

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

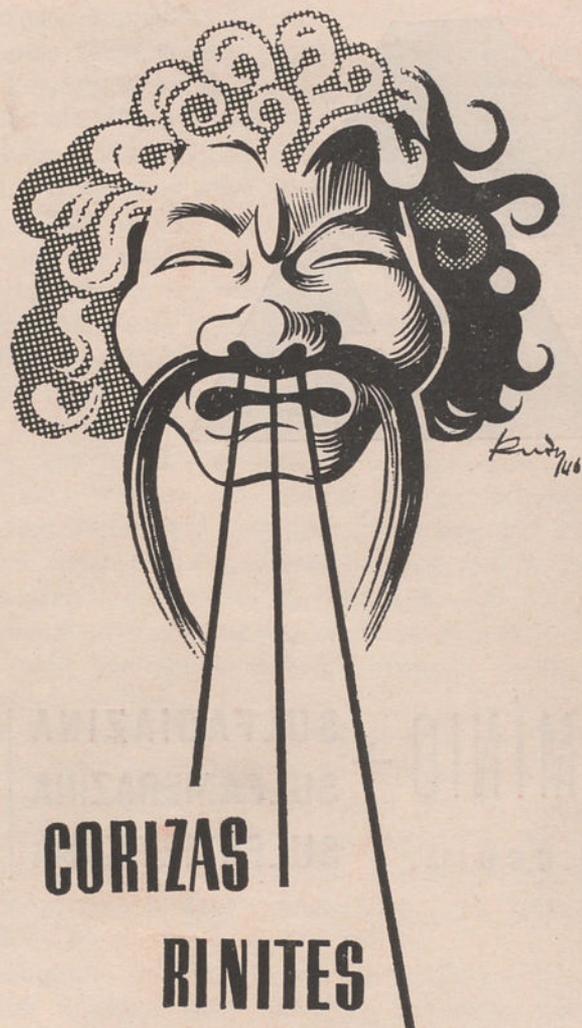
IV ANO — N.º 113  
29 de Outubro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

## N A Z A M I D A

A Z E V E D O S



**CORIZAS**

**RINITES**

**SINUSITES**

O DESCONGESTIONANTE NASAL  
SULFAMIDADO QUE BENEFICIA DA  
MAIS LARGA EXPERIÊNCIA CLÍNICA

SOLUÇÃO AQUOSA ISOTÓNICA E ISOIÓNICA  
DE SULFONAMIDA + EFEDRINA + CLORETONA

PARA O TRATAMENTO DE

**Todas as afecções da Rino-Faringe**

Sem os inconvenientes das soluções oleosas

Frasco de 25 cm<sup>3</sup> com pipeta-conta gotas: 16\$00



## LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

### SUMÁRIO

	Pág.
ALBANO RAMOS — <i>Fecalomas</i> — Dois aspectos radiológicos .....	883
ABEL SAMPAIO TAVARES — <i>Inversão visceral</i> .....	886
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — A actualidade dos testes de sensibilidade aos antibióticos .....	896
O desenvolvimento da apendicite crónica .....	899

### SUPLEMENTO

	Pág.
A Escola Ginecológica Argentina — JORGE DE MELO REGO .....	817
Ecos e Comentários .....	820
Os novos métodos psíquicos e os preceitos da Moral — (Discurso de Sua Santidade Pio XII) .....	821
XV Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia .....	826
Noticiário diverso.	



TRIPENICILINATO G DE ALUMÍNIO  $\dagger$  SULFADIAZINA  
65.000 U. SULFAMERAZINA  
SULFAMETAZINA

a	a
0,11 g	

ADMINISTRAÇÃO ORAL

Frasco de 20 comprimidos

---

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

# Fecalomas — dois aspectos radiológicos

ALBANO RAMOS

É objectivo desta curta nota comentar a reprodução de dois aspectos radiológicos de fecalomas que tivemos ensejo de observar no decurso do exame de várias dezenas de milhar de padecentes do aparelho digestivo. Afigura-se-nos útil de tal modo proceder, visto que se trata de padecimento relativamente pouco frequente quando com a expressão radiológica que o apresentamos, e ainda pelo facto de nos permitirem os exemplos presentes alguns reparos. Se não podemos dizer, como ainda em 1942 dizia M. Feldman (1), que «nothing is mentioned in the textbooks regarding the roentgen diagnosis of rectal fecalith and even the roentgen literature contains very little on this condition» visto que vários tratados — quer de radiologia pura (Ritvo e Shauffer) (2) quer de doenças do aparelho digestivo (Banks (3) — in Gastro-enterologia de Bockus), quer de estudo das tumorações abdominais (Mirizzi) (4), quer ainda de semiótica radiológica dos tumores do abdomen (Capurro e Piaggio Blanco) (5) aludem ao assunto, a verdade é que não é tema que com frequência chame a atenção dos autores, nem que seja versado com grande desenvolvimento, no aspecto radiológico, em qualquer literatura que dele se ocupe. Por outro lado é padecimento que com facilidade induz em erro como se tem verificado à custa de tantos e tão demonstrativos exemplos, e assim, abordá-lo é útil, além do mais, por que se traz à lembrança, sendo certo que muitos o omitem.

Por *fecaloma* entende-se uma concreção de matérias fecais, que devemos distinguir do *fecolito* pelo facto de este último se impregnar de cálcio até ao ponto de dar imagem radiológica por contraste positivo. Merecerá, neste momento, a nossa atenção o fecolito apenas no que tiver de útil a sua aproximação para tratar dos fecalomas.

O bloco de matérias fecais que origina o fecaloma tem a sua habitual sede no cólon esquerdo, sendo a sigmoide e o recto, pela sua própria função de reservatórios estercoreais, os segmentos do intestino que mais favorecem a sua formação. Todavia, noutros segmentos se tem encontrado fecalomas e nomeadamente no cólon transversal, segmento em que se encontra um dos casos reproduzidos por Ritvo (2), tal como se tem visto em divertículos e no apêndice. Os fecolitos não apresentam esta predominância de frequência tão evidente ao nível do cólon esquerdo e de tal modo isto acontece que alguns autores (Schinz) (6) os dão como mais frequentes à direita, imputando o cego e o apêndice como os segmentos intestinais mais atingidos.

Os fecalomas resultam de alterações funcionais e orgânicas de vária natureza, a que devemos dar atenção pelo facto de constituírem algumas delas sinais secundários acompanhantes que orientam o diagnóstico. É base da sua formação a obstipação intestinal — conquanto possam coexistir com a diarreia, que eles próprios provocam por irritação e que orienta enganadoramente — e assim, tem por causa predisponente todas as lesões orgânicas ou funcionais, de base congénita ou adquirida,

que aquela originam: o mega e o dólido-cólon distal; os apertos rectais de causa intrínseca ou extrínseca, a acalásia, etc. (1), são alterações que preparam para o fecaloma — tal como o repouso absoluto na cama, as doenças consumptivas, certos medicamentos e gravidez, e que orientam no diagnóstico. Este assenta na história clínica, no exame objectivo e no subsídio laboratorial radiográfico.

A história informa antiga obstipação, ainda que com diarreia actual, com a aparência geral correspon-



Fig. 1

dente a esse estado de obstipação crónica, e por vezes dá mesmo acidentes anteriores que são outros tantos surtos do mesmo mal já diagnosticado; o exame objectivo mostra distensão abdominal localizada ou difusa, e a palpação põe em evidência uma tumoração, qualquer que seja o sítio do abdomen e daí o ser difícil ajuizar

(1) Por Bernier-Le Goff e Bernier (7) foi registado um interessante caso de fecaloma, num divertículo rectal, de pulsão, do tamanho duma laranja, divertículo que possuía um padecente que fora tratado duma imperfuração anal.

o seu verdadeiro significado; a palpação associada ao toque colherão pormenores relativos à dureza, plasticidade (diz-se que o fecaloma é plástico numa parte pelo menos) e descrevem-se sinais colhidos quer pelo toque, quer pela auscultação, a que se atribui significado mas a que não aludimos por não termos experiência pessoal para crítica. Por fim, a palpação explora a mobilidade, que se descreve, geralmente, como positiva.

É evidente que a análise deste quadro não permite um diagnóstico preciso. Assim, se dum modo geral a

de águas, caso relatado por Buzzel, citado por Benson e Barga, e que Mirizzi refere; e, ainda, o que sucedeu na nossa segunda observação, o de se tomar por tumor vesical o que na verdade era um fecaloma, pormenor de útil acentuação pelo quadro vesical que os fecalomas podem originar. E se no exemplo anteriormente referido a incontidência levou a pensar na ruptura da bolsa de águas, noutras circunstâncias o fecaloma tem acarretado a retenção, coisa que por nós próprios foi observada e que já Mitchell (8) registara em 1929.



Fig. 2



Fig. 3

tumoração é móvel, também são móveis os tumores mesentéricos e todos os pediculados, nomeadamente os cistos do ovário; e, por outro lado, por vezes os fecalomas são absolutamente fixos, o que leva Feldman (1) a dizer: «movability of the mass is indicative of a fecalith, but when the fecal accumulation is large, it may be difficult to detect mobility». Acentuamos este ponto visto que nos dois exemplos que a seguir relatamos um apresentava-se com a maior mobilidade e o outro com fixidez absoluta. Por outro lado, se atendermos à localização tumoral veremos que todas as confusões são possíveis, dado que a neoformação pode apresentar-se como correspondente a qualquer órgão — rim, baço, fígado, estômago, vesícula, útero, etc., etc., conquanto seja mais frequente a sua localização no quadrante inferior esquerdo. Na gama de confusões a que pode conduzir é interessante relembrar, citando Mirizzi (4), o caso em que se diagnosticou gravidez por a massa palpável semelhar o crânio fetal e a incontidência de urinas fazer crer em ruptura da bolsa

Ora, se se pode ser induzido em erro, ainda mesmo que se recorra aos mais minuciosos sinais colhidos por palpação e auscultação, é evidente que se não deve assentar no diagnóstico sem procurar remover a tumefacção palpável com o uso de clisteres e, sobretudo, sem praticar o clister opaco, meio de exame esclarecedor e a que se deve dar preferência, sobretudo quando há em mente a possibilidade de fecaloma. Não quer isto dizer que não seja possível identificá-lo no estudo radiológico por via descendente, o que pode suceder, ainda que com mais dificuldade; e, por outro lado, tem-se a vantagem de se não contribuir para o aparecimento de fecalomas ou de originar mesmo a oclusão. Com efeito, nós sabemos que nos obstipados, sobretudo, a substância de contraste usada por ingestão favorece em certo número de casos o aparecimento de fecalomas. Dizem alguns autores que em 5% dos doentes estudados com papa baritada se observa retenção terminal, sendo por isso de aconselhar um laxante suave ou um clister evacuador. A nossa

prática não regista percentagem tão alta, o que temos de atribuir à constituição de alguns dos produtos por nós empregados. Todavia, como todos, temos tido casos de fecalomas por substância baritada (1), eventualidade que está completamente fora das nossas considerações actuais, por surgir durante uma exploração de diagnóstico e até pela circunstância de conter em si mesma recursos de visibilização espontânea que o ordinário fecaloma não possui. Com efeito, na exploração radiológica sem artifício o fecaloma pode não dar imagem espontânea de qualquer espécie, sendo o filme simples de valor de exclusão. Outras vezes, porém, apresenta o aspecto do conteúdo fecal, com as características que vemos nos casos de obstipação, sobretudo nos dólíco-mega-cólon — na doença de Hirschprung — em que observámos, sem artifício, leve aumento de densidade em relação aos tecidos ambientes, aumento o mais heterogéneo, contendo pequenas quantidades de gás no seu interior e apresentando dimensões e orientação cólica, se bem que de topografia, orientação e dimensões que são em geral anormais. A identificação de conteúdo fecal não certifica o diagnóstico, pois pode tratar-se não de um verdadeiro fecaloma, mas sim de conteúdo fecal retido numa zona de aperto de qualquer natureza, nomeadamente tumoral. Na exploração por clister opaco, se não há obstrução completa — se a há a coluna baritada contorna a tumefacção apresentando «um bordo arredondado, liso ou levemente irregular no sítio da lesão» como diz Ritvo, e que nunca vimos mas bem se compreendendo que assim deva suceder — se não há obstrução completa, dizíamos, a substância de contraste circunda a tumefacção, que ultrapassa, e aparece uma área de menor densidade, central, de contornos regulares ou irregulares, sendo a subtracção móvel ou imóvel. Neste último caso, se a mobilidade é ampla o diagnóstico diferencial é simples e quase sem interesse, mas se há fixidez importa afastar tumorações doutra natureza — os tumores na verdadeira acepção da palavra — e por vezes torna-se importante recorrer a técnicas de clister diversas, nomeadamente ao estudo das pregas e ao método de Fisher. Assim, não só se afasta a presença de pedículo, como se revela a integridade das pregas da mucosa e se põe mais facilmente em evidência o aspecto heterogéneo que acompanha os fecalomas. Por vezes as pregas da mucosa sofrem, mesmo com simples fecalomas, podendo realizar-se a perfuração da parede intestinal (Ó' Reilly) (10).

Sem dúvida que podemos perfilhar as palavras de Banks (3) quando afirma que «a exploração radiológica é o melhor meio para diferenciar as massas fecais dos verdadeiros tumores», acentuando, porém, não ser método infalível. As nossas duas observações abonam inteiramente este ponto de vista e antes de iniciarmos a sua exposição acentuemos que conquanto o fecaloma, na localização rectal, não seja muito raro, é-o a sua demonstração radiológica, por a ela relativamente pouco se recorrer.

Observ. I (1948) A. P. M. — 33 anos.

Obstipado de longa data, consulta por motivo de haver notado no abdomen, à esquerda, uma massa que

se move quando se faz exploração palpatória, massa que reconhecera já há alguns meses.

Apresenta-se com mau estado geral, pálido, sem força, com inaptência e o exame pulmonar mostra lesões evolutivas.

A palpação do abdomen revela, na verdade, ao nível do flanco e fossa ilíaca esquerda, uma tumefacção, do tamanho duma grande laranja, móvel, de contornos um pouco irregulares. Pede-se estudo por clister opaco e este revela após a repleção duma ampola rectal de mo-

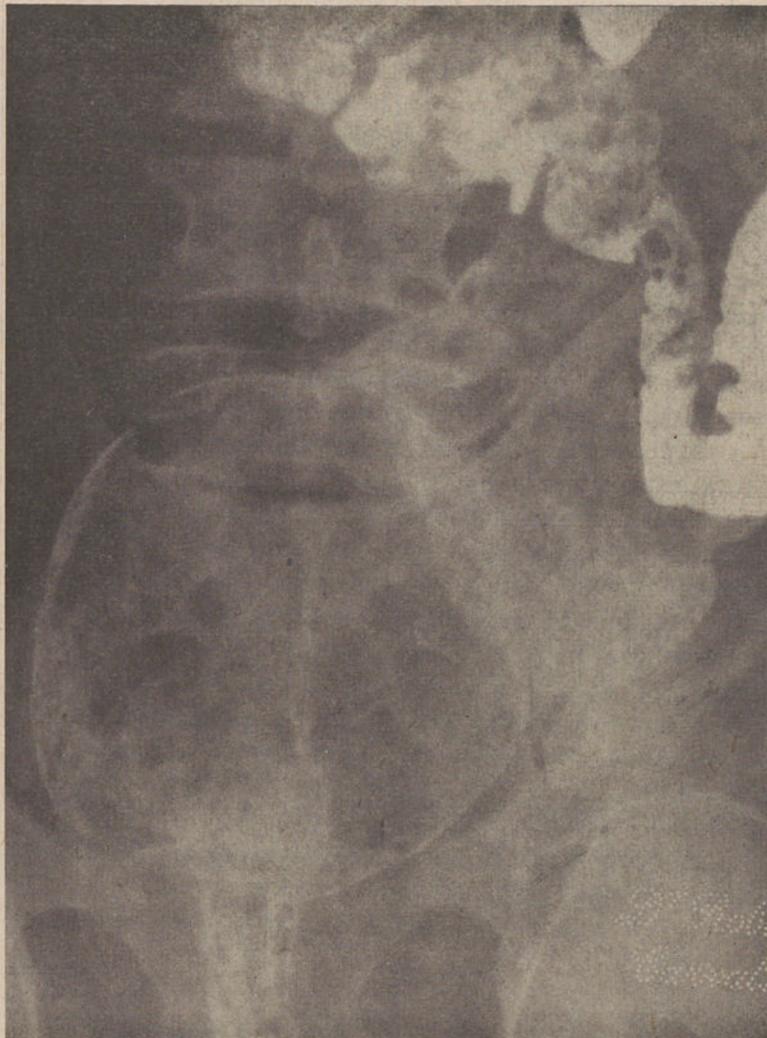


Fig. 4

deradas dimensões, mesmo com certo grau de atresia na transição recto-sigmoideia, um cólon sigmoideu muitíssimo alargado, ocupando todo o hemi-abdomen esquerdo (fig. 1). A ansa sigmoide atinge o ângulo esplénico, volta-se para a fossa ilíaca esquerda para depois seguir-se prolongada pelo descendente, ainda de grande calibre.

Em plena dólíco-mega-sigmoide, na transição do flanco para a fossa ilíaca, vê-se uma subtracção de enormes dimensões, de contraste heterogéneo e bordos irregulares, ocupando todo o cólon, do qual deixa livre apenas uma estreita passagem sobre o bordo interno, por onde corre a substância baritada. A tumefacção que gera tal imagem é perfeitamente móvel, como vimos no exame radioscópico, pois conseguimos na palpação sob o écran deslocá-la até ao hipocondrió e baixá-la até à área mais apertada da ampola rectal. O diagnóstico de fecaloma impunha-se, depois do exame radiológico.

O doente fora internado com o fim de ser tentada a ablação cirúrgica, — única possível no caso presente,

(1) Buffard, Goyon e Jacquemet (9) registaram ainda recentemente dois casos de obstrução intestinal por rolha baritada.

— mas tal não foi executada e perdemo-lo de vista quando se avizinhava da morte, por motivo da progressão das suas lesões pulmonares. Não temos neste momento possibilidade de averiguar o seu destino, mas é de crer tenha falecido, pois há já meses que tivemos informação do seu gravíssimo estado, anotando-se que da parte digestiva, e em especial intestinal, ia passando bem, ainda que 5 anos houvessem decorrido depois da nossa exploração radiológica.

Obs. II — António S. R., de 67 anos de idade, trata-se desde há vários anos de perturbações digestivas, gastro-intestinais, com mencionada obstipação.

Vem à consulta dum colega especializado em vias urinárias por ter tido uma retenção completa de urinas, crise esta que era já a repetição de outra idêntica que tempos antes sofrera. No decurso do estudo reconheceu-se a disuria dum leve prostatismo, que o toque justificava revelando uma próstata de médias dimensões, e na palpação bimanual encontrou-se uma tumefacção supra-púbica, muito dura e fixa, de contornos lisos, arredondada, com cerca de 12 cms. de diâmetro, em situação que tudo indicava em relação com a bexiga. A endoscopia vesical não mostrou anormalidades de especial significado e foi por isso pedido estudo radiológico.

A observação iniciada com cliché simples não trouxe informação e por isso se praticou o clister opaco em camada fina e com repleção total. Logo durante a administração do contraste se pôde ver o aparecimento duma área de extensa lacuna supra-púbica, das dimensões de uma cabeça fetal de termo. O contraste corria para a sigmoide contornando a tumefacção que na face e no perfil (fig. 2 e 3) se apresentava com as mesmas características de lisura de limite e de situação intracólica. Após evacuação (fig. 4) o mesmo se observa e com nitidez. Trata-se dum fecaloma na ampola rectal e coexistindo com um dólico-mega-sigmoide.

E, para concluir, queremos acentuar os seguintes pontos abonados pelos nossos exemplos:

1.º O exame radiológico é o meio mais seguro e

mais informativo para diagnosticar fecaloma e precisar as suas circunstâncias;

2.º O fecaloma ora se apresenta móvel, o que favorece o diagnóstico, ora se apresenta fixo, não sendo possível a mínima deslocação, o que pode acarretar a suspeita de verdadeira neoformação, como aconteceu no nosso segundo exemplo em que se cria em tumoração vesical;

3.º O fecaloma pode apresentar os seus contornos irregulares, como acontecia no nosso primeiro exemplo ou, pelo contrário, perfeitamente lisos, como demonstra o segundo;

4.º O clister opaco, sob suas diversas modalidades é, sem dúvida, o meio mais expedito para a sua demonstração, sendo de encarecer as vantagens do estudo de face, perfil e oblíquas, de modo a demonstrar a situação intramural da tumefacção e a ausência de relações de continuidade com a parede, sobretudo nos casos de fecaloma não mobilisável.

- 1 — *Feldman, M.* — Fecalith of Rectum; Report of case simulating a neoplasm. *Radiology*, 38, 89, Jan. 1942.
- 2 — *Ritvo M. and Shauffer I. A.* — Gastro-intestinal X-Ray diagnosis. 1952.
- 3 — *Banks R. W.* — Atascamiento fecal en el colon y el recto. in *Gastro-enterologia*, de H. L. Bockus. V. — II, pg. 877, cap. LXXII.
- 4 — *Mirizzi P. L.* — Diagnostico de los tumores abdominales. *Oncocyllagnosis* Editor «El Ateneo». Buenos Aires. Tomo I, 1941, pg. 474-481, cap. XI — Colon.
- 5 — *Capurro F. G. e Piaggio Blanco — R.* — Semiologia clínico-radiológica de las tumoraciones del abdomen. *Espasa* — Calpe S. A. 1946.
- 6 — *Schinz, H. R., Baensch W. e Friedl E.* — Rontgendiagnostik. Tomo II, pg. 763 *Salvat*. Barcelona 1932.
- 7 — *Le Goff, Bernier-Le Goff M. et Bernier J. J.* — Diverticule du rectum avec volumineux fécalome. *Journ. de Rad. d'Electric. et Arch. d'Electr. Médicale*. 34, 5-6, 354-355, 1953.
- 8 — *Mitchell, J. M.* — Retention of urine caused by Faecal Impaction. *Brit. M. J.*, 2, 1198, 28 Dez. 1929.
- 9 — *Buffard P., Goyon M. et Jacquemet* — Deux cas d'obstruction intestinale par bouchon baryté. — *Jour. de Rad. d'Electr. et Arch. d'Electr. Médicale*. 34, 5-6, 441-442, 1953.
- 10 — *Ó Reilly, J. J.* — Death following perforation of a stercoraceous ulcer. *Lancet* 2, 1175, 23 Nov. 1935.

## Inversão visceral <sup>(1)</sup>

(Dissecção dum exemplar; interesse anátomo-clínico)

ABEL SAMPAIO TAVARES

(1.º Assistente da Faculdade de Medicina do Porto)

Se os casos de inversão visceral são de observação relativamente frequente (até 1949 havia registados em Portugal, com maior ou menor minúcia, para cima de vinte casos — 1) e se o seu conhecimento remonta a épocas muito recuadas da história médica e biológica <sup>(2)</sup>, não é totalmente despido de interesse

o relato de mais uma observação <sup>(1)</sup>, sobretudo quando se tornou possível realizá-la com o vagar e a profundidade consentidos pela dissecção anatómica. Aproveitarei a ocasião, mais adiante, para aludir ao interesse médico e cirúrgico inerente a esta variação, cujo conhecimento, como de resto o de muitas outras, mais localizadas e menos sensacionais, é imprescindível para que se não caia em erros grosseiros e perfeitamente dispensáveis.

Em 5 de Fevereiro de 1953 deu entrada no Teatro Anató-

(1) Comunicação apresentada ao XVII Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências (Oviedo, 1953).

(2) Já, na Antiguidade, *Aristóteles* (2) se referiu à inversão visceral nos animais. A partir do século XVI e da primeira observação realizada no Homem em 1569 por *Cornelio Gemma* (cit. por *Taruffi* 3), regista a literatura médica inúmeras observações: 288 desde 1569 até 1906, segundo *Henrique Parreira* (4); e só entre 1925 e 1946 encontrou *Robert Johnson* (23), de Chicago, ao rever a literatura, 632 casos, sendo 379 de «situs inversus totalis».

(1) Não é a primeira vez que se apresenta um caso de inversão visceral aos Congressos da Associação Luso-Espanhola para o Progresso das Ciências; na verdade, versam o mesmo tema a comunicação de *Mowbray J.* ao Congresso de Málaga (1951) e a de *João de Melo* e *Júlio de Vasconcelos* ao Congresso do Porto (1944).

# A F E C I L I N A

## Profilaxia e Terapêutica dos Resfriados

### COMPOSIÇÃO

Dibenziletilenadamina Dipenicilina G . . . . .	100.000 U.
Penicilina G Procaínica . . . . .	100.000 U.
Citrato de feniltoloxamina dihidrogenado . . . . .	0,025 Grs.
Ácido acetilsalicílico . . . . .	0,150 Grs.
Fenacetina . . . . .	0,120 Grs.
Cafeína . . . . .	0,030 Grs.
Excipiente q. b. p. . . . .	1 comprimido

### INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Na profilaxia e terapêutica dos resfriados e, dum modo geral, nos estados agudos do aparelho respiratório, nomeadamente na gripe, bronquite, pneumonia, etc.

### APRESENTAÇÃO

Tubo de 10 e de 20 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*



Assegura ao lactente privado do leite materno um crescimento normal e regular e uma eficaz protecção contra as infecções.

# Pelargon

LEITE EM PÓ COMPLETO ACIDIFICADO  
TIPO MARRIOTT  
PARA A ALIMENTAÇÃO REGULAR DO LACTENTE

**NESTLÉ**

mico o cadáver de A. M., de 40 anos incompletos, trabalhador, natural de S. Mamede de Infesta, Matosinhos, proveniente da Enfermaria da Cadeia Civil do Porto, onde falecera três dias antes. Este cadáver, depois de devidamente preparado e injectado, foi utilizado para as provas de exames da época de Julho dos alunos de Anatomia Descritiva e, no decurso das mesmas, ao abrir o abdómen, logo se verificou que o fígado estava no hipocôndrio esquerdo, o baço no hipocôndrio direito, o cego e o apêndice na fossa ilíaca esquerda. O cadáver foi então retirado do serviço de exames e o *Snr. Prof. Hernâni Monteiro* encarregou-me da sua dissecação e estudo, com vista à conservação do exemplar para enriquecimento da colecção do Museu do nosso Instituto.

Procurei desempenhar-me da incumbência e compensar, na medida do possível, as consequências desfavoráveis da longa conservação e da imperícia e manuseamento dos alunos. Depois de preparada, a peça apresenta o aspecto que a Fig. 1 documenta.

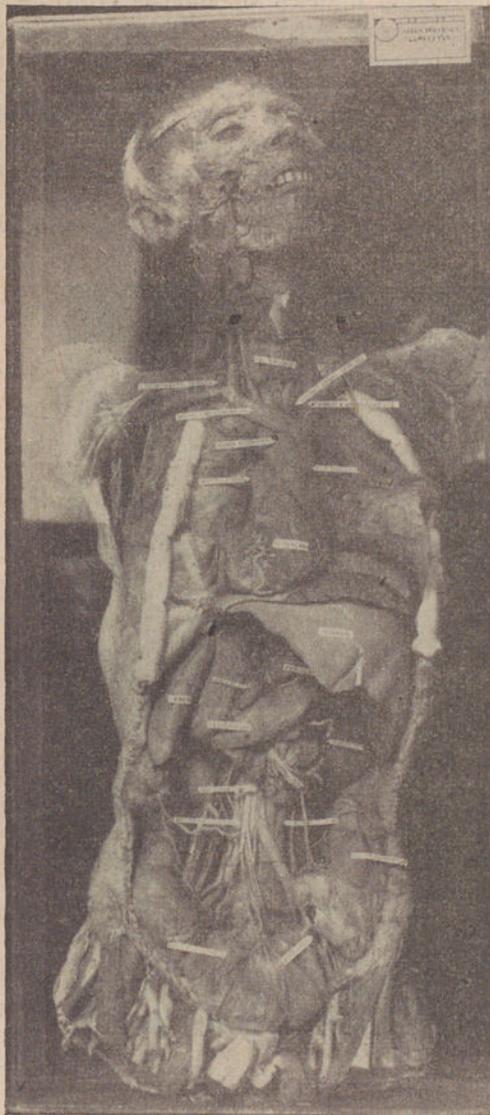


Fig. 1

Na fotografia da Fig. 2 mostra-se a disposição recíproca dos órgãos na primeira fase da dissecação, tendo-se apenas aberto as cavidades torácica e abdominal e iniciado a dissecação dos órgãos intra-torácicos.

Examinando com cuidado o exemplar já dissecado, verifiquei o seguinte:

*No tórax*—O coração de tamanho sensivelmente normal encontrava-se orientado no sentido inverso do habitual, isto é, com a ponta dirigida para baixo, para a frente e para a direita e a base para trás para cima e para a esquerda; 2/3 da sua massa situavam-se à direita da linha média; continuava-se para cima pelos grossos vasos que se dispunham do modo seguinte, indo da direita para a esquerda: artéria pulmonar, aorta ascendente, veia cava superior. A artéria pulmonar continuava-se pelo seu infundíbulo com o ventrículo situado à esquerda, que apresentava as características do ventrículo direito e o contrário sucedia com a aorta, a emergir do ventrículo situado à direita, detentor, por sua vez, das particularidades anatómicas inerentes ao ventrículo esquerdo. No sulco interventricular anterior corria

uma artéria coronária proveniente do lado direito da porção inicial da aorta e no sulco auriculo-ventricular, oriunda, ao mesmo nível, do lado anterior esquerdo desse vaso, encontrei a outra artéria coronária, a contornar o bordo esquerdo do coração. Quer dizer: à inversão completa das cavidades cardíacas e à transposição correspondente dos grossos vasos associava-se, como seria de esperar, a disposição invertida da circulação arterial do coração.



Fig. 2

A crossa aórtica dirigia-se para trás e para a direita, para o flanco direito da coluna dorsal e dela partiam, além das duas artérias coronárias, o tronco arterial braquio-cefálico (que se dirigia para a esquerda), a artéria carótida primitiva direita e a artéria subclávia direita. A veia cava superior, costeada pelo frénico esquerdo, recebia a grande veia ázigos (que contornava o pedículo pulmonar esquerdo) e resultava, como habitualmente, da confluência dos dois troncos venosos braquio-cefálicos; mas, neste caso, tal confluência situava-se por trás da articulação esterno-costo-clavicular esquerda e portanto era o tronco direito que, mais longo e mais horizontal, recebia as veias tiroideias inferiores e atravessava a linha média para se juntar ao tronco esquerdo, mais curto e mais vertical. Na base do pescoço, pude dissecar a crossa do canal torácico a desembocar na confluência jugulo-carotídea direita.

O pulmão do lado direito não pode ser estudado pela existência a esse nível de gravíssimas lesões pleuro-pulmonares. Por isso mesmo não levei longe a dissecação da porção horizontal da crossa aórtica, nem estudei as suas relações com o pneumogástrico respectivo e com a origem do recorrente. Pelo seu lado, o pulmão do lado esquerdo apresentava três lobos e duas cesuras, como habitualmente sucede com o órgão do lado oposto.

O facto de a peça se destinar a ser conservada no Museu inibiu-me de estudar as relações recíprocas dos órgãos do mediastino posterior.

*No abdómen*—O fígado, de tamanho sensivelmente nor-

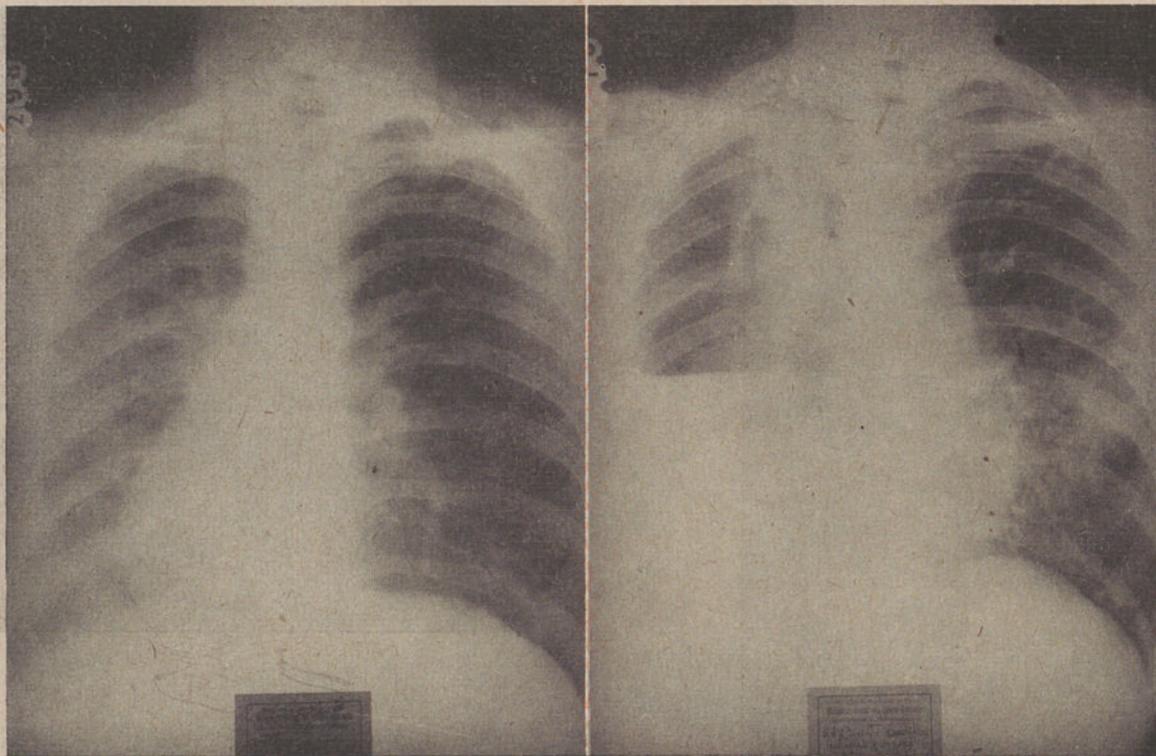
mal, encontrava-se alojado no hipocôndrio esquerdo, com a extremidade mais larga dirigida para a esquerda e a mais afilada para a direita, olhando a sua face inferior para baixo, para a direita e um pouco para trás; a vesícula biliar encontrava-se alojada na respectiva fossa cística, situada à esquerda do ligamento redondo. No pedículo do fígado, a artéria hepática vinha da direita e a hepática própria caminhava verticalmente, encostada ao flanco direito do canal hepato-colédoco; a veia porta conservava a sua situação posterior, mas nascia à esquerda da coluna, por detrás da cabeça do pâncreas. O baço alojava-se no hipocôndrio direito e também o estômago se apresentava completamente invertido, com o cárdia à direita da coluna e o piloro à esquerda, a pequena curvatura em cima e à esquerda, a grande curvatura em baixo e à direita. Ao piloro seguia-se o duodeno, a contornar a cabeça do pâncreas; a segunda porção descia ao longo do flanco esquerdo da coluna lombar e o ângulo duodeno-jejunal encontrava-se à direita. A cauda do pâncreas estava, igualmente, do lado direito.

O cólon apresentava topografia absolutamente inversa da normal: o cego e o apêndice situavam-se na fossa ilíaca esquerda, o ascendente subia no flanco do mesmo lado, o descendente encontrava-se à direita e o ileo-pélvico na fossa ilíaca do mesmo lado, com orientação e disposição absolutamente inversas das normais. A raiz do mesentério estava orientada de cima para baixo e da direita para a esquerda, tal como a artéria mesentérica superior, da qual alguns ramos terminais (cólica

transposição visceral, o rim direito estava situado nitidamente mais abaixo do que o esquerdo. Este facto não deixa de ser curioso por se atribuir geralmente à presença do fígado o desnível encontrado entre os dois rins.

Por o cadáver estar fixado e conservado havia muito tempo, não me foi possível tirar conclusões acerca da posição respectiva dos testículos; é sabido que, habitualmente, nos casos de transposição visceral, desce mais o testículo direito que o seu congénere do lado oposto.

Graças à gentil amabilidade do Snr. Dr. José Braga, Dig.<sup>mo</sup> Director da Enfermaria da Cadeia Civil do Porto, consegui elementos de interesse da história progressiva de A. M. Dera entrada na Cadeia Civil do Porto em 10 de Maio de 1951, referindo a observação clínica de entrada que a sua constituição era débil e mau o seu estado geral. Em 10 de Março de 1952 foi tirada uma radiografia pulmonar (Fig. 3-A); acompanha-a o seguinte relatório:—«*situs inversus*» torácico, notando-se infiltração difusa fibro-acinosa bilateral, de predomínio direito, peri-hilar e basal, onde se notam imagens de pequenos focos de amolecimento e bronquiectasias». Em Setembro do mesmo ano, novo exame (Fig. 3-B) revelou uma imagem de pio-pneumotórax direito, cujo derrame atingia o 8.º espaço intercostal, atrás, com desvio do mediastino para o lado oposto. Vários exames de expectoração revelaram a presença do bacilo de Koch. As reacções de Wassermann e de Sachs-Witebsky eram negativas; a de Kahn positiva.



A

Fig. 3

B

inferior «esquerda», cecal anterior, recorrente ileal e apendicular) se encontram preparados.

Pelo que aos órgãos retro-peritoneais diz respeito, verificou-se que a veia cava inferior subia à frente da coluna lombar, à esquerda da aorta descendente, situada nitidamente à direita. A veia renal direita era mais longa que a do lado oposto e recebia a veia espermática correspondente, enquanto a do lado esquerdo se lançava na veia cava. A artéria mesentérica inferior dirigia-se para a direita e dela partiam as artérias cólicas direitas e as artérias sigmoideias; vê-se muito nitidamente na preparação o arco vascular de Treitz (cólica superior «direita» + veia pequena mesaraica) situado do lado direito.

A situação inversa da aorta e da veia cava modificava evidentemente as dimensões e relações respectivas dos vasos ilíacos entre si. Além disso, as veias ilíacas externa e interna do lado direito lançavam-se isoladamente na veia ilíaca primitiva esquerda e deste modo diferia da disposição clássica a origem da veia cava inferior.

Ao contrário do observado, quase sempre, em casos desta natureza, a posição recíproca dos dois rins era a encontrada habitualmente em indivíduos normais. Quer dizer: apesar da

O estado de A. M., cada vez mais grave, impediu o estudo radiológico das vísceras intra-abdominais, que, descoberta a dextrocardia, se pensou em princípio levar a cabo.

A inversão visceral, total ou parcial, típica ou atípica, a princípio achado casual de autópsia, mais tarde observada uma ou outra vez com os singelos métodos da semiologia clínica<sup>(1)</sup>, passou a registar-se com frequência cada vez maior na literatura médica desde a descoberta de Roentgen e, especialmente, desde que, para fins de diagnóstico, ou de despiste de enfermidades, e, particularmente, da tuberculose pulmonar, número cada vez mais avultado de seres humanos vai sendo submetido a exames radiológicos de vária espécie.

E provou-se este facto singular:—a transposição visceral,

(1) Dizem Carlos Vidal e Gentil Branco (5) que o primeiro diagnóstico por auscultação e percussão foi feito em 1854 por Bertin e Dubler, se bem que pareça ter Riolan, no sec. XVII, observado já que o coração da rainha de França, Maria de Médicis, pulsava no hemitórax direito e Karashima, cit. por Lineback (11) afirma ter sido Küchenmeister, em 1824, o autor do primeiro diagnóstico por auscultação e percussão.

**Associação**

de

**P E N I C I L I N A**

**E S T R E P T O M I C I N A**

**D I H I D R O E S T R E P T O M I C I N A**

**G R A M I C I D I N A**

e

**C L O R O F I L A**

para

**tratamento**

**local**

das

**infecções**

**ginecoló-**

**gicas**

*Gramiovulos*

**INSTITUTO LUSO-FARMACO-LISBOA**

Em dores intensas

# POLAMIDON»C«

»HOECHST«

Bem tolerado devido a um componente de acção vagolítica

**Especialmente apropriado á clínica quotidiana**

**Embalagens:**

Para uso oral: gotas a 1%, frascos de 10 cc  
tubos de 10 comprimidos a 5,25 mg

Soluto injectavel a 1/2%: 10 ampolas de 1 cc



**FARBWERKE HOECHST**

*vormals Meister Lucius & Brüning*

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal:

*Mecius Lda.*

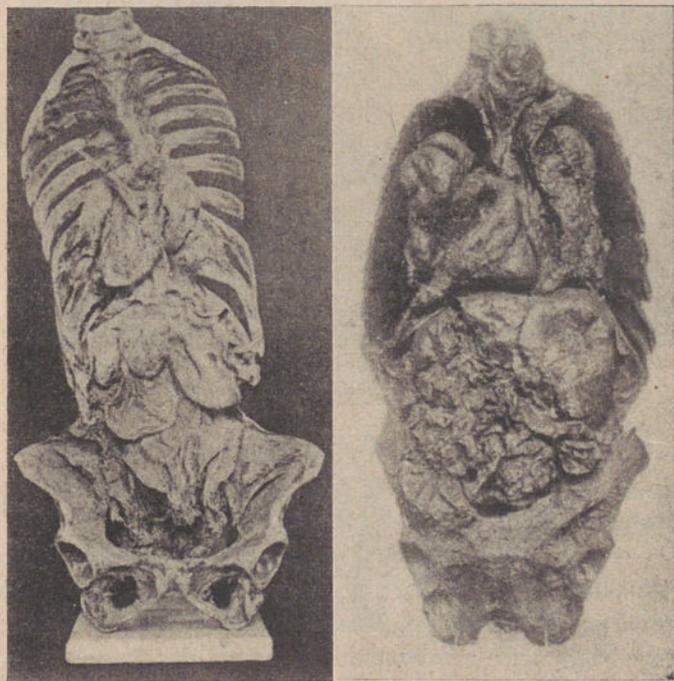
Rua do Telhal, 8-1.º — LISBOA

colocada por *Aristóteles* entre as monstruosidades, considerada por *Leibnitz* «un débauche de la nature», classificada por *Stoll* como um jogo extraordinário da natureza (ver *Alvarenga* — 6), observada com espanto pelos anatómicos e médicos de seiscentos, sublinhada ainda hoje, uma ou outra vez, na imprensa diária com imerecida sensação, não afecta, por si só, a saúde e a longevidade dos que a possuem e existe em considerável número de indivíduos.

Apareceu 1 vez em cada 5.000 exames radiológicos, na estatística de *Mandelstamm* e *Reinberg* (cit. por *C. Vidal* e *G. Branco* — 5), apresentando números semelhantes *Larimore* (7) e *Richman* (8) e mais elevados *Le Wald* (9) (1 para 4.000). No Porto, o *Dr. Albano Ramos* (10) tem 7 observações em cerca de 60.000 exames; em compensação, no Instituto de Medicina Legal, numas 16.000 autópsias, nunca se observou qualquer caso (1).

Tem interesse reproduzir os números fornecidos por *Mayo* e *Rice* (12), dado o avultado material de que dispuseram:—entre 1910 e 1947, descobriram-se na Clínica Mayo, por exame clínico ou radiológico, entre os 1.551.047 pacientes ali registados, 76 casos de inversão visceral total, 7 de transposição torácica, apenas, e 4 de inversão abdominal só; isto dá a proporção de 1 caso para cada 20.408 pacientes registados.

O exemplar que descrevi encontra-se arquivado no Museu do nosso Instituto. E vem a propósito recordar que o *Prof. Henrique Parreira* (4) refere no seu trabalho a circunstância de existir um outro conservado no Museu de Anatomia Patológica da Universidade de Coimbra (2); e nesse mesmo artigo o *Prof. Parreira* menciona a existência (e publica as fotografias, que julguei curioso reproduzir para mostrar a V. Ex.<sup>as</sup> — Fig. 4), de duas peças de «situs inversus» no Museu do Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Lisboa. Uma delas (Fig. 4-B), cuja fotografia também se encontra publicada pelo *Prof. Azevedo Neves* (13), parece ser a referente ao caso descrito em 1884 por *Joaquim Evaristo* (14). A propósito do outro exemplar (Fig. 4-A), muito mais antigo e em muito pior



A

Fig. 4

B

estado de conservação, perguntavam em 1923 o *Prof. Hernâni Monteiro* e o *Dr. Sousa Feiteira* (15), numa comunicação à antiga

(1) Agradeço ao *Prof. Francisco Coimbra* a gentileza desta informação e ao *Dr. Albano Ramos* a amabilidade de pôr à minha disposição o seu trabalho «Estudos de Radiologia apendicular», a publicar em breve.

(2) Já depois de redigido o trabalho, por gentileza do *Snr. Dr. Herménio Teixeira*, recebi a informação de que esta peça já não existe, e que, há uns 3 anos, os Serviços de A. Patológica de Coimbra tinham registado outro caso em autópsia.

Associação Médica Lusitana, se não seria aquele cuja existência fora já mencionada pelo *Prof. Alvarenga* nos seus trabalhos de 1868 e 1869.

Acrescento que, há poucas semanas, ao visitar o Serviço de Anatomia da Faculdade de Medicina de Madrid, aí encontrei, muito razoavelmente conservados, três exemplares bastante antigos de inversão visceral completa.

\*

Alguns factos importa salientar a propósito do caso que descrevi. O primeiro é a circunstância já apontada de, ao contrário de verificado em observações de outros autores, o rim

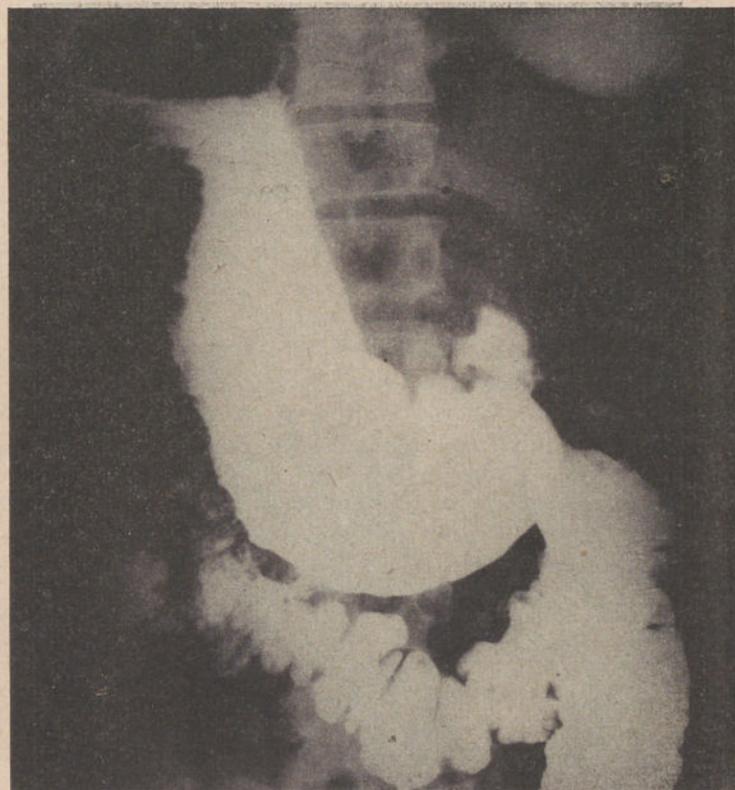


Fig. 5

M. L. J. — 22 anos

direito se situar a nível inferior ao do esquerdo, como acontece em indivíduos normais, em que o fígado está à direita. E não posso deixar de aproximar este facto do recentemente relatado pelo *Dr. Albano Ramos* (16): tratava-se dum caso muito raro de inversão gastro-hepática, numa rapariguinha de 12 anos, no qual o hemidiafragma mais subido era o direito, apesar da transposição do fígado. Ora, sabe-se que os anatomistas correntemente atribuem a subida relativa do hemidiafragma direito e a descida do rim do mesmo lado à presença e grande desenvolvimento da glândula hepática a esse nível. É possível que haja nisso algo de verdadeiro, mas não deixa de ficar provado não ser necessário o volume hepático para que as posições relativas dos dois rins e das duas metades do diafragma se mantenham como nos indivíduos normais.

Quero registar ainda a circunstância de o meu observando ter falecido de tuberculose pulmonar. É realmente muito corrente a tuberculose pulmonar em casos de inversão visceral. Opina, todavia, com inteira lógica a este respeito, o *Dr. Albano Ramos* (10):— «deve acentuar-se que se trata de simples coincidência, por ser aquela doença frequente a causa que mais leva a radioscopia ou radiografia torácica, isto é, a doença que melhor favorece o despiste da anormalidade». Isto deve ser assim em grande parte, parecendo à primeira vista muito razoável que a simples transposição visceral nada tenha que ver com esta ou aquela predisposição mórbida. Não se deve esquecer porém, que há nestes casos maior incidência de anomalias congénitas (*Wood* e *Blalock* — 19; *Robert Johnson* — 23) e está provado que a incidência de bronquiectasias e sinusite é maior entre os pacientes com «situs inversus» do que na população em geral (*Mayo* e *Rice* — 12). Assim, em 1937 *Adams* e *Churchill* (17), num estudo de 23 pa-

cientes com «situs inversus», verificaram que 5, ou seja 21,7% sofriam de bronquiectasias, enquanto a frequência habitual desta afecção na população hospitalar é de 0,306% (1). Deste modo a entidade clínica conhecida por *síndrome de Kartagener* («situs inversus», sinusite, bronquiectasias) encontra-se realmente justificada. Recordo que se provara, pelo exame radiológico, que o indivíduo objecto da minha observação sofria de bronquiectasias, não sei se determinadas ou favorecidas pelos seus padecimentos pulmonares.

Por este caminho entramos na exposição do interesse médico-cirúrgico da transposição visceral.

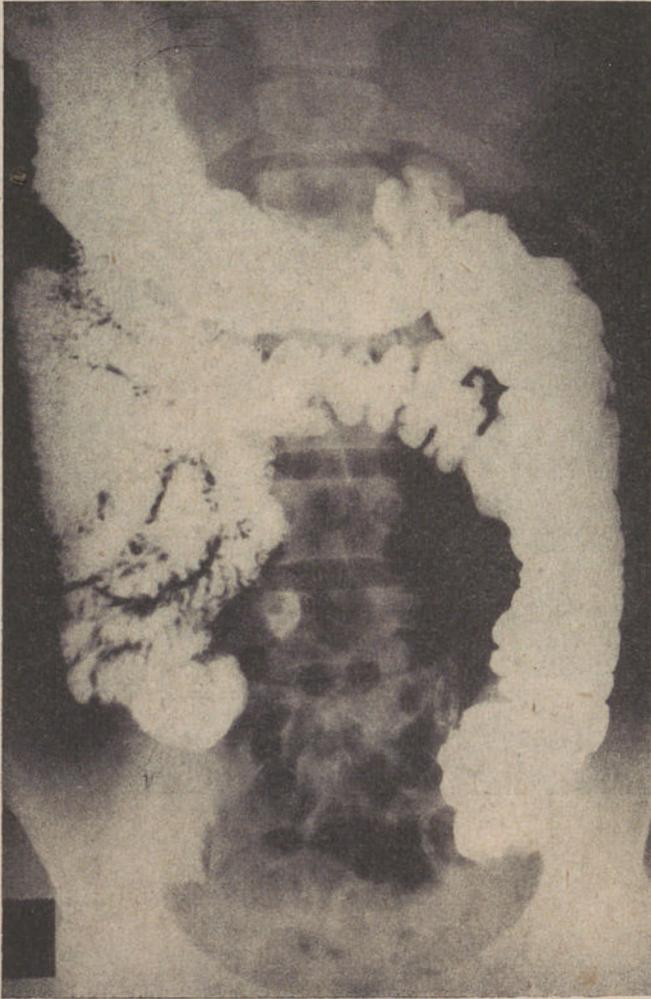


Fig. 6

M. L. J. — 22 anos

No seu trabalho, o *Prof. Hernâni Monteiro* e o *Dr. Sousa Feiteira* (15) contam-nos numerosos casos recolhidos da literatura médica que demonstram bem o interesse prático desta variação anatómica: o caso de *Grahner*, no qual o baço tumoral foi tomado por fígado, o de *Roncati*, em que foram aplicadas sanguessugas no hipocôndrio direito para tratar uma hepatite, quando o fígado estava à esquerda, o de *Thiery*, de sigmoidite direita tomada por apendicite, o de *Khan e Duval* de apendicite à esquerda tomada por salpingite, etc. E um caso curioso do mesmo tipo foi observado por nós, há poucos meses, no Serviço de Propedêutica Cirúrgica. Tratava-se duma rapariga, M. L. J., de 22 anos, solteira, serviçal; deu entrada no Serviço em Julho de 1952 e contava que, sete anos antes, começara a ter dores em moedeira na fossa ilíaca direita e perturbações dispépticas: má disposição digestiva, afrontamento pós-prandial; examinada por

um clínico, numa cidade da província, foi-lhe diagnosticada apendicite crónica; operada por esse médico, disse-lhe ter sido impossível encontrar o apêndice; submeteu-a então a exame radiológico que revelou inversão visceral e, em face disso, propôs segunda intervenção, esta à esquerda; a doente e os seus familiares não aceitaram e assim ficou. Alguns meses antes do internamento no Serviço de Propedêutica, voltou a manifestar padecimentos digestivos do mesmo tipo; mas então as dores localizavam-se efectivamente na fossa ilíaca esquerda, onde eram positivas as manobras semiológicas próprias das apendicopatias crónicas. Nos antecedentes pessoais e familiares nada havia digno de registo. Era uma rapariga de aspecto normal e o exame clínico apenas revelava de anormal os sinais físicos da fossa ilíaca esquerda e os que traduziam a inversão visceral: maciszez hepática à esquerda, choque da ponta à direita, etc. As radiografias do tórax e do tubo digestivo e o electrocardiograma (1) executados após o internamento no Serviço são as das Figs. 5, 6, 7 e 8. A apendicectomia, muito simples, fez-se pela técnica de *Mac-Burney* transposta para

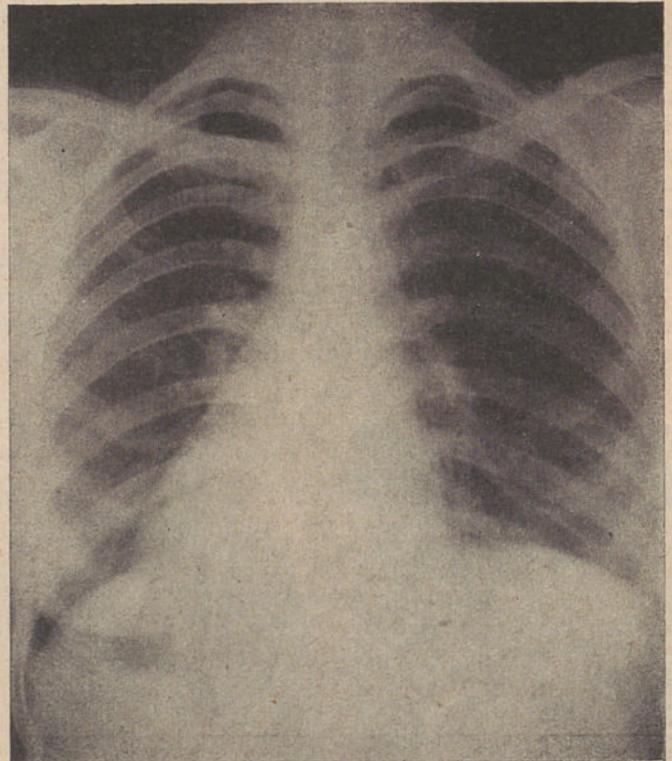


Fig. 7

M. L. J. — 22 anos

o lado esquerdo, sob anestesia local; o pós-operatório não teve incidentes e M. L. J. teve alta 7 dias depois.

Ora são precisamente os casos de apendicite à esquerda no «situs inversus» que oferecem o maior interesse prático, especialmente em casos agudos, por a situação de urgência impedir o estudo radiológico e, sobretudo, pela estranha circunstância de a sintomatologia clínica (tal como dor e contractura) se encontrar preferentemente do lado direito, como em indivíduos normais (2). São exemplos demonstrativos os casos de *Pol* (19 — em mais de metade de 46 casos de apendicite com «situs inversus» a dor estava localizada do lado direito), *Courtney* (20), *Scopinaro* (21), *Block e Michael* (22), etc. Talvez o facto resulte, e é esta a opinião mais corrente, de a transposição visceral não interessar o sistema nervoso e, sendo assim, a dor referida a partir da víscera doente continua localizada na área somática servida pelos

(1) Que agradeço ao Snr. Dr. Pereira Leite.

(2) No caso de haver só transposição abdominal, o diagnóstico é habitualmente operatório.

(1) Números semelhantes se obtiveram na análise da estatística da «Mayo Clinic».

nervos cérebro-espinais em conexão com o mesmo segmento do sistema nervoso que recebe os do órgão em causa.

Todavia, já não se verifica o mesmo facto nas colecistopatias, nas quais, no dizer de *Wood e Blalock* (18), se bem que não sejam raros os sintomas atípicos, a dor se localiza habitualmente no quadrante superior esquerdo e irradia para a espádua do mesmo lado.

Pelo que ao tórax diz respeito, e não falando já nos casos como o relatado pelo *Prof. Hernâni Monteiro e Dr. Sousa Feiteira* dum soldado observado pelo *Dr. Pedro Vitorino* que fora agredido a tiro na região pré-cordial e não morrera por ter a sorte de possuir uma dextrocardia, nem me referindo tão pouco às anomalias congénitas do coração e grossos vasos que frequentemente acompanham a transposição visceral, compreendemos bem que o desenvolvimento crescente da cirurgia pulmonar, cardíaca e dos grossos vasos confira ao «situs inversus» a este nível interesse anátomo-cirúrgico que não possuía.

verdade é que o «situs inversus» excedeu há muito a categoria de simples curiosidade anatómica, reconhecendo-se-lhe com justiça grande interesse médico, cirúrgico e radiológico.

Se fosse possível realizar estudos em série para o seu despiste, talvez se encontrassem variações notáveis de frequência nas diversas raças humanas; o mesmo é dizer que talvez esta, como outras variações das partes moles, mostrasse real valor antropológico.

Porto, 29-8-53

(Trabalho do Instituto de Anatomia do Prof. J. A. Pires de Lima e da Propedêutica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Porto).

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 — *J. A. Pires de Lima e F. C. Pires de Lima* — Inversão visceral, *Arq. de Anat. e Antrop.*, 27, 327, 1950.
- 2 — *Aristóteles* — Traité de la génération des animaux, Trad. em francês por *J. B. Saint-Hilaire*, Paris 1887, livro IV, cap. IV.
- 3 — *Taruffi* — Storia della Teratologia, Bolonha, 1881.
- 4 — *Henrique Parreira* — Un cas de «situs viscerum inversus completus», *Bull. de la Soc. Port. des Sc. Nat.*, VII, 154, 1916.
- 5 — *Carlos A. Vidal e Gentil Branco* — Quatro casos de «situs viscerum inversus completus», *Medicina*, Vol. I, pág. 51.
- 6 — *Alvarenga (Pedro F. da Costa)* — Estudo sobre as perfurações cardíacas, em particular sobre as comunicações entre as cavidades direitas e esquerdas do coração; a propósito dum caso notável de teratocardia, Lisboa, 1868, pág. 110.
- 7 — *Larimore* — Anomalies in topography of the alimentary tract, *Am. J. R. E. T.*, Agosto 1931.
- 8 — *Richman, S. R.* — Dextrocardia with complete situs inversus; case reports, *Am. J. R. E. T.*, 57, 616, 1947.
- 9 — *Le Wald, L. T.* — Complete transposition of viscera. *J. A. M. A.*, 84, 261, 1925.
- 10 — *Albano Ramos* — Estudos de Radiologia apendicular, em public.
- 11 — *Linsback* — An extraordinary case of situs inversus viscerum totalis, *J. A. M. A.* 75, 1775, 1920.
- 12 — *Mayo, C. W. e Rice, R. G.* — Situs inversus totalis; a statistical review of data on seventy-six cases with special reference to disease of the biliary tract., *Arch of Surg.*, 58, 724, 1949.
- 13 — *Azevedo Neves* — Prática de autópsias, Lisboa, 1909, Est. XXI, pág. 166.
- 14 — *Joaquim Evaristo* — Transposição completa de vísceras, *Medicina Contemporânea*, pág. 287, Lisboa, 1884.
- 15 — *Sousa Feiteira e Hernâni Monteiro* — Transposição de vísceras, *A Medicina Moderna*, 360-361, Porto, 1923.
- 16 — *Albano Ramos* — Inversão gastro-hepática; uma observação radiológica, *Medicina Contemporânea*, Ano LXXI, n.º 7, pág. 343, 1953.
- 17 — *Adams, R. e Churchill, E. D.* — Situs inversus, sinusitis, bronchiectasis, report of five cases, including frequency statistics, *J. Th. Surg.*, 7, 206, 1937.
- 18 — *Wood e Blalock* — Situs inversus totalis and disease of biliary tract; survey of the literature and report of a case, *Arch. of Surg.*, 40, 885, 1940.
- 19 — *Pol. Z. V.* — Left-sided appendicitis, *Vestnik Khir.*, 40, 134, 1935, cit. por *Block e Michael*.
- 20 — *Courtney* — Acute appendicitis associated with transposition of viscera, *Brit. Med. J.*, 2, 1134, 1931.
- 21 — *Scopinaro* — cit. por *Block e Michael*.
- 22 — *Block, F. B. e Michael, M. A.* — Acute appendicitis in complete transposition of viscera; report of case with symptoms referable to right side; mechanism of pain in visceral disease, *Ann. of Surg.*, 107, 511, 1938.
- 23 — *Robert Johnson, J.* — Situs inversus with associated abnormalities, review of literature and report of three cases, *Arch. of Surg.*, 58, 149, 1949.

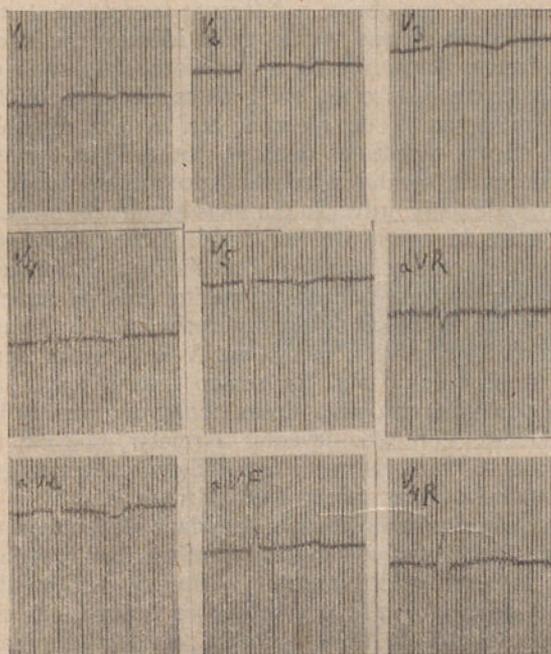
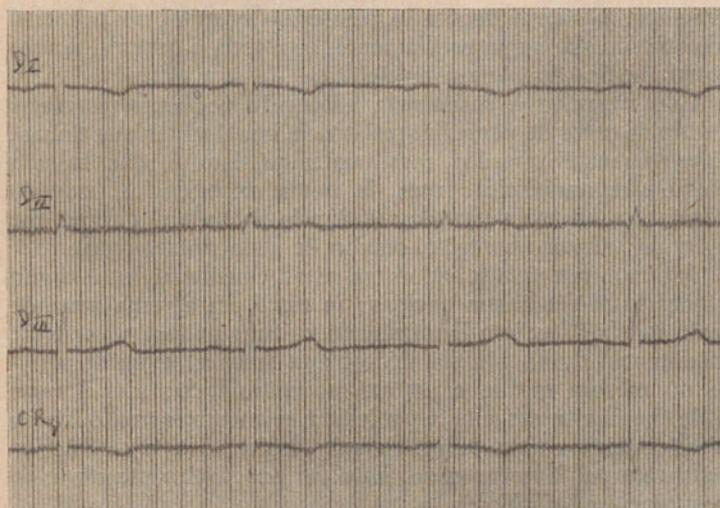


Fig. 8

M. L. J. — Electrocardiograma

Termino estas pequenas notas sem me estender em considerações sobre a etiologia da transposição visceral, por não ter sobre o assunto opinião fundamentada. No entanto, quer a tendência para a inversão seja herdada como carácter recessivo, quer a variação resulte da actuação de agentes externos sobre o ovo depois de fecundado, quer se admita a existência de duas variedades de transposição, consoante a causa determinante (1), a

(1) Se realmente existem duas categorias de inversão visceral, uma hereditária e outra adquirida, naturalmente que, no primeiro caso, se trataria de formas puras, e, no segundo, seria de esperar a frequente aparição de outras anomalias.

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### A utilidade dos testes de sensibilidade aos antibióticos

M. LUST, J. L. COMIN,  
G. NIGRIN e M.<sup>ME</sup> CRETEUR

A investigação com testes de sensibilidade aos antibióticos, segundo uma nova expressão, a investigação dos antibiogramas, constitue uma técnica que pode ser efectuada em todos os laboratórios de análises clínicas, ainda que a resposta seja tardia, a maior parte das vezes.

Na grande maioria dos casos os resultados «in vitro» confirmam a clínica, mas contudo há que ter presente que em diversas circunstâncias reduz-se ou suprime-se a acção dos antibióticos pela localização da infecção, pela dificuldade de passagem através de certas membranas, pela formação de pseudococos em volta dos abscessos, etc., etc.

Certas localizações da infecção exigem uma acção *in situ* do medicamento, coisa que é impossível nuns casos e possível noutros. Não é, portanto, suficiente, a técnica que consiste em fazer tentativas a fim de ver o efeito de determinado antibiótico pois é preciso conhecer em absoluto se o germe é sensível e em que dose é sensível a determinado antibiótico.

Os testes de sensibilidade aos antibióticos constituem um procedimento de utilidade clínica porque indicam em cada caso a oportuna eleição dum determinado medicamento. Contudo, devem assinalar-se as dificuldades de toda a ordem que se opõem a tal intento.

Em primeiro lugar é necessário considerar a técnica delicada que reclamam, em cada doente é preciso empregar vários antibióticos investigando cada um deles e em diferentes concentrações.

Utilizando o método de Bondi estudámos a sensibilidade de cada germe à penicilina, estreptomina, aureomicina, cloromicetina, terramicina, bacitracina, em dose fraca, mediana e forte. A polimixina e neomicina não se empregaram em virtude da sua toxicidade.

Em segundo lugar é necessário ter em conta o sinergismo e o antagonismo entre os diferentes antibióticos, muito frequente o primeiro e não excepcional o segundo na prática clínica. Um caso de meningite de meningococos com germe sensível a grandes doses de penicilina e sulfamidas, sobreveio uma cura rápida e espectacular, aparente, pois poucos dias depois, reapareceu a febre e o germe no líquido cefalorraquidiano. A sensibilidade deste *in vitro* à terramicina induziu-nos ao seu emprego (100 mg. por kg.) sobrevivendo, logo após o desaparecimento da febre e o desaparecimento do meningococo numa cura imediata sem recaídas.

Um caso de pleurite com piopneumotórax em que a penicilina por via intramuscular e por via endopleural não tinha conseguido modificar o quadro clínico.

Mantendo-se o carácter purulento do exsudado, a leucocitose e a velocidade de sedimentação aumentada, o emprego da terramicina à qual o germe foi sensível *in vitro*, conseguiu lograr a cura espectacular do processo.

Coloca-se noutro lugar a transcendência do fenómeno da resistência que opõem alguns germes à acção dos antibióticos.

Esta resistência pode ser primitiva, inicial ou secundária e adquirida; a primeira aparece antes do primeiro contacto do germe com o medicamento, a segunda depois deste contacto. Conhecemos duas teorias para explicar esta insensibilidade, a de Abrahams baseada na adaptação progressiva do germe à droga e a de Mozziconacci na destruição progressiva de germes sensíveis com multiplicação dos que são resistentes.

Da nossa casuística, pode citar-se, como exemplo de modalidade inicial, aquele caso de resistência que um prematuro opôs

à penicilina, já que o doente ingressou no hospital no primeiro dia da sua vida sem que previamente, com toda a certeza, tivesse recebido medicação alguma antibiótica.

Com respeito à resistência adquirida podíamos assinalar os múltiplos casos de penicilinoresistência nos doentes que tinham sido previamente tratados com penicilina, isto é, que tinham recebido este antibiótico antes da nossa experiência, podendo verificar-se o aparecimento da resistência do mesmo germe, que sensível no primeiro contróle, deixou de sê-lo no segundo.

Intimamente relacionado com estas considerações é digno de menção um fenómeno curioso: *in vitro* em alguma zona de inibição que aparece em determinada cultura pudemos verificar a coexistência duma colónia microbiana sensível e outra resistente do mesmo germe e ao mesmo antibiótico; assim, num caso de meningite em que a penicilina se mostrou muito activa *in vitro*, isolamos uma estirpe pouco sensível a este antibiótico e muito sensível à terramicina. Este foi provavelmente um caso de resistência adquirida.

É preciso assinalar e insistir na dilatada experiência na prática dos testes, a que obriga a diferente resposta sintomatológica por acção dum mesmo germe, ou a idêntica motivada por diferentes germes. Encontrámos o estafilococo dourado em 35 doentes de pele, em 5 de otite, em 1 de septicémia, em 2 casos de valvovaginites, em 1 de pleurite, etc. A sua sensibilidade variava não só nas diferentes doenças que produzia, mas também nos diferentes tecidos afectados, do mesmo modo como difere a gravidade duma infecção por suas localizações diferentes.

Num caso de meningite por meningococo isolou-se este germe no líquido cefalorraquídeo e na faringe. No liquor era resistente à aureomicina, à qual foi muito sensível aquele que foi captado na faringe; os dois eram resistentes à terramicina e o primeiro muito sensível à penicilina. A aureomicina em aerosol (quatro sessões de 56 mg. por sessão) esterilizou a faringe, coisa que a penicilina em altas doses conseguiu para o líquido cefalorraquidiano. Contudo, devemos assinalar, que em muitos casos análogos foi escassíssima a sensibilidade a doses grandes não só de penicilina, mas também de sulfamidas.

O facto de que uma grande variedade de germes podem mostrar um aspecto clínico idêntico, justifica em grande parte o emprego dos necessários testes. Assim nos nossos doentes de otites, em nove isolou-se o estafilococo branco, em cinco o estafilococo dourado, em dois o citrens, em três o piocianico, em um o estreptococo Lemolítico, em um o fecalis alcaligenes, e em um o bacilo gram-negativo de aspecto difteróide.

Devemos considerar por fim as recidivas e recaídas de algumas infecções tratadas com antibióticos. Sem nos determos nas características destas complicações que sobrevêm no tratamento da febre tifóide, insistimos naquelas que justificam a acção sinérgica de algum destes medicamentos e também o aparecimento durante o seu decurso ou convalescença, de novos germes como complicação duma infecção primitiva.

Num caso de vulvovaginite, afecção que tem merecido um estudo aturado por nossa parte, o gonococo, resistente à penicilina, estreptomina, bacitracina e sulfamidas, foi sensível à cloromicetina e à terramicina. Tratado com 25 mg. do primeiro durante dez dias, negativamente a cultura, previamente reactivada pelo nitrato de prata, mas dois meses depois apareceu de novo o gonococo no exsudado vaginal acompanhado do estafilococo branco e dourado sensível à cloromicetina, penicilina e grandes doses de estreptomina. Dando o dobro da dose da primeira,

# 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

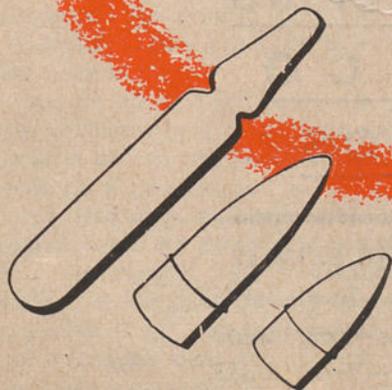
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



# 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 Masmalhães, 32-1.º — Telef. 4556*

persistia ainda o gonococo com sua sensibilidade *in vitro* à cloromicetina. Com mais vinte dias de tratamento com este antibiótico associado à foliculina forte, produziu-se a cura antes do quinto dia.

É preciso medir o efeito desta associação foliculino-cloromicetina para avaliar os conceitos de recaída e de reinfeção.

Numa menina prematura que apresentou pelo nascimento um exsudado na vulva em que se evidenciou a presença do gonococo, a penicilina em sete dias chegou a negatizar a cultura, no oitavo isolou-se no exsudado o estafilococo branco, que sendo sensível *in vitro* à cloromicetina e à aureomicina, logrou a cura pelo emprego da primeira.

No nosso material de estudo que ultrapassa já os 145 casos, cuja descrição foi iniciada numa publicação «Scalpel» de Bruxelas no dia 1.º de Março do ano corrente indicávamos a técnica seguida no laboratório para determinar o título da sensibilidade aos germes.

Empregámos o método descrito por Bondi em 1945, pois o método de diluição permite titular um só germe.

O procedimento foi simples e preciso; consiste na inibição de um bocado de papel de filtro do tamanho e forma dum confeti, numa solução de antibiótico de concentração conhecida. Este diminuto bocado de papel coloca-se à superfície da gelose de uma placa de Petri previamente semeada do germe cuja sensibilidade se investiga, sensibilidade que se traduz por um halo de inibição circular. O diâmetro deste halo é proporcional a uma determinada concentração do antibiótico e à sensibilidade do germe. Todos os confetis empregados contêm os antibióticos mas em diferente concentração e assim se determina o valor débil, o médio ou normal e o forte.

A leitura dos resultados faz-se da seguinte maneira: mede-se o halo de inibição com um compasso, o diâmetro do confeti (6 mm.) está compreendido neste valor, assim um valor de 6 mm. indica uma falta de inibição e para cima de 6 mm. a sua existência.

A resposta do laboratório que formula a indicação essencial *in vitro* fica esquematizada em quadros especiais. A medida da sensibilidade é em certo sentido empírica, a mais forte concentração ultrapassa 25 mm.

Qualifica-se como muito sensível entre 15 e 25; sensível entre 10 e 15, e para baixo de 10 inactiva, sinónimo de resistência absoluta do micróbio ao antibiótico. Esta sensibilidade foi ensaiada por nós em todos os casos, muito especialmente para o estafilococo dourado, para o estafilococo branco, para o meningococo, para o gonococo, para o estreptococo, para o estreptococo hemolítico, para o fecalis e para o piocianico.

Em síntese, o resultado logrado por cada um dos antibióticos vem a ser o seguinte: pelo que se refere à cloromicetina muito útil para as furunculoses, abscessos, foliculites e otites. Mostrou-se muito activa nas afecções cutâneas se bem que as reinfeções fossem frequentes. Naqueles casos em que a sua acção *in vitro* não correspondeu em intensidade ao resultado clínico, o uso da terramicina foi seguido dum destacado êxito.

Em geral, mas em menor escala que a cloromicetina, a terramicina e a aureomicina, mostraram os melhores efeitos contra o estafilococo branco.

O estafilococo dourado, germe todavia menos sensível à penicilina e sulfamidas, em 43 dos nossos 45 casos foi sensível *in vitro* à cloromicetina com um resultado clínico concordante com o do laboratório.

*In vitro* e na clínica foi muito menos eficaz para este germe a aureomicina, e a penicilina mostrou-se resistente. Únicamente num caso de conjuntivite e sob a forma de pomada produziu-se a cura.

A terramicina, sensível *in vitro* ao meningococo, foi de resultado espectacular na clínica em vários casos de meningites resistentes à penicilina e sulfamidas.

Nas infecções pelo gonococo também a cloromicetina deve destacar-se tanto pela sua sensibilidade *in vitro* como pelo seu efeito curativo especialmente nas vulvovaginites.

No que diz respeito à penicilina, no laboratório e na clínica provou-se a sua inigualável acção, especialmente contra o estreptococo, estreptococo hemolítico, destacando-se sempre a sua maravilhosa aptidão sinérgica não só para com as sulfamidas mas também para alguns dos antibióticos.

Por fim, da estreptomocina cabe ressaltar a sua acção em dose forte contra o piocianico que se tinha mostrado resistente a todos os medicamentos empregados.

Abstivemo-nos de falar naquelas afecções em que o estudo da acção dos antibióticos se tem realizado e admitido por todos, como são a tuberculose e a febre tifóide.

Do nosso labor experimental não assentámos indicações de ordem geral. Somente advertimos da utilidade clínica dos testes que conferem um carácter científico à indicação dos antibióticos para suprimir as tentativas que se usam na sua prescrição.

Pelo que temos dito depreende-se, que os testes de sensibilidade aos antibióticos constituem um processo eficaz de orientação terapêutica, já que a sensibilidade *in vitro* dos germes define o tratamento oportuno. A escolha do antibiótico deve recair sempre naquele em que biologicamente se acredite na sua eficácia. Esta indicação oportuna quase sempre modifica o curso da doença para uma cura rápida. Vê-se que é indiscutível a utilidade do antibiograma, visto que salvo excepções existe uma marcada concordância entre os factos observados *in vitro* e os resultados clínicos.

Contudo, devemos notar a dificuldade do processo que não é outra que a grande quantidade de tempo necessária para obter os testes de sensibilidade.

A resistência adquirida pelos germes aos antibióticos é circunstância que por ser científica deve divulgar-se, para que acabe o hábito que obriga ao uso indevido destes medicamentos que pela sua eficácia marcam uma nova época na história da Medicina.

(Da Revista Española de Pediatría — tomo IX, n.º 49 de Janeiro-Febrero de 1953 — Extractos).

## Ô desmembramento da apendicite crónica

M. JEAN BAUMEL

O termo apendicite crónica tal como se apresenta nos nossos dias engloba várias afecções diferentes da encruzihada ileo-ceco-apendicular.

O seu traço de união é ter uma evolução crónica, manifesta-se por perturbações gastro-intestinais idênticas, por atingir o estado geral e por ter um ponto de Mac-Burney sensível, espontaneamente ou à pressão.

Semelhante sintomatologia não só é a tradução duma apendicite crónica como de estados muito diferentes.

Para convencer-mo-nos disto é suficiente verificarmos os resultados obtidos em tais doentes pela apendicectomia. Aqueles que tiveram uma crise isolada e indiscutível do apêndice estão curados, enquanto que aqueles que eram portadores duma outra afecção permanecem na mesma ou vêm o seu estado agravar-se.

Desde longa data numerosos autores, entre os quais Dienlafoy, tinha defendido que se operava de apendicite um grande número de indivíduos que a não tinham.

Modernamente, Marcel Brulé, opõe-se às ideias preconcebidas defendendo que a apendicite crónica não tinha nada a ver com a apendicite aguda e que devia tratar-se medicamente.

Actualmente persiste a concepção errónea de apendicite crónica. Os doentes operados devido a esta afecção são cada vez mais numerosos.

Esta solução cirúrgica parece tanto mais lógica quanto ela é realizada depois de múltiplos tratamentos médicos ineficazes. A ablação dum apêndice é uma operação fácil sem perigo, ao alcance de muitos cirurgiões.

Parece permitir todas as esperanças aos doentes desiludidos.

Dentro da maioria dos doentes operados encontram-se alguns casos excepcionais e felizes, mas estes não estão dentro da regra geral.

Os apendicectomizados formam dois grupos de importância muito desigual.

Há aqueles que estão curados. Entre estes alguns tinham simplesmente uma colite espasmódica ou obstipação. É-se compelido a tirar-lhes o apêndice porque tinham um ponto de Mac-Burney sensível. Eles teriam obtido o mesmo resultado sem intervenção. Os outros tinham uma apendicite nítida.

Infelizmente são muito mais numerosos aqueles cujos incômodos persistem ou são agravados pela intervenção.

Apresentavam um Mac-Burney também positivo, o seu apêndice longo, congestionado, aderente, era portador de lesões de necrose e de vascularite. Pareciam ter uma apendicite crônica.

A presença de aderências peri-apendiculares não é fatalmente uma prova de apendicite. Algumas são congénitas, outras são a consequência duma tiflíte, duma ileíte, duma anexite, duma peritonite primitiva. As lesões de necrose e de vascularite são muitas vezes o resultado de manifestações operatórias.

Mesmo que alguns reconheçam uma origem inflamatória elas podem ser consecutivas a uma infecção cecal, ideal, peritoneal ou anexial.

Compreende-se que a apendicectomia não possa curar um processo patológico em que o ataque apendicular não é senão uma consequência.

Actualmente conhecemos melhor a patologia crônica desta região. Meios de diagnóstico mais precisos têm demonstrado que além da apendicite crônica isolada e primitiva não devemos esquecer as afecções dos órgãos vizinhos. Devemos fazer tudo para as discriminar.

### ESTUDO CLÍNICO

Os doentes que vêm consultar-nos são ou crianças que atingiram a puberdade, ou adultos jovens ou velhos, homens e mulheres.

Todos acusam sinais clínicos semelhantes.

Alguns são de ordem dispéptica banal, de tipo hiperestênico mas sobretudo hipoestênico, com apetite mais ou menos conservado, por vezes caprichoso, afrontamento ou marulho gástrico, digestões lentas, moedeira de sede epigástrica.

Outros são de ordem intestinal, emissão de fezes pastosas ou duras, por vezes diarreicas; dores abdominais localizadas à fossa iliaca direita, por vezes mais ou menos generalizadas a todo o abdômen, pouco vivas com sensação de peso, de afrontamento, e de espasmos dolorosos. Mais ou menos tardias aparecem depois das refeições, sem ritmo bem regular. Muitos destes sinais são acrescidos pela absorção de alimentos feculentos que produzem fermentações intestinais muitas vezes consideráveis.

Em todos o estado geral é deficiente, a astenia marcada. A temperatura é normal ou subfebril.

Não é raro notar-se ao mesmo tempo uma susceptibilidade pleural, pulmonar ou articular.

A investigação dos anamnísticos mostra-nos que semelhante estado evolue desde há meses ou desde há anos. Diversas terapêuticas gástrica, intestinal, hepática, ou mista provaram a sua ineficácia.

Ao exame somático, estão emagrecidos, de fâcies descorado muitas vezes colémico, língua saburrosa em toda a extensão ou somente ao nível do V lingual.

O hábito é muitas vezes desagradável.

O epigastro é doloroso à pressão, os hipocôndrios normais. Existe frequentemente um fio cólico esquerdo. O ponto de Mac-Burney é sensível de maneira muito limitada ou sobre uma zona mais ou menos extensa. O cego perceptível na ocasião apresenta por vezes gorgolejo à palpação.

O fígado não está aumentado de volume. O ponto de Murphy muitas vezes é bastante doloroso o que leva ao diagnóstico, aliás errado, duma colecistite. O baço não é perceptível.

Os outros aparelhos são normais. Não há albuminúria, nem glicosúria. A tensão arterial é normal, ou sub-normal.

Existe quase sempre ao mesmo tempo um estado neurovegetativo muito marcado com irritabilidade, insónias, psicastenia progressiva.

Este conjunto sintomatológico não tem nada de patognomônico, permitindo fazer o diagnóstico de afecção da encruzilhada íleo-seco-apendicular.

É indispensável uma maior precisão. Ela não pode ser

fornecida senão por investigações complementares, sobretudo pelo exame radiológico e por vezes, na mulher, pelo toque vaginal e estudo do ciclo menstrual que permite reconhecer a origem anexial, orgânica ou hormonal, da afecção íleo-ceco-apendicular.

O quinismo gástrico ora normal, ora hipoclorídrico não tem nenhuma utilidade.

### DEDUÇÕES TERAPÊUTICAS

São tomadas de acordo com a comprovação radiológica.

A apendicite crônica pura necessita primeiramente dum tratamento médico, em caso de necessidade pela estreptomina além duma terapêutica sintomática para melhorar o estado geral e as perturbações funcionais locais, diarreia, obstipação, espasmos que assinalam muitas vezes a existência dum estado colítico coexistente. Certos meios fisioterapêuticos, ultra-violetas, helioterapia, diatermia simples ou por ondas curtas dão bons resultados. Nas formas dolorosas são indicados ou infra-vermelhos. Somente quando todos estes meios se mostram ineficazes deve-se recorrer à apendicectomia.

Para a tiflíte está indicada a prescrição de tratamentos sulfatados bicarbonatados-sódicos, o bismuto em altas doses, e a diatermia.

A ileíte banal, a doença de Crôhn, a tuberculose ileal não hipertrófica são passíveis de curas arsenicais prolongadas *per os*, ou injeções de cacodilato de sódio, de arsenobenzois, de esteres do óleo de Chaubmoogra, de estreptomycinoterapia, e de aureoterapia. Estão indicadas uma terapêutica anti-alérgica, a helioterapia, os raios ultra-violetas. O bismuto, a vitaminoterapia, as leveduras servirão para tratar as lesões da mucosa, as infecções associadas demandam a utilização de antibióticos e de sulfamidas.

Estas afecções do íleon terminal podem ser curadas medicamente desde que sejam tratadas precocemente. No decurso de estados mais avançados o tratamento médico é insuficiente.

A periviscerite, sobretudo aquela que não deu grande testemunho de si, necessita do mesmo tratamento e também da radioterapia.

Não se deve esquecer o tratamento das perturbações neuro-vegetativas, por uma medicação vago ou simpaticotômica por uma psicoterapia bem compreendida. A reacção apendicular de hiperfoliculinia desaparece depois dum tratamento endócrino apropriado, testoviron-progesterona, a maior parte das vezes em injeções dadas no 13.º, 15.º e 17.º dias após as regras.

A dietética tem um papel importante. É quase sempre indicado o regimen dispéptico banal por vezes vantajosamente substituído por um regimen contra as fermentações ou contra as putrefacções. As curas termiais podem ter influência benéfica.

O tratamento cirúrgico não será prescrito logo de início.

Mesmo em caso de apendicite crônica pura é necessário fazer um tratamento médico.

Só a falência deste indica o acto operatório, sendo necessário acrescentar as complicações mecânicas agudas ou crônicas que podem sobrevir. Mesmo nestas condições não será uma apendicectomia que resolverá o problema, como facilmente se compreende. Os métodos de curto-circuito, numa ressecção parcial do delgado com ou sem ressecção mesentérica, uma hernicolectomia mesmo serão indicadas por vezes.

Qualquer que seja o acto operatório deve sempre conduzir-se com prudência.

Em presença de aderências não é só cortar e desbridar.

O cirurgião deverá descolá-las com a tesoura fechada, com o cabo do bisturi ou com os dedos e procurar encontrar o seu plano de clivagem para evitar o agravamento post-operatório.

Em conclusão, o capítulo de apendicite crônica deve ser desmembrado. Cada órgão da encruzilhada íleo-cecal pode ser a causa dum síndrome clínico. Em primeiro lugar é preciso identificar quem é o responsável das perturbações constatadas. Isto nem sempre é fácil, mas é entretanto de primeira importância para aplicar a terapêutica mais indicada e que oferece a maior probabilidade de cura para o doente.

(«Montpellier Médical» — n.º 4 de Abril de 1953 — Extractos).

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

CARTAS DA ARGENTINA A UM REDACTOR

# A ESCOLA GINECOLÓGICA ARGENTINA

*Começamos hoje a publicar uma série de «Cartas da Argentina» do Dr. Jorge de Melo Rego, colega que se tem dedicado, com entusiasmo, à ginecologia. Depois de ter feito, com brilho, o curso na Faculdade de Medicina de Lisboa, completou o internato de cirurgia nos H. C. L. Está agora a fazer um largo estágio na Argentina, a que se seguirá outro nos Estados Unidos da América do Norte. O Dr. Melo Rego tem sido muito apreciado como prelector em vários Cursos de Aperfeiçoamento organizados pela Ordem dos Médicos.*

*É com grande satisfação que publicamos estas «Cartas», sobre os progressos duma especialidade que bem precisa de quem se interesse por ela entre nós.*  
— (N. da R.)

Cumprem-se brevemente três meses da minha chegada a esta Argentina de 1953 e vai sendo tempo de te transmitir como a vejo, como a interpreto e como por ela tenho sido recebido. Promessas são promessas e valendo mais tarde do que nunca, aí vai hoje o que deveria ter sido ontem. A culpa é dela própria com o ritmo absorvente das suas manifestações vitais, que, no campo da Ginecologia, onde circulo, me tem absorvido tão totalmente que o tempo escasseia para lhe dedicar.

É consoladora a verificação da pujança adquirida pela Ginecologia neste maravilhoso país. Talvez não seja alheio ao seu desenvolvimento a sentida necessidade de conferir à Mulher — centro da propagação da espécie — o lugar de destaque, com realce num país em que há manifesta desproporção entre o território e a população. Por esta ou quaisquer outras razões profundas, não esquecendo a «magia» desta especialidade, o que é facto, incontroverso e indiscutível, é ser ela entre os frondosos ramos dessa grande árvore que é a Medicina, um dos mais robustos e mais belos, mercê do continuado e perseverante trabalho dos homens que a cultivam, cujos nomes são sólida garantia dum futuro, se possível, ainda mais brilhante.

Perguntar-me-ás, logicamente, se há «Ginecologia argentina» que marcasse rumos e desviasse trajectórias, brilhantemente definidos pelas escolas alemã, francesa e americana, para apenas me referir às mais destacadas?

Dir-te-ia que não, nos seus grandes traços, mas, a meu ver, tiveram os especialistas deste país um valor admirável ao ignorar a procedência dos ensinamentos estranhos, não se aferrando a patriotismos anticientíficos, aceitando-os,

discutindo-os, aproveitando o útil, desprezando o supérfluo e, numa síntese conscienciosa, construir aquilo a que, (não tenho temor do apadrinhamento), se pode chamar a Escola Ginecológica Argentina.

O entusiasmo com que seguia os seus escritos, a clara exposição dos factos da Especialidade, em nada se viu diminuído com a observação de perto, no próprio ambiente em que ela se pratica. Não se deu aquele fenómeno tão bem sintetizado na nossa língua «...por dentro pão bolorento». Pelo contrário, visitando os serviços, privando com os ginecologistas mais destacados do país, tenho verificado que não há afirmações à toa, nem técnicas de inspiração, nem tácticas de sensacionalismo; tudo é fruto dum labor constante, persistente, cuidadoso e prolixo.

Não há inovação fisiopatogénica, diagnóstica ou terapêutica, por mais longínqua ou recente que não seja escalpelizada pelos seus trabalhos, pelas discussões comparativas nas suas Sociedades e, sobretudo, o que mais me choca, pelo entusiasmo e ânsia de progredir que é, para mim, a mais destacada faceta desta Escola. Todos os capítulos de Ginecologia merecem ampla consideração e, se é certo haver, nos vários sectores, homens super-especializados, não menos certo é em qualquer dos serviços ginecológicos, e muitos são, se praticar a especialidade total.

Então, adquire-se cada vez mais a noção que a sua individualização, não só é um facto — por mais que o neguem — como uma absoluta necessidade, vistos os frutos desta conduta sobressaírem pela qualidade.

Tendo à cabeça o prestigioso e respeitado nome do Prof. Juan Carlos Abramade, cuja cátedra se distinguiu por

um especialíssimo interesse pelo estudo do cancro genital, há a admirável Escola de cirurgia pélvica do Prof. Normando Arenas, que frequento assiduamente e onde o seu proficiente chefe me tem maravilhado pela finíssima técnica e maleabilidade táctica, fazendo-me crer, pelo muito que tenho visto, que se tratará dum dos mais categorizados cirurgiões pélvicos do nosso tempo.

Guilherme di Paola, com a sua super-especialização em Endocrinologia feminina; Prof. Rodolfo Sanmartino, anatómopatólogista de escolha, dedicando à Ginecologia todo o seu saber; Prof. Vicente Ruiz, o simpatiquíssimo Ruiz, autor com Calatroni da conhecida «Terapêutica Ginecológica», Alfredo Jacob e tantos outros positivos valores que ornamentam a Especialidade.

Propositadamente, deixei para o final a nova geração e nela julgo merecer devido destaque o Dr. Alberto Eduardo Bettinotti, máximo expoente no Capítulo da Esterilidade; o convívio diário, melhorando o conceito que dele fazia pelas obras de que é autor, têm-no elevado aos meus olhos pelo seu profundo saber, pelo hábil manejar desta difícil superespecialização e pela forma agradabilíssima como transmite tantos ensinamentos, aos que, como eu, com ele privam.

Se Buenos Aires, a que pertencem todos os citados, se pode considerar o coração e o cérebro da Argentina, seria injustiça esquecer outros nomes de merecida consideração, como Borrás, Figueiroa Casas e Pineda em Rosário, Dianisi e Alleude em Córdoba, etc. ...

São estes e tantos outros o núcleo central desta Escola de Ginecologia, jovem, dinâmica, progressiva que bem alto manifesta a sua vitalidade para além de constantes Ateneus, com as consecutivas

reuniões das suas Sociedades. Efectivamente, à Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Buenos Aires, fundada em 1908, outras se vieram juntando, já pelo desenvolvimento da Especialidade, já porque as grandes distâncias — aqui tudo é grande — não eram compatíveis com a presença dos clínicos das províncias; assim, apareceram as Sociedades de Rosário, Córdoba, Mendoza e de Eva Peron, antiga La Plata. As reuniões são constantes, com atraentes programas e a frequência às mesmas, já pelo número de assistentes, já pelo interesse com que discutem as várias comunicações são índice do culto que justamente tem a Ginecologia argentina.

A Sociedade de Buenos Aires, este ano sob a prestigiosa presidência do Prof. Ricardo Shwarcz acrescenta às reuniões ordinárias, reuniões extraordinárias, um conjunto com Sociedades de outras Especialidades, como a de Urologia, escolhida este ano, para tratar o sempre jovem tema da «Incontinência urinária na mulher», cabendo à Sociedade de Urologia tratar da «Incontinência sem fístula» e à de Ginecologia o de «Incontinência com fístula», magistralmente relatado pelo Prof. Juan Salaber. Mas vai mais longe a compreensão desta Escola, no sentido de criar um crescente interesse pela Especialidade e assim, além de numerosos Cursos de Aperfeiçoamento para Graduados, desde há quatro anos, por intermédio da Sociedade de Buenos Aires, realiza anualmente uma reunião dos seus membros numa cidade distante, onde precisamente não exista uma Faculdade de Medicina nem Sociedade de Ginecologia.

Dentro de breves dias e dentro deste programa irei a S. Luís, cidade a um milhar de quilómetros de Buenos Aires, onde o entusiasmo contagiante dos ginecologistas argentinos me levará, acompanhando-os, usufruindo da sua bela camaradagem e procurando aumentar os conhecimentos quer sobre «Indução do parto» quer sobre «Prolapso genital», temas escolhidos para relatos oficiais.

Esta atitude, contrastando com tanta inércia própria do homem, é bem digna do mais rasgado elogio e os frutos são evidentes, pois, apenas como exemplo, o facto de no ano transacto se ter efectuado em Corrientes a reunião anual, traduziu-se este ano na criação de mais uma Sociedade Ginecológica, com sede nessa cidade e onde uns tantos clínicos mais, poderão juntar novas pedras ao edifício da Ginecologia que, diàriamente, diria camaleonicamente, vai sofrendo as mutações duma melhor compreensão.

Assim se faz caminho, se abrem horizontes e se cria uma obra; fomenta-se

um interesse, abre-se o campo ao entusiasmo dos novos não lhes vedando a experiência e o saber dos velhos. E assiste-se que esses novos, numa ânsia de reconhecimento não esquecem os Mestres a que devem. Foi assim que nos dias 22 e 23 de Agosto me desloquei a Rosário, a segunda cidade Argentina, assistindo à celebração das jornadas de homenagem ao falecido Prof. Rafael Araya, figura de raro fulgor que a morte arrebatou em 1943. Professor de clínica ginecológica na Faculdade de Medicina do Rosário, Reitor da Universidade do Litoral Argentino, chefe de vários serviços hospitalares, político, publicista, médico e geral, o seu

nome atravessou fronteiras ganhando em França, em 1933, o Prémio Santur, pelo seu trabalho famoso «Ovulation et menstruation» de cunho tão original e pessoal que nele se revelava o clínico de rara estirpe.

O Ateneo que leva o seu nome e a que preside o meu excelente amigo, Dr. Rafael Pineda, honrou-lhe a memória, promovendo as referidas Jornadas. Foram dias dum amabilíssimo convívio, versando os temas de «Gravidez prolongada» e «Ciclo monofásico», pela brilhante relação do Prof. Ricardo Schwarcz e Prof. Pablo Borrás. Médicos argentinos, peruanos, chilenos, paraguaios vieram dos seus países a esta excelente reunião científica e tive um momento de emoção quando convidaram Portugal e não eu, que nada sou, para a mesa da presidência.

Além da parte científica, tivemos o prazer de almoçar no histórico Convento de S. Lorenzo, que foi hospital de sangue nas campanhas do Herói Nacional, general San Martin, e de ouvir o prodigioso discurso que proferiu Sua Eminência o Cardeal Caggiano, Bispo da Santa-Fé, que nos honrou com a sua presença. Quis a sua bondade fazer-nos crer que nós, médicos, poderíamos ser um bocadinho de Deus. Simplesmente inolvidável.

Já vai longa a carta e tanto me falta dizer. Acabo mesmo de a reler e de verificar que por mais sinceridade que tivesse posto nestas mal alinhavadas palavras, elas não representam senão uma fracção da verdade.

Que me desculpem os meus amigos argentinos.

Buenos Aires, Outubro de 1953.

**JORGE DE MELO REGO**

## Dr. Torres Pereira

Por ter atingido o limite de idade, deixou de exercer o cargo de director de Serviço geral de Clínica Cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa, o Dr. António José Torres Pereira.

Por este motivo, o sr. enfermeiro-mor dos H. C. L., Dr. Emilio Faro, louvou o Dr. Torres Pereira, numa Ordem de Serviço do seguinte teor:

«Atinge nesta data o limite de idade fixado no artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 16.563, de 2 de Maio de 1929, o Director de Serviço Clínico (Serviço Geral de Clínica Cirúrgica) Sr. Dr. António José Torres Pereira, pelo que nos termos do mesmo diploma terá de deixar de exercer as suas funções hospitalares.

Durante a sua longa permanência nestes Hospitais — 42 anos — demonstrou o Sr. Dr. Torres Pereira a maior competência, muito zelo e dedicação pelo serviço, pelo que esta Direcção, cumpre o dever de lhe conferir o merecido louvor, lamentando o seu afastamento».

**Dois medicamentos para  
uma terapêutica completa**

# EUPIRONA

**DRAGEIAS**

**Antipirético**

**Anti-Histamínico**

**G R I P E**

**R E S F R I A D O S**

**Associada com**

# TUAZIL

**Soluto aquoso**

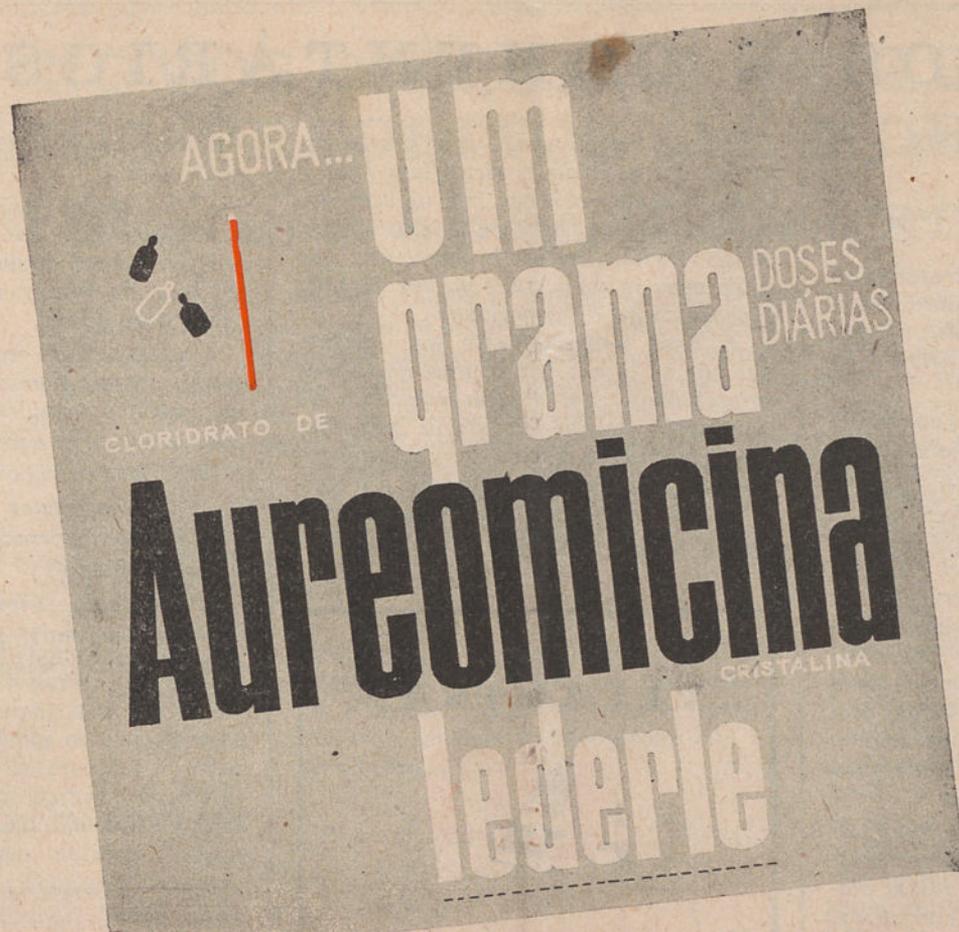
**Vasoconstritor**

**e desinfectante nasal**

**CORISA**

**RINITES**

**LABORATÓRIOS FIDELIS**



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.



... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

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



LEDERLE LABORATORIES DIVISION

AMERICAN Cyanamid COMPANY

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

**Embalagens:** CÁPSULAS — frascos de 8 e de 16, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPERSOIDS (PÓ DISPERSÍVEL) — frasco de 75 g. PASTILHAS — frascos de 25, c/ uma com 15 mg. POMADA — tubos de 14,2 e de 28,4 g. com 30 mg. por grama. OFTÁLMICA — Colírio — frascos conta-gotas com 25 mg.; Unguento — tubos de 3,5 g. a 1%. \* INTRAVENOSA — frascos de 100 mg. com diluente de leucina. NASAL — frascos de 10 mg. FARINGETAS — caixas de 10 com 15 mg. c/ uma. PASTA DENTAL — boiões de 5 g. CONES 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

# ECOS E COMENTÁRIOS

## CONGRESSOS CIENTÍFICOS

*Ser ou não ser congressista, eis a questão!*

Durante estas semanas trepidantes, «nervosas», dos congressos, quantos clientes perguntaram aos seus médicos!: então o sr. Dr. não é congressista? Não vi o seu nome no jornal!

E mesmo após cuidadosas explicações sobre os segredos das especialidades e dos seus respectivos congressos, os doentes ficam sempre muito tristes por que o «seu» médico não seja congressista e não tenha tido o nome publicado nos jornais...

Estas são as pequenas misérias dessas gloriosas assembleias, a juntar aos numerosos chás, jantares, passeios, às visitas-exibição, em resumo, ao aspecto puramente turístico e «propagandístico», pessoal e nacional, que aqui e em toda a parte, em proporção maior ou menor, faz parte de tais reuniões científicas.

Mas seria injustiça focar apenas tais aspectos e deixar de lado os outros positivos, francamente louváveis, dessas manifestações. Mesmo o aspecto «turístico», o passeio, a festa, são desculpáveis quando representam umas férias, uma diversão, uma recompensa para o trabalhador científico, para o clínico, que passaram meses ou anos debruçados sobre os seus problemas ou sobre os seus doentes, absorvidos por eles, esgotados por eles e tantas vezes sem receber as recompensas materiais ou mesmo doutra natureza que a outros são concedidas.

E todos sabemos que esse facto se verifica, por vezes, embora esteja longe de ser a regra.

E, no caso destes congressos, foi igualmente um aspecto positivo a consagração que nele se fez dos trabalhos dos esforços, da «obra», numa palavra, de dois portugueses e dos seus colaboradores e discípulos; referimo-nos a Egas Moniz e a Reinaldo dos Santos.

Esperamos, enfim, que sejam igualmente úteis e rendosos os contactos, as relações que se criaram, durante estas reuniões, entre médicos portugueses e estrangeiros, os quais já pelas ideias que tenham suscitado, já pelas facilidades futuras que condicionam, podem ser de real vantagem para o progresso da medicina nacional.

Como nós somos dados à crítica e estas manifestações são sempre, em parte, criticadas e criticáveis, os respectivos presidentes deram-se ao trabalho de as explicar e de as justificar.

Parece-nos que o Prof. Egas Moniz disse a «palavra» justa ao referir, como primeira «justificação» destas manifestações, a grande utilidade dos «contactos» pessoais, da troca de ideias e opiniões, dentro dos congressos e à margem deles.

Reinaldo dos Santos acentuou as vantagens da moderna orgânica destas reuniões, que versam temas bem definidos e previamente determinados.

Dentro de tal tendência à «racionalização» das actividades científicas (não é uma «boutade» afirmar que as actividades científicas necessitam, muitas vezes, de ser racionalizadas...) parece-nos que ainda mais se devia fazer no que respeita à organização de congressos.

É pena, nomeadamente, que durante eles não se faça a crítica geral dos temas apresentados, com a ideia específica de determinar o plano das futuras investigações. O contacto directo dos investigadores que trabalharam os temas do congresso devia trazer, como consequência imediata, a organização do plano dos

trabalhos sugeridos pelas investigações já realizadas.

Tais reuniões deixariam de ser apenas um relatório do passado, daquilo que já foi feito, para serem, também, um anteprojecto do futuro, um plano do que há ainda para fazer.

É possível, de resto, e até muito provável, que tais planos se façam, à margem das grandes reuniões, nos contactos pessoais entre os congressistas, a cujas vantagens fizemos referência atrás.

Mas, com maior ou menor utilidade, mais ou menos «racionalizadas», as reuniões continuam!

Neurologia, Cirurgia, Arquitectura, Família, Turismo!! que é que nos espera, ainda, para terminar esta «saison» de congressos?...

F. R. N.

## PLETORA MÉDICA EM ESPANHA

A 2.ª Assembleia dos Sindicatos espanhóis universitários adoptou diversas proposições tendentes a combater a plethora médica. A primeira medida consiste em limitar por selecção o número sempre crescente dos alunos das Faculdades de Medicina.

Preconiza-se que haja um contróle absoluto para determinar quais são os doentes que devem aproveitar a assistência gratuita, com o fim de evitar que pessoas que possam pagar sejam admitidas. Assim, o seguro-doença obrigatório deve ser modificado quanto principalmente às remunerações; além disso, o seguro-doença livre deve ser totalmente suprimido.

O aumento considerável do número de médicos assistentes das cadeiras universitárias é desejável com uma remuneração que seja superior à actual; enfim, o Instituto Nacional de Educação Física deve ser criado aproveitando especialistas médicos conhecedores de medicina desportiva que seriam chamados a controlar a educação física nos colégios, universidades e institutos, como sucede noutros países.

## HEREDITARIEDADE NAS MÃOS

Um jornal espanhol publica uma notícia, acompanhada de fotografias, sobre uma família indiana na qual todos os seus membros do sexo masculino apresentam seis dedos em cada uma das mãos, excepto um, que tem sete. Os indivíduos do sexo feminino — esses apresentam cinco dedos, como toda a gente. O jornal espanhol termina a notícia com este comentário: «Es lastima, porque podrian ser unas mecnógrafas muy cotisadas».

## 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

# OS NOVOS MÉTODOS PSÍQUICOS E OS PRECEITOS DA MORAL

## Discurso de Sua Santidade Pio XII

«O Médico» tem hoje a honra de registar nas suas colunas o texto completo do discurso que, na Sala do Consistório do Vaticano, Sua Santidade o Papa proferiu no dia 15 de Abril último, quando recebeu os membros do V Congresso Internacional de Psicoterapia e Psicologia Clínica, que se reuniu em Roma.

Várias vezes, S. S. Pio XII tem abordado temas relacionados com a medicina em magistras discursos, manifestando, assim, especial predilecção pelos problemas que nos interessam; vários destes discursos têm sido publicados em «O Médico», alguns dos quais aqui apareceram, reunidos e comentados pelo Dr. Paiva Boleo. O discurso que a seguir se publica é mais um notável documento que os médicos ficam devendo à palavra, sempre sugestiva e oportuna, do Soberano Pontífice.

Bem-vindos sejais, queridos filhos e filhas, que, de toda a parte, vos reunistes em Roma para ouvir doudas exposições e discutir problemas de Psicoterapia e Psicologia clínica. Encerrou-se o vosso Congresso e, para lhe garantir os resultados bem como o êxito das vossas investigações e actividades futuras, vindes receber a Bênção do Vigário de Cristo. De bom grado correspondemos ao vosso desejo e aproveitamos a ocasião para vos dirigir uma palavra de estímulo e dar algumas directivas.

A ciência afirma que novas observações trouxeram à luz as camadas profundas do psiquismo humano, e esforça-se por compreender essas descobertas, interpretá-las e torná-las utilizáveis. Fala-se de dinamismos, determinismos e mecanismos ocultos nas profundezas da alma, dotados de leis imanentes de que decorrem certos modos de acção. Sem dúvida, estes desenvolvem-se no subconsciente, mas penetram também no domínio da consciência e determinam-no. Pretende-se dispor de processos experimentados e reconhecidamente adequados para perscrutar o mistério dessas profundezas da alma, iluminá-las e reconduzi-las ao recto caminho, quando elas exercem influência nefasta.

Essas questões, que se prestam ao exame de uma psicologia científica, pertencem à vossa competência. O mesmo se diga quanto à utilização de novos métodos psíquicos. Fiquem, porém, conscientes, tanto a psicologia teórica como a prática, de que não podem perder de vista nem as verdades estabelecidas pela razão e pela fé, nem os preceitos obrigatórios da moral.

Em Setembro do ano passado (13 - IX - 52, *Acta Ap. Sedis*, a XLIV, 1952, pág. 779 e s.), para corresponder ao desejo dos membros do «Primeiro Congresso Internacional de Histopatologia do Sistema Nervoso», indicamos os limites morais dos métodos médicos de investigação e tratamento. Tomando por base essa exposição, queríamos hoje acrescentar alguns complementos. Numa palavra, é Nossa intenção indicar a atitude fundamental que se impõe ao psicólogo e ao psicoterapeuta cristão.

Essa atitude fundamental reduz-se à seguinte fórmula: a psicoterapia e a psicologia clínica devem sempre considerar

o homem: 1.º como unidade e totalidade psíquica; 2.º como unidade estruturada em si mesma; 3.º como unidade social; 4.º como unidade transcendente, isto é, em tendência para Deus.

### I. — O HOMEM COMO UNIDADE E TOTALIDADE PSÍQUICA

A medicina ensina-nos a olhar o corpo humano como um mecanismo de alta precisão, cujos elementos se engrenam um sobre o outro e se encadeiam um no outro: o lugar e as características destes elementos dependem do todo, pois estão ao serviço da sua existência e das suas funções. Mas esta concepção ainda se aplica muito melhor à alma, cujas delicadas rodagens estão reunidas com muito maior cuidado. As diversas faculdades e funções psíquicas inserem-se no conjunto do ser espiritual e subordinam-se à sua finalidade.

É inútil desenvolver mais largamente este ponto. Mas, vós, os psicólogos e os terapeutas, deveis ter em conta este facto: a existência de cada faculdade ou função psíquica justifica-se pelo fim do todo. O que constitui o homem é principalmente a alma, forma substancial da sua natureza. É dela que decorre em última análise toda a vida humana; nela se enraízam todos os dinamismos psíquicos, com a sua estrutura própria e a sua lei orgânica; é a ela que a natureza encarrega de governar todas as energias, enquanto estas não tiverem ainda adquirido a sua última determinação. Deste dado ontológico e psíquico segue-se que seria afastar-se do real querer, em teoria ou na prática, confiar o papel determinante do todo a um factor particular, por exemplo, a um dos dinamismos psíquicos elementares, e instalar assim no comando uma potência secundária. Estes dinamismos podem estar na alma, no homem; não são, todavia, a alma nem o homem. São energias, talvez de considerável intensidade, mas a natureza confiou a sua direcção ao posto central, à alma espiritual, dotada de inteligência e vontade, normalmente capaz de governar essas energias. Exercerem esses dinamismos a sua pressão sobre uma actividade, não quer dizer necessariamente que a constringam. Negar-se-ia uma realidade ontológica e psi-

quica, contestando à alma o seu posto central.

Não é pois possível, quando se estuda a relação do eu com os dinamismos que a compõem, conceder sem reserva, em teoria, a autonomia do homem, isto é, da sua alma, mas acrescentar logo que, na realidade da vida, esse princípio teórico aparece, as mais das vezes, posto em xeque ou pelo menos extremamente minimizado. Na realidade da vida, diz-se, resta sempre ao homem a liberdade de prestar o seu consentimento interno ao que faz, mas não a de o fazer. A autonomia da vontade livre substitui-se a heteronomia do dinamismo instintivo. Não foi assim que o Criador formou o homem. O pecado original não lhe tira a possibilidade e a obrigação de se conduzir a si próprio pela alma. Não deve pretender-se que as perturbações psíquicas e as doenças que entravam o funcionamento normal do psiquismo são o elemento habitual. O combate moral para permanecer no recto caminho não prova a impossibilidade de seguir este caminho nem autoriza a recuar.

### II. — O HOMEM COMO UNIDADE ESTRUTURADA

O homem é uma unidade e um todo ordenados; um microcosmo, uma espécie de Estado cuja carta de lei, determinada pela finalidade do todo, subordina a este fim a actividade das partes segundo a verdadeira ordem do seu valor e da sua função. Esta carta é, em última análise, de origem ontológica e metafísica; e não psicológica e pessoal. Julgou-se dever acentuar a oposição entre metafísico e psicológico. Muito injustamente! O próprio psíquico pertence ao domínio do ontológico e do metafísico.

Lembramos-vos esta verdade para lhe apor uma observação sobre o homem concreto cujo ordenamento interno estamos a examinar. Pretendeu-se, efectivamente, estabelecer a antinomia da psicologia e da ética tradicionais com a psicoterapia e a psicologia clínica modernas. Diz-se que a psicologia e a ética tradicionais têm por objecto o ser abstracto do homem, o *homo ut sic* que decerto não existe em parte alguma. A clareza e a concatenação lógica dessas disciplinas merecem admiração;

mas sofrem de um vício de base: são inaplicáveis ao homem real; tal como ele existe. Pelo contrário, a psicologia clínica parte do homem real, do *homo ut hic*. E conclui-se: entre as duas concepções cava-se um abismo impossível de transpor enquanto a psicologia e a ética tradicionais não mudarem de posição.

Quem estuda a constituição do homem real deve, na verdade, tomar como objecto o homem «existencial», tal como ele é, tal como o fizeram as suas disposições naturais, as influências do meio, a educação, a sua evolução pessoal, as suas experiências íntimas e os acontecimentos externos. Só existe este homem concreto. E, todavia, a estrutura deste eu pessoal obedece no mínimo pormenor às leis ontológicas e metafísicas da natureza humana, de que falamos acima. Foram elas que a formaram e, portanto, são elas que devem governá-la e julgá-la. A razão disto é que o homem «existencial» se identifica na sua estrutura íntima com o homem «essencial». A estrutura essencial do homem não desaparece quando se lhe juntam as notas individuais; nem tão pouco se transforma em outra natureza humana. A carta de lei, de que falamos há pouco, assenta precisamente, em seus principais enunciados, sobre a estrutura essencial do homem concreto real.

Por conseguinte, seria erróneo fixar para a vida real normas que se afastassem da moral natural e cristã, e que bem poderiam designar-se pelo nome de «ética *personalista*» que, embora recebesse daquela uma certa orientação, não comportaria por isso obrigação estrita. A lei de estrutura do homem concreto não está por inventar, mas por aplicar.

### III. — O HOMEM COMO UNIDADE SOCIAL

O que até agora temos dito, diz respeito ao homem na sua vida pessoal. O psíquico abrange também as suas relações com o mundo exterior, e é tarefa digna de elogios, campo aberto às vossas investigações, estudar o psiquismo social em si mesmo e nas suas raízes, torná-lo utilizável para os fins da psicologia clínica e da psicoterapia. Haja, porém, toda a cautela em distinguir cuidadosamente os factos em si mesmos e a sua interpretação.

O psiquismo social toca também com a moralidade, e as conclusões da moral cobrem largamente as de uma psicologia e psicoterapia sérias. No entanto, há pontos em que a aplicação do psiquismo social peca por excesso ou por defeito: é nisto que desejariamos deter-Nos um pouco.

*Erro por defeito:* existe um mal-estar psicológico e moral a inibição do eu, cujas causas a vossa ciência procura descobrir. Quando esta inibição se arvora sobre o domínio moral, por exemplo, quando se trata de dinamismos, como o instinto de domínio, de superioridade e o instinto sexual, a psicoterapia não poderia, sem mais, tratar essa inibição do eu como uma espécie de fatalidade, como uma tirania da pulsão afectiva, que brota do subconsciente e escapa simplesmente ao comando da consciência e da alma. Não

se rebaixe tão facilmente o homem concreto com o seu carácter pessoal à categoria do bruto. Apesar das boas intenções do terapeuta, há espíritos delicados que sentem amargamente esta degradação ao plano da vida instintiva e sensitiva. Não se desprezem também as Nossas anteriores observações sobre a ordem de valor das funções e o papel da sua direcção central.

Uma palavra também sobre o método às vezes utilizado pelo psicólogo para liberar o eu da sua inibição em casos de aberração no domínio sexual: Referimo-Nos à iniciação sexual completa, que nada quer calar, nada deixar na obscuridade. Não haverá nisto uma perniciosa sobre-estima do saber? Existe também uma educação sexual eficaz, que com toda a segurança ensina calma e objectivamente o que o jovem deve saber para se conduzir a si mesmo e tratar com os que o rodeiam. Quanto ao mais, na educação sexual como aliás em toda a educação, devesse insistir-se principalmente no domínio de si mesmo e na formação religiosa. A Santa Sé publicou normas a este respeito, pouco depois da Encíclica de Pio XI sobre o matrimónio cristão (*S. C. S. Off.*, 21-III-1931. *Acta Ap. Sedis*, a. 23, 1931, pág. 118). Estas normas não foram retiradas, nem expressamente, nem *via facti*

O que se acaba de dizer da iniciação inconsciente, para fins terapêuticos, vale também quanto a certas formas de psicanálise. Não deveriam estas ser consideradas como meio único de atenuar ou curar perturbações sexuais psíquicas. O tão repetido princípio de que as perturbações sexuais do inconsciente, bem como todas as outras inibições de idêntica origem, só podem suprimir-se pela sua evocação à consciência, cessa de valer se for generalizado sem discernimento. O tratamento indirecto também tem a sua eficácia, e muitas vezes é mais que bastante. No que respeita ao emprego do método psicanalítico no domínio sexual, a Nossa referida alocução de 13 de Setembro já lhe indicou os limites morais. Com efeito, não se pode considerar, sem mais, como lícita a evocação à consciência de todas as representações, emoções, experiências sexuais, que dormitavam na memória e no inconsciente, e que assim se actualizam no psiquismo. Se se escutarem os protestos da dignidade humana e cristã, quem se arriscará a pretender que esse processo não comporta nenhum perigo moral, imediato ou futuro, dado que, mesmo se se afirma a necessidade terapêutica de uma exploração sem limites, essa necessidade, em suma, não está provada?

*Erro por excesso:* consiste em realçar a exigência de um abandono total do eu e da sua afirmação pessoal. A este propósito, queremos salientar dois pontos: um princípio geral e um ponto de prática psicoterapêutica.

De certas explicações psicológicas desprende-se a tese de que a extraversão incondicionada do eu constitui a lei fundamental do altruísmo congénito e dos seus dinamismos. É um erro lógico, psicológico e ético. Existe uma defesa, uma estima, um amor e um serviço de si mes-

mo, não só justificados, mas exigidos pela psicologia e pela moral. É uma evidência natural e uma lição da fé cristã (cf. S. Tomás, *Suma Theol.*, II.<sup>a</sup>-II.<sup>ae</sup> p. q. XXVI, a. 4 in c.)! O Senhor ensinou: «Amarás o próximo como a ti mesmo» (*Marc.* XII, 31). Cristo propõe como regra do amor do próximo, a caridade para consigo mesmo, e não o contrário. A psicologia aplicada desprezaria esta realidade, se qualificasse toda a consideração do eu como inibição psíquica, erro, regresso a um estágio de desenvolvimento anterior, a pretexto de que ela se opõe ao altruísmo natural do psiquismo.

O ponto de prática psicoterapêutica, que enunciámos, diz respeito a um interesse essencial da sociedade: a salvaguarda dos segredos que é posta em perigo pela utilização da psicanálise. Não se exclui inteiramente que um facto ou conhecimento secretos e recalçados no subconsciente provoquem sérios conflitos psíquicos. Se a psicanálise descobre a causa desta perturbação, quererá, segundo o seu princípio, evocar inteiramente este inconsciente para o tornar consciente e levantar o obstáculo. Mas há segredos que importa calar em absoluto, mesmo ao médico, mesmo a despeito de graves inconvenientes pessoais. O segredo da confissão não suporta revelações; exclui-se igualmente que o segredo profissional seja comunicado a outrem, incluindo o médico. O mesmo se diga de outros segredos. Apela-se para o princípio: «*Ex causa proportionate gravi licet uni viro prudenti et secreti tenaci secretum manifestare*». É exacto o princípio em estreitos limites, para algumas espécies de segredos. Não convém utilizá-lo em discernimento na prática psicanalítica.

Tendo em vista a moralidade, o bem comum em primeira plana, nunca se insistirá demais no princípio da discreção na utilização da psicanálise. Trata-se, evidentemente, não da discreção do psicanalista em primeiro lugar, mas da do paciente que, muitas vezes, não possui nenhum direito de dispor dos seus segredos.

### IV. — O HOMEM COMO UNIDADE TRANSCENDENTE EM TENDÊNCIA PARA DEUS

Este último aspecto do homem introduz três problemas que não desejariamos deixar de parte.

Antes de mais, a investigação científica atrai a atenção para um dinamismo que, enraizado nas profundezas do psiquismo, levaria o homem para o infinito que o ultrapassa, não o fazendo conhecer mas por uma gravitação ascendente nascida directamente do substrato ontológico. Vê-se neste dinamismo uma força independente, a mais fundamental e a mais elementar da alma, um transporte afectivo que conduz imediatamente ao divino, tal como a flor, sem o saber, se abre à luz e ao sol, ou como a criança respira inconscientemente desde que nasceu.

Esta asserção reclama imediatamente uma observação: Se se declara que este

# “MYSOLINE”

## O novo anticonvulsivo no controle da epilepsia

A primeira publicação (1) sobre o «MYSOLINE» descrevia os resultados benéficos obtidos com esta droga num elevado número de casos de epilepsia (grande mal) que tinham resistido ao tratamento pelos anticonvulsivos até então conhecidos.

Desde então, «MYSOLINE» tem sido ensaiado nos mais importantes centros neurológicos, tanto da Grã-Bretanha como nos países d'Além Mar. Os primeiros resultados têm sido amplamente confirmados, e duas características importantes da droga têm sido largamente confirmadas, nomeadamente a sua actividade no controle dos ataques de grande mal, e a sua baixa toxicidade.

Têm-se acumulado provas de que «MYSOLINE» é activo noutras formas de epilepsia, nomeadamente no tipo psicomotor e possivelmente até no pequeno mal.

Além disso, vários autores (2) têm-se referido ao notável efeito sobre o bem estar dos doentes, com melhoria de comportamento, actividade e sociabilidade.

Refere um recente relatório inglês, que de 58 casos de grande mal que não tinham sido satisfatoriamente controlados com outros anticonvulsivos, 50 % dos doentes beneficiaram com o tratamento pelo «MYSOLINE».

Ulteriormente, neste campo, investigadores canadianos da McGill University e do Montreal Neurosurgical Institute, registaram o valor de «MYSOLINE» em 61 casos que tinham respondido fracamente a outros tipos de medicação. «MYSOLINE» reduzia para 50 % ou mais, o número de ataques em 35 % dos doentes. Casos de grande mal, pequeno mal e automatismo, foram incluídos entre os beneficiados.

Os comprimidos de «MYSOLINE» (0,25 grs.) estão postos à venda em embalagens de 100 e 1.000

IMPERIAL CHEMICAL



1. Lancet, 1952, i, 742.
2. Lancet, 1953, i, 1154.
3. Lancet, 1953, i, 1024.
4. Canad. Med. Ass. J., 1953, 68 464.

REPRESENTANTES:

**UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA**

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

dinamismo está na origem de todas as religiões, nós sabemos por outro lado que as religiões, o conhecimento natural e sobrenatural de Deus, e o seu culto, não procedem do inconsciente ou do subconsciente, nem de um impulso afectivo, mas do conhecimento claro e certo de Deus por meio da sua revelação natural e positiva. É esta a doutrina e a fé da Igreja, desde a palavra de Deus no Livro da Sabedoria e na Epístola aos Romanos, até à Encíclica *Pascendi Dominici gregis*, do Nosso Predecessor o Beato Pio X.

Posto isto, resta ainda o problema desse misterioso dinamismo. A este propósito, poderia dizer-se o seguinte: não devemos certamente incriminar a psicologia das profundezas, se ela se apodera do conteúdo do psiquismo religioso, se esforça por analisá-lo e reduzi-lo a sistema científico, embora seja nova esta investigação e não se encontre no passado a sua terminologia. Evocamos este último ponto porque facilmente surgem mal-entendidos quando a psicologia atribui sentido novo a expressões já em uso. Importa haver, de ambos os lados, prudência e reserva para evitar falsas interpretações e tornar possível uma compreensão recíproca.

Pertence aos métodos da vossa ciência esclarecer as questões da existência da estrutura e do modo de acção desse dinamismo. Se o resultado se verificasse positivo, não deveria ser declarado inconciliável com a razão ou com a fé. Isso mostraria apenas que o «*esse ab alio*» é também, até nas suas mais profundas raízes, um «*esse ad alium*», e que a palavra de Santo Agostinho: «*Fecisti nos ad te; et inquietum est cor nostrum, donec requiescat in te (Conf. I, I, c. 1 n. 1)*» encontra nova confirmação até no mais íntimo do ser psíquico. Tratar-se-ia até de um dinamismo que toca a todos os homens, a todos os povos, a todas as épocas e a todas as culturas: que auxílio, e quanto apreciável, para a busca de Deus e para a sua afirmação!

Às relações transcendentais do psiquismo pertence também o sentimento de culpabilidade, a consciência de ter violado uma lei superior cuja obrigação entretanto se reconhecia: consciência que pode mudar-se em sofrimento e até em perturbação psíquica.

A psicoterapia encontra-se aqui como um fenómeno que não depende exclusivamente da sua competência, porque ele é também, se não principalmente, de carac-

ter religioso. Ninguém contestará que pode existir, e não raro, um sentimento de culpabilidade irrazoável, e até doentio. Mas pode igualmente ter-se consciência de uma falta real que ainda se não apagou. Nem a psicologia nem a ética possuem critério infalível para os casos de espécie, porque o processo de consciência que gera a culpabilidade tem uma estrutura demasiado pessoal e demasiado subtil. Em todo o caso, é certo que nenhum tratamento puramente psicológico poderá curar a culpabilidade real. Ela perdura, ainda que a conteste o psicoterapeuta, talvez na melhor boa fé. Embora se suprima o sentimento de culpabilidade por intervenção médica, por auto-sugestão ou persuasão de outrém, a falta permanece, e a psicoterapia iludia-se e iludia os outros se, para apagar o sentimento da culpabilidade, pretendesse que a falta havia deixado de existir.

O meio de eliminar a falta não depende do puro psicológico; como todo o cristão sabe, consiste na contrição e na absolvição sacramental do sacerdote. Aqui, é a fonte do mal, é a própria falta que é extirpada, mesmo se porventura o remorso continua a trabalhar. Não é raro no nosso tempo que em certos casos patológicos o sacerdote remeta o penitente para o médico; no presente caso, o médico deveria antes remeter o cliente para Deus e para os que têm o poder de perdoar a própria falta em nome de Deus.

Uma última observação a propósito da orientação transcendente do psiquismo para Deus: em todos os actos conscientes do homem deve reflectir-se sempre o respeito de Deus e da santidade. Quando esses actos se afastam do divino Modelo, embora sem culpa subjectiva do interessado, contradizem a sua última finalidade. Eis por que o que se chama «pecado material» é uma coisa que não deve ser e que, portanto, constitui na ordem moral uma realidade que não é indiferente.

Segue-se uma conclusão para a psicoterapia: ela não pode ficar neutra em face do pecado material. Pode tolerar o que, na ocasião, se torna inevitável. Mas deve saber que Deus não pode justificar essa acção. Menos ainda pode a psicoterapia aconselhar ao doente que cometa tranquilamente um pecado material, porque o fará sem falta subjectiva; e tal conselho seria também erróneo se essa acção devesse parecer necessária para a descarga psíquica do doente e, portanto para o fim da cura. Nunca se pode aconselhar uma acção consciente que seria uma deforma-

ção e não uma imagem da perfeição divina.

Eis o que julgávamos dever expor-vos. Quanto ao mais, estai certos de que a Igreja acompanha com calorosa simpatia e os melhores votos as vossas investigações e a vossa prática médica. Trabalhai em campo muito difícil. Mas a vossa actividade pode registar preciosos resultados para a medicina, para o conhecimento da alma em geral, para as disposições religiosas do homem e seu desenvolvimento. Seja o vosso caminho iluminado pela Providência e pela graça divina! Como penhor Nós vos damos, com paternal benevolência, a Nossa Bênção Apostólica.

## Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica

Reúne, no próximo dia 31 do corrente, pelas 22 horas, na sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa, a Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, com a seguinte Ordem da Noite:

- 1.º — Nomeação da Delegação Portuguesa ao II Congresso dos Médicos Electro-radiologistas de Cultura Latina, a realizar em Roma de 5 a 10 de Abril de 1954.
- 2.º — Troca de impressões sobre a realização do IV Congresso dos Médicos Electro-radiologistas de Cultura Latina a realizar em Lisboa em 1955.
- 3.º — Relatório da Delegação Portuguesa ao 7.º Congresso Internacional de Radiologia efectuado em Copenhague em Julho p. p. pelo Dr. Albano Ramos.
- 4.º — Um aspecto médico-jurídico e médico-legal da radiologia apendicular pelo Dr. Albano Ramos.
- 5.º — Um novo método planigráfico de cortes oblíquos para estudo dos segmentos pulmonares pelo Prof. Aleu Saldanha.

# 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 —

O INSTITUTO LUSO-FARMACO  
SEMPRE NA VANGUARDA

# Dibencilina

UM NOVO CAPÍTULO  
NA HISTÓRIA  
DA PENICILINA

## DIBENCILINA

[N, N'-dibenziletilenadiazina] dipenicilina [B  
*A penicilina de longa duração*

### COMPRIMIDOS

Com 2 a 3 comprimidos diários obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue.

### SUSPENSÃO ORAL

Com 2 a 3 colheres de chá (5 c. c.) contendo 300.000 unidades cada obtêm-se igualmente concentrações eficazes de penicilina no sangue.

### INJECTÁVEL

Com uma injeção obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue durante  
**CATORZE DIAS!**

A PENICILINA DE MENORES  
REACÇÕES ALÉRGICAS

3 por mil em contraste com 5 por cento das alergias causadas pela penicilina sódica e potássica

COM UMA ÚNICA  
INJEÇÃO  
DESTE COMPOSTO  
DE PENICILINA  
ENCONTRAM-SE  
CONCENTRAÇÕES  
EFICAZES  
NO SANGUE  
DURANTE

14  
Dias



# XV CONGRESSO DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CIRURGIA

Terminou no dia 19 uma das mais importantes reuniões científicas realizadas no nosso País — o XV Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia — que a Lisboa trouxe cerca de oitocentos cirurgiões dos mais notáveis em todo o Mundo. Foram trinta e seis os países representados no Congresso, incluindo a Rússia, que enviou a Portugal uma delegação constituída por quatro professores de Cirurgia, um intérprete e uma secretária. Chefiava-a o Prof. Boris Petiovski, de Moscovo.

## A SESSÃO SOLENE INAUGURAL

No dia 14, na sala das sessões da Câmara Corporativa, pelas 11 horas, efectuou-se a sessão solene inaugural, à qual se dignou presidir o Chefe do Estado, sr. general Craveiro Lopes, que, à entrada do palácio da Assembleia Nacional, onde lhe foram prestadas as honras militares por uma companhia da G. N. R., recebeu cumprimentos do Dr. Veiga de Macedo, Subsecretário de Estado da Educação Nacional; do Prof. Reinaldo dos Santos e do Dr. Armando Luzes, respectivamente, presidente e secretário do Congresso; e dos Profs. Robert Danis e L. Dejardin, presidente e secretário da S. I. C., também respectivamente.

A mesa ficou constituída pelas individualidades atrás citadas — o sr. Presidente da República no lugar de honra — e ainda pelo Prof. Cortes Llado, na qualidade de representante dos congressistas.

Falou em primeiro lugar o Prof. Robert Danis, que agradeceu a presença do sr. general Craveiro Lopes, salientando quanto esse facto era significativo, como prova de interesse pelo Congresso. Seguidamente dirigiu palavras de gratidão às comissões de honra e portuguesa e às nossas autoridades, que muito facilitaram a reunião, afirmando, depois, que o prestígio do Prof. Reinaldo dos Santos contribuíra para a vinda a Lisboa de muitos membros da S. I. C. Por outro lado esclareceu — a perspectiva de visitar a capital e o país português seduzira a maior parte dos cirurgiões.

Vir a Portugal — afirmou — não é só participar nos trabalhos. É, também, prestar homenagem ao país que tomou parte nas mais gloriosas jornadas da nossa civilização.

Depois de evocar a grandeza histórica do nosso País e as figuras dos nossos maiores, o orador recordou as personalidades que fazem parte dos «comités» e prestou homenagem à memória dos Profs. Henri Hartmann, H. Meade, Jules Abadie, Dillas Phemister e Harvey Cubot, propondo que a Sociedade observasse um minuto de silêncio. Prosseguiu, depois, dizendo:

— O que caracterizará ainda melhor o Congresso é de facto de, no dia 18, termos uma reunião comum com a Sociedade Internacional de Angiografia. Além das

vantagens imediatas que vamos tirar dessa estreita identidade de esforços, tomaremos posição clara a participação demasiado estrita em que alguns desejariam ver as diversas especialidades médico-cirúrgicas e contra a separação, que termina sempre por esterilizar qualquer esforço no sentido do verdadeiro progresso.

O Prof. Danis acabou por saudar os dirigentes da Sociedade Internacional de Angiografia, sobretudo os respectivos dirigentes, Profs. Leriche, Holman, Hai-

novich e Arnulf, por terem compreendido o ponto de vista exposto.

No final do discurso do Prof. Danis foi guardado um minuto de silêncio.

Seguidamente, falou o Prof. Cortes Llado, em nome dos delegados estrangeiros, que disse ter o encargo de saudar os congressistas portugueses.

«Encargo de responsabilidade — acentuou — pois são cinquenta e dois os grupos nacionais integrados na S. I. C., separados por diferenças de raças, religião, língua, história, concepções políticas e filosóficas, etc. Afinal, todos desenvolvem labor comum na modalidade cirúrgica da Medicina».

Prosseguindo, afirmou que não podia, como espanhol, esquecer as afinidades existentes entre Portugal e o seu país, e a colaboração dada por ambos os povos ao progresso do Mundo. Manifestou a maior confiança no êxito do Congresso e aproveitou o ensejo para saudar os altos méritos dos cirurgiões lusitanos. Fez ainda rasgado elogio da acção das comissões da S. I. C., e dos Profs. Dejardin e Reinaldo dos Santos. Concluiu com as seguintes palavras:

Esta cordial hospitalidade permite sentir que somos sempre bem-vindos em qualquer parte do Mundo por nós visitada, na qualidade de membro da Sociedade. Esta é, uma das glórias maiores da S. I. C.; serve de demonstração de que cumprimos a dupla finalidade imposta pelos fundadores: o fomento da amizade internacional e a difusão, extensiva e unificada, da Ciência e Arte da Cirurgia.

Usou, depois, da palavra, o Dr. Armando Luzes. Discurso breve, em exposição do programa estabelecido pelo secretariado do Congresso. Cumprimentou os delegados e declarou constituir grande honra para Portugal receber tantos cirurgiões ilustres. Todos, certamente, levariam agradáveis impressões do País — da doçura do clima, do povo acolhedor e de tantas outras coisas. Esperava que os congressistas recolhessem e gravassem em suas mentes as imagens do período progressivo que Portugal atravessa. E salientou que a reunião se tornara possível graças à boa vontade do nosso Governo e de outras entidades. Referiu-se ao Prof. Reinaldo dos Santos com expressões de admiração e assinalou o facto de, no Congresso e na sua comissão, haver numerosas senhoras, para as quais a organização estabelecera estadia agradável.

Seguiu-se-lhe o Prof. Dejardin, que agradeceu a presença do Chefe do Estado, e saudou os colegas.

Apresentou boas-vindas, em especial, ao delegado da Columbia, agora integrada por filiação na S. I. C. Anunciou a distribuição dos prémios «René Leriche», atribuído ao Prof. Brocq, de Londres, e «Robert Danis» ao Prof. Robert Judet, de Paris. Cumprimentou os congressistas portugueses e o secretário da reunião, Dr. Armando Luzes, e afirmou:

— Escolhendo Lisboa para local do



**ALGINEX**

A N A L G É S I C O  
D E U S O E X T E R N O

apresentado em forma de stik  
com excipiente especial

D E A C Ç ã O I N T E N S A  
E R Á P I D A



LABORATÓRIOS  
D O  
**INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA**

LISBOA      PORTO      COIMBRA

Congresso, procurámos a atracção particular que a velha cidade nos oferece e quisemos prestar homenagem ao mestre que actualmente simboliza a cirurgia internacional.

E para marcár bem a pessoa do Prof. Reinaldo dos Santos, voltou-se para o presidente do Congresso, a quem se dirigiu nos seguintes termos:

— O meu cargo de secretário-geral comporta uma agradável missão. É dizer-lhe da alegria que todos sentimos em vê-lo ocupar esse posto — inteiramente merecido. Honra-o com a segura erudição, com a perseverança no campo da investigação, com o impulso prodigioso que imprimiu à cirurgia arterial.

E terminou, na mesma ordem de ideias:

«Ontem, em Amsterdão, os críticos de Arte confiaram-lhe a direcção dos seus trabalhos, reconhecendo a erudição que referi. Hoje os cirurgiões celebram na sua pessoa um dos seus pares, que marcou lugar incontestado entre a estirpe dos maiores».

Falou a seguir o presidente do Congresso. O Prof. Reinaldo dos Santos dirigiu-se ao Chefe do Estado, para o saudar e lhe agradecer a honra dada ao Congresso, vindo presidir à sessão inaugural, acentuando que ela era mais uma prova, e elevada, do interesse do Estado português pelas reuniões científicas e do auxílio sempre dado pelo seu Governo, através do I. A. C., à Sociedade Internacional de Cirurgia.

Disse, depois, que esta reunião da

S. I. C. levanta um problema crucial acerca do futuro dos congressos científicos e das directrizes das suas organizações, no sentido de saber se elas serão, efectivamente, úteis e qual deve ser, actualmente, o seu papel.

Afirmou não serem a utilidade da troca de ideias e o encanto dos encontros,

Indubitavelmente — acrescentou — que se atravessava uma crise que não era senão o reflexo da flutuação geral dos problemas da cultura e do espírito. Crise de abundância de congressos, prosperidade turística, pobreza espiritual, falta de meditação e de sonho. O homem serviu-se muito mais das asas do avião que das suas



O Chefe do Estado presidindo à sessão solene inaugural

fora das sessões, que se encontram em causa, mas sim o programa científico das reuniões, a escolha dos assuntos a discutir e das comunicações a admitir, enfim, o seu carácter técnico ou mesmo de ordem cultural.

próprias asas. E, além disso, o programa do Congresso era limitado e os assuntos escolhidos eram apresentados por seus relatores como resultados de suas experiências pessoais.

Contudo, afirmou que «uma grande

# REUMATISMO?

*A experiência demonstra que*



CREME ANTI-REUMÁTICO,  
ANALGÉSICO E ANTIFLOGÍSTICO

*dá bons resultados*

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

*DAVI*  
LISBOA

parte da história da cirurgia do século XX está escrita nas páginas dos nossos congressos, onde todos os grandes problemas da nossa ciência e da nossa profissão têm sido analisados, discutidos e renovados pelas personalidades mais eminentes de duas gerações».

Mas — insistiu, em nova pergunta — podem programas como os de ontem ser adoptados nas reuniões actuais?

Em seu entender, parecia-lhe que não. E disse das razões que o levavam a tal opinião manifestar — congressos numerosos, assuntos reptidos, etc. Delas focou, principalmente, o facto da multiplicação das especialidades, em que o corpo humano e a sua patologia se encontravam

lhes deve perdoar. É próprio da ciência trabalhar para o presente, porque a verdade científica é a mais efémera de todas as verdades. Devemos, a cada momento, dispor-nos a abandonar as nossas convicções da véspera, para aceitar as novas verdades, amanhã envelhecidas por sua vez. Esta instabilidade do pensamento científico dá-se precisamente para acalmar as ambições dos construtores do futuro. As glórias que são pouco duradouras convidam-nos à modéstia. De resto, eu já disse, em dada ocasião, que a vaidade não é uma fraqueza moral apenas, mas sim, e também, uma falta de senso crítico.

E disse ainda:

— A duração não pertence ao mundo



Um aspecto da assistência à sessão solene inaugural

divididos, quase pulverizados num mosaico donde surgiam, a todo o passo, novas sociedades, novos congressos. Qual, pois, seria o fim e acção do actual Congresso da S. I. C.?

Este Congresso — respondeu à nova pergunta formulada — marcava novas directrizes aos seus trabalhos, reflexos da evolução da cirurgia, que, essencialmente técnica em princípios deste século, era hoje, como toda a gente diz, biológica.

Parecera aos seus organizadores que nele deveriam ser renovados os temas reais e, com eles, os horizontes da nossa cultura científica.

O Congresso de Lisboa estabelecera, assim, como tema principal dos seus relatórios e discussões, um grande problema de biologia — «a regeneração dos tecidos»: base de todos os processos de cicatrização das chagas e da reconstituição dos órgãos, das enxertias e das transplantações de tecidos: em resumo, do destino de todas as nossas tentativas clínicas ou operatórias.

O Prof. Reinaldo dos Santos admitiu que, numa tal orientação, os trabalhos não venham a ter insucesso, visto que «toda a renovação de perspectivas pode ser criada pela abertura de novas perspectivas à verdade científica».

Quanto aos resultados, aconselhou os congressistas a serem modestos. E a esse propósito disse:

— Os homens de ciência gostam, muitas vezes, de acreditar que trabalham para o futuro. É um pequeno orgulho que se

da inteligência; pertence, antes, às criações da Arte e às directrizes do mundo moral — as únicas que podem ter a aspiração das verdades eternas.

O Prof. Reinaldo dos Santos, a seguir, recordando um Congresso Internacional da História da Arte, de que fora também presidente, fez brilhantes, acertadas, notáveis considerações acerca da «dualidade da inteligência e da sensibilidade», que lamentamos, por falta de espaço, não poder transcrever, e na íntegra, como tanto mereciam.

Referindo-se, em determinada altura, aos homens de ciência, acentuou:

—...A nossa missão requer estoicismo. Temos de caminhar por uma estrada, semeada de verdades transitórias... A História da Ciência é uma vasta «Via Appia», juncada de túmulos de honra, onde jazem ideias mortas.

Não quis terminar as suas considerações sobre o tema apaixonante do papel da cirurgia sem abordar ainda um último ponto, muito grato ao escol dos médicos-cirurgiões: o de a arte médica ser uma grande «escola de compreensão humana». E sobre isso fez, igualmente, uma dissertação de grande relevo e critério.

Terminou agradecendo a honra de se ver elevado à presidência do Congresso — a mais alta a que um cirurgião podia aspirar. Mais, em seu entender — usando um lugar-comum, mas dizendo uma verdade, merecia tal honra o País do que ele. Contudo, gratíssimo por tanto, dava a todos as melhores boas-vindas.

\*

Organizada pela 1.<sup>a</sup> Clínica Cirúrgica do Hospital de Santa Marta, de que é director o Prof. Cid dos Santos, inaugurou-se, no novo Hospital Escolar, pouco depois da sessão solene atrás referida, uma exposição comemorativa do 25.<sup>o</sup> aniversário da criação, pelo Prof. Reinaldo dos Santos, da aortografia, exposição esta promovida pelo Congresso Internacional de Angiologia, que, dias depois, se inauguraria e a que noutra local nos referimos.

Na presença do Dr. Emílio Faro, enfermeiro-mor dos H. C. L. e de muitos congressistas, o Prof. Cid dos Santos disse da razão da exposição, na qual se vêem mais de 400 angiografias, parte do total do trabalho promovido em 25 anos; nos hospitais civis, primeiro, e no hospital de Santa Marta, depois, pelo Prof. Reinaldo dos Santos, por ele orador, e pelos assistentes de ambos.

Os convidados, percorreram a vasta galeria, em cuja entrada se vê uma placa de bronze, destinada ao novo Hospital Escolar, na qual se lê: «Exposição XXV ano da criação da aortografia. Homenagem a Reinaldo dos Santos. MCMLIII».

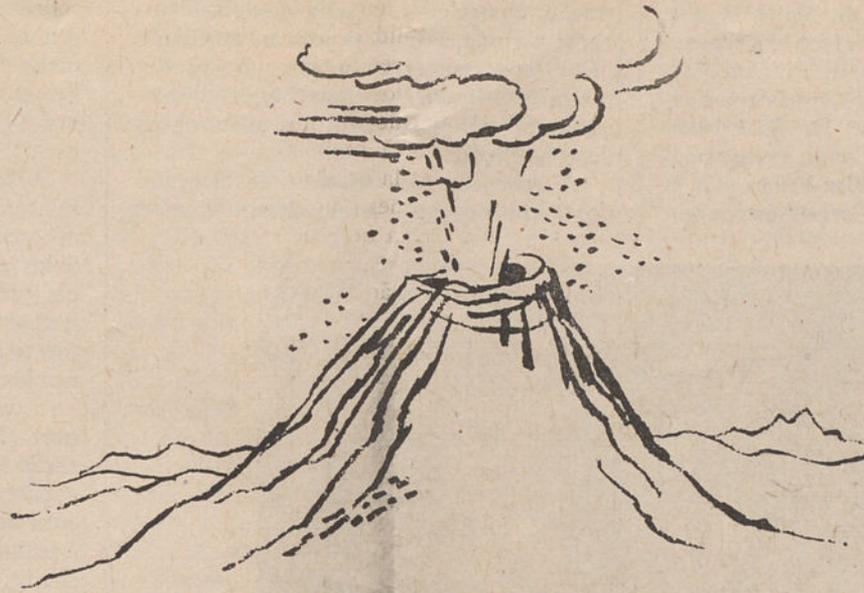
Ainda da iniciativa do Congresso de Angiologia, efectuaram-se, a partir do dia 15, todos os dias, na 1.<sup>a</sup> Clínica Cirúrgica do Hospital Escolar de Santa Marta, demonstrações cirúrgicas e angiográficas.

## AS SESSÕES DE TRABALHOS

Os trabalhos do Congresso iniciaram-se às 15 horas e, na primeira sessão plenária foram apresentados oito relatórios sobre o tema «Regeneração dos tecidos». A ela presidiu o Prof. Reinaldo dos Santos, ladeado pelos Profs. Lerione Mayer, Dejardin e Cortes Llado.

O Prof. René Leriche expôs o tema dos trabalhos — «Regeneração dos tecidos», exposição que foi seguida nas três línguas oficiais do Congresso — francês, inglês e alemão — traduzidas simultaneamente e transmitidas através de aparelhos individuais de escuta. Seguiu-se a apresentação de relatórios sobre o tema. O Dr. A. Nelson, de Edimburgo, falou acerca de «Problemas gerais, tais como se apresentam nas plantas». O Dr. Gautheret, de Paris, ocupou-se, a seguir, de «Pontos de vista novos sobre o problema do cancro das plantas». Seguidamente, a Dr.<sup>a</sup> P. Locatelli, de Pavia, apresentou o seu relatório intitulado «A regeneração no mundo animal». O trabalho seguinte, «Regeneração sob o ponto de vista citológico», foi depois apresentado pelo Dr. K. Zeiger, de Hamburgo. Falou, depois, o Dr. M. Allgover, da Basileia, que se ocupou de «A função dos tecidos de granulação». O Dr. J. Delarne, de Paris, tratou a «Inflamação» e o Prof. Mosinger, de Coimbra, ocupou-se de «Inflamação, regeneração e sistema neuroergonal». Por último, falou o Dr. Vali Menkin, de Filadélfia, que apresentou «Recentes estudos na inflamação e reparação».

No dia 15 efectuaram-se duas sessões plenárias, uma às 9,30 e outra às 15 horas, ambas, como a anterior e as que se seguiram, no novo Hospital Escolar.



*na furunculose*

# Terramicina\*

MARCA DA OXITETRACICLINA

Obtiveram-se resultados satisfatórios com a terapêutica pela Terramicina tópica, em 20 de 31 doentes com furunculose persistente. <sup>1</sup> Com a Terramicina oral, dois doentes «apresentaram uma resposta notável dentro de 24 horas», e restabeleceram-se completamente em 3 a 5 dias. <sup>2</sup>

1. Valentine, F. C. O.: Lancet 2:351 (23 Agosto) 1952

2. Reiss, F.: New York State J. Med. 52:1031 (15 Abril) 1952.

*Unicos Distribuidores:*

**NÉO-FARMACÊUTICA, LIMITADA**  
AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21, R/C. — TEL. 51830  
LISBOA

*Representantes de*

**Pfizer**

FUNDADA EM 1849

*O maior Produtor de Antibióticos do Mundo*

«GRAMA POR GRAMA A TERRAMICINA É INEXCEDÍVEL ENTRE OS ANTIBIÓTICOS DE LARGO ESPECTRO».

\* Marca registada de CHAS, PFIZER & CO., Inc.

O tema geral, como já acontecera na da véspera, foi «Regeneração dos tecidos».

Nestas duas sessões, presididas, respectivamente, pelos Prof. Reinaldo dos Santos e René Leriche, foram apresentados os seguintes relatórios:

Dr. Ed. L. Howes, de Nova Iorque, «Contrôle humoral e químico da regeneração»; Dr. W. Gissane, de Birmingham, «Regeneração dos tecidos, problemas cirúrgicos; traumatismos»; Dr. J. Adams-Ray, de Estocolmo, «Condições circulatórias»; Drs. E. Hernandez Lopez e J. P. Casado, de Granada, «Corpos estranhos,

Clínica Cirúrgica do Hospital de Santa Marta efectuou-se a primeira sessão de demonstrações cirúrgicas e angiográficas, dedicadas aos congressistas. Perante cerca de 80 delegados de diversos países, o Prof. Cid dos Santos fez uma demonstração cirúrgica — «Gangliectomia lombar» — finda a qual executou, auxiliado pelos seus assistentes, aortografias e flebografias, findas as quais houve discussão geral sobre os assuntos relativos às demonstrações.

Também no Serviço n.º 6 do Hospital dos Capuchos se fizeram demonstrações

de índole administrativa, que, no dia seguinte, foram presentes à assembleia geral.

Pouco depois das 10 horas iniciou-se a sessão plenária daquele dia, na qual continuou a apresentação de relatórios sobre «Regeneração dos tecidos». Presidiu o Prof. Reinaldo dos Santos e, da mesa faziam parte os Profs. Raposo e Sousa Pereira, respectivamente, de Coimbra e do Porto, ambos presidentes honorários do Congresso.

O Prof. Jorge Horta apresentou o seu relatório sobre «Regeneração glandular», no qual estudou minuciosamente as glândulas mamária, paratiroideia, supra-renal e a próstata. O autor, único congressista português que expôs relatório, documentou a sua exposição com interessantes e elucidativos dispositivos.

Seguiram-se outros relatórios, a saber: Dr. Mallet-Guy, de Lião, «Regeneração hepática»; Dr. Kuru, de Kanazawa, Japão, «Regeneração da membrana mucosa do estômago com referência especial à transformação maligna»; Dr. A. Brunschwig, de Nova Iorque, «Regeneração do peritônio». Análise experimental. Estudo clínico e caso de ressecção radical por cancro abdominal»; Dr. M. Doliotti, de Turim, «A regeneração dos nervos periféricos»; Dr. H. G. Schwartz, de S. Luís, «O potencial telâmico evocado por regeneração dos nervos, com deduções relativas à secreção anormal em resíduos de nervos feridos»; Dr. F. de Castro, de Madrid, «A regeneração das fibras nervosas pré e pós-ganglionares no sistema autónomo».

A sessão encerrou-se às 13 horas, reabrindo os trabalhos às 15, novamente sob a presidência do Prof. Reinaldo dos Santos, para a realização de um simpósio, durante o qual foram apresentadas importantes comunicações. Falou em primeiro lugar o Dr. Ch. Pomerat, de Galvestone, sobre «Histologia humana in vivo», trabalho que documentou com interessantes e méditas projecções, nas quais se viam células vivas, em movimento, que despertaram grande interesse no numeroso auditório.

Seguiram-se: o Dr. G. H. Algire, de Bethesda, que apresentou «Visualização do comportamento celular in vivo»; o Dr. P. B. Médawar, de Londres, tratou de «Problemas biológicos da cirurgia da pele»; o Dr. M. Chèvremont, de Liège, apresentou «Potencialidades do sistema histiocitário»; o Dr. M. Allgower, da Basileia, sobre «Estudos de culturas em tecidos de granulação»; as Dr.<sup>as</sup> M. R. Murray e E. R. Peterson, de Nova Iorque, ocuparam-se de «Crescimento dos nervos e mielinização»; o Dr. G. Levy, de Turim, falou de «A regeneração da fibra nervosa. Cultura in vivo»; e, por fim, a Dr.<sup>a</sup> H. B. Fell, de Cambridge, apresentou «Estudos de culturas de tecidos sobre factos intrínsecos e extrínsecos no desenvolvimento do osso».

À noite, das 21 às 24 horas, reuniu-se a Comissão Internacional da Sociedade, que tratou de assuntos de carácter interno, a apresentar para sanção à assembleia geral.

De manhã, numa das salas do Hospital Escolar, fora inaugurada uma expo-



Durante a recepção em S. Julião da Barra

ligaduras»; Dr. W. J. Dempster, de Londres, «Pele»; Dr. Ph. Sandblom, da Suécia, «Determinação da resistência da ferida em cicatrização, com teste clínico»; Dr. D. M. Douglas, da Escócia, «Cicatrização das feridas incisais na apanevrose»; Dr. I. Lawson Dick, de Edimburgo, «Regeneração do osso e cartilagem»; Dr. P. Lacroix, de Luvaina, «Osso e cartilagem»; Dr. J. Trueta, de Oxford, «Regeneração do osso e cartilagem»; Dr. W. A. Law, de Londres, «Tecidos de regeneração e formação de vasos»; Dr. J. M. Yoffrey, de Bristol, «Regeneração dos linfáticos»; e Dr. S. Teneff, de Turim, «Problemas cirúrgicos da regeneração do sistema linfático».

Na manhã deste mesmo dia, na 1.<sup>a</sup>

clínica cirúrgica, pelos Drs. Fortunato Levy e Leopoldo Lares, a que assistiram mais de 50 congressistas, tendo o primeiro executado uma gastrectomia total por úlcera péptica pós-gastrectomia, e o segundo uma colecistostomia e uma gastrectomia por carcinoma, cujas técnicas foram muito elogiadas.

À tarde, o presidente do Município, sr. tenente-coronel Salvação Barreto, deu, na Estufa Fria, uma recepção em honra dos congressistas de Cirurgia e de Angiologia, à qual compareceram mais de mil convidados, tendo-lhes sido oferecido um lanche, que decorreu bastante animado.

Os trabalhos do 3.º dia iniciaram-se, de manhã, com uma reunião da comissão científica, na qual se ventilaram assuntos

sição de trabalhos do Instituto de Anatomia Patológica de Lisboa, na qual se viam curiosas microfotografias sobre o tema do Congresso e sobre regeneração glandular em geral, assim como de assuntos de Angiologia. Viam-se, ainda, apresentadas pelo Prof. Arsénio Nunes, microfotografias sobre regeneração hepática.

Ainda de manhã, no Instituto Português de Oncologia e no Hospital do Ultramar, realizaram-se várias sessões clínicas dedicadas aos congressistas.

No primeiro daqueles estabelecimentos de assistência, o Prof. Lima Basto, auxiliado pelo Dr. Mário de Andrade, fez uma ressecção abdomino-perineal sincrona por cancro do recto. Seguidamente, o Prof. Lima Basto procedeu a uma tiroidectomia e o Dr. José Conde praticou uma extirpação por cancro da face, com recuperação plástica.

No Hospital do Ultramar, cerca de uma centena de cirurgiões estrangeiros observaram perto de setenta doentes, cujos casos clínicos foram apresentados pelos Drs. Paiva Chaves, Freitas de Sousa e Henrique Mota.

A sessão foi precedida por uma alocução de boas-vindas proferida pelo coronel-médico Dr. João Pedro de Faria, director do hospital.

Os congressistas ficaram extremamente bem impressionados com a variedade e curiosidade dos casos apresentados, elogiando abertamente o alto nível da cirurgia ortopédica portuguesa, representada por aquela secção do Ministério do Ultramar. Foram exibidos os filmes incluídos no programa e à escolha dos visitantes. Houve ainda uma exposição

radiográfica, dirigida pelo Prof. Aires de Sousa, cujos trabalhos sobre circulação do pé suscitaram muito interesse.

Os trabalhos do dia 17 iniciaram-se às 9 horas, sob a presidência do Prof. Reinaldo dos Santos, com a continuação do simpósio iniciado na véspera.

Falou em primeiro lugar o Dr. Andrei Savinykh, que apresentou uma comunicação sobre «Regeneração da mucosa do aparelho digestivo», trabalho que foi depois lido pelo tradutor da delegação russa.

Seguiu-se a apresentação de comunicações pelos seguintes congressistas: G. M. Fasiani (Milão), P. Wertheimer (Lião), G. Murray (Toronto), Ch. Dubost (Paris), J. Kunlin (Paris), Sv. Orell (Estocolmo), M. W. Axhausen (Berlim), W. J. Dempster (Londres), V. Staudacher (Milão), R. Judet (Paris) e James Learmonth (Edimburgo).

Às 15 horas reuniu-se a assembleia geral da Sociedade Internacional de Cirurgia, constituída pelos membros titulares da mesma, e à qual presidiu o Prof. Reinaldo dos Santos.

Foram resolvidos diversos assuntos que constavam da ordem do dia, como modificações dos estatutos, fixação da cotização para o próximo exercício, substituição do jornal da Sociedade por um boletim e eleições diversas. Quanto à data do próximo congresso, a assembleia resolveu que ele se realize em 1955, em Copenhague. Foi também eleito presidente do próximo Congresso o Dr. Everts Graham, de St. Louis.

A assembleia aprovou ainda, como sócios titulares da Sociedade, os médicos portugueses Drs. Neto Rebelo, Bentes

Pimenta, J. de Melo Rego, Belo Pereira, Carneiro de Moura, Baptista de Sousa, José Mineiro, Girão Amaral, Matos Coito, E. Moreira, Bessa País, M. Fernandes, M. Queirós, Figueiredo Lima, Gil Costa, Araújo Teixeira, Ribeiro Baptista e M. Araújo.

Na sessão da tarde, ainda sob a presidência do Prof. Reinaldo dos Santos, voltou a falar um delegado russo, o Prof. Vitor Stroutchkov, para apresentar uma comunicação em que versou o tema «O estado actual da cirurgia na Rússia». Falaram depois os seguintes congressistas, que apresentaram comunicações:

G. Arnulf (Lião), O. Bsteh (Mistelbach), H. Burkle de la Camp (Bochum), J. Celestino da Costa (Lisboa), P. Desai-ve (Liège), A. de Sousa Pereira, J. Azevedo Maia, M. Melo Adrião, J. Lino Rodrigues e J. Aguiar Nogueira (Porto), R. Fontaine, E. Wiest, P. Mandel (Estrasburgo), G. Hegemann (Marburg), J.-J. Herbert (Aix-les-Bains), M. Iselin (Paris), A. Jentzer (Genebra), Cl. L. Kiehn (Cleveland), D. W. Kruger (Bad Ischl), R. Letac (Dacar), M. Lopez-Esnaurrizar (México), Fr. Martin Lagos (Madrid), I. Palmer (Estocolmo), V. Pettinari (Pádua), J. S. Radvin (Filadélfia) e U. Ritter (Colónia).

Ainda no dia 17, voltaram a haver demonstrações cirúrgicas, no Serviço 4 do hospital de S. José, onde o Dr. Filipe da Costa operou dois doentes com lesões cardíacas: um com aperto mitral e outro com uma pericardite constrictiva crónica; no Serviço 6 do hospital dos Capuchos, onde o Dr. Fortunato Levy fez uma gastrectomia alargada por cancro do estó-



## HEPATOTERAPIA



UNION CHIMIQUE BELGE, S. A.  
DIVISÃO FARMACÉUTICA  
BRUXELAS (Bélgica)

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE  
SECÇÃO DE REPRESENTAÇÕES  
LISBOA

### MECOSITOL

um regulador do metabolismo da célula hepática.  
Xarope com colina, metionina, inositol,  
complexo B, vitaminas B<sub>12</sub>, B<sub>6</sub> e E.  
Frascos de 150 cm<sup>3</sup>.

### METHIONINE U. C. B.

um protector e regenerador da célula hepática.  
Embalagens de 20 e 50 comprimidos de 0,5 g.

### EREBILE

ácido biliar natural, colagogo e colerético.  
Ácido deidrocolico.  
Tubos de 20 comprimidos.  
Caixas de 6 ampolas.

Amostras e literatura a pedido

mago e operou uma uretero-hidro-nefroscopía congénita gigante, empregando uma via de acesso pessoal, e o Dr. Leopoldo Laires executou uma gastrectomia por úlcera duodenal e uma colecistectomia. No I. P. O., o Prof. Lima Basto fez, também com a assistência de muitos congressistas estrangeiros, uma estrectomia por tumor do útero e uma gastrectomia por cancro do estômago.

Os trabalhos do Congresso prosseguiram no dia 18, com uma sessão conjunta com o Congresso de Angiologia, a que, noutra local nos referiremos, tendo-se, à noite, efectuado, no Casino do Estoril, um banquete em honra dos congressistas, o qual reuniu seiscentos convivas. Presidiu o Prof. Reinaldo dos Santos, tendo usado da palavra, em nome dos seus colegas, o Prof. Fasiani.

Exibiu-se, durante o banquete, o «rancho» de lavradeiras de Santa Marta de Portuzelo.

O Congresso encerrou os seus trabalhos no dia 19, como acima dizemos, tendo-se efectuado, de manhã, mais uma demonstração prática no Serviço do Prof. Cid dos Santos, a qual teve, como as anteriores, extraordinário interesse. Iniciou-se com uma gangliectomia lombar bilateral, feita pelo Prof. Cid dos Santos, que, depois, auxiliado pelos seus assistentes, praticou várias arteriografias e flebografias, findo o que houve discussão de todos os trabalhos efectuados.

Na sessão efectuada no Hospital Escolar foram apresentadas importantes comunicações, uma das quais, a do Dr. Mário Conde, dava conta de duas operações diferentes por tumor canceroso do pâncreas, realizadas pelo autor com êxito absoluto, pois ambos os doentes estão curados.

A exposição foi ouvida com muito interesse, visto que as operações referidas contam-se entre as mais complexas e difíceis realizadas até hoje, em toda a cirurgia, dando-se o facto de, no que respeita a uma delas, uma duodeno-pancreatectomia total, existir notícia, em toda a literatura mundial, apenas de doze casos, operados com sobrevivência, não incluindo o relatado pelo Dr. Mário Conde.

Na mesma sessão apresentaram comunicações os Drs. Aguiar Nogueira, Correia de Barros, Sousa Pereira, A. Guimarães, Melo Adrião, Lino Rodrigues, Salvador Júnior e Pereira Leite, todos do Porto, Eduardo Amaral, de Lisboa, e Prof. L. Raposo, de Coimbra; H. Baron, alemão; Bastos Mora, espanhol; H. Brock, americano; J. Descotes, francês; A. Ahuali, turco; Mallet-Guy, francês; G. Devic e R. Feit, franceses; M. Gangolphe, J. Peroldi, franceses; L. Fallis, americano; R. Gardner e Mc Corckle, americanos, Bedil Gordon, sueco; K. Gurkan, sueco; H. Enze, alemão; L. Hermann, americano; M. Herzog, americano; M. Karu, japonês; H. Laborit e R. Fabre, franceses; J. S. Ladue, americano; F. Lagrot, G. Antoine e G. Cesaire, franceses; Fr. Moyson, belga; I. Papo, jugoslavo; F. Ruf, alemão; J. Salarich, espanhol; H. Searls, C. Davis e M. Saunders, americanos; C. Wegeljus, norueguês; e H. Wildegans, alemão.

Simultaneamente, nos anfiteatros B

e D, exibiram-se filmes científicos, que foram muito apreciados.

Ainda na última sessão de trabalhos, o Dr. Rui de Lima apresentou uma comunicação sobre as ressecções pulmonares na tuberculose, dando conta de 50 operações desse género, feitas na secção de cirurgia torácica do Sanatório do Lumiar, que o autor dirige, com o resultado de 80 % de curas.

#### RECEPÇÃO EM S. JULIÃO DA BARRA

Um dos números que muito sensibilizaram os nossos ilustres hóspedes foi a recepção que os srs. Ministros da Educação Nacional e dos Negócios Estrangeiros deram na fortaleza de S. Julião da Barra aos congressistas de Cirurgia e de Angiologia, que compareceram na sua totalidade. Foi uma autêntica tarde elegante, na qual fizeram as honras da Casa o Prof. Paulo Cunha, titular da pasta dos Negócios Estrangeiros, e esposa, e o Dr. Veiga de Macedo, Subsecretário de Estado da Educação Nacional, em representação do Ministro daquela pasta, também acompanhado por sua esposa, os quais receberam os seus numerosos convidados com requintes de grande amabilidade.

Durante a recepção foi servida uma merenda, pretexto para todos confraternizarem.

### Prof. Charles Bailey

O Prof. Charles Bailey, especialista de cirurgia cárdio-vascular da Universidade de Filadélfia, que esteve em Lisboa, a tomar parte no II Congresso Internacional de Angiologia, passou o dia 21 a operar no Centro de Cirurgia Torácica da Zona do Sul do I. A. N. T.

Ele conta, no seu activo, mais de 3.000 operações de cirurgia cárdio-vascular, pelo que, o interesse pela sua actuação entre nós, levou ao Sanatório do Lumiar, onde se encontra instalado aquele Centro, mais de cinquenta cirurgiões, tanto portugueses, como estrangeiros.

No Centro de Cirurgia Torácica da Zona Sul, onde chegou acompanhado pelo Dr. Gomes de Almeida, o Prof. Bailey era aguardado pelo director daquele Centro, Dr. Rui de Lima, e por muitos outros médicos que ali prestam serviço.

Tudo a postos e a primeira intervenção, um caso de aperto mitral, principiou, tendo o notável cirurgião como assistentes os Drs. Gomes de Almeida, Décio Ferreira, cirurgião-vascular do Centro, Lopes Soares e Ramon da Féria (filho) anestesistas, e Filipe Vaz, médico transfusor. A intervenção, demorou quarenta minutos e decorreu e culminou com perfeito êxito. Doente operado: o médico Dr. Ernesto Maltez, de 36 anos.

A segunda operação foi feita em António Galveias, de 18 anos, doente de aperto mitral puro. A técnica foi idêntica à da primeira intervenção e tudo correu nesta, com a mesma felicidade daquela.

Terceira operação: um aperto mitral com ligeira insuficiência. Doente: Paulino dos Santos, de 21 anos. A intervenção, com vista ao tratamento do aperto,

foi subordinada, feita a valvulotomia mitral, ao grau de insuficiência apreciado durante a operação.

A quarta operação, feita num pequenito de 6 anos, de nome João Rodrigues, visava a tratar um caso de Tetralogia de Fallot. A operação, infelizmente, não terminou com o êxito das três primeiras.

O Prof. Charles Bailey, que, naquele próprio dia, partiu para o Porto, onde foi, também, operar, voltou a Lisboa no dia 23, tendo, no dia seguinte, operado mais três doentes, desta vez no Instituto Português de Oncologia, onde, logo que regressara do Porto, se dirigiu, acompanhado do Prof. Arsénio Cordeiro, para escolher, de entre nove, os três doentes que, na manhã seguinte, iria operar.

No dia 24, às 8 horas, perante numerosos portugueses, que tudo acompanharam através das vigias existentes sobre a sala de operações, o Prof. Bailey iniciava a primeira intervenção.

A doente, padecia de aperto mitral puro. A operação demorou três quartos de hora, e, decorreu e terminou com êxito absoluto.

Noutra sala, ao lado, mediando apenas o tempo para mudar de roupa e desinfecção do cirurgião e dos seus auxiliares, iniciou-se a segunda operação, em Mário das Dores, de 34 anos, portador de doença mitral e aperto aórtico. Como a anterior, decorreu e culminou com toda a felicidade, tendo sido executada pela primeira vez em Portugal, a par de uma commissurotomia mitral, a valvulotomia aórtica.

No terceiro caso em que interveio o ilustre cirurgião, havia doença mitral com fibrilação auricular e trombose da aurícula. A operação decorreu também com toda a felicidade, e a situação previamente diagnosticada da trombose da auricular permitiu ao cirurgião praticar uma via de acesso diferente da clássica, isto é, por uma das veias pulmonares.

O Prof. Charles Bailey teve como colaboradores, nas três operações, o seu assistente, Dr. Gomes de Almeida, do Porto, e o Prof. Lima Basto e Dr. José Conde, bem como a Dr.<sup>a</sup> D. Nair de Azevedo, médica anestesista, e a equipa de transfusões, todos do Instituto.

Ao terminar, às 14 horas, o Prof. Bailey, sem mostras do mais pequeno cansaço, elogiou muito as condições técnicas ali encontradas para a realização de todas as operações, condições técnicas ali encontradas para a realização de todas as operações, condições técnicas a que estão intimamente ligados o espírito de equipa verificado, não só da parte dos cirurgiões, como da anestesista, para a qual teve menção especial, bem como a colaboração dos cardiologistas, Prof. Arsénio Cordeiro e Dr. Araújo Moreira, que permitiu uma boa escolha dos doentes.

O cirurgião norte-americano, depois de almoçar no I. P. O., viu ali dois doentes que lhe apresentaram e, antes de sair, visitou os doentes por ele operados, mostrando-se plenamente satisfeito com os estados post-operatórios.

Ao fim da tarde, o Prof. Bailey seguiu, de avião, para Nova Iorque, tendo tido, no aeroporto, afectuosa despedida, por parte de numerosos médicos e pessoas de família dos doentes por ele operados.

# 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 biliareos 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 — 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

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 17 a 25 de Outubro)

**Dia 17** — Em Fão realiza-se um cortejo de oferendas a favor do Hospital-Asilo. Este que é limitado a 4 freguesias do concelho rende cerca de 30 contos. Além disso um particular oferece um aparelho de esterilização.

**18** — Realizam-se vários cortejos de oferendas em diversos pontos do País. Na Maia destinado à construção de um Posto Hospitalar. Em Santarém a favor da Misericórdia; em Paredes em proveito da Misericórdia local, computando-se o seu rendimento em 75 mil escudos; em Trancoso, um outro, com a assistência do Ministro do Interior e a favor do Hospital sub-regional.

— Em Lisboa comemora-se o dia de S. Lucas com várias cerimónias promovidas pela Associação dos Médicos Católicos Portugueses. O Sr. Arcebispo de Mitilene celebra missa e preside à assembleia geral daquela corporação. O Dr. Santana Carlos faz um desenvolvido relato das actividades da Associação dos Médicos Católicos Portugueses, acentuando a parte referente à formação espiritual. Anuncia que o Congresso Internacional, reunido em Roma, escolhe para tema do próximo Congresso Internacional de Deontologia Médica a tese portuguesa «Condução do médico perante a limitação do nascimento». Finalmente comunica que o Congresso Internacional dos Médicos Católicos se realiza em Dublin, tendo como tema principal a «Demografia e prática médica», para que foi instituído o Prémio João XXI.

O Prof. Dr. João Porto, por último, faz uma conferência sobre «A família e sua função social, económica, política e religiosa», seguindo-se um almoço de confraternização, presidido pelo Sr. Arcebispo de Mitilene, que de novo, como já fizera na homilia, se refere à alta missão dos médicos católicos.

**20** — Por despacho do Ministro das Obras Públicas, é autorizada a comparticipação de 290 contos pelo «Fundo do Desemprego» para as obras de reparação e ampliação do Preventório Infantil de Rio Tinto (casa de campo), representando cinquenta por cento do valor das obras, orçadas em 580 contos, sendo o resto coberto pelos fundos e receita da Assistência dos Tuberculosos do Norte de Portugal.

**21** — Em Lisboa, presidida pelo director do Hospital do Ultramar, coronel-médico Dr. João Pedro de Faria, inicia-se às 21,30 o novo ciclo cultural do corpo clínico daquele estabelecimento hospitalar, com uma conferência do Dr. Mendes Ferreira, que apresenta «Sugestões para a criação de um centro de cirurgia torácica no Hospital do Ultramar».

**22** — O Prof. Dr. Maximino Correia, reitor da Universidade de Coimbra, recebe o seguinte telegrama do director da Escola Médica de Goa.

«Comunico a V. Ex.<sup>a</sup> que, no dia 14 do corrente, se realizou uma sessão de homenagem aos catedráticos da missão do curso de extensão universitária, tendo proferido um notável discurso o Prof. Vaz Serra, que foi intérprete da gentilíssima mensagem de V. Ex.<sup>a</sup>. A Escola Médica na pessoa de V. Ex.<sup>a</sup>, saúda a mui nobre e gloriosa Universidade de Coimbra, a que me associo, recordando saudosamente o muito que lhe fiquei a dever na minha formatura médica. — O director da Escola Médica».

— De Coimbra, parte para Lyon, França, onde, como bolseiro do Instituto para a Alta Cultura, vai frequentar os serviços dos professores Mallet-Guy e Santy, especialistas em afecções cirúrgicas do fígado e do tórax, o Dr. Luís José Raposo, assis-

tente da Faculdade de Medicina e filho do professor da mesma Faculdade, Dr. Luís Raposo.

— Em Lisboa, reveste-se de grande solenidade a inauguração de um novo bloco de enfermarias no Hospital de Miguel Bombarda. Preside o Ministro do Interior, que era acompanhado do titular das Obras Públicas. Entre outros estão presentes o Dr. Augusto Travassos, director-geral de saúde, enfermeiro-mor, Dr. Emilio Faro e Dr. Fernando Ilharco, director da Assistência Psiquiátrica da Zona Sul, que compõem a mesa, com aqueles membros do Governo. Discursa o Dr. Almeida Amaral e depois o Ministro do Interior. Ambos os oradores frizam a importância dos trabalhos médico-assistenciais, realizados pelo Hospital hoje beneficiado. Ao lado dos melhoramentos que agora se inauguram está um passado de constante aperfeiçoamento que se atribue à eficiência do seu corpo clínico. «Efectivamente, diz o Dr. Almeida Amaral, o índice da mortalidade reduzindo-se aproximadamente à terça parte neste estabelecimento. A taxa que era de 14,9 % em 1946 desce em 1952 para 4,4%. Por outro lado, o número de casos com alta por cura ou remissão da doença subiu de 22,2% no período de 1941-1946 a 28,7 % no sexénio de 1947-1952, isto é, deram-se aproximadamente mais 1/3 de altas».

O restante discurso é rico de apreciações sobre a obra assistencial psiquiátrica realizada desde 1945, que defende e louva com abundância de bons argumentos, sendo no final muito aplaudido. O Ministro, no uso da palavra, refuta afirmações, que a imprensa reproduziu, de que não basta construir hospitais mas que é necessário, dar-lhes a finalidade para que foram feitos, dotá-los, enchê-los de pessoal competente e transformar uma obra de fachada numa eficiente assistência. Não cabe no âmbito destas notas reproduzi-lo, tão somente chamar atenção dos interessados para o acontecido, já que o discurso é, notável pela cópia de elementos fornecidos e historiados, referentes à assistência realizada pelo Dr. Trigo de Negreiros na governação.

**23** — Em Lisboa começam, no edifício do Ministério do Interior, os exames para médicos do serviço eventual da Junta de Emigração.

**24** — No Porto, no Clube dos Fenianos, o Dr. Teixeira Ruela profere uma conferência sobre «o problema da tuberculose em Portugal — Análise das suas causas determinantes».

**25** — Em Águeda realiza-se um cortejo de oferendas a favor do Hospital do Conde de Sucena.

— O Ministro da Economia, atendendo a que se tem acentuado a queda das cotações da penicilina e da estreptomina, reduz novamente os seus preços base para 3\$00 e 5\$50. Daí deve resultar para o consumidor uma economia anual de 5.300 contos.

### Estrangeiro

O prémio Nobel de Fisiologia foi atribuído a Hans Adolf Krebs, do Instituto Bioquímico da Universidade de Sheffield. É autor da teoria que tem o nome de «Ciclo de Krebs», referente ao metabolismo celular, tendo descoberto processos metabólicos sobre os hidratos de carbono, gorduras e protídeos.

O prémio Nobel de Medicina, também referente ao ano de 1953, foi atribuído a Fritz Lipann, da Escola de Medicina da Universidade de Harvard, Boston, E. U. A. Este também se consagrou da energia celular tendo trazido ao assunto notável contribuição.

— Pio XII declarou que é moralmente justificado remover um órgão saudável, se isso for a única forma de curar uma doença que ponha em perigo a vida do doente,

respondendo a uma pergunta apresentada por mais de 200 urologistas italianos e estrangeiros, que recebeu em audiência.

Sobre o caso particular apresentado pelos médicos, o Papa disse: «Visto Nos garantirdes que só a remoção de certas glândulas permite ao médico combater a doença, essa remoção não levanta objecções morais».

Sobre outra pergunta quanto a médicos deporem em casos matrimoniais, respondeu: «Deveis apresentar os factos médicos como factos, ou interpretação médica como interpretação e as opiniões médicas como opiniões». «As conclusões a tirar das averiguações do perito não são da competência desse perito».

## AGENDA

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Para o provimento do cargo de médico municipal do partido rural da freguesia de Tô (Mogadouro).

— Para o provimento do cargo de médico municipal de Quiaios (Figueira da Foz).

Vão iniciar-se em breve, as obras de reparação e ampliação do Preventório Infantil da Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal.

— Vai realizar-se um curso de repetição e aperfeiçoamento médico organizado pelo Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 16-X a 22-X-953)

16-X

— Dr. Vitorino Vieira Dinis dos Santos, médico escolar — nomeado definitivamente para exercer as suas funções no distrito do Funchal.

20-X

Publica a relação nominal do pessoal dos Hospitais Cívicos de Lisboa, incluindo o da hospitalização anti-rábica e anti-diftérica do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.

21-X

Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo:

— O Dr. Alberto Júlio Loureiro de Sousa, subdelegado de saúde, na situação de licença ilimitada, recorre do acórdão da 1.<sup>a</sup> secção deste Supremo Tribunal que negou provimento do recurso interposto do despacho do Sr. Ministro do Interior, de 1 de Junho de 1951, que indeferiu o pedido do recorrente para ser reintegrado no lugar de subdelegado de saúde do concelho de Alportel.

Foi negado provimento ao recurso.

22-X

Dr. Diogo Melo de Sampaio, subinspector do quadro da Inspeção da Assistência Social — concedida a exoneração do referido lugar, por virtude de ter sido nomeado inspector do mesmo quadro.

# O MÉDICO SEMANARIO DE ASSUNTOS MÉDICOS E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.); F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chefe 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 Larroudó, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical); Augusto da Silva Travassós (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmiento (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. Triarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomatoso 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 (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.º 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.º António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º 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 Gynæcologica 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, 80 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.ª Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507.



**AFECCÕES  
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.