nos casos em que há variações de peso (de resto durante pouco tempo) devido a uma retenção temporária de água, a perda de peso acompanhará o deficit calórico independentemente das alterações no metabolismo do sal e da água. Para manter o moral dos doentes o médico deve ter o cuidado de lhes explicar que o peso só em raras ocasiões se perde regularmente e que, em geral, se observam, nos gráficos do peso, planaltos alternarem com períodos de descidas bruscas. O peso pode permanecer fixo, por vezes, durante duas semanas devido à retenção de água, apesar do doente se ter submetido rigidamente à dieta. Não é necessário provocar a diurese com drogas.

Não há nenhum preparado endócrino que seja realmente necessário ou útil no tratamento da obesidade. As hormonas só têm valor como terapêutica de substituição. Provoca-se uma perturbação no tão sensível equilíbrio glandular receitando hormonas a pessoas obesas, risco que não se justifica em virtude da pobre perda de peso.

Os extractos da tiroideia só devem ser receitados aos doentes obesos com sinais evidentes de hipotiroidismo, não se devem administrar a indivíduos com funcionamento normal da glândula tiroideia, porque para compensar este excesso de hormona, diminui a sua produção pela tiroideia. Quando existe hipotiroidismo, a dose prescrita só deve ter em vista melhorar os sinais e sintomas do hipotiroidismo.

Não se conhecem hormonas do lobo anterior da hipófise que sejam eficazes no tratamento da obesidade. O emprego da hormona tirotrópica e do principio metabólico de Collip e, talvez, racional em certos casos especiais, mas estas substâncias não são úteis para uso clínico. Também não se verificou qualquer vantagem no emprego de extractos ováricos; no entanto, deve administrar-se estrogénios às doentes obesas com síndrome de menopausa; quando se conseguem melhoras deste síndrome, as doentes seguem mais à risca o seu regimen dietético.

O sulfato de anfetamina e outras drogas idênticas foram usadas no tratamento da obesidade, pois julgava-se que tinham uma acção calorígenica e que provocavam anorexia; verificou-se, no entanto, por meio de experiências, que tais acções não se produziam. Não devem ser dados a doentes obesos excepto quando haja outra indicação farmacológica.

Também têm sido usados diuréticos, os mercuriais orgânicos ou o cloreto de amónio por se pretender que a retenção de água é um factor que contribui para o aumento de peso. Como já dissemos, os diuréticos e a restrição de líquidos são desnecessários nas formas vulgares da obesidade.

Os laxantes podem ser necessários para combater a prisão de ventre que acompanha, geralmente, o início do tratamento dietético. Só devem ser receitados laxantes suaves, não irritativos; os purgantes salinos, fortes não são aconselháveis, causam por vezes desidratação.

Muitas pessoas acreditam que o exercício físico é o melhor processo para emagrecer e, no entanto, é um pobre substituto da dieta. Um homem com 115 quilos teria de trepar 20 lanços de escada para libertar energia correspondente a uma fatia de pão. Pode perder 100 calorias ao fim de quilómetro e meio de marcha, mas se não comer 30 g. do creme da sua refeição obtém o mesmo resultado. Tem de caminhar cerca de 50 quilómetros para emagrecer 500 g. Os jogadores de futebol perdem 2 a 2,5 quilos durante o jogo, mas esta diminuição é causada, principalmente, pela perspiração. Os exercícios trazem, no entanto, vantagens pois os doentes são encorajados a dispenderem tempo fora de casa, em longos passeios e a fazerem trabalhos manuais e exercícios físicos. É possível, com uma actividade vigorosa, fortalecer o tecido muscular enquanto se destrói o adiposo.

As massagens são úteis, quando existem produções tissulares subcutâneas e por facilitarem a retracção da pele, mas têm escasso valor no emagrecimento. As únicas pessoas que perdem peso com as massagens são os massagistas. Os banhos turcos provocam uma perda temporária de água, de valor muito limitado. Não correspondem nem ao esforço, nem aos riscos.

Grandes perdas de peso, especialmente, nas pessoas de meia idade e nos velhos podem dar origem a grandes pregas cutâneas em várias regiões do corpo. Podem aparecer os «aventais abdominais» e pregas soltas à volta do pescoço para as quais é aconselhável recorrer à cirurgia estética. Deve-se esperar um ou dois anos antes de se efectuar a intervenção para que se obtenha a máxima retracção espontânea.

*Dr. Reader:* Muito obrigado, Dr. Melchionna. Tenho curiosidade de ouvir o Dr. Hinkle, falar acerca dos problemas do tratamento psíquico da obesidade.

*Dr. Lawrence E. Hinkle:* As pessoas muito gordas são as que ingerem regularmente e durante muito tempo alimentos em quantidades superiores às necessárias. A razão deste facto é, em geral, por gostarem, simplesmente de comer não só porque sentem prazer com uma boa refeição, mas também porque procuram, na comida, um refúgio quando a vida lhes corre mal. Este género de indivíduos reconhece quase sempre o seu amor à comida e a sua dificuldade em controlar o apetite; este é geralmente o único problema em que precisam de auxilio, pois a maior partes dos obesos são orgânicamente normais. O médico deve apoiá-los, encorajá-los e interessá-los de vários modos. Por exemplo, tem interesse juntá-los a pequenos grupos de pessoas com problemas semelhantes. Existem estabelecimentos, que agrupam os seus clientes de modo a desenvolverem-lhes espirito de grupo e a apoiarem-se mutuamente. Obtém-se deste modo os melhores resultados. O médico deve receitar alguns medicamentos, a anfetamina, por exemplo, ostensivamente com o propósito de reduzir o apetite; ainda que, como afirmou o Dr. Melchionna, a sua acção farmacológica sobre o apetite seja pequena, a sua acção psicológica é grande. O importante é receitar uma pilula para reduzir o apetite pois isso dá um forte apoio psicológico; não quero com isto dizer que o médico aconselhe qualquer droga que faça mais mal do que bem.

Deve tentar-se descobrir quais as lacunas da vida dos obesos: isolamento, excesso de trabalho, dificuldades nas relações familiares; e sugeri-lhes outra ocupação ou distracção. O médico tem de ajudar o doente a livrar-se das preocupações que lhe provocam aumento de apetite; o médico do obeso é obrigado a ser um espião.

Penso que os problemas da maior parte dos obesos podem ser resolvidos pelo seu médico assistente. Há somente dois grupos que precisam de ser entregues a um psiquiatra; a um só faço referência, de passagem: é o dos indivíduos cujo problema psíquico tem a gravidade de uma doença psiquiátrica. O outro grupo é o dos obesos jovens e especialmente das adolescentes e das mulheres novas. Psicologicamente têm uma necessidade urgente de levar tudo à boca. Devem incluir-se num grande grupo de que também fazem parte os alcoólicos, os grandes fumadores e os indivíduos com anorexia nervosa. São pessoas que, geralmente, no principio



da vida sofreram ou julgaram sofrer muitos desgostos; estes desgostos giram, em regra, à volta das suas relações com a mãe, que não são satisfatórias. Em substituição dos seus afectos alimentam-se em excesso. O tratamento destes casos são todos do âmbito da psicoterapia, tem de se estudar as necessidades, os problemas e a personalidade de cada doente e nós não estamos ainda aptos para isso.

*Dr. Reader:* Interessaram-me muito as suas declarações, Dr. Hinkle, acerca da obesidade na adolescência. Tinha ouvido, sempre, dizer que era mais grave, que os problemas de psicopatologia e que o prognóstico era pior nos rapazes do que nas raparigas. Talvez o Dr. Harvey queira falar sobre este assunto.

*Dr. William A. Harvey:* Bem, o facto de um rapaz engordar demasiado é sob muitos aspectos, um problema especialmente porque lhe surgem dúvidas, acerca da sua virilidade. Nestes casos, os médicos devem fingir acreditar que a obesidade é devida a uma insuficiência da maturação e que precisam, para o tratamento desta, serem submetidos a dieta. De resto, não vejo que haja diferenças entre os sexos, não conheço qual a razão porque a obesidade possa ser considerada mais grave nos rapazes do que nas raparigas.

*Dr. Reader:* Gostava de saber, se o Dr. Korsch julga ser mais difícil tratar a obesidade nas crianças do que nos adultos.

*Dr. Barbara M. Korsch:* Penso o seguinte. Temos tido bastantes insucessos na Clínica das Crianças ao tratar-lhes da obesidade, porque têm problemas muito complexos. Nas crianças muito novas é, geralmente, a mãe a culpada do excesso de gordura dos filhos. A quantidade de alimentos ingeridos não é determinada pela criança mas pela necessidade que a mãe tem de entreter o rapaz ou a rapariga. Nestes casos a mãe não é capaz ou não tem vontade de alterar a dieta. Por vezes, contudo, a mãe pensa que as refeições da criança têm de ser reduzidas, mas esta irrita-se.

*Dr. Reader:* Queríamos que o Dr. Couway, como cirurgião, nos falasse sobre o tratamento operatório da obesidade.

*Dr. Herbert Couway:* Pretendo falar somente de um dos aspectos da obesidade: a acumulação regional da gordura. No Plastic Surgery Department of the New York Hospital foram examinados no decurso de um ano cerca de 50 doentes que pediam que lhes extirpássemos depósitos de gordura, originados, indubitavelmente, por excesso de alimentação. Foram submetidos à intervenção cirúrgica, em média, só 4 por ano.

Só se faz a lipectomia nos depósitos de gordura do pescoço, pernas, abdómen e por vezes da região renal. Em determinados casos, a operação é útil. Nos casos em que o peso dos doentes, submetidos a uma dieta adequada, se estabilizou mas que possuem «aventais pendentes de gordura», o tecido adiposo pode, segundo a nossa experiência, ser excisado com êxito se tirarmos também a pele que o cobre para evitar recidivas. O pescoço e o abdómen são as regiões onde, especialmente nos velhos, aparecem com mais frequência esses depósitos de gordura. Os aventais abdominais devem ser completamente extirpados por causa das graves dermatites que aparecem nas superfícies cutâneas adjacentes, debaixo do avental.

A operação usada para a remoção das pregas do pescoço é denominada desde Greck por «rhitidectomia» de «rhitis» que significa ruga. Segundo a minha opinião não há no campo cirúrgico outra operação de que se abuse mais. Pelo menos 100 doentes, por ano, me pedem que lhes faça esta operação ao pescoço, mas quem quiser consultar os arquivos deste hospital pode verificar que não mais de quatro a cinco doentes, em qualquer período de doze meses, são submetidos à rhitidectomia. Em geral os cirurgiões estão interessados porque a técnica é fácil e monótona. Na grande maioria dos casos não se conseguem obter resultados satisfatórios, é por isso que só devem ser seleccionados poucos doentes. Uma senhora dos seus sessenta anos, que tenha sido magra durante a maior parte da sua vida mas que tenha pregas da pele no pescoço, obterá um resultado espectacular se lhe fizerem incisões à frente e atrás das orelhas para lhe tirarem grandes secções de pele. As incisões são suturadas de modo a ficarem quase invisíveis; estas operações de estética curam, muitas vezes, sem deixarem cicatrizes. Mas a maior parte

das pessoas que querem ser submetidas a esta intervenção são mulheres dos seus quarenta anos com cara de lua-cheia e com grandes depósitos de gordura subcutânea na região submaxilar. Neste caso, a aparência delas não melhora.

Além do grande pânículo adiposo abdominal há, muitas vezes associado, diastase dos músculos rectos ou hérnia abdominal o que é compreensível devido ao excesso de gordura epiploica. Quando estes indivíduos querem perder esse avental de gordura faz-se-lhes uma incisão transversal de 90 cm. e fazemos através esta a excisão da gordura. Geralmente tiramos uma grande porção de pele e de gordura que pode pesar, para nosso desapontamento, só 2,5 ou 3 quilos. Devemos aproveitar esta ocasião para extirparmos o excesso de tecido epiploico, e tratar a diastase rectal ou a hérnia abdominal. Em certos casos, esta operação pode ter um grande êxito.

Falta-me mencionar um outro aspecto deste assunto: a ptose dos seios que é causada, em grande parte, pela acumulação de gordura nas mamas. Nestas doentes deve fazer-se a ressecção do seio pela plastia do seio.

O exame microscópico das células desses enormes pânículos adiposos abdominais mostra uma congestão passiva ligeira. Podem existir hemorragias muito pequenas na pele que se apresenta, muitas vezes, edematosa e com estrias lineares, estas estrias são vulgares nas pessoas que aumentam rapidamente de peso e são devidas a rasgões da derme causados pela tensão excessiva das fibras elásticas. O epitélio está geralmente intacto. Uma escarificação sob a epiderme dá uma imagem de cicatriz epitelial idêntica à provocada por uma ferida.

Os lipomas, colecções circunscritas de gordura são tratados, cirurgicamente, com êxito. Põem-nos perante alguns problemas interessantes do metabolismo da gordura; não são provocados pelo aumento do número de calorias ingeridas, mas são devidos a anomalias na deposição da gordura. Parecem ter como causa factores hereditários, pelo menos lipomas já existem quando a criança nasce. Vi lipomas dos dedos da mão num adulto que tinha, além disso, um desenvolvimento exagerado dos ossos do metacarpo, isto demonstra que já existiam esses depósitos de gordura durante a vida intraveteriana. Os lipomas podem ser simétricos. Estou a recordar-me dum caso interessante, um rapaz com uma contractura cicatricial da mão; fizeram-lhe aos 14 anos, um enxerto, um farrapo de pele com gordura subjacente foi transplantado do abdómen para a mão.

Muitos anos mais tarde engordou moderadamente e adquiriu um grande pânículo adiposo abdominal. O enxerto de pele e gordura abdominal na mão mostrou um aumento de tecido adiposo subcutâneo idêntico ao do abdómen e diferente do resto da mão.

Um outro exemplo da actividade irregular do tecido adiposo no corpo humano verifica-se nas autópsias de indivíduos emaciados, praticamente, sem nenhuma gordura subcutânea; no entanto têm uma almofada de gordura malar podendo existir ainda gordura nas suprarrenais. Há uma grande variedade no modo de distribuição da gordura no corpo humano. Talvez haja certas características específicas do metabolismo da gordura nas diversas áreas da pele e do tecido subcutâneo. Penso que devemos ter sempre isto presente no nosso espírito.

*Dr. Frank Ferguson:* É obrigatório que a obesidade de origem exógena tenha sempre em maior ou menor grau um componente psiquiátrico? Um indivíduo pode na sua juventude dispender esforços físicos violentos que lhe exijam uma dieta rica em calorias; mais tarde quando a sua actividade se reduzir, essa dieta tornou-se um hábito e, portanto, engorda muito.

*Dr. Melchionna:* Isso é verdade. Não pretendi dizer que todos os obesos têm um problema emocional; teoricamente, quando as necessidades calóricas diminuem, o apetite também diminui e portanto a ração alimentar é menor. Mas em geral os mecanismos reguladores do apetite não trabalham adequadamente e nalguns casos os hábitos alimentares adquiridos anteriormente, são a principal causa da obesidade; o tratamento deve ter em vista antes de mais nada a instituição de novos hábitos; nestes doentes não são necessários exames psíquicos muito profundos. Sinto-me inclinado a pensar que



a percentagem de doentes obesos devido ao hábito é pequena. O problema só raramente é tão simples.

*Dr. Reader:* Queira perguntar ao Dr. Hinkle qual a sua opinião acerca da possibilidade da diminuição de peso provocar melhoras ou mesmo uma aparente remissão completa da doença, nos obesos com diabetes incipiente ou «tendência» para a diabetes.

*Dr. Hinkle:* Não vejo por que motivo a redução de peso pode melhorar os sintomas de diabetes, especialmente nos velhos. É possível que a curva da glicémia se normalize. No entanto, não acredito que a obesidade seja uma causa de diabetes.

*Dr. Reader:* Dr. Du Bois não gostaria de fazer hoje algum comentário?

*Dr. Eugene F. Du Bois:* Gostava de sugerir a propósito de glândulas endócrinas e obesidade que todos nós podemos ler um curto artigo de Fuller Albright na «Medicina» de Cecil. É uma introdução à endocrinologia, mas discute principalmente assuntos não endócrinos. É um artigo delicioso, humorístico e segundo penso lança muita luz na concepção das causas da obesidade.

Também sugiro que seja lido um outro pequeno livro, de Ryneanson e Gástineau, que apareceu recentemente na «American Lecture Series» da obesidade. Parece-me que critica melhor do que qualquer outro livro ou artigo que eu tenha lido a opinião clássica sobre a relação entre obesidade e função endócrina e discute todas as outras causas da obesidade. Ryneanson e Gástineau estão, além disso, ansiosos por abandonarem a divisão entre obesidade exógena e endógena. Pensam que não existe esta distinção e que a chamada obesidade exógena implica um factor endógeno — o apetite exagerado — e que a chamada obesidade endógena está relacionada com um factor exógeno — a abundância de comida. É, portanto, preferível abandonarmos esta classificação arbitrária.

Interessou-me a sua declaração, Dr. Melchionna, de que as endocrinopatias só contribuem, provavelmente, em 3 % dos casos, para a obesidade. Penso que uma tão pequena percentagem pode ser motivada por pura coincidência. Além disso, os enfermos com doenças endócrinas tanto podem ser gordos como magros.

*Dr. Reader:* Miss Jones, como especialista dietética, que nos pode dizer sobre a relação entre dietas com poucas calorias e o doente.

*Miss Meredith Jones:* Não é ocasião para entrar em pormenores acerca do conteúdo calórico dos alimentos. Há sobre este assunto um excelente livro de Bowers e Church intitulado «Food Values of Portions Commonly Used». A «Metropolitan» e outras companhias de seguros de vida distribuem impressos com os valores calóricos dos alimentos, dignos de confiança.

Vou mencionar alguns dos erros mais vulgares dos regimens dietéticos para emagrecer. Como disse o Dr. Melchionna aconselhamos quantidades, geralmente abundantes, de carne e frutos; no entanto, estes alimentos não são desprovidos de conteúdo calórico. Uma refeição vulgar de fruta fresca contém 40 a 80 calorias e de fruta conservada ou gelada 100 a 200 calorias. Uma sobremesa de torta ou bolos contém, geralmente, 200 a 400 calorias. Os frutos são menos prejudiciais; mas se o doente sente que os frutos «não o engordam» come-os em maior abundância e não melhora. Em relação à carne, a carne de porco, o presunto e o toucinho devem ser excluídos da dieta. Contém demasiada gordura e mesmo quando o excesso desta não é aproveitado, têm um conteúdo calórico muito rico.

É muito difícil eliminar as sobremesas. Os doentes consideram-se privados de todas as coisas boas da vida e não se submetem a essas dietas. Existem, além dos frutos, algumas outras sobremesas que podem ser aconselhadas por terem pouco conteúdo calórico: geleias, sorvetes, leite creme, doces secos e certos bolos sem açúcar. Bebidas fracas, «colas» e cervejas têm de ser banidas da alimentação porque contêm cerca de 150 calorias. Não se tem dado à devida consideração ao método de preparar os alimentos, que é tremendamente importante. Posso dar-lhes um exemplo, no caso de ovos ao primeiro almoço; um ovo cozido tem cerca de 75 calorias, mas o mesmo ovo estrelado tem 110. O médico tem de dar muita atenção à quantidade de óleo, empregado nos cozinha-

dos, aos fritos e às natas e também à gordura de toucinho e ao azeite, em especial nos doentes que não emagrecem apesar de estarem submetidos a uma dieta adequada, aparentemente. O modo de cozinhar é, em muitos casos, dependente dos hábitos raciais. Os judeus empregam cremes azedos, creme de queijo e enxúndia de galinha. Há muitos outros processos de cozinhar em que também se acrescenta muitas calorias aos alimentos.

Devemos adaptar a dieta aos hábitos alimentares dos doentes. Se, por exemplo, o doente costuma comer muito ao jantar e pouco ao almoço devemos permitir-lhe que continue com o mesmo regimen; se divide a sua alimentação, igualmente, por três refeições, devemos adoptar esta mesma rotina. Por vezes temos de contrariar estes hábitos para conseguirmos melhores resultados. Um indivíduo que não toma o primeiro almoço está simplesmente, a enganar-se a si próprio porque isto só lhe serve de desculpa para comer duas vezes mais ao almoço ou tomar uma ligeira refeição ao deitar-se, de 500 calorias ou mais! Se houver equilíbrio entre a quantidade de calorias das várias refeições é mais fácil controlar o apetite e a ingestão calórica. Pessoas que geralmente só bebem café ao primeiro almoço pensam que o médico é estúpido quando lhes aconselha comerem uma fatia de pão torrado e alguns ovos de manhã. Tem de ser explicada a razão deste conselho.

Tenho ainda um outro comentário a fazer. Observámos que o doente colabora muito melhor se lhe dissermos qual o motivo por que precisa de perder peso.

Tanto quanto nos foi possível comparámos os nossos gráficos com os de alguns salões da Quinta Avenida. Nestes verifica-se que 90 % dos seus clientes obtiveram, com sucesso, curas. Nós só conseguimos 65 % de bons resultados.

*Dr. Reader:* Há alguns comentários a fazer à declaração de Miss Jones?

*Dr. Melchionna:* Lembro-me de um artigo publicado há cerca de 12 anos, não me recordo do nome dos autores. Davam a um grupo de ratos em crescimento, toda a comida numa só refeição, a um grupo idêntico, a mesma quantidade de comida era dividida, durante o dia por diversas refeições. O primeiro grupo adquiria peso mais rapidamente. Nunca se conseguiu perceber bem qual a razão deste facto. Nos ratos alimentados só uma vez por dia o metabolismo podia ter sido reduzido nos períodos de jejum entre as refeições enquanto que os ratos alimentados frequentemente utilizavam melhor as calorias depois da sua ingestão. Se nos guiarmos por esta experiência parece-nos preferível administrar ao doente pelo menos três refeições por dia.

Há ainda uma outra coisa de que me estou a lembrar. A maior parte dos obesos tem hábitos dietéticos pouco vulgares; ingerem muitos hidratos de carbono concentrados e gorduras. Em muitos casos, com a simples variação qualitativa de comida, sem prestar atenção especial ao total de calorias, conseguem-se resultados apreciáveis. Em Chicago, obtiveram-se bons resultados reeducando os hábitos alimentares do doente para dietas mais equilibradas e menos concentradas. Podem comer tanto quanto desejem, mas só alimentos adequados. Aparentemente é lhes impossível ingerir tantas calorias como dantes e perdem peso. Este processo tem vantagens quando a obesidade não é excessiva.

Quero perguntar a Miss Jones como conseguiu obter esses 65 % de curas. É uma vitória terapêutica brilhante.

*Miss Jones:* Fazemos o registo de todos os doentes submetidos a dietas de emagrecimento. Desses, os que foram seguidos durante um ano 65 % atingiram o peso desejado e mantiveram-no pelo menos seis meses.

*Dr. Melchionna:* Isso já é um caso diferente. Refere-se aos doentes que foram seguidos pelo menos durante um ano. Neste grupo os 65 % representa, na verdade, uma fraca percentagem. A maior parte dos doentes deixa de vir ao médico logo no primeiro mês. Se considerarmos o número total de doentes que sofrem a perda de peso desejada, essa percentagem é provavelmente inferior aos 15 % das nossas clínicas.

*Miss Jones:* Estou convencida que é, aproximadamente, a percentagem exacta.

*Dr. Melchionna:* Além dos erros dietéticos que mencionou há ainda um outro motivado pelos cereais vulgares e pelo pão de farinha de trigo. Costuma-se substituir o pão fabricado só com farinha de trigo por pão branco. O pão de



# 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

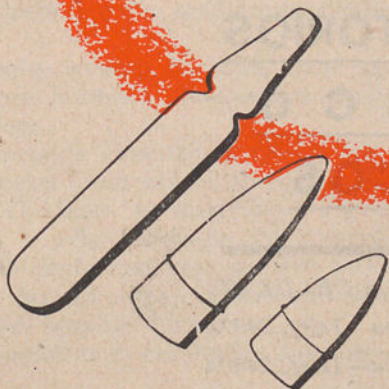
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS





# P V R

## Imunoterápia não específica associada à Penicilina

### COMPOSIÇÃO

Dibenziletilenadamina Dipenicilina G . . . . .	600.000 U. O.
Penicilina Procaínica . . . . .	300.000 U. O.
Penicilina G Potássica . . . . .	100.000 U. O.
Soro imunizante não específico de antigénicos lipo-proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas	5 c. c.

### INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

### APRESENTAÇÃO

Um frasco contendo a associação antibiótica e uma ampola de 5 c. c. de soro imunizante não específico, para injeção extemporânea.



**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*



trigo fornece mais substâncias nutritivas essenciais, mas ambos os tipos de pão engordam. É indiferente substituir seis fatias de pão de trigo por seis fatias de pão branco.

*Miss Jones:* O conteúdo calórico de qualquer dessas qualidades de pão é idêntico. As pessoas, também, têm na ideia que as torradas têm menos calorias, o que não está certo.

*Dr. Walter Modell:* Não sei se compreendi correctamente as opiniões do Dr. Hinkle. Concorro com o Dr. Melchionna quando diz que drogas como a anfetamina só têm acção psíquica sobre o apetite. Mas pergunto se na sua opinião o seu emprego é útil e justificado.

*Dr. Hinkle:* Não é absolutamente necessário o emprego da anfetamina, mas é uma droga popular e inofensiva quando não é dada em altas doses. O apetite excessivo dos obesos é o problema mais difícil de resolver na maior parte dos casos, e temos de auxiliar a vencê-la. Se julgarmos que determinado medicamento, ingerido antes das refeições lhes diminui o apetite não vejo que inconveniente há em tomarem a anfetamina.

*Dr. Modell:* Não faço excepção. Simplesmente como o uso da anfetamina é por vezes perigoso, penso que se pode receitar, de preferência «um placebo».

*Dr. Hinkle:* Há, na verdade, alguns perigos no uso desta droga; mas um «placebo» só é eficaz enquanto inspira a confiança do doente.

*Dr. Melchionna:* Quero apoiar o seu ponto de vista, Dr. Hinkle, que considero bom. É vantajoso receitar drogas especialmente quando são administradas antes das refeições; no momento de engulir uma pilula o doente lembra-se que deve comer menos, isto é, pelo menos, uma das acções, além de outras psicológicas ou não sobre o apetite. Por vezes as vitaminas são utilizadas para este efeito. Nas doses habituais, de 5 mg. de cada vez, a anfetamina não tem efeitos prejudiciais. Pode, no entanto, produzir uma ligeira excitação e dificultar o sono, à noite; por esta razão só se deve administrar duas vezes ao dia, antes do primeiro-almoço e do almoço.

*Dr. Modell:* Apesar de tudo continuo a objectar contra o emprego da anfetamina.

*Dr. Hinkle:* Não quis dizer que a anfetamina é a única droga que pode ser usada; mas, geralmente, não tem mais acções fisiológicas que outra droga qualquer, deve reconhecer-se que muitos médicos acreditam nas suas propriedades anoréxicas e o público sabe-o. O clínico não deve desprezar estes factores psicológicos.

*Dr. Solomon Garb:* Qual é a composição das «tabletes» para emagrecer, tão aconselhadas, actualmente.

*Dr. Melchionna:* Muitos desses remédios são misturas de vitaminas, sais minerais e ovos ou proteínas do leite. Contêm poucas calorias. A sua principal importância reside no facto de os doentes as tomarem antes das refeições; quando sentem fome comem uma destas «tabletes» que psicologicamente lhes diminui o apetite.

*Dr. Garb:* Também se deve restringir o alcool?

*Dr. Melchionna:* Sim. Há no entanto uma grande confusão acerca do modo como o alcool é aproveitado pelo organismo humano. Não é, na verdade, nem depositado sob a forma de gordura, nem consumido para produzir trabalho; mas é metabolizado para fornecer calor ao corpo, economizando-se assim outras calorias que serão transformadas em gordura. Insisto em dizer que as bebidas alcoólicas devem ser excluídas destas dietas.

*Miss Jones:* Os licores têm sempre mais calorias do que o alcool com que são fabricados. Um copo de cerveja contém 120 calorias, e um copo de vinho doce 160; cada taça de cocktail cerca de 140 a 170 calorias. Uma taça cheia de «ponche» tem aproximadamente 330 calorias.

(Conferências de Terapêutica; *Am. J. Med.* 13:478, Outubro de 1952 do Natal).

## Aplicações locais de acetato de hidrocortisona no tratamento do eczema e do prurido

Recentemente («*Presse Médicale*», 8 de Julho de 1953), *Edwir Sidi, J. Bourgeois-Cavardier e G. Plos* publicaram um artigo sobre aplicações locais de acetato de hidrocortisona no tratamento do eczema e do prurido, do qual damos a seguir os pontos que mais interessam.

A eficácia do acetato de cortisona nas diversas dermatoses foi objecto de numerosas experiências, nestes últimos anos.

Sulzberger e seus colaboradores em New-York assim como Goldman em Cincinnati estudaram particularmente os efeitos clínicos obtidos pelas diferentes vias de administração, a sua acção em testes cutâneos e as modificações histológicas que determinava. Mas os resultados foram enganadores como os nossos: se, per os, a cortisona se mostrava eficaz, num certo número de dermatoses, a sua acção eficaz e passageira, levava a sérios riscos; quanto à sua acção local, continuava sem efeito, salvo excepcionalmente, em certos pruridos, nos eczemas das pálpebras e das semimucosas (lábios, região anovivar).

Foram assim levados há mais dum ano a estudar a acção duma outra hormona córticosuprarrenal: o acetato de hidrocorticosterona.

Uma importante experiência clínica foi levada a cabo em New-York pelos Doutores Sulzberger e Witten, enquanto que o Doutor Goldman se interessava especialmente pelas injeções locais e pela histologia das reacções tecidulares. Os sucessos que obtiveram com o novo produto foram tão animadores que decidimo-nos experimentá-lo pelo nosso lado, desde que nos foi possível fazê-lo.

Vamos comunicar os resultados das nossas experiências.

\*

Esta experiência, efectuada no serviço de Dermatologia-Alergia da Fundação A. de Rothschild, diz respeito a 48

doentes hospitalizados ou que se seguiram na consulta externa. Nós próprios fizemos as aplicações em virtude da exígua quantidade de pomada de que dispunhamos.

A maior parte deles apresentavam dermatoses crónicas que evoluíam desde há meses ou há anos e que se tinham tornado refractárias a numerosas terapêuticas locais e gerais.

Sempre que possível, escolhemos dermatoses simétricas afim de comparar a eficácia do acetato de hidrocorticosterona em relação a pomadas cuja acção era já conhecida.

As aplicações eram quotidianas nos doentes hospitalizados, bi ou tri-semanais naqueles que vinham regularmente à consulta.

A quantidade de pomada empregada de cada vez era ínfima; o volume duma pequena ervilha era suficiente para pincelar toda a face dorsal duma mão. Para tratar 48 doentes durante 6 semanas, não utilizamos mais de 22 tubos de 5 gr. cada um.

Uma das características do modo de acção deste produto é a pequena quantidade necessária à obtenção dum resultado clínico.

A aplicação foi sempre acompanhada duma ligeira fricção, afim de favorecer a penetração do unguento. Depois, as lesões foram expostas ao ar ou recobertas duma fina gaze.

Tratamos assim:

17 eczemas de causa externa — Doentes sensibilizados ao caoutchouc, à tintura, ao phénergan, etc. Alguns em crise aguda, outros cujas lesões se tornaram crónicas ou que, primitivamente melhoradas, evoluíam por surtos cuja etiologia permanecia muitas vezes inexplicável.

6 eczemas diatélicos — Nos doentes de todas as idades,



eczemas da infância, eczemas cujas lesões não tinham nunca desaparecido por completo há 20 anos, eczemas refractários das palpebras ou ainda eczemas que se acompanham duma lichenificação muito marcada.

2 eczemas seborreicos — Localizados na face ou em volta do couro cabeludo e que tinham até agora resistido a todas as terapêuticas empregadas.

2 pruridos localizados entre os quais neurodermites, mas sobretudo pruridos vulvares, ano-vulvares e peri-anais muitas vezes muito antigos e muito extensos.

6 dermatites crônicas das pálpebras.

2 eczemas numulares, 1 eczematide, 1 desidrose, 3 neurodermites, 2 eczemas purpúricos.

## RESULTADOS

1.º — Sobre o prurido — É sobre o prurido que a sua acção é mais impressionante. O efeito calmante é quase imediato. Desde a primeira aplicação o doente sente-se aliviado.

Depois de alguns formigueiros, cuja duração não ultrapassa alguns minutos, o prurido mesmo o mais violento, desaparece durante um tempo que varia conforme os doentes: a maior parte das vezes durante doze horas, depois da primeira aplicação.

As aplicações seguintes são seguidas duma sedação mais prolongada: vinte e quatro horas, depois trinta e seis horas. Torna-se em seguida possível espaçar o tratamento de três a quatro dias sem que o doente apresente o menor prurido. O alívio que se experimenta é tal que nenhum doente hesitou em fazer um trajecto de várias horas, cada dia, para obter uma aplicação de pomada. Numerosos doentes mesmo os mais pobres, suplicavam-nos que lhes procurássemos a medicação sem se importarem com o seu custo.

Esta rapidez de sedação do prurido e o carácter temporário do efeito calmante evocavam-nos a acção duma pomada anestésica ou antihistamínica. Com efeito, verificamos, que se se parava com as aplicações antes da cura total das lesões o prurido não tardava a reaparecer, primeiro bastante atenuado, depois tão intenso como anteriormente.

Pareceu-nos que a concentração do acetato de cortisona era duma grande importância neste efeito antipruriginoso: a aplicação de unguento a 2,5 % acompanha-se dum formigueiro mais intenso que aquele que se segue ao emprego de pomada a 1 % e o seu efeito calmante é muito mais completo e mais prolongado.

2.º — Sobre a sudação — É excepcional que uma pomada seja bem tolerada sobre uma dermite sudorante. Opera o desaparecimento do edema e da sudação, determinando o desaparecimento rápido das dermatites mais agudas.

3.º — Sobre o aspecto das lesões — Quer elas sejam vesiculosas ou eritemo-escamosas, as lesões atenuam-se desde a primeira aplicação. A diminuição do eritema é efectivamente, com o desaparecimento do prurido, um dos primeiros efeitos desta pomada. Elas acentuam-se durante os dias que se seguem e acompanham-se duma descamação muito marcada da epiderme. As lesões recobrem-se de crostas ou de escamas brancas e espessas, quer sejam sudorantes ou simplesmente eritemato-escamosas.

Este período de descamação é bastante prolongado, mas, depois da queda das escamas, a pele volta ao seu aspecto normal, macia, lisa e branca.

Em vez da descamação progressiva que caracteriza o período terminal de todo o eczema, observamos aqui uma espécie de exfoliação brusca de toda a região tratada. E pode-se perguntar se esta grande dessecação será devida ao excipiente que temos utilizado ou se é uma simples manifestação da cura.

4.º — Sobre a evolução — Já se notam melhoras sensíveis ao fim de 48 horas. Por vezes cinco ou seis aplicações de pomada, são suficientes para curar uma dermite crônica localizada, como certos eczemas das pálpebras e das mãos, ou certos pruridos anovulvares. Mas, muitas vezes, o tratamento tem sido seguido durante várias semanas, porque, depois de interrupções muito precoces, temos visto, quase sempre, reaparecer as lesões. As melhoras mantêm-se geralmente constantes durante todo o tratamento e os surtos repetidos, que

apresentavam habitualmente os nossos doentes, não se produziram.

5.º — Resultados comparados — Nos doentes que apresentavam lesões simétricas, temos procedido a estudos comparativos com carbowax e a pasta Dalibour e também com pomada de acetato de hidrocortisona de concentrações diferentes. No primeiro caso, constatamos que os doentes melhoravam com o excipiente ou com a pasta. No segundo caso, a pomada contendo 25 mgr. por grama de acetato de hidrocortisona estabelecia uma sedação muito mais completa do prurido e uma diminuição do edema e do eritema muito mais rápida do que a 1 %. A epiderme secava bruscamente; em vez de ser purpúrea a descamação fazia-se em escamas espessas, mas a cura era mais rápida.

Estas melhoras ou curas assim obtidas serão duráveis? Em certos eczemas crônicos das pálpebras, eczemas numulares, dermatites de causa externa, agudas ou crônicas, verificamos que elas se mantêm durante várias semanas; mas, muitas vezes, principalmente nos eczemas diatésicos, seborreicos, aparecem recidivas alguns dias depois de pararmos o tratamento. Com efeito a nossa experiência é ainda muito recente para nos permitir tirar conclusões à distância.

\*

Que inconvenientes tem apresentado esta terapêutica?

Quais os incidentes que lhe podemos atribuir?

Em verdade, são muito poucos.

Os unguentos de acetato de hidrocortisona a 25 % como a 1 % têm sido bem tolerados pelos nossos doentes e mesmo, por aqueles que apresentavam dermatites agudas e não suportavam nenhuma pomada. Não notamos nenhuma irritação e até à data a repetição das aplicações não foi causa de nenhuma sensibilização alérgica.

Tomamos como inconveniente a secura muito grande das lesões e julgamos necessário interromper ou diminuir a concentração do nosso unguento. Verificou-se que este período de extrema secura era momentâneo e que uma vez caídas as escamas, a epiderme voltava a adquirir o aspecto normal.

Nunca registamos acidentes de ordem geral e podemos afirmar como o Doutor Sulzberger que recentemente declarou que o unguento de acetato de hidrocortisona não era perigoso, e o seu emprego podia estabelecer-se por longa data.

## CONCLUSÃO

Esta experiência permitiu-nos ver os efeitos clínicos da pomada de acetato de hidrocortisona.

Esta medicação parece interessar nos pruridos localizados e anovulvares onde os seus efeitos imediatos podem ser comparados aos duma pomada anestésica, sem todavia apresentar os inconvenientes de sensibilização e dando lugar, por vezes à sedação definitiva. Mostra-se igualmente muito activa em certos eczemas crônicos e refractários a toda a terapêutica: eczemas numulares, seborreicos ou de contacto. Mas o seu maior interesse reside na eficácia talvez passageira, todavia rápida e inestimável que manifesta sobre os eczemas diatésicos.

A sua acção é superior à da maior parte das pomadas conhecidas até agora.

Tem também a vantagem de ser muito estética, de não exigir penso, de não dar lugar a nenhuma irritação e até ao presente nenhuma sensibilização. Consideramos que a sua acção pode ser comparada com a da ingestão de cortisona, sem apresentar, segundo parece, nenhum dos seus perigos. Pode-se falar aqui de acção hormonal sobre a pele do acetato de hidrocortisona?

Ainda não nos foi possível estudar o seu mecanismo de acção.

(Trabalho do Serviço de Dermato-Alergia da Fundação Oftalmológica — Adolphe de Rothschild).



## S U P L E M E N T O

# O CONSELHO NACIONAL DO LEITE

## Uma iniciativa a aconselhar em Portugal

Quem, como eu, há mais de quarenta anos se tem interessado (com pouco êxito, aliás) pelo problema higiénico do leite, não podia deixar de sentir uma profunda impressão ao ler um interessantíssimo artigo em uma revista cubana (1).

Nele, se pode ler isto: «A obra do Conselho Nacional do Leite dos Estados Unidos (*Dairy National Council*, 111 North Canal Street, Chicago, Illinois, U. S. A.) tem influenciado os hábitos dietéticos de todos os habitantes da República norte-americana, desde a sua fundação, há 37 anos. E o efeito dos esforços do C. N. L., unidos aos de outros organismos de investigação e de educação, manifesta-se num aumento de longevidade notável do habitante dos Estados Unidos, nos últimos decénios. O labor deste conjunto de entidades exerce uma influência subtil no que o cidadão deve comer para manter uma boa saúde».

A indústria dos lacticínios nos Estados Unidos movimenta alguns 11 biliões de dólares; o consumidor gasta, anualmente, mais de 28 biliões de litros de leite, não falando da quantidade de manteiga e outros lacticínios.

Pois o C. N. L. trabalha incansavelmente não só para manter, mas, até, para aumentar estes números, que não têm o menor paralelo com os de há 37 anos.

Isto demonstra o formidável poder educacional e de propaganda inteligente que possui aquele Conselho.

Mas ele não se preocupa egoisticamente apenas com o problema norte-americano. Teria sido fomentada a criação

de conselhos similares em Cuba, Porto Rico e Colômbia, e estaria a ser promovida a criação de Conselhos do Leite noutros países como França, Chile, S. Salvador e outros «onde os membros da Sociedade se preocupam com a redução da mortalidade infantil, com a generalização da boa saúde dos seus cidadãos e, ao mesmo tempo, promovem o benefício da economia nacional».

Tudo isto, na opinião da revista cubana, «é uma questão de civismo e de bom sentido comercial, pois, não só protege o consumidor contra leites e lacticínios adulterados e impuros, como, simultaneamente, faz progredir sanitária e economicamente toda a indústria láctea do país».

Muito tem que aprender este velho país imperial com a jovem República Cubana!

Várias vezes me tenho esfalfado a «prègar no deserto», demonstrando que o produtor e o consumidor de leite e lacticínios, longe de serem inimigos, e de cultivarem interesses antagónicos, devem ser aliados e solidários.

Mas o que se vê, pelo menos, no Continente? Há uma disputa, mais ou menos subterrânea, entre o produtor (mais ou menos apoiado em agrónomos) e o industrial (mais ou menos apoiado em veterinários). Quanto ao público, vai consumindo, sem pestanejar, as mais horríveis mixórdias. A Medicina, como Pilatos (posso falar assim, porque sou médico), parece lavar daí as suas mãos.

Como estamos longe do inteligente programa dos E. U., Cuba, etc.!

Efectivamente, o leite e seus derivados constituem um alimento de excepcional valor, um alimento nobre, um alimento protector.

Os seus componentes são totalmente assimiláveis, ao contrário do que acontece com outros de igual preço, ou superior.

É necessário estimular o consumo do leite, que, em Portugal, tem uma capitação miserável. Nos E. U. anda por meio litro por dia, em média. Em Lisboa e Porto anda por um decilitro; e, quanto ao país inteiro, não passará de uns míseros centilitros!

Pois nos E. U. o C. N. L. entende e aconselha que os adolescentes tomem, pelo menos, litro e meio de leite por dia. Isso explica, em grande parte, o êxito dos americanos nos jogos olímpicos.

Repito: é urgente estimular o consumo do leite e lacticínios; mas, para isso, há duas condições prévias e fundamentais:

- 1.ª — Que a produção acompanhe as necessidades do consumo.
- 2.ª — Que o leite e seus derivados sejam produzidos e manuseados com os mais exigentes requisitos da higiene moderna, para que não continuem a ser, pela sua impureza, imundície e adulteração, um activo agente de doença e morte, especialmente na infância, em lugar de factores de vida e de saúde.

Para isso, quando teremos um Conselho Nacional do Leite em Portugal?

Ele seria de um valor incalculável neste país de população em grande parte subalimentada — muito mais por ignorância, do que por necessidade.

(1) Gran institución educativa el Consejo Nacional de Leches de E. U. *Revista de Agricultura y Ganaderia* — Habana, Abril, 1953.



# III CONGRESSO ESPANHOL DE CIRURGIA

(Granada, 27 de Setembro de 1953)

Com extraordinária animação celebrou-se na belíssima cidade de Granada, de 23 a 27 de Setembro, o III Congresso Nacional de Cirurgia. Anexo ao mesmo, a Sociedade Espanhola de Anestesiologia celebrou a sua primeira reunião nacional.

À sessão inaugural que foi brilhantíssima, assistiram todas as autoridades e foi presidida, em representação do Caudilho, pelo *Capitán-General*, com as honras militares, que lhe correspondem.

O Presidente do Congresso, Dr. Henrique Hernandez Lopez, e o secretário, Dr. Juan Pulgar, tomaram conhecimento do trabalho realizado pela organização do Congresso, e desejaram aos Congressistas uma magnífica estadia e o maior proveito científico dos assuntos que se iam discutir e que previamente tinham repartido pelos congressistas para que fossem estudados convenientemente.

As sessões científicas realizaram-se todos os dias de manhã e de tarde, pois a extensão dos temas e a grande quantidade de discussões e o entusiasmo dos congressistas que apresentaram comunicações, exigia esta amplitude da jornada.

Basta dizer-se que, depois do encerramento oficial ainda houve sessões de estudo.

Os temas que se expuseram foram os seguintes:

Primeira tese: *Aspectos cirúrgicos da*

*estase biliar*, pelo Dr. J. Pi-Figueras, com a colaboração dos Drs. Artigas e Llaudará;

2.<sup>a</sup> *Enxertos arteriais*. Professor Martin Lagos, Figuera, Aymerich e Gomez Sanchez;

3.<sup>a</sup> *Fracturas trocanterianas do fémur*: pelos Drs. Cortés Lladó (pai e filho) e, por último, houve duas extensas sessões sobre comunicações livres de Cirurgia intratorácica.

Houve uma visita ao Balneário de Lanjarón, e o Dr. Emilio Muñoz Fernandez, catedrático de Farmacologia, pronunciou uma conferência sobre *O Tratamento crenoterápico na estase biliar*.

As atenções dispensadas aos congressistas foram numerosíssimas, destacando-se o convite para a inauguração e bênção da Residência Sanatorial do Seguro da Doença, que ocupa um soberbo edifício de 12 andares, magnificamente instalado, com todos os aperfeiçoamentos científicos para o diagnóstico e tratamento cirúrgico, fisioterápico e radioactivo de todas as afecções. Pronunciaram discursos os Srs. Coca de la Piñeda, Castilla Pérez e Diaz Fanjul, exaltando tão notável obra social.

A visita à cidade e seus extraordinários monumentos, foi muito bem organizada, tendo os médicos granadinos cedido os seus carros às senhoras. As festas fo-

ram sumptuosas, desde a clássica «zambra gitana», no pátio da Câmara Municipal, até ao concerto do Trio Albeniz, que o artista cego Sr. Recuerdo dirige, na *Aula Magna* e, por último, a festa de gala no Palácio da Deputação, oferecida pelo Comité organizador.

Houve sessões operatórias em diversas casas de saúde e no novo Hospital Clínico da Faculdade de Medicina.

A Associação espanhola de Anestesiologia, nesta sua primeira reunião desenvolveu um grande trabalho científico. Os assuntos a discutir dividiram-se pelos Congressistas impressos na *Revista Hipnos* Boletim oficial da Associação, e foram os seguintes:

*Presoparesia e hipotensão em Anestesiologia*, pelo Dr. Agosti.

*A novocaína endovenosa em anestesia*, pelo Dr. Brugüera.

*Contribuição espanhola para a história do Curare*, pelos Drs. José Miguel Martinez e R. Vela Diaz.

Todo o Congresso assistiu a uma missa oficiada na igreja de S. João de Deus, por alma dos cirurgiões falecidos, e a uma soleníssima *Salvé* na sumptuosa igreja de Nossa Senhora das Angústias, patrona de Granada.

O próximo Congresso realizar-se-á em Saragoça, em 1955.

## CONFERÊNCIA DO DR. CASTILLO DE LUCAS

Versou sobre o tema: O Dr. Sorapán de Rieros e a sua medicina em provérbios (Granada, 1616).

Na «Aula maxima» da Faculdade de Filosofia e Letras de Granada, dissertou o Dr. Castillo de Lucas, sobre a obra do Dr. Sorapán de Rieros que em 1616 publicou o seu famoso livro *Medicina Española contida em provérbios vulgares*, que a Real Academia Nacional de Medicina, há poucos anos, reeditou, formando o tomo XVI da sua Biblioteca Clássica.

Expôs o interesse desta obra desde o ponto de vista científico e granadino, o primeiro pelo desenvolvimento de todos os conhecimentos médicos da época, ao glosar os provérbios que servem como de lema às correspondentes lições de patologia, partos, nutrição, odontologia, etc., etc., e o interesse granadino por quanto se presta a estudos da história da imprensa em Granada, investigações sobre a Real Chancelaria, donde Sorapán de Rieros foi médico e donde tomou sem dúvida importantes informações de superstições, provérbios e meios curandeiros que utilizavam os magos feiticeiros e bruxas que a Inquisição aprisionava.

O conferente foi muito aplaudido pela selecta assistência de congressistas e professores. O acto foi presidido pela representação do Capitão General.

**NOVO E ORIGINAL**

Reumatismo  
Artrite  
Dores musculares  
Pleurodínias  
etc.

**algiDerma**  
CREME ANALGÉSICO ANTIFLOGÍSTICO  
E ANTI-REUMÁTICO

Bavi  
LISBOA





# «DAVITAMON 10»

(Vitamina 10 Organon)

Polivitamínico contendo as vitaminas necessárias a um perfeito equilíbrio orgânico.

**CADA DRAGEA CONTÉM:**

Vitamina A . . . . .	1.000	U. I.
Vitamina B <sub>1</sub> . . . . . (167 U. I.) . . . . .	0,5	mgr.
Vitamina B <sub>2</sub> . . . . .	0,5	mgr.
Vitamina B <sub>6</sub> . . . . .	0,2	mgr.
Vitamina C . . . . . (400 U. I.) . . . . .	20	mgr.
Vitamina D <sub>2</sub> . . . . .	500	U. I.
Pantotonato de Cálcio . . . . .	1	mgr.
Nicotinamida . . . . .	5	mgr.
Ácido fólico . . . . .	0,1	mgr.
Vitamina B <sub>12</sub> . . . . .	0,0005	mgr.

## 10 VITAMINAS EM 1 SÓ DRAGEA

Frascos de 50 drageas . . . . . **26\$50**

Frascos de 100 drageas . . . . . **45\$00**

**INDICAÇÕES** — Em todos os estados de carência de vitaminas e muito em especial, durante e após a gravidez, nos períodos de crescimento, nas doenças infecciosas, na convalescença, etc.

REPRESENTANTES:

**UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA**

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



# ECOS E COMENTÁRIOS

## O PROF. EGAS MONIZ E UMA LIÇÃO DA SUA VIDA

O recente Congresso de Neurologia, cujo brilho se deve, em grande parte, à obra de Egas Moniz, levou-nos a considerar, mais uma vez, uma notável lição que se encerra na vida de esse homem.

É uma lição de esperança, uma lição de fé, que deve ser apontada como exemplo para incitar as novas gerações à persistência no trabalho e à tenacidade na realização dos próprios desígnios.

Um homem que, depois de uma vida cheia, sob todos os pontos de vista, e aos cinquenta e tal anos, quando a maioria dos professores universitários, aqui e em toda a parte, começa a antegozar os repousos da reforma, inicia uma obra de investigação científica e clínica que o leva ao prémio Nobel, esse homem, deve ser dado como um exemplo àqueles que, pretendem realizar alguma coisa na vida, além de se limitarem, apenas, a existir.

Deve ser dado como um exemplo de que vale a pena perseverar, teimar sempre no caminho do trabalho, tentar se necessário até ao último sopro de vida, porque o sucesso pode vir em qualquer altura, mesmo tarde, no último momento, possivelmente até quando já nada o faça prever.

Um exemplo, ainda, de insatisfação, de persistente ansiedade criadora que, leva à olhar para o que há ainda a fazer, para o futuro, e não para o que já está feito, para a obra já realizada.

Egas Moniz, quando iniciou os seus trabalhos de investigação, que tão bem terminou, tinha já um passado que o podia contentar, uma «obra», chamemos-lhe assim que daria satisfação, sob muitos aspectos, à maioria de entre nós.

Como homem, uma vida cheia de prazeres, de triunfos pessoais, como médico, uma clínica vasta, uma cátedra universitária, publicações científicas do tipo talvez mais frequente no nosso meio, como político, cadeiras de deputado e de ministro, chefia de partidos, como diplomata missões de mais alta responsabilidade, etc., em todas as suas actividades múltiplas, sucessos, triunfos, posições proeminentes.

Quantos, tendo experimentado menos do que isto, se julgam satisfeitos e repousam, na contemplação própria e da sua «obra»?!

Pois este homem ao retirar-se de tudo isso, ou de quase tudo, inicia uma nova actividade, mantém-se nela com extraordinária perseverança e realiza, então, o que verdadeiramente se pode chamar uma obra!

Se esta vida não é um exemplo de tenacidade e uma lição de esperança — nunca é tarde para alcançar um sucesso, não são apenas os jovens que podem abrir caminhos novos — se ela não constitui uma fonte de energia para as modernas gerações médicas nacionais, deve duvidar-se da sua capacidade de compreensão e do seu sentido da solidariedade humana.

Há que não confundir aspectos parciais com o todo ou com outros aspectos dominantes e ser solidário com o que há de verdadeiramente grande em qualquer pessoa humana.

F. R. N.

## MAU COMEÇO

É indubitável o atraso da ginecologia em Portugal. Esta especialidade não tem acompanhado, no nosso País, em todos os sectores em que se cultiva, os progressos de outras especialidades. Uma das

principais causas deste atraso deve-se ao facto de continuarem, na maioria dos nossos hospitais, os casos de ginecologia a serem atendidos em serviços gerais de cirurgia. A ginecologia, devido aos grandes progressos que nos últimos anos atingiu, deixou de ser uma especialidade de predomínio cirúrgico, pois a maior parte dos casos clínicos do foro ginecológico se resolvem por meios médicos. Necessita de instalações, pessoal, organização especiais. O âmbito dos seus conhecimentos é tão vasto e complexo que um chefe de serviço, assim como os outros médicos que ali trabalham, não poderá estar a par de todos os múltiplos aspectos que a ginecologia actualmente apresenta se desviar a sua atenção para outros sectores da medicina. Nos grandes hospitais, impõe-se, por isso, a separação dos serviços de ginecologia da cirurgia geral, como de qualquer outra especialidade.

Últimamente, decretou-se que, nos Hospitais Civis de Lisboa, se organizassem serviços de ginecologia e obstetrícia. Ligou-se, assim, a ginecologia à obstetrícia, o que é erro grave. Com esta situação, pouco ou nada se contribuirá para os progressos da ginecologia entre nós. É certo que, em muitas Universidades da Europa, os professores de ginecologia são, ao mesmo tempo, professores de obstetrícia. São situações que vêm de longe — do tempo em que a ginecologia estava longe de ter adquirido a projecção e o desenvolvimento actuais. Afinal, trata-se, como é óbvio, de serviços separados, onde muitas vezes os assistentes são diferentes nos dois serviços, tendo, como principal traço de ligação, um chefe comum. Na maioria dos casos, uma dessas especialidades é prejudicada pela outra, segundo as tendências dos professores. De resto, na América do Sul, onde a ginecologia atingiu notável desenvolvimento e projecção internacional, a ginecologia e a obstetrícia estão separadas, e os respectivos chefes e professores universitários são diferentes; mesmo em grandes hospitais, da Europa onde os mestres ensinam ao mesmo tempo ginecologia e obstetrícia, fora do ensino universitário, as duas especialidades — os seus serviços e os seus chefes — estão separados.

Não é agora ocasião para desenvolver este assunto, que aliás já tenho tratado noutras ocasiões. Não devemos esquecer-nos de que se trata apenas aqui de simples «ecos e comentários».

O que se deseja frisar agora é que, com a instalação de serviços de ginecologia-obstetrícia nos H. C. L., não se veio remediar a triste situação em que nos encontramos. Foi um mau passo, um mau começo. Urge entrar no indispensável caminho — criar serviços de ginecologia, separados, tanto de cirurgia geral como de obstetrícia.

M. C.



- MAIOR FACILIDADE DE ADMINISTRAÇÃO
- MAIOR RAPIDEZ DE ABSORÇÃO
- MAIOR TOLERÂNCIA

1 CC DE SOLUTO 35 GOTAS = 50.000 U. I. DE VIT. A

CADA AMPOLA DE 1 CC (INJECT.) = 50.000 U. I. (FRACA)

CADA AMPOLA DE 1 CC (INJECT.) = 300.000 U. I. (FORTE)

FRASCO DE 10 CC COM CONTA-GOTAS

CAIXA DE 6 AMPOLAS (SÉRIE FRACA)

CAIXA DE 3 AMPOLAS (SÉRIE FORTE)

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA



# V CONGRESSO INTERNACIONAL DE NEUROLOGIA

Inaugurado pelo Chefe do Estado, no dia 7, o V Congresso Internacional de Neurologia — a maior reunião médica até hoje efectuada em Portugal — encerrou os seus trabalhos no dia 12, tendo sido apreciadas trezentas e quarenta e seis comunicações e nele tendo participado cerca de mil dos mais célebres especialistas no campo da Neurologia e da Psiquiatria, os quais representavam trinta e seis países.

O programa estabelecia, para os seis dias do Congresso, de manhã, leitura e discussão dos relatórios, quatro por cada sessão plenária, efectuadas das 10 às 13 horas, nos dias 8, 10 e 11, e das 9 às 12, no dia imediato, no grande anfiteatro do Novo Hospital Escolar de Lisboa. A parte da tarde foi reservada às comunicações respeitantes aos relatórios e a comunicações livres, tendo-se efectuado as sessões simultaneamente, em dez pequenos anfiteatros daquele Hospital. Assim, das 346 comunicações apresentadas ao Congresso, foram apreciadas, diariamente, cem, em grupos de cinco por cada sessão, que se realizaram das 15 às 17 horas.

Os trabalhos foram traduzidos, simultaneamente, em francês, inglês e alemão, línguas oficiais do Congresso, tal como o italiano, o espanhol e o português.

Simultaneamente com o Congresso, reuniu-se, no anfiteatro de Anatomia do mesmo Hospital, a Liga Internacional contra a Epilepsia, cujas sessões de trabalhos obedeceram ao seguinte programa:

Dia 7 — às 9 e às 15 horas, reunião científica. «Mise au Point» de um problema epileptológico de actualidade: «As epilepsias temporais». Dias 8, 10 e 11, das 18 às 20 horas, projecção de três filmes realizados sob os auspícios das secções nacionais, americana, francesa e holandesa, da Liga Internacional contra a Epilepsia. Também no dia 8, às 18 horas, se realizou a reunião particular da L. I. C. E., e, às 9 horas, no dia 7, efectuou-se uma reunião da Sociedade Internacional da Esclerose em Placas.

Também naquele anfiteatro e integrado no Congresso, se realizou um Curso Superior de Neurologia, que se efectuou nos dias 8, 10 e 11, das 15 às 17 horas, e destinado aos médicos portugueses. Leccionaram os Profs. «sir» Geoffrey Jefferson, da Grã-Bretanha; Deolindo Couto, do Brasil; Raymond Garcin, da França; e Drs. J. F. Fulton, dos E. U. A.; L. Van Bogaert, da Bélgica, e Obrador Alcalde, de Espanha.

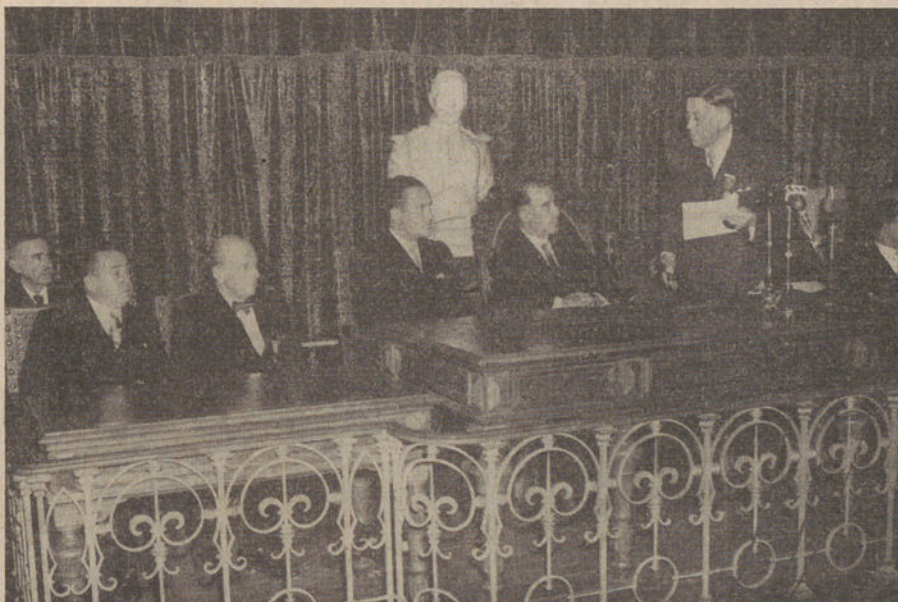
O Instituto de Alta Cultura ofereceu, no dia 4, um almoço de homenagem ao Prof. Deolindo Couto, vice-reitor da Universidade do Brasil e presidente da delegação brasileira ao Congresso. Além do homenageado e de sua esposa, assistiram os Profs. Aloísio de Castro e Austregésilo Filho, da mesma delegação, Dr. Gil Mendes de Moraes, encarregado dos Negócios do Brasil, e esposa; Profs. Antó-

nio Pereira Flores e Pedro de Almeida Lima, respectivamente, presidente e secretário do Congresso, e suas esposas; Dr. Miguel de Almeida Pile, representando o Ministério dos Negócios Estrangeiros, e a sr.<sup>a</sup> D. Odette Carvalho e Sousa, consulesa do Brasil.

Por parte do Instituto de Alta Cultura estiveram o Dr. Júlio Dantas, presidente da Comissão Permanente de Letras e Artes, e esposa; Prof. Francisco Paula Leite Pinto, presidente do Conselho de

o intercâmbio dos conhecimentos científicos, o estímulo da investigação neurológica e a promoção do contacto pessoal entre os neurologistas dos vários países do mundo, ou seja o desenvolvimento da ciência médica e o culto da solidariedade humana na sua mais elevada expressão, disse:

— Decorre esta sessão inaugural na sede da Sociedade de Geografia por gentileza do seu presidente, num ambiente evocador dos feitos da expansão marítima



O Chefe do Estado presidindo à sessão solene inaugural, na Sociedade de Geografia: — à direita do Chefe do Estado, o Dr. Veiga de Macedo, Subsecretário de Estado da Educação Nacional, Prof. Monrad Krohn, vice-presidente do Congresso e professor da Universidade de Oslo, e o Prof. Correia de Oliveira, de Coimbra; e à esquerda, o Prof. Egas Moniz, lendo o seu discurso

Expansão Cultural, e esposa, e Dr. José Gomes Branco, secretário-adjunto.

Foram trocadas cordeais saudações entre o Dr. Júlio Dantas, que presidiu e o homenageado.

## A SESSÃO SOLENE INAUGURAL

O Congresso inaugurou-se com uma sessão solene na Sala «Portugal» da Sociedade de Geografia, sob a presidência, como acima dizemos, do sr. general Craveiro Lopes, que era ladeado, na mesa de honra, pelos Drs. Veiga de Macedo, Subsecretário de Estado da Educação Nacional; Monrad - Krohn, vice-presidente do Congresso e Professor da Universidade de Oslo, e pelos Profs. Correia de Oliveira, vice-presidente da Comissão da presidência; Egas Moniz; António Flores e Almeida Lima, os dois últimos, respectivamente, presidente e secretário-geral do Congresso.

Aberta a sessão, falou em primeiro lugar, exprimindo-se em francês, o Prof. António Flores. Depois de agradecer ao sr. Presidente da República e ao Ministro da Educação Nacional o seu alto patrocínio à importante reunião científica, e aos Ministros do Interior e dos Negócios Estrangeiros o terem-se dignado presidir à comissão de honra, dando assim público

testemunho do interesse que ao Governo merece uma reunião cujos objectivos são portugueses que em épocas recuadas da História aproximaram os da Terra num todo universal. Que Portugal não vive contudo da contemplação do passado, antes tira dele incentivo para as realizações do presente dizem-no as vastas instalações do novo Hospital - Faculdade onde vão efectuar-se as sessões científicas do Congresso.

O Prof. António Flores alongou-se, depois, na descrição, resumida, dos temas de discussão do Congresso. Assim, informou que Alajouanine traria alguns aspectos fundamentais do vasto capítulo das lesões vasculares do cérebro, na sua feição anátomo-fisiológica e clínica.

Kety far-nos-á a revisão de alguns velhos conceitos respeitantes aos factores que modificam a circulação cerebral nas afecções do cérebro, os quais se reduzem à pressão arterial e à resistência oferecida à corrente sanguínea na sua passagem através do órgão.

Cloake — disse depois — ocupar-se-á das artérias estenosantes cerebrais, considerando, segundo a etiologia, as arterites devidas à invasão da parede vascular por microorganismos.

Sob a direcção de Egas Moniz, o capítulo das afecções vasculares do cérebro



será explorado, como é natural, no sentido da semiologia angiográfica e da terapêutica cirúrgica, que esse método de sua criação tornou possível.

Riechert dedicará a sua atenção às trombozes vasculares e às perturbações da irrigação sanguínea, à qual a arteriografia funcional trouxe importante esclarecimento.

Egas Moniz e Miller-Guerra exporão, nos seus aspectos principais, a patologia e a etiopatogenia dos aneurismas, das varizes e dos angiomas do cérebro, tal como a contribuição do exame angiográfico permite hoje em dia compreendê-los.

Norman Dott dir-nos-á do passado, do presente e do futuro da terapêutica dos aneurismas vasculares intracranianos e

metabólicas do cérebro, mas ainda a elaboração, em condições prementes de tempo, do relatório sobre as tesaurismoses fosfatídicas no ponto de vista clínico e histopatológico.

Para fecho desta notável série de relatórios, Giampalmo oferecer-nos-á uma revisão do problema geral das colesterinoses nos seus aspectos patológico, nosográfico e patogénico e examinará, na parte que interessa ao sistema nervoso, a colesterinose cérebro-tendinosa, designada justamente pelo nome de van Bogaert-Scherer, e a granulomatose colesterínica ou doença de Hand-Schuller-Christian, para a qual se inclina a admitir a etiologia infecciosa, do tipo das viroses; e ainda uma terceira, menos conhecida, sem re-

rosas comunicações que vamos apreciar, verificámos como a Neurologia, sempre fiel à sua tradição anátomo-clínica, alargou o seu tempo e aprofundou os problemas, cada vez mais confinantes com a Psiquiatria, tirando partido dos métodos de investigação clínica e laboratorial de nova criação; mas apercebemo-nos mais uma vez de como a verdade, quanto mais de perto julgámos cingi-la, sem nunca deixar de nos revelar alguns dos seus segredos, mais longínqua nos aparece.

Do esforço conjunto de todos os colaboradores da reunião que hoje inaugurámos, cremos firmemente que a nossa ciência sairá mais firme nas suas doutrinas, mais segura dos seus destinos, mais apta a novos empreendimentos e mais prestante à Humanidade sofredora.

Falou em seguida o Prof. Almeida Lima, que começou por agradecer ao Sr. Presidente da República e ao Governo, na pessoa do Subsecretário de Estado da Educação Nacional, as condições proporcionadas aos eminentes cientistas que nos visitam, para que os seus trabalhos sejam proveitosos e a sua recepção própria das nossas tradições de hospitalidade.

E prosseguindo:

— Tendo-se vossas excelências digno tomar sobre o seu patrocínio este Congresso deram aos seus organizadores o incentivo que necessitaram.

A realização em Lisboa desta importante reunião científica internacional aumentará, certamente, o prestígio da medicina portuguesa.

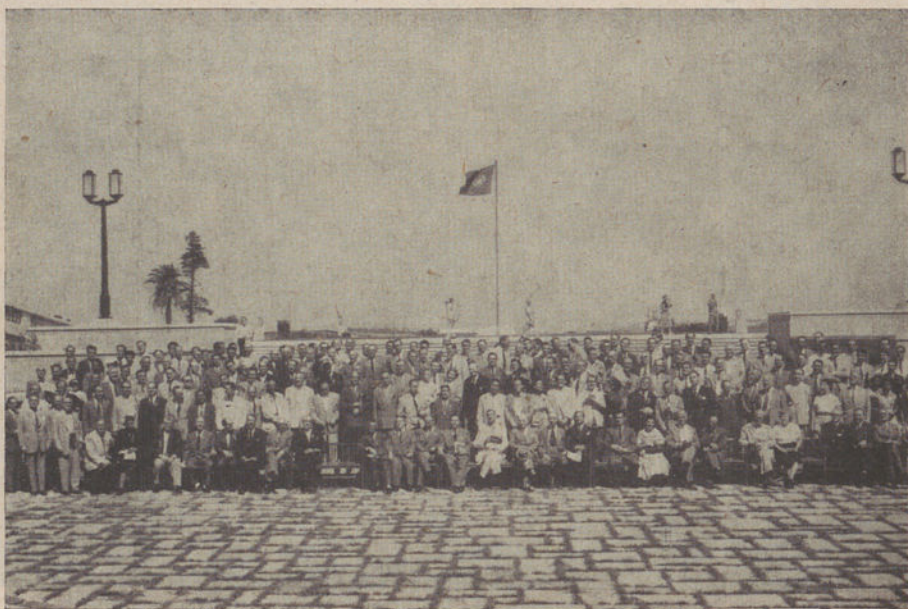
O êxito deste acontecimento está assegurado, sejam quais forem as deficiências de organização. Bem o sabia o Governo da Nação ao autorizar a realização do Congresso em Lisboa, pois estava informado de que a Neurologia portuguesa se pode apresentar com dignidade e em pé de igualdade com os cientistas estrangeiros que se dedicam ao estudo do sistema nervoso do homem.

Não se trata, pois, da reunião de uma grande família científica em casa de parentes pobres. A casa, o novo Hospital Escolar de Lisboa, realização pela qual todos os portugueses, especialmente todos os médicos portugueses, devem estar gratos ao Governo da Nação, é majestosa: certamente não desmerece do alojamento habitual dos mais abastados aqui presentes; e a fortuna, traduzida aqui nos factos novos acrescentados ao pecúlio comum dos conhecimentos científicos, a dos neurologistas portugueses que ostentam com orgulho as descobertas e investigações da angiografia cerebral e da psicocirurgia, não é inferior à dos mais ricos.

Acabei de agradecer ao Sr. Presidente da República e ao Governo o auxílio que nos deram. Sem ele não seria possível termos o prazer de vos acolher, hoje, entre nós.

Mais adiante, o Prof. Almeida Lima disse:

«Se esta reunião não tiver o brilho que merece, isso deve-se apenas à nossa inabilidade na construção da sua estrutura, pois a matéria básica do Congresso é de insuperável riqueza: dezasseis relatórios assinados pelos nomes mais afamados que actualmente possui a nossa ciência; perto de quatrocentas comunica-



O grupo oficial dos congressistas

Olivecrona mostrar-nos-á, com números tirados da sua excepcional experiência, até que ponto a extirpação da lesão, operando a baixa pressão arterial por meio de fármacos, mudou a face do prognóstico do tratamento dos aneurismas arterio-venosos e dos tumores vasculares.

Sucessivamente, o orador citou os nomes de alguns dos célebres autores de trabalhos a apresentar ao Congresso, como Walshe, Critchley, Hoff, Jean Lhermitte, Denny Brown, e, a certa altura, afirmou:

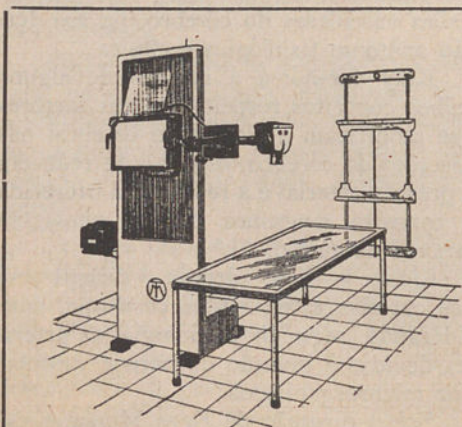
— A van Bogaert ficamos devendo, não só a direcção do tema complexo e ainda cheio de obscuridade das doenças

percussão clínica, a colesterinose dos glomos dos plexos coroídeos, devida a tesaurismose de lípidos em relação com a arteriosclerose vascular e atribuível às mesmas causas desta, ou sejam a distrofia involutiva das artérias e certos processos inflamatórios crónicos.

O Prof. António Flores terminou assim o seu discurso:

— Tais são, em breve resenha com o que pretendi render homenagem ao fecundo labor dos nossos relatores, os importantes assuntos sobre que vai incidir a discussão das sessões plenárias do Congresso.

Por eles e pelo conteúdo das nume-



## 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.



## Estados de esgotamento após a convalescença

# PERCORTEN\*

Chegou-se à conclusão de que uma convalescença demorada indica a existência de uma pequena insuficiência supra-renal. Seria particularmente o caso quando de sintomas tais como a sensação de fraqueza geral, cansaço fácil, hipotensão, falta de apetite e peso insuficiente, observados após doenças infecciosas ou as operações.

A diferença entre a falta e produção de hormona pode ser compensada pela administração de hormona cortical.

A hormona do cortex supra-renal Percorten está, pois, indicada em todos os casos de convalescença demorada. O Percorten tem uma acção revigorante, que difere todavia da de um tónico; provém, efectivamente, de uma compensação de pequena insuficiência supra-renal.

**Posologia:** Casos benignos: 2-4 comprimidos sublinguais de 1 mg ou 1 comprimido sublingual de 5 mg por dia.  
Casos graves: 5-10 mg, todos os dias, ou de dois em dois dias, por via intramuscular. Eventualmente, 1 ampola cristalífera M, de 3 em 3 ou de 4 em 4 semanas, por via intramuscular.

### Apresentação do Percorten:

- Frasco de 40 comprimidos sublinguais a 1 mg
- Frasco de 20 comprimidos sublinguais a 5 mg
- Caixa de 4 ampolas de soluto oleoso a 2 mg
- Caixa de 4 ampolas de soluto oleoso a 5 mg
- Caixa de 4 ampolas de soluto oleoso a 10 mg
- Caixas de 1 e de 5 ampolas cristalíferas M a 25 mg
- «Percorten hidrossolúvel»: ampolas a 5 mg e 50 mg
- Frasco-ampola de soluto injectável, de 10 cc com 100 mg
- Tubo com 1 comprimido para implantação a 100 mg

\* Marca registada



ções científicas de inegável valor; um curso onde podem ser ouvidos mestres dos mais venerados da Neurologia do nosso tempo; uma valiosa exibição de demonstrações, instrumentos e material científico. E, como poderão ver, outros elementos valiosos figuram ainda no nosso programa.

A todos agradecemos a sua valiosa contribuição, com a certeza, um tanto egoísta, que o seu valor intrínseco é tal que encobrirá muitas deficiências da organização».

*As longas vita brevis*, pode ser traduzida para esta ocasião: Muitas comunicações e muito pouco tempo.

Pedimos, portanto, desculpa de não

A terminar, disse:

— Vamos ter o privilégio de conviver durante alguns dias com os mais famosos da nossa profissão, os heróis da nossa luta contra a resistência que a Natureza opõe à penetração nos segredos dos mecanismos do sistema nervoso do homem, cuja posse é único meio de curar ou prevenir as suas doenças.

Seguiu-se no uso da palavra, na sua dupla qualidade de vice-presidente do Congresso e de representante da Universidade de Coimbra, o Prof. Correia de Oliveira, que agradeceu a solicitude que o Sr. Ministro da Educação Nacional sempre manifestou, não só na solução dos diversos problemas propostos, mas tam-

claramente da análise crítica dos trabalhos apresentados, especialmente dos relatórios em que o Dr. Seymour Ketty, Profs. G. Schaltenbrand, Bscker e Selbach — Prof. Cloak, Drs. Gérard e Devic — Prof. T. Riechert, Prof. Egas Moniz, Dr. Norman Dott, Prof. H. Olivecrona — Dr. Macdonald Critchley, Dr. J. Lhermite, Dr. H. Hoff, Dr. Denny Bourn — Prof. Klenk, «sir» Russel Brain, Dr. Castaigne e Dr. François Lhermite e Prof. Chiam-palmo, versam assuntos da maior actualidade no sentido do interesse clínico-prático imediato e expõem psíquica, como, por exemplo, aqueles que tratam das funções e sínteses do lobo parietal, que vão desde as correlações psico-somáticas e agnósis em geral à teoria neurológica do conhecimento e às mais elevadas manifestações do pensamento simbólico».

«Sem abandonarem o terreno da filosofia, como mostram as obras de Oliver Wendell Holmes, em «Medicated Novels» e as de Sherrington, em «Man on his nature», nem o da psicobiologia, como demonstram as de Goldstein, de Lhermite, de Schilder e outros, os neurologistas deste século, utilizando métodos diversos, designadamente o método experimental no sentido de Bacon, isto é, norteados por aquele preceito fecundo de William Harvey, o «Study out the secrets of nature by way of experiment», abriram novas perspectivas à ciência neurológica. Transformaram as «Terras incognitae» do nevraxe, como diria hermite, num já vasto caudal de conhecimentos não só no âmbito da vida anímica e da neurologia pura, mas também na esfera dos mecanismos de «contrôle dos ritmos básicos da vida orgânica» (Gross Clark), que constituem a essência daquilo que Starling e Cannon designaram pela expressão «The Wisdom of the Body». Com efeito, tinha razão Calligaris quando escreveu que a Neurologia é o mais difícil... e o mais fascinante ramo da Medicina: «perché comprend nei suoi dominii i segreté della vita i misterei dell'anima».

O Prof. Correia de Oliveira deu, depois, as boas-vindas aos congressistas e terminou fazendo votos para que, de regresso aos seus países, levassem de Portugal as melhores recordações.

Em nome dos congressistas estrangeiros, falou depois o Prof. Monrad-Krohn, que começou por apresentar agradecimentos pela esplêndida recepção que lhes fora feita, ao mesmo tempo que exprimia sinceros votos pelo êxito do Congresso.

Em seguida, o Prof. Krohn disse:

— O vosso País, de tão antigas e hon-



Aspecto da fachada principal do novo Hospital Escolar de Lisboa, com as bandeiras dos países representados no Congresso

poder conceder mais do que o tempo regulamentar a cada orador.

Recorrendo uma vez mais ao auxílio dos meus predecessores nos secretariados dos Congressos de Neurologia, repetiremos as prudentes palavras do Prof. Raymond Garcin: «que os autores nos perdoem esta obrigatória limitação, lembrando-se de que o princípio de Arquimedes, as leis de Newton e o sinal de Babinski se podem descrever em meia dúzia de palavras».

Julgo que todos nós estamos de acordo em que o rápido progresso da nossa especialidade acarretou um certo número de problemas, uma verdadeira crise de crescimento, que torna mais necessário do que nunca o contacto e a troca de impressões entre os neurologistas:

bém o auxílio material que tornou possível a realização do Congresso.

E, prosseguindo o seu discurso:

— A magnífica reunião científica a que vamos assistir tem como patronos von Monakow e Ramon y Cajal, duas das mais notáveis figuras da Medicina de todos os tempos. Tendo transposto os umbrais da vida terrena a luz que irradia do seu imorredoiro espírito constitui vigoroso estímulo para tornar o convívio intelectual destes dias mais intenso, mais profundo e mais brilhante, vindo ao mesmo tempo estreitar ainda mais os fortes e indissolúveis laços afectivos que ligam a grande família neurologista aqui reunida.

«Seja-me permitido dizer que o alto valor científico deste Congresso ressalta

# Combiótico

Pfizer

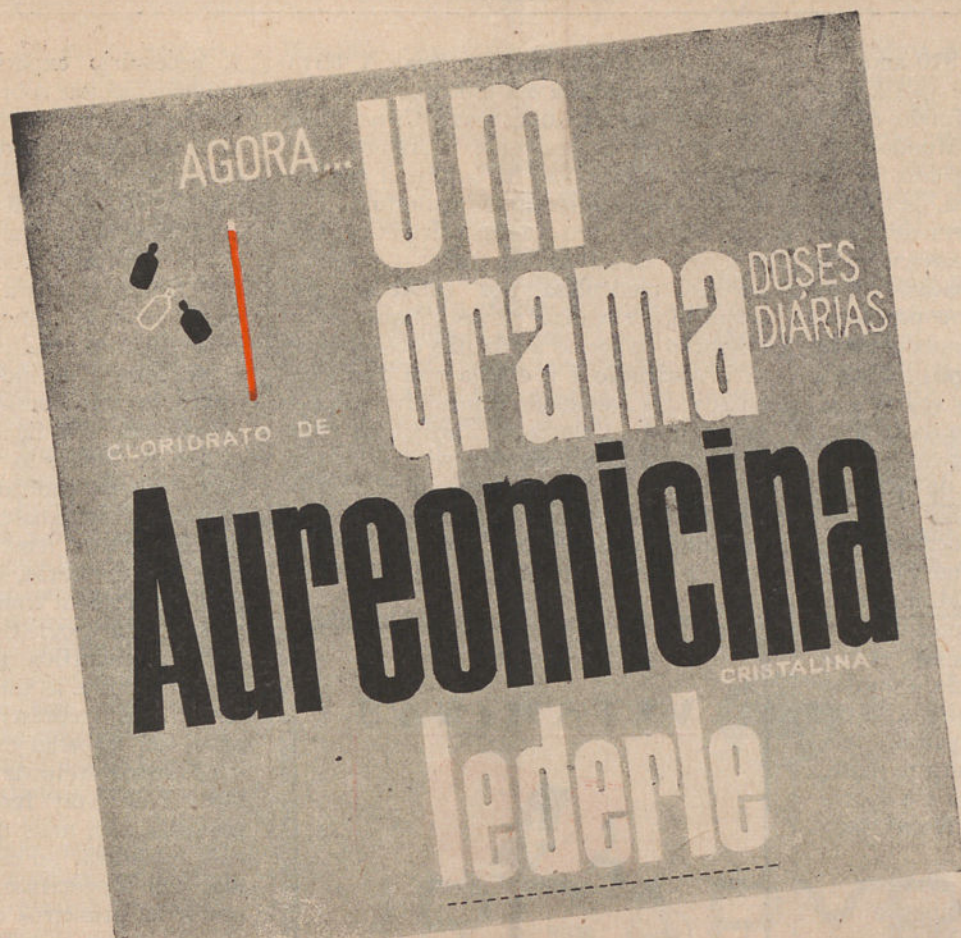
AGORA NOVOS PREÇOS:

**FRASCO DE 0,5 grama** (400.000 U. de Penicilina + 0,5 g de Dihidroestreptomicina) Esc. . . 19\$50

**FRASCO DE 1 grama** (400.000 U. de Penicilina + 1 g de Dihidroestreptomicina) Esc. . . 27\$00

— O MERCADO ENCONTRA-SE ABASTECIDO —





*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. Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	5 doses 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 DENTAIS — tubos de 12 com 5 mg. c/ um. ÓTICO — frascos de 50 mg. \* PÓ VAGINAL — frascos de 5 g. a 200 mg. por g. \* SUPOSITÓRIOS VAGINAIS — frascos de 8. \* PÓ CIRÚRGICO — fr. 5 g. com 200 mg. por g.

\* A introduzir brevemente.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar:  
**ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.**  
 Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA  
 Rua de Santo António, 15 — PORTO



rosas tradições, com os seus 810 anos de existência, possui páginas de glória que são conhecidas de todo o Mundo civilizado. Não há ninguém, no Mundo, que não conheça os feitos de Henrique, o Navegador, de Vasco da Gama, de Cabral e do grande Mestre da Ordem de Aviz. Mas, País de tradições, Portugal sabe que não é suficiente a uma nação repousar sobre as suas tradições e por isso, soube juntar novos valores aos dos seus antepassados. Assim, Portugal de hoje, encontra-se ao nível das suas velhas glórias, principalmente no campo da ciência. Pelo menos, no ramo neurológico da ciência, é evidente que o espírito do Navegador e de Vasco da Gama não morreu. Muitos nomes poderia aqui mencionar, a provar o que digo, mas seja-me lícito citar apenas um: o de Egas Moniz, que, por si só, é suficiente para mostrar que o espírito dos descobrimentos dos velhos portugueses está bem vivo ainda. Dois dos seus trabalhos, apenas, a angiografia cerebral e a psicocirurgia chegaram para que a Universidade de Oslo lhe atribuisse, em 1945, um prémio e em 1952, ele obteve o muito ambicionado Prémio Nobel, pelo seu trabalho de leucotomia.

Com a obra do notável cientista — disse — abriram-se novos campos à investigação e, com ela, Egas Moniz «aumentou» a sua Pátria, juntando-lhe «novas colónias», sendo supérfluo afirmar que ele é bem digno continuador da obra de Henrique, o Navegador, de Vasco da Gama, etc.

O orador, depois de dedicar palavras de muito elogio a diversos neurologistas portugueses, como António Flores, Almeida Lima, etc., terminou por fazer votos para que o Congresso tivesse o maior êxito científico, para que pudesse ser um oásis de paz e harmonia neste Mundo perturbado e incerto do nosso tempo.

Encerrou a série de discursos o Prof. Egas Moniz, que, ao levantar-se para falar, foi recebido com uma salva de palmas.

O orador iniciou assim o seu discurso:

— Não me dispensaram os meus antigos companheiros de trabalho de dar colaboração activa a este Congresso Internacional de Neurologia. Nem razões de incapacidade física, nem ter à vista o espectro da década dos oitentas, nem a categoria, sempre repousante de cargos honorários, me valeram. Tive de sujeitar-me a imposições amigas. Ficam assim apresentadas desculpas das minhas insuficiências.

Continuando:

— Quando Vasco da Gama empreendeu a descoberta do caminho marítimo da Índia, no momento em que as velas, feitas ao vento, iam levar as naus portuguesas em demanda de mares desconhecidos, Camões, o excelso cantor das nossas glórias, refere que um velho de aspecto venerando que ficava na praia entre as gentes reprovou o ousado cometimento que foi uma das grandes epopeias da humanidade.

Na sua apostrofica imprecação contra a destemida aventura classificou-a de «dura inquietação da alma e da vida».

Todos os viandantes da Ciência vivem essa inquietação ao procurar desvendar

inéditos segredos da natureza. A terra foi vista e medida em todos os sentidos, dos polos ao Equador; mas a Ciência não tem limites, os horizontes alargam-se de cada vez mais. Não há balizas a demarcá-los, estendem-se até ao infinito.

Dois propósitos devem dirigir os passos dos cientistas de hoje: — fazer a revisão meticolosa dos conhecimentos adquiridos e realizar novas conquistas na obtenção de factos ainda não observados. A investigação é a estrela que dirige os passos dos caminheiros nas diversas estradas que a Ciência vai abrindo na rosa das sucessivas divisões do saber humano. Os que aspiram a alcançar novas realizações, devem localizar-se ao estudo de um determinado problema. Para o resolver, toda a vida cerebral é indispensável.

É necessário experimentar, observar e também meditar sobre a solução das hipóteses que vão aparecendo. Sem este cenobismo científico, dominador, por vezes exaustivo, nada surgirá que possa ser verdadeiramente útil e grande.

Diz-se que, para a investigação científica, é preciso vocação. Não o nego. Mas esta é apenas a ânsia de novas verdades. O mais alcança-se nas boas escolas experimentais, nas observações cuidadas e repetidas e na independência da apreciação fora do domínio de ideias preconcebidas. O investigador nunca se deixa tomar de desalento. Um ou mais insucessos podem contrariá-lo; mas nem por isso deixa de prosseguir. A persistência que um grande mestre considerou a virtude dos modestos, é a luz que a todos deve guiar. Sem trabalho aturado tudo é estéril. A angiografia cerebral que neste certame científico algumas vezes será lembrada, hoje assunto banal de exploração clínica, representou, nos primeiros anos, um trabalho exaustivo a que, com o professor Almeida Lima, nos entregámos. Não vou recordar as canseiras passadas que, mais de um quarto de século fez entrar no esquecimento. Apenas direi que a opacificação dos vasos do cérebro, os primeiros que se viram com a circulação em marcha em filmes angiográficos, foi o produto da actividade de alguns anos até tomar forma e constituir corpo de doutrina.

Numa das Reuniões Neurológicas de Paris encontrei-me em conversa com Sicard e Marinesco, sobre a necessidade de um método clínico que trouxesse à localização das neoplasias cerebrais a mesma precisão que o lipoidol, pela paragem no canal vertebral, marca a altura dos tumores e aracnoidites medulares. Sicard e Marinesco já tinham feito tentativas nesse sentido com lipoidol em animais e talvez mesmo no homem com insucesso.

Em Lisboa, pratiquei largamente a mielografia, como se designou o método de Sicard e reflecti sobre a droga opaca aos raios X que o mestre francês empregara.

Nasceu-me então o propósito de conseguir uma substância opaca que, em solução aquosa, pudesse ser injectável na carótida. Sob esta directriz vi a possibilidade de obter o pretendido desiderato. Depois de muitos ensaios, firmei-me no emprego de um soluto de iodeto de sódio que deu à Ciência a Angiografia Cerebral.

Quando levei à Sociedade de Neurologia, de Paris, as permissas do meu trabalho, orientei no Hospital Necker, em Paris, ao lado de Sicard, a primeira arteriografia cerebral, feita pelo cirurgião Robineau. Não saiu muito perfeita, mas viram-se as artérias cerebrais. A técnica da pequena operação, hoje reduzida a uma injeção percutânea, era então muito complicada. Sicard ficou muito interessado pelo método, mas marcou este fundamental inconveniente. Sós em campo, durante 3 ou 4 anos, fomos pouco a pouco simplificando a operação. Após as artérias, vimos a rede venosa do cérebro, os seios da dura-mater, a circulação da carótida externa, das vertebrais e vasos da fossa posterior. Determinamos, no campo

## VITAMINAS



- MAIOR FACILIDADE DE ADMINISTRAÇÃO
- MAIOR RAPIDEZ DE ABSORÇÃO
- MELHOR TOLERÂNCIA

1 cc de soluto 35 gotas = 50.000 U. I. vit. A + 5.000 U. I. vit. D (calciferol)

1 ampola bebível = 400.000 U. I. vit. A + 600.000 U. I. vit. D (calciferol)

Frasco de 10 cc

Caixa de 1 ampola bebível (3 cc)



LABORATÓRIOS

DO

**INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA**



fisiológico, a velocidade do sangue no cérebro, muito mais rápida do que nos outros tecidos da cabeça. Como resultados clínicos práticos, avultou a localização dos tumores cerebrais, precisámos a espécie de algumas neoplasias do encéfalo e abrimos um novo capítulo de diagnóstico de lesões até aí só raramente diagnosticadas: aneurismas e angiogramas a que neurocirurgiões abalizados trouxeram os resultados práticos da sua operabilidade.

As trombozes arteriais da carótida interna, no seu trajecto cervical, vieram mostrar um outro e ignorado aspecto de transtornos vasculares que atingem o cérebro. Desculpem este resumo de um trabalho de anos que a Escola portuguesa trouxe à Neurologia e à Neurocirurgia; mas quis sobretudo demonstrar quanto os congressos e reuniões científicas podem concorrer para o progresso da Ciência. As sugestões de novos empreendimentos nascem muitas vezes de impressões trocadas, de comunicações que parecem de pouca monta, de visão multiforme dos que encaram os assuntos, do trabalho conjunto de assembleias como a que hoje se inicia.

Além das doutrinas expostas, das dúvidas que afloram e de outras que se encarecem, ficam, no rescaldo das ideias, embriões de novos cometimentos, a elevarem-se em alentos ignorados de inéditas soluções. Os neurologistas portugueses saúdam, pela voz do seu irmão mais velho, os congressistas que nos deram a honra da sua visita e da sua actuação pelo progresso da Neurologia e pelo bem da humanidade».

#### RECEPÇÃO NA ESTUFA FRIA

O sr. coronel Salvação Barreto, presidente da C. M. L., ofereceu, depois da sessão solene inaugural do Congresso, uma recepção aos congressistas, que se efectuou na Estufa Fria, durante a qual foi servido um óptimo «copo de água».

#### AS SESSÕES DE TRABALHOS

Com uma sessão comemorativa do centenário do nascimento do grande sábio suíço von Nonakow, iniciaram-se, no dia 8, os trabalhos do V Congresso Internacional de Neurologia.

Presidiu à sessão o Prof. António Flores e na mesa de honra tomaram lugar a sr.<sup>a</sup> Mascha von Monakow, filha do homenageado, o sr. Georges Bonnat, encarregado de negócios da Suíça, e os Profs. Alajouanine e Almeida Lima.

Abrindo a sessão, o Prof. António Flores disse que não podia o V Congresso Internacional de Neurologia deixar de prestar homenagem à memória de quem foi um dos maiores neurologistas de todos os tempos, que deixou uma obra impossível de ignorar. Apresentou, depois, o orador da sessão, Prof. M. Minkowski, e agradeceu a honra da presença da filha de von Monakow, para quem teve palavras de simpatia.

O Prof. Minkowski iniciou as suas considerações por se referir ao significado das comemorações, pelo Congresso, dos centenários de Ramon y Cajal e de

Monakow, patronos da importante reunião científica. Falou, depois, própria-mente, do segundo daqueles cientistas e traçou a sua biografia. De origem russa — disse — von Monakow conseguiu a naturalização suíça em 1869. A sua vida foi de intenso trabalho, inteiramente dedicado à ciência, à investigação. Formado em Medicina pela Universidade de Zurique, foi nesta cidade que desenvolveu os seus importantes trabalhos no campo da neurologia, para o que fundou um laboratório, ainda hoje um dos mais conhecidos e conceituados de todo o Mundo, que legou ao Estado suíço por sua morte. Devem-se-lhe ainda — disse — uma policlínica de neurologia e uma escola de neurologia, também em Zurique, que igualmente deixou à nação suíça.

O Prof. M. Minkowski aludiu, depois, aos inúmeros trabalhos da autoria do grande sábio e terminou por se referir à grande estatura científica de von Monakow, que foi, afirmou, um dos grandes precursores da ciência neurológica.

Seguidamente, a sr.<sup>a</sup> Mascha von Monakow, muito comovida, agradeceu a homenagem prestada a seu pai, começando por afirmar que, se fosse possível seu pai estar ali, se admiraria da homenagem, que classificaria de demasiada honra para si, ele que não conhecia a vaidade e era, apenas, um apaixonado pela Ciência, pela qual e para a qual trabalhou toda a vida. Todavia — disse — regozijar-se-ia por ver que, decorridos mais de vinte anos, ainda se fala, em todo o Mundo



# IRGAPYRINE

3,5-dioxo-1,2-difenil-4-n-butilpirazolidina-sódio + dimetilaminoantipirina

## ANTI-REUMATISMAL

E

## ANALGÉSICO

Enérgica acção antiflogística

Caixa de 5 **empolas** de 5 c. c. de solução a 30 %

Frasco de 20 **grajeias** a 0,25 gr.

Caixa de 5 **supositórios** a 0,50 gr.

J. R. GEIGY S. A. - BASILEIA (SUÍÇA)

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E ULTRAMAR:

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551 — PORTO



da sua obra e se seguem as directrices do seu pensamento científico.

A sr.<sup>a</sup> von Monakow terminou por agradecer à Comissão do Congresso, mais uma vez, não só aquela homenagem, mas também o convite para ali estar, afirmando ter sido esta sessão um dos mais inesquecíveis momentos da sua vida.

O Prof. António Flores entregou-lhe, então, um medalhão de gesso com as effigies de von Monakow e de Cajal, cópia do emblema do Congresso, e um lindo ramo de flores.

## TEMA I DO CONGRESSO

Iniciou-se, pouco depois, a primeira sessão de trabalhos, à qual presidiu o Prof. Th. Alajouanine, secretariado pelo Prof. Almeida Lima e Dr. Miller Guerra, e que tinha como ordem de trabalhos, apresentação e discussão dos quatro relatórios sobre o tema I do Congresso, a saber: «Fisiopatologia da circulação cerebral nas afecções vasculares do cérebro», pelo Dr. Seymour S. Kety, dos Estados Unidos; «Pressão cerebral e doenças do sistema vascular», pelo Prof. Schaltenbrand, de Wurzburg; «As artérias estenosantes cerebrais», pelo Prof. Cloake, de Birmingham; e «As malformações vasculares cerebrais com excepção dos aneurismas», pelos srs. P. Girard e M. Devic, de Leão.

Depois de um intervalo de duas horas, recommençaram os trabalhos, efectuando-se, então, dez sessões simultâneas, durante as quais foram apresentados e discutidos cem trabalhos, dez em cada uma delas. Ao mesmo tempo, noutra local do Hospital Escolar, realizava-se uma sessão de filmes científicos, versando temas de Neurologia.

Realizou-se, ainda, uma reunião de delegados, à qual presidiu o Prof. António Flores, para escolher o local e data do próximo Congresso.

Três países — Brasil, Itália e Bélgica — disputavam a primazia da organização e da localização da próxima reunião. Por fim, foi resolvido, após larga troca de impressões, que o próximo Congresso se efectue em Bruxelas, na primeira quinzena de Julho.

Ao mesmo tempo que se efectuavam as sessões acima referidas, realizaram-se as duas primeiras lições do Curso Superior de Neurologia promovido pela Comissão Organizadora do Congresso, sob o patrocínio do Conselho das Organiza-

ções Internacionais das Ciências Médicas.

A primeira destas lições foi feita pelo Prof. J. F. Fulton, dos E. U. A., que se ocupou de «As funções do cérebro visceral (o sistema límbico estudado nos primatas infra-humanos e no homem)». A segunda lição, intitulada «Infantilismo pituitário», foi pronunciada pelo Prof. Sir Geoffrey Jefferson, da Grã-Bretanha.

## II TEMA

No dia 10, depois de um dia de descanso, dedicado a vários passeios e a que, mais adiante nos referiremos, continuaram os trabalhos do Congresso, que se iniciaram com uma sessão plenária para apresentação e discussão dos quatro relatórios sobre o segundo tema — «Doenças vasculares do cérebro — Semiologia, angiográfica e terapêutica cirúrgica».

Presidiu o Prof. Egas Moniz, com os Profs. António Flores e Correia de Oliveira à direita e, à esquerda, o Dr. Miller Guerra e o Prof. Almeida Lima.

Aberta a sessão, falou o Prof. Traugott Riechert, que apresentou o primeiro relatório, intitulado «Técnica angiográfica e terapêutica cirúrgica das obstruções vasculares».

Seguiu-se a apresentação, pelo Prof. Egas Moniz e Dr. Miller Guerra, seu colaborador, do relatório intitulado «Semiologia angiográfica dos aneurismas intracranianos, angiomas e varizes». O Prof. Egas Moniz, por ser o orador desta sessão, foi substituído na presidência pelo Prof. Eliseu Paglioli. O orador desenvolveu o tema do relatório, pormenorizado e largamente documentado, para o que fez projectar vinte e seis angiogramas, parte, apenas, do total que pode ver-se na memória já publicada.

O Prof. Egas Moniz fez notar que algumas afecções vasculares do cérebro foram diagnosticadas antes da angiografia cerebral, fazendo referência especial aos notáveis trabalhos de Dandy, Cushing e Bailey; mas a angiografia — disse — veio trazer novos elementos com a sua completa visibilidade, mostrando a sua extensão, posição exacta, relação com artérias e veias, de forma a dar elementos indispensáveis a um útil tratamento cirúrgico.

O orador limitou a sua exposição a três grandes capítulos das afecções vasculares do cérebro: aneurismas, varizes e angiomas. Dos aneurismas apresentou numerosos casos, uns fusiformes e outros

saculares, sobre os quais dissertou largamente. A respeito da sua etiologia, não se mostra exclusivista; mas acentua que a maior parte é de origem congénita, projectando dispositivos em que se vêem aneurismas e angiomas associados, casos para que chamava a atenção dos neurologistas.

Seguiu-se o capítulo das varizes cerebrais, que mereceu especial atenção dos congressistas, por ser assunto novo, que os autores foram os primeiros a descrever, mostrando a sua importância, assunto pormenorizadamente documentado em filmes projectados, de grande nitidez.

Por fim, o Prof. Egas Moniz dissertou sobre os angiomas cerebrais, mostrando grande número destas perturbações vasculares, algumas de grande extensão. Terminou, pondo em relevo o valor do diagnóstico angiográfico em tais casos e as vantagens que da sua visibilidade advieram para a neuro-cirurgia.

Quando o Prof. Egas Moniz terminou a sua exposição, o auditório testemunhou-lhe novamente, com calorosa salva de palmas, e de pé, o extraordinário apreço em que é tida a obra genial do grande português.

Falou a seguir o Dr. Normann Dott, que apresentou o relatório intitulado «Terapêutica cirúrgica dos aneurismas seculares do cérebro».

Por último, o Prof. Herbert Olivecrona dissertou sobre «Tratamento cirúrgico dos aneurismas artério-venosos intracranianos e dos tumores vasculares do cérebro».

Sobre todos os temas falaram, depois, os Profs. Aseajo, Herbert Olivecrona e Tolosa.

Durante a tarde deste dia, ao mesmo tempo que eram projectados três filmes sobre neurologia, foram apresentadas, como no primeiro dia, cem comunicações, estas relativas aos relatórios deste dia.

Também se realizaram duas lições do Curso Superior de Neurologia. A primeira foi feita pelo Prof. Deolindo Couto, do Brasil, que dissertou sobre «Parasitoses do sistema nervoso». A segunda intitulada «Flebites cerebrais», fê-la o Prof. Raymond Garcin, de França.

A Liga Internacional Contra a Epilepsia voltou a reunir-se neste dia, para assistir à projecção de filmes franceses, americanos e holandeses, sobre epilepsia.

## III TEMA

Sob a presidência do Prof. Sir Francis Walshe, que era secretariado pelo Prof. Almeida Lima e pelo Dr. Miller Guerra, prosseguiram, no dia 11, os trabalhos do Congresso, sendo a ordem dos mesmos constituída pela apresentação dos quatro relatórios sobre o III Tema — «Lobo parietal». O primeiro relatório, com o mesmo título, foi apresentado pelo Dr. Mac Donald Critchley. Seguiu-se o segundo relatório, «Relações da imagem corpórea com as lesões do lobo parietal», apresentado pelo Dr. J. Lhermitte, de Paris. O terceiro relatório, do Prof. H. Hoff, de Viena, versava «As relações entre os lobos parietal esquerdo e direito». Por fim, o Prof. Hoston Merritt dos Estados Unidos, apresentou, na ausência do

### UM NOVO PRODUTO:

# AMINODIOL

“ANDRADE”

Acção hormonal electiva sobre a fase anabólica

Composição — (por 200 grs.)

Aminoácidos essenciais: 547 mgr. — Metil-androstenodiol: 100 mgr.  
 Extracto total de fígado: 5 grs. — Complexo B: 975 mgr. — Vitamina B, 12: 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.<sup>DA</sup>**

123, Rua do Alecrim, 127

LISBOA



respectivo relator, Dr. D. Denny-Brown, de Boston, o quarto relatório, intitulado «Apraxia do lobo parietal».

Intervieram na discussão dos relatórios os Drs. Franz Seitelberg, Lopez Ibor, Purdon-Martin, P. Desclaux, A. Soulairac, e Mlle. S. Aussagued, Drs. Karl Leonhard, Paulo Jossman, Cornélio Fazzio e o Prof. Baraona Fernandes.

De tarde, além das cem comunicações livres, efectuaram-se as lições do Curso Superior de Neurologia, a primeira do Dr. L. Van Bogaert, belga, sobre «Afecções musculares externas das miopatias» e a segunda do Dr. Obrador Alcalde, espanhol, que versou o tema «Nevralgias e seu tratamento cirúrgico».

#### IV TEMA

O último dia de trabalhos do V Congresso Internacional de Neurologia iniciou-se, às 9 horas, sob a presidência do Dr. Ludo van Bogaert, secretariado pelo Prof. Almeida Lima e pelo Dr. Miller Guerra, tendo-se efectuado a última sessão plenária, na qual foram apresentados cinco relatórios sobre o tema IV do Congresso: «Doenças metabólicas do cérebro».

Foi primeiro orador o presidente da sessão, cujo relatório se intitulava «Os tesarismoses fosfatídicos no ponto de vista clínico, histopatológico e químico — Aspectos clínicos e histopatológicos».

Seguiu-se o Dr. E. Klenk, de Colónia, que tratou de «Aspectos químicos: a química dos chamados tesarismoses fosfatídicos do tecido nervoso».

O terceiro relatório intitulava-se «As tesarismoses de queratina», e foi apresentado por Sir Russel Brain, de Londres.

O quarto relatório, da autoria dos Drs. Paul Castaigne e François Lhermitte, de Paris, intitulava-se «Determinações nervosas das glicogenoses».

Por último, o Dr. A. Giampalmo apresentou o seu relatório sobre «As lipídoses colesterínicas».

Iniciou-se, depois, a discussão dos relatórios, na qual tomaram parte os Drs. Manfred Sakel, de Nova Iorque, e Sigvald Refsum e Simarro-Puig, de Barcelona.

Após curto descanso, realizou-se a assembleia-geral do Congresso, na qual tomaram parte os delegados dos 36 países que participaram na magna reunião. Presidiu o Prof. António Flores, ladeado pelos Profs. Correia de Oliveira e Almeida Lima e pelo Dr. Miller Guerra.

Ao abrir a sessão, o Prof. Flores congratulou-se com a forma como decorreram os trabalhos do Congresso e formulou votos para que os nossos hóspedes saiam satisfeitos do nosso País, pela maneira como foram recebidos. Em nome da comissão nacional do Congresso, fez a comunicação oficial de que a próxima reunião se efectuará, em 1957, em Bruxelas.

Falaram depois diversos congressistas, entre os quais o Dr. José Pereira Kafer, da Argentina, e Minkowski, da Suíça, que elogiaram calorosamente a organização do Congresso, que considera-

ram a mais perfeita de todas aquelas a que têm assistido. Propuseram que o Congresso formulasse o voto de que, em todos os países nele representados, se passasse a dedicar à Neurologia um lugar independente no ensino universitário. Após curta discussão, foi resolvido, tendo em vista que a proposta referida não podia ser incluída na ordem dos trabalhos, limitar-se a transcrevê-la na acta.

\*

No dia 9, considerado de descanso para os Congressistas, organizaram-se duas excursões, uma ao Santuário de Fátima, com visita aos mosteiros de Alco-

baça e da Batalha, e outra ao Portinho da Arrábida, Setúbal e castelo de Palmela. Muitos dos congressistas que não tomaram parte naquelas excursões aproveitaram o dia para passear pela cidade, uns, pelos Estoris e Sintra, outros.

\*

Em doze salas estiveram patentes no Hospital Escolar, durante o Congresso, outras tantas exposições, nas quais se mostravam, através de gráficos, estudos, aparelhagem, peças anatómicas, desenhos, etc., o desenvolvimento da Neurologia, sendo dignas de nota a do Centro de Estudos Egas Moniz, onde se observavam

## NA MODERNA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»

DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

# FTALIL-TIAZOL

# FTALIL-TIAMIDA

# FTALIL-KAPA

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA



os elementos de trabalho do grande sábio, desde a origem das suas experiências, que o levaram à sensacional descoberta que lhe valeu o Prémio Nobel da Medicina; a da secção de neuro-anatomia do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina de Lisboa; e a do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira (Centro de Observação e Dispensário de Higiene Mental de Lisboa).

\*

No dia 11, de tarde, reuniu-se sob a presidência do Dr. Vasconcelos Marques, a Sociedade Luso-Espanhola de Neurocirurgia, reunião a que assistiram todos os neurocirurgiões de ambos os países, que fazem parte daquela Sociedade.

Nesta reunião foram tratados diversos assuntos administrativos e marcou-se para Outubro de 1954, em Madrid, a próxima reunião da Sociedade cujo secretário-geral, Dr. Obrador Alcalde em nome dos sócios espanhóis, agradeceu ao Prof. Almeida Lima e ao Dr. Vasconcelos Marques as atenções recebidas no Congresso e a perfeita organização deste, que enalteceu.

Seguidamente, reuniu-se a Liga Internacional Contra a Epilepsia, para assistir à projecção de filmes sobre a especialidade.

Um numeroso grupo de congressistas esteve, também de tarde, no Hospital Júlio de Matos, cujas dependências visitou, acompanhado pelo respectivo director, Prof. Baraona Fernandes.

\*

Sob a presidência do Dr. Vasconcelos Marques, realizou-se no dia 9, no Espelho de Água, um jantar oferecido pela Sociedade Luso-Espanhola de Neurocirurgia aos neurocirurgiões estrangeiros que vieram a Lisboa tomar parte no Congresso. Assistiram 150 convivas, tendo sido orador da noite o Prof. «sir» Geoffrey Jefferson. Em nome dos congressistas estrangeiros ali presentes, agradeceu o convite, o Prof. Herbert Olivecrona, de Estocolmo e, por fim, o Dr. Vasconcelos Marques, agradeceu a «sir» Jefferson o

seu magistral discurso e aos seus convidados, a honra que lhe deram e à Sociedade Luso-Espanhola de Neurocirurgia, de terem acedido ao seu convite.

Também o ministro da Venezuela em Lisboa, sr. D. Rafael Cayara, e esposa, ofereceram no dia 10 um «cocktail» em honra dos delegados do seu país, Drs. Fernandez Moran e Rafael Castillo, a que assistiram, entre outras individualidades portuguesas e estrangeiras, os delegados dos Estados Unidos, Alemanha, Suécia, Bélgica, Chile, Perú e Uruguai, com as respectivas esposas e chefes de missões diplomáticas.

O encarregado de Negócios da Suíça em Lisboa e M.me Monnat, deram, na sua residência, no dia 12, uma recepção em honra dos médicos do seu país que vieram assistir ao Congresso, recepção que teve a assistência de membros da colónia helvética em Lisboa e de categorizadas individualidades portuguesas.

Também o ministro de Portugal em Berna, sr. António Ferro, ofereceu, no Círculo Eça de Queirós, um almoço em honra do médico suíço, Dr. Sandro Bürgi e de sua esposa, a que assistiram muitos convidados.

O Dr. Sandro Bürgi é «privat dozent» da cadeira de Neurologia da Faculdade de Berna, antigo assistente do Prof. Chermitt, de Paris, e colaborador directo do célebre fisiologista de Zurique, Prof. Hess, que obteve o Prémio Nobel conjuntamente com o Prof. Egas Moniz.

#### O BANQUETE OFICIAL

O banquete oficial do V Congresso Internacional de Neurologia, realizado em 11, à noite, no Casino do Estoril, teve a assistência de 500 convivas.

Na mesa de honra, além do Prof. António Flores que presidia, e sua esposa, tomaram também lugar o Dr. Lionello de Lisi e esposa, Mrs. Kalm, sr.<sup>a</sup> de Baraona Fernandes, Dr. Van Bogaert e esposa, J. H. Monrad Prohn, Dr. Deolindo Couto e esposa, Dr. Hans Hoff, Madame Garcin, sr.<sup>a</sup> de Lopez Ibor, sr.<sup>a</sup> de Obrador Alcalde, Sir Russel Brain e Lady Brain, sr.<sup>a</sup> de Hoston Merritt, Dr. Percival Bayli, Dr. Pinto Leite, M.lle Mascha Monakov e Dr. Petit Dutailis.

Aos brindes falaram o Prof. António

Flores, presidente do Congresso; Profs. Correia de Oliveira e Almeida Lima, respectivamente, vice-presidente e secretário geral do Congresso, Prof. Alajouanine, vice-presidente honorário do Congresso, que agradeceu em nome dos congressistas estrangeiros, e Prof. Asenjo e Dr. Henry Alsop Riley. Terminado o banquete, houve baile.

\*

O último acto oficial do Congresso foi uma recepção em S. Julião da Barra efectuada em 12, por iniciativa dos srs. Ministros da Educação Nacional e dos Negócios Estrangeiros.

Fizeram as honras da Casa o Dr. Veiga de Macedo, Subsecretário da Educação Nacional, que representava o titular da pasta, e sua esposa, e o Dr. Vasco Pereira da Cunha, secretário-geral do Ministério dos Negócios Estrangeiros, também em representação do respectivo Ministro, e esposa.

\*

Alguns dos congressistas regressaram no dia 12 aos seus países, mas parte deles embarcaram no dia 13, com destino a Madrid, onde, no dia seguinte, se efectuou, no Conselho Superior de Investigações Científicas, a sessão de homenagem a Ramon y Cajal, prevista no programa deste Congresso.

No dia 15, também em Madrid, a Sociedade Espanhola de Neurologia reuniu, em sessão extraordinária, com a presença dos congressistas que ali se deslocaram, os quais ali apresentaram importantes trabalhos da especialidade.

### Prof. Lima Basto

O Prof. Lima Basto, cirurgião do I. P. O., que se deslocou a Chicago, para participar no Congresso Clínico do Colégio Americano de Cirurgiões e receber o diploma de «fellow» daquele Colégio, recebeu aquela distinção numa cerimónia que se realizou no Medinah Temple, de Chicago. Ao ser-lhe entregue o diploma de «fellow», o Prof. Lima Basto foi saudado pelo Prof. Fred W. Rankin, presidente do Colégio.

Por sua vez, o Prof. Francisco Gentil, director do I. P. O., também foi distinguido com igual honra, embora não tivesse podido comparecer.

Interrogado pelos jornalistas, o Prof. Lima Basto classificou o Congresso como magnífica demonstração do progresso da cirurgia americana. Impressionou-o, sobretudo, a aplicação da televisão a cores nas demonstrações de técnica operatória. Assim, operações realizadas em vários hospitais da Universidade de Chicago foram observadas, durante as sessões do Congresso, reunido a alguns quilómetros de distância.

## Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

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

Soberano em anemias, anorexia, convalescências 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



ORDEM DOS MÉDICOS

# CONSELHO REGIONAL DO PORTO

## Curso de Aperfeiçoamento

Realiza-se, desde o dia 27 do corrente até ao dia 7 de Novembro, um Curso de Aperfeiçoamento, promovido pelo Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos, com o seguinte programa:

## LIÇÕES

## DIA 27 DE OUTUBRO

As 11 horas

Inauguração do Curso (Faculdade de Medicina — Salão Nobre).

As 11,30 horas

Lição do Prof. Rocha Pereira — *Infarto de miocárdio. Diagnóstico e tratamento.* (Faculdade de Medicina).

As 14,30

Lição do Prof. Gonçalves de Azevedo — *Diagnóstico ginecológico. Seus problemas na clínica rural.* (Instituto Maternal, Maternidade Júlio Dinis).

## DIA 28

As 11,30 horas

Lição do Dr. Emídio Ribeiro — *Bases fisiopatológicas do tratamento das hepatites e cirroses* (Faculdade de Medicina).

As 14,30

Lição do Dr. Santos Silva, Filho — *Diretrizes Gerais do tratamento da diabetes.* (Hospital de Santo António).

## DIA 29

As 11,30 horas

Lição do Dr. Carlos Areias — *Uma das grandes causas da mortalidade infantil. A prematuridade e debilidade congénita.* (Faculdade de Medicina).

As 14,30

Lição do Prof. Pereira Viana — *Algumas ideias actuais sobre a terapêutica pelos antibióticos* (Hospital de Santo António).

## DIA 30

As 11,30 horas

Lição do Prof. Joaquim Bastos — *Obstruções venosas dos membros.* (Faculdade de Medicina).

As 14,30

Lição do Dr. Luís Carvalhais — *Pequenas lesões com importância em traumatologia.* (Hospital de Santo António).

## DIA 31

As 11,30 horas

Lição do Dr. Mário Cardia — *Esterilidade conjugal; alguns dos seus problemas.* (Dispensário de Higiene Social).

## DIA 2 DE NOVEMBRO

As 11,30 horas

Lição do Dr. Gomes de Almeida — *Estado actual da cirurgia cardíaca.* (Hospital de Santo António).

As 14

Lição do Dr. Eduardo Beirão Reis — *Problemas urbanos da higiene alimentar.* (Hospital de Santo António).

## DIA 3

As 11,30 horas

Lição do Prof. Cerqueira Gomes — *Dores torácicas e praquias esquerdas não anginosas.* (Hospital de Santo António).

As 14,30

Lição do Dr. José Cabral — *Diagnóstico diferencial da tuberculose pulmonar.* (Sanatório de D. Manuel II). Partida em autocarro do Largo da Escola Médica, às 14 horas.

## DIA 4

As 11,30 horas

Lição do Prof. Fernando Magano — *Notas*

# BRONCO-VITAM

Solutio oleoso injectável de quinina básica, cânfora do Japão,  
gomenol e vitaminas A e D<sub>2</sub>

Anti-séptico das vias respiratórias

# OPOLAX

Drageias queratinizadas de extractos de bilis e glândulas intestinais,  
cáscara sagrada, podofilino, alcachofra, agar-agar  
e extracto de beladona

Colagogo, colerético e laxativo

**LABORATÓRIOS ESTÁCIO**  
PORTO



de patologia cirúrgica clínica. (Hospital de Santo António).

Às 14,30

Lição do Dr. João da Costa — *Sistematização urológica.* (Faculdade de Medicina).

DIA 5

Às 11,30 horas

Lição do Dr. José Fernandes — *Bronquite crónica.* (Hospital de Santo António).

Às 14,30

Lição do Prof. Melo Pestana — *Algumas considerações a propósito das úlceras gastro-duodenais.* (Faculdade de Medicina).

DIA 6

Às 11,30 horas

Lição do Dr. Silva Júnior — *Traumatismos do aparelho genito-urinário. O que o policlinico não deve ignorar.* (Hospital de Santo António).

Às 14,30

Lição do Prof. Fonseca e Castro — *A profilaxia das doenças infecciosas habituais na infância.* (Faculdade de Medicina).

DIA 7

Às 11,30 horas

Lição do Dr. Rolando Van Zeller — *Perturbações da contratilidade do músculo uterino durante o trabalho do parto. Atonias e hipertónias.* (Hospital de Santo António).

Às 15,30

Lição do Dr. Augusto da Silva Travassos — *Saúde e educação.* (Faculdade de Medicina — Salão Nobre).  
Encerramento do Curso.

## TRABALHOS PRÁTICOS

DIA 27 DE OUTUBRO

Das 16 às 18 horas

Turma A — Laboratório Nobre — Prof. Ernesto Morais  
Turma B — Hospital de Santo António — Dr. Rolando Van Zeller.  
Turma C — Laboratório de Bacteriologia — Hospital Joaquim Urbano — Prof. Carlos Ramalhão.  
Turma D — Instituto Maternal — Maternidade Júlio Dinis — Serviço de Puericultura e Pediatria.

DIA 28

Das 9 às 11 horas

Turma A — Hospital de Santo António — Serviço de Pediatria — Prof. Fonseca e Castro.  
Turma B — Hospital de Santo António — Serviço de Oftalmologia — Dr. Manuel de Lemos.  
Turma C — Hospital de Santo António — Clínica Médica — Prof. Rocha Pereira.  
Turma D — Hospital de Santo António — Serviço de Oftalmologia — Dr. Manuel de Lemos.

Das 16 às 18 horas

Turma A — Laboratório de Bacteriologia — Hospital de Joaquim Urbano — Prof. Carlos Ramalhão.  
Turma B — Laboratório do Prof. Alberto de Aguiar — Dr. Eugénio Corte-Real.  
Turma C — Hospital de Santo António — Serviço de Oftalmologia — Dr. Manuel de Lemos.  
Turma D — Hospital de Santo António — Banco.

DIA 29

Das 9 às 11 horas

Turma A — Hospital de Santo António —

Serviço de Obstetrícia — Dr. Rolando Van Zeller.

Turma Z — Hospital de Santo António — Propedéutica Cirúrgica — Prof. Joaquim Bastos.

Turma C — Hospital de Santo António — Serviço de Pediatria — Prof. Fonseca e Castro.

Turma D — Hospital de Santo António — Clínica Médica — Prof. Rocha Pereira.

Das 16 às 18 horas

Turma A — Instituto Maternal — Maternidade Júlio Dinis — Serviço de Puericultura e Pediatria.

Turma B — Folga.

Turma C — Hospital de Santo António — Banco.

Turma D — Laboratório Prof. Alberto de Aguiar — Dr. Eugénio Corte Real.

DIA 30

Das 9 às 11 horas

Turma A — Hospital de Santo António — Propedéutica Cirúrgica — Prof. Joaquim Bastos.

Turma B — Hospital de Santo António — Clínica Médica — Prof. Rocha Pereira.

Turma C — Hospital de Santo António — Patologia Cirúrgica — Prof. Fernando Magano.

Turma D — Hospital de Santo António — Cirurgia — Serviço n.º 3 — Dr. Araújo Teixeira.

Das 16 às 18 horas

Turma A — Laboratório do Prof. Alberto de Aguiar — Dr. Eugénio Corte-Real

Turma B — Laboratório Nobre — Prof. Ernesto Morais.

Turma C — Dispensário de Higiene Social.

Turma D — Dispensário de Higiene Social.

DIA 31

Das 9 às 11 horas

Turma A — Hospital de Santo António — Clínica Médica — Prof. Rocha Pereira.

Turma B — Instituto Maternal — Maternidade Júlio Dinis — Serviço de Puericultura e Pediatria.

Turma C — Hospital de Santo António — Cirurgia — Serviço n.º 3 — Dr. Araújo Teixeira.

Turma D — Hospital de Santo António — Serviço de Obstetrícia — Dr. Rolando Van Zeller.

Às 14,30 horas

Turmas A, B, C e D — Visita ao Hospital Escolar. Partida em autocarro do Largo da Escola Médica.

DIA 2 DE NOVEMBRO

Das 9 às 11 horas

Turmas A, B, C, e D — Dispensário de Higiene Social.

Às 15 horas

Turmas A, B, C e D — Demonstrações práticas de Ortopedia — (Sanatório Marítimo do Norte — Dr. Ferreira Alves).  
Partida do Largo da Escola Médica.

DIA 3

Das 9 às 11 horas

Turma A — Hospital de Santo António — Serviço de Oftalmologia — Dr. Manuel de Lemos.

Turma B — Hospital de Santo António — Serviço de Obstetrícia — Dr. Rolando Van Zeller.

Turma C — Hospital de Santo António — Clínica Médica — Prof. Rocha Pereira.

Turma D — Hospital de Santo António — Serviço de Obstetrícia — Dr. Rolando Van Zeller.

Das 16 às 18 horas

Turmas A, B, C e D — Sanatório de D. Manuel II — Serviço de medicina — Colapso

médico, Broncoscopia, Broncoespirometria.

Serviço de Cirurgia — Colapso cirúrgico — Exérese pulmonar.

DIA 4

Das 9 às 11 horas

Turma A — Hospital de Santo António — Patologia cirúrgica — Prof. Fernando Magano.

Turma B — Hospital de Santo António — Cirurgia — Serviço n.º 1 — Dr. Alvaro Rosas.

Turma C — Instituto Maternal — Maternidade de Júlio Dinis — Serviço de Puericultura e Pediatria.

Turma D — Hospital de Santo António — Clínica Médica — Prof. Rocha Pereira.

Das 16 às 18 horas

Turma A — Hospital de Santo António — Banco.

Turma B — Laboratório de Bacteriologia — Hospital de Joaquim Urbano — Prof. Carlos Ramalhão.

Turma C — Laboratório Nobre — Prof. Ernesto Morais.

Turma D — Folga.

DIA 5

Das 9 às 11 horas

Turma A — Hospital de Santo António — Clínica Médica — Prof. Rocha Pereira.

Turma B — Hospital de Santo António — Serviço de Pediatria — Prof. Fonseca e Castro.

Turma C — Hospital de Santo António — Serviço de Obstetrícia — Dr. Rolando Van Zeller.

Turma D — Hospital de Santo António — Patologia cirúrgica — Prof. Fernando Magano.

Das 16 às 18 horas

Turma A — Dispensário de Higiene Social.

Turma B — Dispensário de Higiene Social.

Turma C — Folga.

Turma D — Laboratório de Bacteriologia — Hospital de Joaquim Urbano — Prof. Carlos Ramalhão.

DIA 6

Das 9 às 11 horas

Turma A — Hospital de Santo António — Cirurgia — Serviço n.º 1 — Dr. Alvaro Rosas.

Turma B — Hospital de Santo António — Clínica Médica — Prof. Rocha Pereira.

Turma C — Hospital de Santo António — Serviço de Obstetrícia — Dr. Rolando Van Zeller.

Turma D — Hospital de Santo António — Serviço de Pediatria — Prof. Fonseca e Castro.

Das 16 às 18 horas

Turma A — Folga.

Turma B — Hospital de Santo António — Banco.

Turma C — Laboratório do Prof. Alberto de Aguiar — Dr. Eugénio Corte-Real.

Turma D — Laboratório Nobre — Prof. Ernesto Morais.

DIA 7

Das 9 às 11 horas

Turma A — Hospital de Santo António — Serviço de Obstetrícia — Dr. Rolando Van Zeller.

Turma B — Hospital de Santo António — Cirurgia — Serviço n.º 3 — Dr. Araújo Teixeira.

Turma C — Hospital de Santo António — Cirurgia — Serviço n.º 1 — Dr. Alvaro Rosas.

Turma D — Hospital de Santo António — Propedéutica Cirúrgica — Prof. Joaquim Bastos.



# DELTABENZIL

## Penicilinoterápia de actividade prolongada

### COMPOSIÇÃO

#### INJECTÁVEL

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G . . . . .	600.000 U.
Soro apirogénico q. b. p. . . . .	1 c. c.

#### ORAL — 40

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G . . . . .	2 400.000 U.
Veículo edulcorado q. b. p. . . . .	40 c. c.

#### ORAL — 20

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G . . . . .	1.200.000 U.
Veículo edulcorado q. b. p. . . . .	20 c. c.

#### COMPRIMIDOS

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G . . . . .	300.000 U.
Excipiente q. b. p. . . . .	1 comprimido

### VANTAGENS

○ **Deltabenzil** torna-se a penicilina de mais baixo preço, porque com doses bastante mais baixas conseguem-se níveis sanguíneos muito superiores derivado à lentidão da sua eliminação.

○ **Deltabenzil** não sacrifica o doente com injeções constantes, causando, por isso, menos traumatismo.

○ **Deltabenzil Oral** poderá ser aplicado com a mesma eficiência que o injectável, em virtude das concentrações sanguíneas da penicilina se manterem sensivelmente do mesmo modo, quer seja utilizada a terapêutica parenteral, quer a oral.

○ **Deltabenzil** é uma suspensão estável à temperatura ambiente durante um período de cerca de dois anos, o que permite uma preparação pronta a injectar e sem exigência de refrigeração. Do mesmo modo, foi possível preparar uma suspensão de **Deltabenzil** por via oral, utilizando um veículo extremamente agradável que as crianças tomam com prazer.

○ **Deltabenzil** é melhor tolerado que as usuais penicilinas, porque a substância que o compõe só provoca fenómenos de intolerância na percentagem de 0,3 % contra 5 % de reacções alérgicas provocadas pela penicilina.

### APRESENTAÇÃO

Em injectável, numa ampola de 1 c. c.; em elixir, em frascos de 20 e 40 c. c. e em tubos de 6 comprimidos.



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

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



# V I D A M É D I C A

## E F E M É R I D E S

### Portugal

(De 11 a 18 de Outubro)

**Dia 11**—O Ministro do Interior, Dr. Trigo de Negreiros inaugura o novo Hospital de Proença-a-Nova.

—Em Vila Nova de Gaia, Avintes, presta-se homenagem à benemérita D. Maria Isabel Vanzeller, introdutora da vacina antivariólica em Portugal.

**15**—São concedidas pelo Ministério das Obras Públicas as seguintes participações: à Misericórdia de Paços de Ferreira, para obras de beneficiação e conservação do seu hospital, reforço de 9.650\$00; à Misericórdia de Tondela, para a construção do novo hospital, reforço 4.300\$00.

—O Dr. Mendes Correia, professor e director da Escola Superior Colonial, regressa a Lisboa, após longa viagem ao Ultramar.

**16**—Regressa a Lisboa o Curso de Inspectores de Alimentos, constituído por vários oficiais veterinários do nosso Exército. Este curso, cuja fase teórica foi largamente ministrada em Lisboa, na Escola do Serviço Veterinário Militar, anexa ao Hospital Militar Veterinário, visitou, no distrito de Aveiro, os principais estabelecimentos de preparação de alimentos de origem animal, acompanhado pelo respectivo intendente de Pecuária, dedicando maior atenção à indústria de lacticínios e inteirando-se dos pormenores técnicos de fabrico, embalagem e inspecção, indústria cujo desenvolvimento muito deve à intervenção médico-veterinária moderna. No Porto, tomou contacto com os serviços de abastecimento da Câmara Municipal e, acompanhado pelo intendente de Pecuária do Porto, visitou fábricas de lacticínios, de conserveiras de peixe, secas de bacalhau, mercados e vários locais de venda de géneros alimentícios.

—Em Lisboa, sob a presidência do Chefe do Estado, inaugura-se o novo ano lectivo da Universidade. O acto realiza-se no anfiteatro do novo Hospital Escolar, circunstância a que o reitor, Dr. Gabriel Pinto Coelho, faz referência e agradece. O Dr. Mendes Ribeiro, director da Escola Superior de Farmácia pronuncia a oração de sapiência subordinada ao tema «A Farmácia e o seu ensino».

—No Porto também se inaugura o novo ano lectivo. Preside o reitor Prof. Amândio Tavares que no seu discurso resume a actividade passada e foca as necessidades presentes com que se luta para melhoria do ensino. A propósito da localização na capital, do ensino completo de Farmácia, analisa o dec. n.º 39.021 de 3 de Dezembro, e lê passagens do relatório do director da Faculdade de Farmácia do Porto. O Prof. Abílio Barreiro evoca a memória do Prof. Ferreira da Silva e o Prof. Ernesto Moraes, da Faculdade de Medicina, profere a oração de sapiência sobre a acção do ensino universitário.

**17**—O Dr. Abel de Lacerda, director da estância sanatorial do Caramulo, publica um opúsculo intitulado «Prestando Contas» onde historia a sua acção como deputado na última legislativa da Assembleia Nacional.

—O Dr. Cabral de Almeida, do Hospital de Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro, profere no Hospital de Santo António, no Porto, uma conferência e apresenta um aparelho de anestesia da sua invenção.

**18**—Em Lisboa o Sr. Arcebispo de Milene celebra missa, com a presença de muitos médicos, em homenagem a S. Lucas, padroeiro dos mesmos. Finda esta, reúnem em assembleia geral os médicos católicos portugueses. Além destas comemorações

realiza-se um almoço de confraternização e o Prof. João Porto, de Coimbra, pronuncia uma conferência.

—No Porto, no Paço Episcopal, realiza-se também, oficiada pelo Prelado, uma missa com a presença de muitos médicos.

—Em Paredes realiza-se um cortejo de oferendas a favor do seu hospital. Também em Sangalhos, a favor da sua Misericórdia, com o resultado de cinquenta contos.

—O Ministro do Interior assiste em Trancoso ao cortejo de oferendas em benefício do hospital local, que rende cerca de 180 contos. O de Santarém, com o mesmo fim de assistência à sua Misericórdia deve ter rendido cerca de 250 contos.

### Estrangeiro

Realizou-se, em Oviedo, o XV Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências. Da delegação portuguesa, chefla da pelo Prof. Amândio Tavares, faziam parte, entre outros, os Profs. Vitor Hugo Carrington da Costa, Rosas da Silva, Sousa de Lemos, Pereira Forjaz, Abílio Fernandes Pereira, Amorim Girão, Ruy Couceiro da Costa, Mário de Albuquerque, Silva Cunha, Custódio de Moraes, Daniel Barbosa, Correia da Silva, Xavier da Cunha e rev. Domingos Mauricio.

Na sessão inaugural, sob a presidência do Subsecretário de Estado da Educação Nacional, Prof. Royo Villanova, falaram o alcaide de Oviedo, Dr. Alonso Nora, e os presidentes das Associações Espanhola e Portuguesa, respectivamente almirante Rafael Estrada e Prof. Amândio Tavares, que representava, também, o Instituto de Alta Cultura, fazendo o discurso inaugural do Congresso o general Fernandes Ladreda.

—De Chelsea, E. U. A., dizem que a experiência adquirida na campanha da Coreia ensinou aos cirurgiões a prática do enxerto de artérias, evitando assim a amputação em muitos casos. Os Drs. Grewe e Spencer, cirurgiões da Marinha, apresentaram, numa conferência médica no hospital da Armada, um relatório a este respeito.

Recordam que os enxertos arteriais foram tornados possíveis graças aos trabalhos do Dr. Robert Gross, de Boston, que descobriu poderem os vasos sanguíneos conservarem-se até seis semanas numa solução salina refrigerada a que se juntam penicilina e estreptomina para evitar o desenvolvimento de bactérias.

Passou-se a dispor assim do meio de constituir «bancos arteriais», de que os cirurgiões dos hospitais da Coreia se serviram largamente com resultados notáveis. Os enxertos chegaram a atingir 15 centímetros e permitiram restabelecer a circulação em membros que, de outro modo, teriam sido amputados. As suturas, totalmente herméticas, são feitas com fio de seda.

—Ainda a propósito de enxertos arteriais, de Chicago, informam que quatro homens vivem com artérias colhidas a vitelos e um porco. Anunciou-o o Dr. Hufnagel em comunicação ao Colégio Americano de Cirurgiões, reunido ultimamente naquela cidade.

## A G E N D A

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Para provimento do cargo de médico municipal do partido médico com sede na cidade de Tomar.

—Para o provimento de uma vaga de médico pediatra do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da provincia de Angola.

—Para habilitação ao provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso do Barreiro.

A Cruz Vermelha Portuguesa informa-nos de que, muito em breve, será posta em vigor uma nova tabela de preços para os serviços das suas ambulâncias, tendo como sempre em vista beneficiar o mais possível, o transporte de doentes que delas necessitarem.

—O Instituto de Alta Cultura resolve tornar público que, por ordem do conselho directivo da «Fundação Prémio André Dreyfus» e de acordo com os seus estatutos e regulamentos em vigor, está aberta a inscrição de candidatos do Prémio Internacional de Genética André Dreyfus para o ano de 1954.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 8-X a 15-X-53)

8-X

Dr. Diogo Melo de Sampaio, subinspector do quadro do pessoal da Inspecção da Assistência Social—nomeado, para o cargo de inspector do mesmo quadro, na vaga resultante da nomeação do respectivo titular, Dr. Amadeu Lobo da Costa, para o lugar de director de serviços técnicos do quadro do pessoal técnico da Direcção Geral de Saúde.

—Dr. Mário Ferreira Bastos Raposo—promovido no cargo de subinspector do quadro da Inspecção da Assistência Social, ocupando a vaga resultante da nomeação do Dr. Diogo Melo de Sampaio para o lugar de inspector do mesmo quadro.

10-X

Dr. Rui Manuel Gomes Rosa Valentim Lourenço, interno do internato geral dos H. C. L.—autorizado a ir a Inglaterra aperfeiçoar os seus conhecimentos e prática de anestesia pelos métodos modernos no St. Mark's e no Westminster and Brompton Hospitals de Londres pelo período de 45 dias.

12-X

Dr. Aureliano Dias Gonçalves, médico civil—contratado para prestar serviço no batalhão n.º 5 da Guarda Nacional Republicana (Gouveia).

—Dr. Domingos Ferreira Afonso e Cunha, delegado de saúde de 2.ª classe do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelegações de saúde, com colocação na Delegação de Saúde do distrito de Aveiro—nomeado, interinamente, e em comissão de serviço, para substituir nas funções de delegado de Saúde de 1.ª classe do distrito do Porto o Dr. Domingos Cândido Braga da Cruz, enquanto durar o impedimento deste como Governador Civil do mesmo distrito e em virtude de o Dr. José Timóteo Montalvão Machado, que as desempenhava, ter sido nomeado para outras funções.

—Dr. Armindo Correia Saraiva Rodrigues—contratado, para exercer as funções correspondentes às de adjunto da Direcção Geral de Saúde, a desempenhar nos serviços técnicos de higiene do trabalho e das indústrias.

13-X

Portaria que extingue o Instituto Anti-diabético de Coimbra e integra o seu património nos Hospitais da Universidade da mesma cidade.



# O MÉDICO

SEMANARIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARA MÉDICOS

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 Bessa (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 Larroud, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotica do 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, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

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


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

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

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

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





**AFECÇÕES  
AGUDAS, SUBAGUDAS  
E CRÓNICAS DAS VIAS  
RESPIRATÓRIAS**

**PROPULMIL** INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 10.000 U. I.  
QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr.  
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

**PROPULMIL** SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.  
VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 10.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,1 gr.  
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,2 gr. EUCALIPTOL 0,2 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por supositório.

**PROPULMIL INFANTIL** SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.  
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr.  
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.