

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 103  
20 de Agosto de 1953

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

APÓS O USO DE ANTIBIÓTICOS...



## LACTOSAN

VITAMINADO

CULTURA PURA DE BACILOS BULGAROS ASSOCIADA  
AOS FACTORES MAIS SIGNIFICATIVOS DO COMPLEXO B  
CALDO • COMPRIMIDOS

Nas infecções intestinais, enterites, enterocolites e como  
normalizador da flora intestinal após o uso de antibióticos



## LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

### SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
LUÍS GUERREIRO—A estatística oficial denuncia os resultados obtidos pelos serviços antituberculosos da saúde escolar desde o ano de 1948? .....	699	Sua Excelência o Descuido — Joaquim Pacheco Neves	669
ANTÓNIO CARNEIRO DE MOURA — Considerações sobre as neoplasias malignas do aparelho genito-urinário	700	Uns «indispensáveis» de necessidades — J. Castelo Branco e Castro .....	671
MOVIMENTO MÉDICO—ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Sofrimento pós- -apendicectomia .....	708	Ecos e Comentários .....	673
Hormonas sexuais e tuberculose .....	713	IX Congresso do Colégio Internacional de Cirurgiões ...	674
		A nutrição em África .....	678
		Noticiário diverso	





# LONGACILINA

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

## LONGACILINA

Comprimidos para administração oral.

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

Boião de 12 comprimidos

Indicações: Tratamentos prolongados e tratamentos de consolidação de infecções agudas por germes sensíveis à penicilina.

## LONGACILINA A

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

Caixa de 1 frasco de 300.000 U.—Actividade: 7 dias

Caixa de 1 frasco de 600.000 U.—Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



# A estatística oficial denuncia os resultados obtidos pelos serviços antituberculosos da saúde escolar desde o ano de 1948?

Nótula prévia pelo  
DR. LUÍS GUERREIRO

Os números estatísticos sobre tuberculose ultimamente publicados merecem uma atenção especial pelo seu valor e pela sua significação.

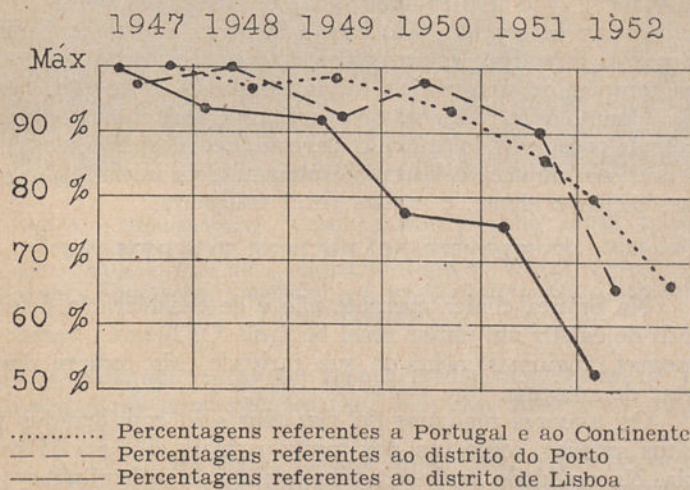
De 1947 a 1952 foram registados os seguintes números de óbitos:

REGIÕES	ANOS					
	1947	1948	1949	1950	1951	1952
PORTUGAL. . . . .	10765	10477	10551	9975	9271	6671
CONTINENTE . . . . .	10309	10019	10110	9565	8901	6353
D. de Lx. <sup>a</sup> . . . . .	2865	2734	2682	2228	2216	1480
D. do Porto. . . . .	2326	2336	2176	2309	2115	1531

Estes números revelam uma diminuição considerável de óbitos por tuberculose em todo o País, sobretudo a partir de 1950. O facto deve estar logicamente relacionado com os progressos terapêuticos dos últimos anos, o aparecimento e o aperfeiçoamento da estreptomomicina, do P. A. S. e da hidrazida do ácido nicotínico.

No gráfico feito com estes números em percentagens (Gráfico n.º 1) verifica-se que a diminuição obtida em todo o País foi idêntica à que se obteve no Continente, e que no distrito de Lisboa essa diminuição foi muito mais acentuada (cerca de 10%).

Gráfico n.º 1



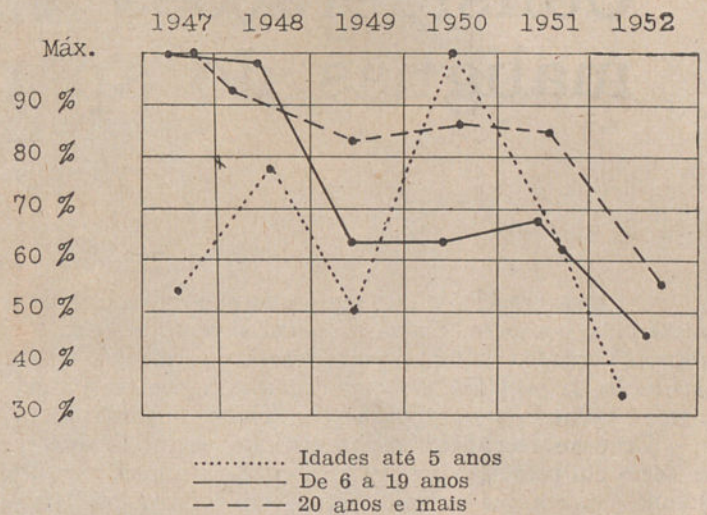
No propósito de investigar as causas destas diferenças põem-se em comparação os números obtidos em Lisboa e no Porto, segundo os anos e as idades das vítimas:

IDADES	ANOS					
	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Porto						
Até 5 anos . . . . .	90	133	84	168	101	57
De 6 a 19 anos . . . . .	110	109	68	89	71	51
20 anos e mais . . . . .	773	705	642	673	659	412
Lisboa						
Até 5 anos . . . . .	110	95	97	81	73	57
De 6 a 19 anos . . . . .	274	239	194	183	123	69
20 anos e mais . . . . .	1942	1883	1832	1475	1493	994

Estes números, postos em gráficos de percentagens, como se fez com os números totais de óbitos, tornam-se particularmente significativos.

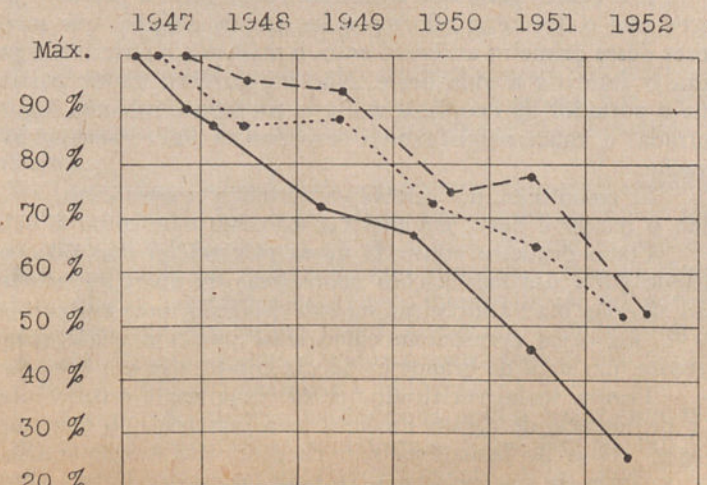
Na cidade do Porto (Gráfico n.º 2) nota-se: que antes dos 6 anos de idade a curva é irregular até ao ano de 1950; que neste ano a mortalidade foi máxima (o que não se repete em passo algum das curvas); e que, desde então, a diminuição é progressiva. Não será ilógico admitir que a irregularidade corresponda a um período de tanteio do esforço médico, que só em 1950 tenha adquirido segurança.

Gráfico n.º 2



Na cidade de Lisboa (Gráfico n.º 3), a diminuição é regular. As curvas relativas às idades de menos de 6 anos e de mais de 19 são análogas, têm o mesmo início e a mesma terminação. A curva relativa às idades entre 6 e 20 anos acompanha as outras duas em 1947, e de 1948 em diante afasta-se delas em mais pronunciada descida.

Gráfico n.º 3

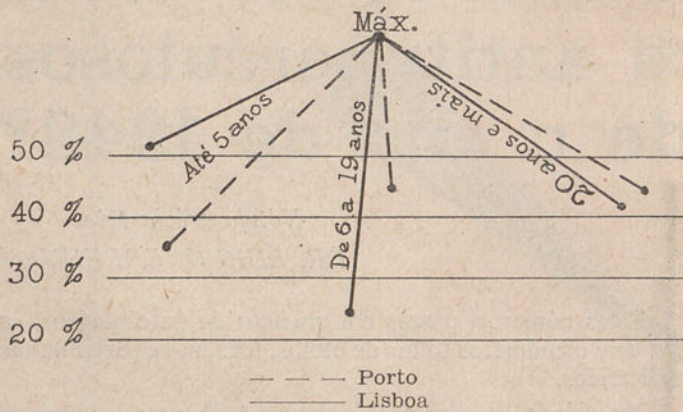


(Como no Gráfico n.º 2)



Estes resultados evidenciam-se no Gráfico n.º 4, feito com as percentagens limites.

Gráfico n.º 4



Porquê esta situação especial em Lisboa? Porquê os números dos óbitos por tuberculose nas idades escolares diminuíram anormalmente em Lisboa, atingindo cotas muito inferiores às

que a mesma estatística consigna para as mesmas idades no Porto, e muito inferiores às cotas relativas a outras idades em Lisboa?

As condições ditadas pela Direcção Geral da Saúde são idênticas em ambas as cidades. As condições climáticas são, em toda a parte, comuns a todas as idades; e a situação excepcional dá-se apenas nas idades escolares.

Só uma condição pode ser invocada como causa dessa situação excepcional: a acção dos Serviços de Saúde Escolar e, especialmente, a dos Serviços Anti-tuberculosos, em Lisboa, sob a direcção do Dr. Daniel Monteiro. Desde o ano de 1948, data em que estes últimos Serviços começaram a funcionar, ali se tiraram mais de 70.000 microrradiografias, milhares de radiografias e dezenas de tomografias; ali se efectuaram mais de 90.000 reacções à tuberculina e se chamou, sistematicamente, a atenção das famílias para os resultados obtidos. Numerosos casos foram rastreados; numerosas famílias foram solicitadas a tratar convenientemente os respectivos educandos, para o que os médicos escolares se puseram sempre em contacto com os médicos assistentes. E não faltou ainda a verificação, feita pelos Serviços, das curas clínicas que se conseguiram.

Estará a Estatística oficial a denunciar os primeiros resultados evidentes da acção daqueles Serviços?

## REVISÃO DE CONJUNTO

### Considerações sobre as neoplasias malignas do aparelho genito-urinário

ANTÓNIO CARNEIRO DE MOURA

(Professor de Urologia da Faculdade de Medicina  
— Cirurgião dos Hospitais — Lisboa)

O êxito terapêutico que sempre se pretende obter quando se enfrenta o cancro, baseia-se essencialmente no diagnóstico precoce. Verdade esta tantas vezes repetida, válida para qualquer localização da neoplasia no organismo, mas que mais rigorosa se torna tratando-se das localizações genitais e urinárias.

Devemos reconhecer que felizmente, se pode contar muitas vezes em patologia urológica, com sinais semiológicos constituindo aquilo a que se pode chamar um *síndrome mínimo*, que devidamente interpretado pode levar com facilidade a um diagnóstico rápido e precoce da neoplasia.

Nesta pequena palestra dirigida aos médicos práticos, atendendo a que o assunto é extraordinariamente vasto, limitar-me-ei a focar alguns pontos, que julgo de maior interesse para o clínico geral. Não queria, porém, deixar passar a oportunidade que se me apresenta, para publicamente prestar homenagem e patentear a minha admiração pelos nossos colegas, que longe dos grandes centros e com escassos recursos, praticam uma medicina a todos os títulos notável.

É o clínico geral que estabelece regra geral o primeiro contacto com o doente, e não me resta dúvida alguma, que muitas vezes desse primeiro encontro entre o médico e o enfermo dependerá o futuro e a vida deste. Não me pareceu nunca possível, que o portador da neoplasia maligna em início, consulte logo de entrada, o cancerologista ou o especialista da respectiva localização.

E, como disse um célebre cancerologista americano, «se na vida o tempo é ouro, em matéria de cancro o tempo é vida».

Como primeiro ponto da nossa palestra, já lhes disse que grande parte das localizações neoplásicas do aparelho urinário, não são das mais traiçoeiras na sua evolução, pois em cerca de 70% dos casos apresentam como sinal inicial e quase sempre precoce, um sinal de grande evidência clínica, que é a *hematúria*.

Porém, tenho verificado que tão importante quanto infeliz é a negligência de alguns médicos para interpretar a hematúria. Várias crises de hematúria não chegam para lançar o clínico na pesquisa da sua localização, e pode, portanto, dizer-se que a única esperança para o futuro dos tumores malignos do rim ou da bexiga, dependerá da perspicácia e cultura do clínico geral,

porque infelizmente, nem sempre a este sintoma tão importante e que deveria levar sempre a um esforço imediato e intensivo de diagnóstico de localização e de causa, tem sido dada a devida importância. Não falo evidentemente dos casos em que o doente devidamente informado, não esteve disposto a acompanhar-nos nas nossas investigações semiológicas, mas sim naqueles em que uma terapêutica sintomática foi instituída levemente.

Quanto às localizações do aparelho genital, como por exemplo os da próstata e do testículo, devemos reconhecer que estamos em presença de neoplasias cuja sintomatologia inicial é algumas vezes pouco evidente, e muitas vezes traiçoeira.

#### TUMORES MALIGNOS DO RIM

Na prática clínica corrente não é de considerar a possibilidade de existir um tumor renal benigno. Os lipomas, mixomas, fibromas, angiomas, além da sua raridade, são sempre descobertas de autópsia.

Os tumores malignos do rim têm sido considerados por muitos autores, como um dos capítulos mais caóticos da patologia. Na realidade, pode-se assim pensar, só ao lembrar-nos as numerosas variedades de tumores renais que têm sido descritas.

Trata-se sem dúvida alguma de um erro exagerar e classificar imensas variedades de tumor renal, e pela minha proponho errar num sentido oposto, e só considerar como *Boyd*, duas únicas variedades de tumor renal: o *hipernefroma* ou tumor de *Gravitz* e o *embrioma* ou tumor de *Willms*. E os colegas verão que na clínica, esta classificação satisfaz perfeitamente. Desta classificação estão excluídos os tumores do bacinete, que na minha opinião como tumores do urotelio que são, devem ser estudados conjuntamente com os tumores do uretero e da bexiga, como faremos mais adiante.

#### a) — HIPERNEFROMA

Mesmo os autores que descrevem ainda dois tipos de tumores parenquimatosos do rim no adulto, o *hipernefroma* e o *carcinoma*, não estão completamente convencidos que se ganhe muito com esta divisão.



Na realidade, as diferenças entre estes tumores, tanto macroscópicas como histológicas não são maiores, que as diferenças entre as várias partes do mesmo tumor, e por isso hoje há uma tendência geral entre os clínicos a considerar todos os tumores do rim no adulto, sob a designação bem conhecida de hipernefroma.

Deve, no entanto, ficar bem compreendido que o emprego deste nome, não subentende que se adopte a teoria da origem suprarenal dos mesmos. Esta teoria como sabem, vem de 1883, quando *Gravitz* demonstrou a estreita semelhança entre os tumores amarelos do rim e a hiperplasia do cortex suprarenal que *Virshof* descrevera.

Os tumores de *Gravitz*, ainda hoje dão lugar a alguma controvérsia sobre a sua origem, mas são muito provavelmente carcinomas do rim, como *Sudek* o sustentou dez anos depois, da teoria de *Gravitz*, que tanto sucesso teve na sua época.

Podendo aparecer em qualquer idade, o seu diagnóstico faz-se entre os 50 e 70 anos e mais vezes no homem que na mulher. Eles têm um aspecto característico: capsulados até muito tarde, sendo mais frequentes no polo superior, são de cor amarela-ocre, com zonas hemorrágicas, de necrose e de calcificação (Fig. 1). A sua tendência a invadir a veia renal e a própria veia cava inferior, dá lugar a uma grande difusão das suas metástases, sendo os pulmões e os ossos os principais órgãos atingidos, com uma frequência e precocidade tal, que a nossa actividade terapêutica da extirpação do rim tumoral, tem sido muitas vezes impedida por tal facto.

O aspecto microscópico do hipernefroma é um dos assuntos da anatomia-patológica mais conhecidos do médico. As suas grandes células e o seu citoplasma são muito característicos (Fig. 1). Estas células tão grandes e tão transparentes, não são

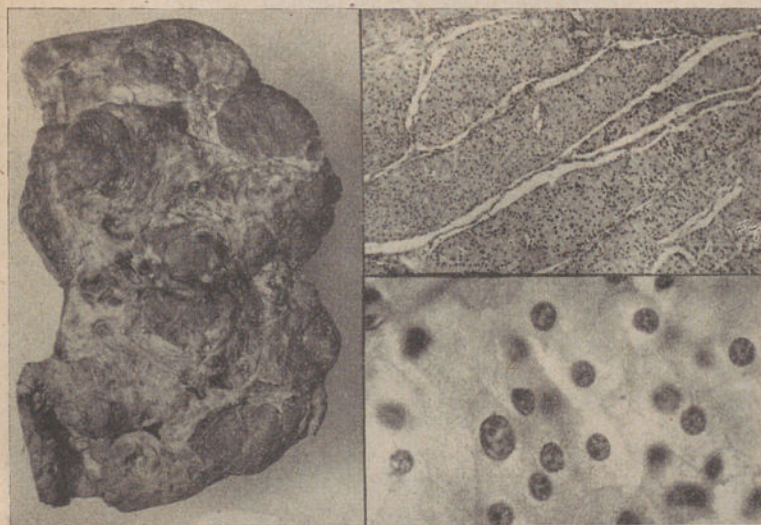


Fig. 1 — Hipernefroma. Caso pessoal. Homem de 63 anos. Fotografia da peça operatória e microfotografias. Aspectos muito típicos. Em cima, as grandes células claras, vistas em grande ampliação; em baixo, em média ampliação, o aspecto cilindromatoso.

todavia patognomónicas do hipernefroma, mas estão de uma maneira geral associadas ao rim; elas são observadas no rim do gato normal.

A disposição destas células sendo muito variável, é com grande frequência a de cordões, é esta a estrutura que pode pretender reproduzir a estrutura do cortex suprarenal, é a disposição sem dúvida mais típica do *Gravitz*. Quando se apresentam com uma estrutura alveolar ou tubular, própria do rim, este aspecto dá lugar à classificação do tumor como adeno-carcinoma renal.

Clinicamente o hipernefroma apresenta hematuria em 80 % dos casos e tal facto deve ser considerado feliz para o seu portador. Esta hematuria apresenta-se com os caracteres particulares das hematurias tumorais. É uma hematuria total, caprichosa e espontânea.

A dor e o tumor palpável, não são os sinais ideais para se diagnosticar um hipernefroma, pois representam sempre um processo já avançado.

Clínicos de grande acuidade, têm despitado casos de hipernefroma, só em presença de febre, perda de peso e anorexia. Ainda o ano passado, operei um caso assim, enviado por um dos

nossos mestres de clínica médica. Esses casos de cancro febril do rim, conhecidos desde *Israel*, são no entanto raros.

Mas duma maneira geral, a única esperança para o futuro do portador dum hipernefroma, deve residir na vigilância e na perspicácia do primeiro clínico, que for consultado pela hematuria. Dele dependerá o diagnóstico, feito facilmente pelo exame urológico rotineiro. Regra geral a urografia lança a suspeita e a pielografia ascendente firma o diagnóstico. As pielografias, não dando imagens que se repitam de caso para caso, apresentam um conjunto de irregularidades, distorções e amputações dos cálices e bacinete, inconfundíveis (Fig. 2 e 3).



Fig. 2 — Hipernefroma. Caso pessoal. Homem de 65 anos. Aspecto típico em pielografia ascendente

Não há senão um tratamento para o cancro do rim, é a nefrectomia, feita larga e precocemente, seguida de Röntgen-terapia profunda complementar. Só as metástases pulmonares, hepáticas ou ósseas, se poderão opôr à intervenção (Fig. 4).

#### b) — TUMOR DE WILLMS

O sarcoma embrionário das crianças aparece de preferência no fim do 2.º ano de vida. A frequência é a mesma nos 2 sexos deste tumor, que é a neoplasia maligna mais frequente na infância.

O seu diagnóstico é feito pela presença do tumor abdominal em mais de 80 % dos casos. O quadro clínico do tumor renal das crianças difere imenso do do adulto, porque a hematuria falta sempre, e os pequeninos doentes apresentam frequentemente febre, palidez, perturbações gastro-intestinais ou pulmonares. Pelo exame encontra-se um tumor, que ocupa a maior parte das vezes, metade do abdómen. Os sinais hematológicos não são típicos, mas é habitual a anemia e a linfocitose.

A urografia de eliminação chega muitas vezes para fazer o diagnóstico, como vêem pelos exemplos que lhes mostro. Por vezes recorreremos a pielografia ascendente, cuja imagem é de grande nitidez (Fig. 5).



O diagnóstico diferencial deve fazer-se com os tumores supra-renais (neuroblastoma).

As metástases pulmonares já se encontram em 20 % dos doentes por altura do nosso exame.

O tratamento que aconselho é a nefrectomia feita por via transperitoneal apoiada nas radiações pré e post-operatórias. O tratamento röntgenterápico pré-operatório, chega, por vezes, a tornar o tumor de um volume tão pequeno, que a família do

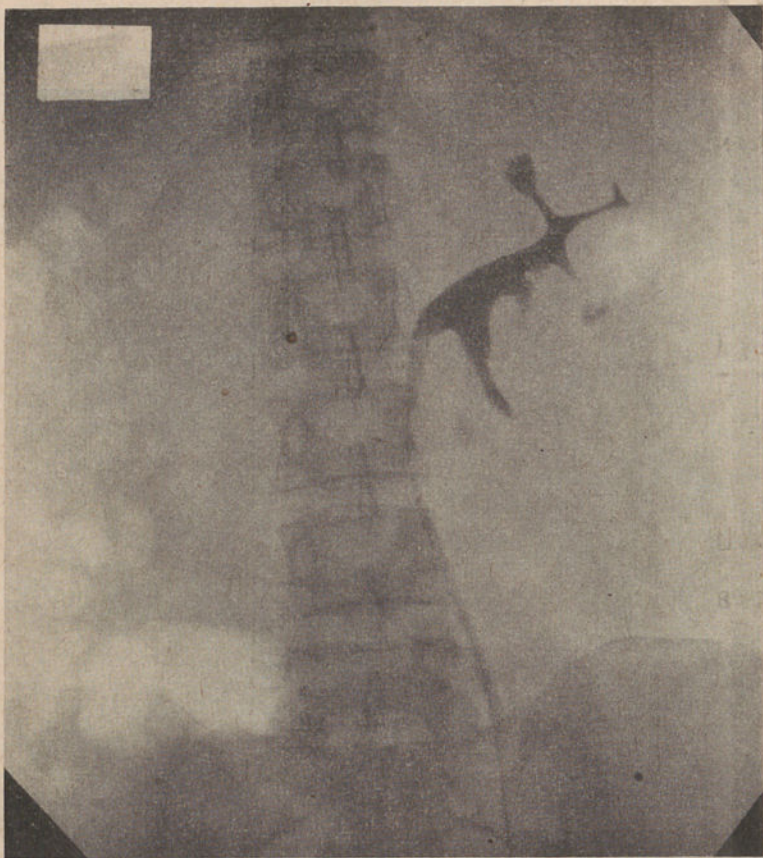


Fig. 3 — Hipernefroma. Caso pessoal. Mulher de 50 anos. Pielografia ascendente mostrando o estiramento e deformação pielo-calicial que se encontra nos tumores do parenquima renal

doente, tem julgado a operação desnecessária. A via transperitoneal não deve ser posta em discussão pelas vantagens que apresenta, e esta via não dá maior mortalidade que a via lombar. As pequenas crianças suportam perfeitamente estas grandes intervenções, desde que elas sejam particularmente cuidadas (anestesia, transfusão de sangue). O prognóstico é sempre muito grave.

Nestes últimos meses, operei 3 casos de sarcoma renal em crianças entre os 3 e os 5 anos, o último deles de particular interesse, pois o embrioma desenvolvera-se num rim em ferradura, o que tornou a operação ainda mais delicada (Fig. 6).

#### TUMORES MALIGNOS DO BASSINETE E URETERO

São na realidade raros, raridade esta, ainda mais acentuada quando nos referimos aos tumores primitivos do uretero. São extremamente semelhantes aos tumores da bexiga e as suas variedades são unicamente 3: o papiloma simples, o papiloma maligno e o carcinoma de células escamosas.

É no bacinete que se encontra a origem mais comum destes tumores. Só muito excepcionalmente, é que a proliferação neoplásica tem a sua origem primitiva no uretero. De facto os tumores primitivos do uretero são das maiores raridades urológicas.

Tendo visto mais de uma dezena de casos de tumores do bacinete, de que lhes apresento alguns exemplos, só observei em toda a minha prática dois casos de tumores primitivos do uretero; um operado e apresentado por meu mestre *Reinaldo dos Santos* ao Congresso Internacional de Urologia (Londres) em 1933, e um que operei pessoalmente há dois anos (Fig. 7).

Os tumores do bacinete geralmente são múltiplos (Fig. 8) e a parede da pelve renal encontra-se coberta de processos vilosos muito ramificados, friáveis e tão vascularizados que a *hematúria* nunca faltou na história clínica de nenhum destes doentes.

Estes tumores produzem com imensa facilidade bloqueio do «tractus» urinário, quer do uretero, quer da junção ureteropielica, dando lugar com extraordinária frequência a hidronefroses, melhor diremos hematonefroses, pois o seu conteúdo é intensamente hemático. As partículas do tecido tumoral que são arrastadas pela corrente da urina, implantam-se no uretero terminal e na parede da bexiga, dando uma característica muito especial a estes tumores. O carcinoma papilar e o escamoso são muito malignos; as suas metástases são precoces e localizam-se nos gânglios vizinhos e nos órgãos distantes.

O diagnóstico destes tumores faz-se a partir da hematúria, que como dissemos é constante, e reveste as características da hematúria renal.

O aumento que o clínico possa palpar ao nível do rim não é nunca o do próprio tumor, mas sim a hematonefroze que ele gerou. A pielografia, quer a intra-venosa, ou a ascendente são a chave do diagnóstico, pois dando o molde exacto da árvore urinária, apresentam a imagem lacunar dos tumores que o bacinete contenha. A pesquisa de células tumorais na urina é muitas vezes positiva, nestes tumores, tão vilosos e tão descamativos.

O tratamento destes tumores levanta um problema sempre grave e é evidente que é cirúrgico, mas não basta a nefrectomia, para se obter a cura de um tumor do bacinete; é preciso fazer mais, ir mais além do órgão doente. É preciso realizar a nefro-ureterectomia total com a electro-coagulação do meato ureteral para se evitar a recidiva ou a sementeira na bexiga. Já cheguei mesmo a fazer mais; no caso que lhes apresento de tumor do uretero, a operação teve que ser muito extensa: nefro-ureterectomia total com hemi-cistectomia, pois a neoplasia do urotélio invadia a mucosa vesical, numa zona à volta do orifício ureteral, mas que seguramente o ultrapassava.

#### TUMORES MALIGNOS DA BEXIGA

O maior número de tumores vesicais são de origem epitelial, que vão desde o papiloma benigno, até aos epiteliomas de máxima malignidade, como os carcinomas indiferenciados e infil-

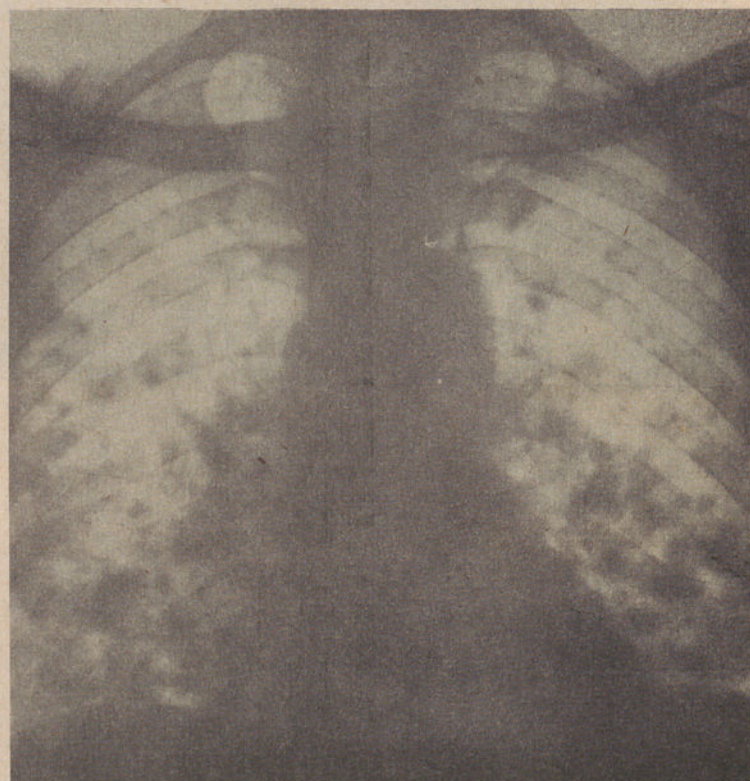


Fig. 4 — Hipernefroma. Caso pessoal. Homem de 57 anos. Metástases múltiplas em ambos os campos pulmonares

trantes da parede vesical. A sua maior frequência no sexo masculino é um facto muito evidente.

Os tumores de origem mesenquimatosos são raros e são todos de malignidade muito exagerada, pois são sarcomas.

A anatomia patológica dos tumores vesicais não se apresenta em paralelo absoluto com o conceito clínico de malignidade, e o clínico não deve aceitar, como sendo de precisão absoluta os dados histológicos, e não dedicar a devida atenção aos caracteres morfológicos e topográficos da lesão.

O conceito da malignidade de um tumor da bexiga, sob



# DIESTREPTO

Sulfatos de estreptomicina e dihidroestreptomicina em associação sinérgica para anular os efeitos tóxicos e exaltar o valor antibiótico

## COMPOSIÇÕES

### ADULTO

Cada dose contém :

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,5 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,5 Grs.
Soro fisiológico apirogénico . . . . .	5 c. c.

### INFANTIL

Cada dose contém :

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,25 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,25 Grs.
Soro fisiológico apirogénico . . . . .	3 c. c.

## APRESENTAÇÃO

Embalagem de 1 dose Adulto . . . . .	<b>Esc. 17\$00</b>
Embalagem de 1 dose Infantil . . . . .	<b>Esc. 10\$00</b>



**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*



# LACTOSYMBIOSINA • VITASYMBIOSINA SULFASYMBIOSINA • FTALILSYMBIOSINA

## PROFILAXIA E TRATAMENTO EFICIENTE E INÓCUO DAS DOENÇAS INTESTINAIS

**NAS PERTURBAÇÕES  
GASTRO-INTESTINAIS  
AGUDAS E CRÓNICAS.**

«Esta foi precisamente a ministração dos fermentos lácticos, que atravessado o estômago sem a mais pequena alteração, chegam com toda a facilidade ao intestino, onde tem lugar a produção do ácido láctico no estado nascente e por conseguinte com a máxima capacidade antisséptica».

*Manuel Vehi Deniel — La Elaboracion de Especialidades Farmaceuticas, 1936*

«Os antibióticos do grupo da aureomicina, da cloromicetina e da terramicina, ministrados por via oral, provocam muito rapidamente uma esterilização mais ou menos completa no tubo digestivo, ..... Alguns microorganismos podem escapar a esta esterilização pelo facto de se não encontrarem no espectro de actividade dos antibióticos; são por exemplo, o proteus, o pseudomonas aeruginosa, o candida aloicans (muguet) e alguns estafilococos. Estes germens encontrando-se assim em condições particularmente favoráveis ao seu crescimento e à sua multiplicação, podem provocar estomatites, glossites, esofagites, gastroenterites, rectocolites e vaginites particularmente tenazes».

*Médecine et Hygiène, 15 de Setembro de 1952*

**ACTIVIDADE REFORÇADA  
PELA MODERNA SULFAMI-  
DOTERAPIA INTESTINAL.**

«.....sem que se possam notar modificações morfológicas nem anomalias no desenvolvimento dos bacilos. O autor preconiza pois, em conclusão, associar na terapêutica corrente as sulfamidas electivas com os fermentos lácticos».

*Ann. Pharmac. Françaises, Março, 1951*

**NAS PERTURBAÇÕES  
DIGESTIVAS DA TERA-  
PÊUTICA ANTIBIÓTI-  
CA PROLONGADA,  
POR VIA ORAL.**

Composição	LACTOSYMBIOSINA			VITASYMBIOSINA		SULFASYM- BIOSINA	FTALIL- SYMBIO- SINA
	Comprimidos	Líquido	Concentrada	Líquido	Concentrada	Comprimidos	Comprimidos
Cultura de bacilos lácticos . . . . .	+	+	-	+	-	+	+
Cultura de bacilos lácticos (concentrada)	-	-	+	-	+	-	-
Levedura de cerveja . . . . .	+	-	-	-	-	+	+
Extracto de malte . . . . .	+	+	+	+	+	+	+
Complexo B . . . . .	-	-	-	0,115 0/0	0,125 0/0	-	-
Sulfaguandina . . . . .	-	-	-	-	-	0,10 gr.	-
Ftalilsulfatazol . . . . .	-	-	-	-	-	-	0,20 gr.
Apresentação	Embalagens de 20, 48 e 100 comp.	Frascos de 180 c. c.	Caixas de 10 emp. bebíveis de 10 c. c.	Frasco de 180 c. c.	Caixa de 10 emp. bebíveis de 10 c. c.	Caixa de 48 emp.	Embalagens de 20 e 50 comp.

# LABORATÓRIO SANITAS



o ponto de vista clínico, depende, sem dúvida, do tipo histológico do tumor (em certos casos indiscutível), mas também e muito da localização (como sejam os papilomas desenvolvidos no meato ureteral e no colo vesical), e da extensão e invasão das paredes vesicais. É um facto averiguado que certos tumores com características histológicas benignas (fibro-epiteliomas) apresentam uma evolução totalmente oposta à que seria de esperar, se só considerássemos a sua estrutura histológica.

Os tumores da bexiga estão sujeitos a características etiológicas das mais interessantes, pois creio ser em toda a cancerologia, este um dos territórios em que os tumores apresentam elementos etiológicos muito nítidos de relação entre a irritação crónica e a neoplasia. Se dois deles não são de contar no nosso País (carcinoma associado à bilharziose, e os tumores de anilina), o facto da leucoplasia resultante da cistite crónica, poder tornar-se sede de um carcinoma epidermóide, é uma constatação de largo interesse clínico.

Os sinais clínicos dos tumores vesicais, são os habituais na maioria das doenças da bexiga. Não havendo nenhum sintoma

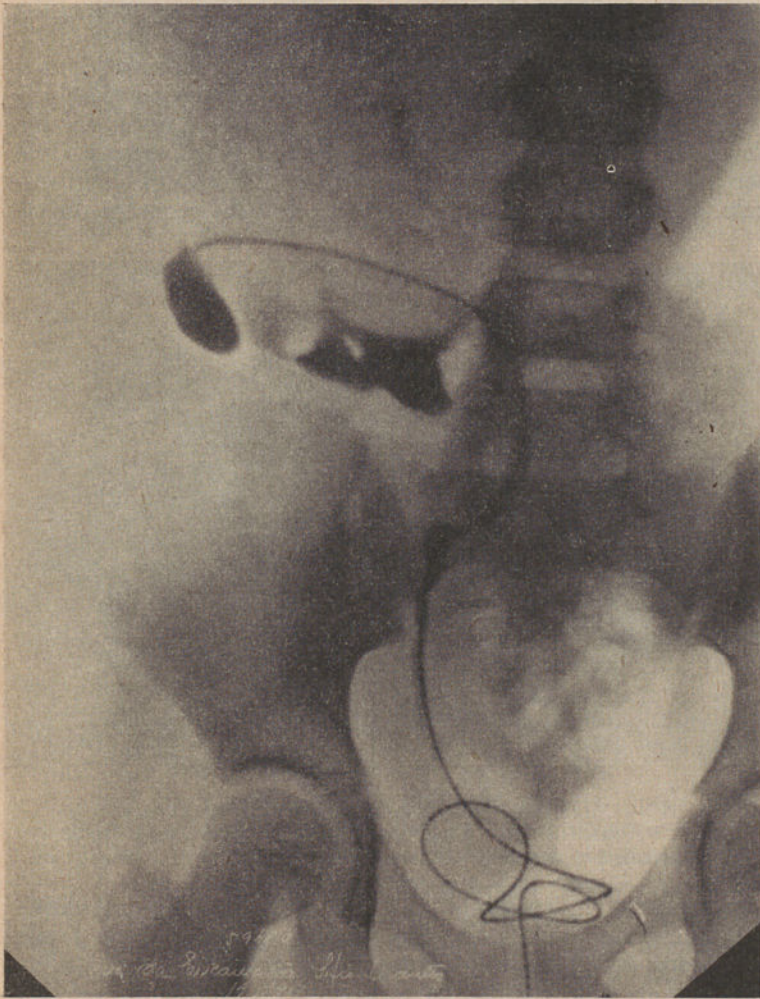


Fig. 5 — Sarcoma embrionário do rim. Caso pessoal. Criança de 5 anos. Pielografia ascendente após grande diminuição do tumor pela terapia profunda. Mesmo assim, as deformações são enormes

próprio, esses sintomas apresentam todavia características especiais na neoplasia. É o caso da hematuria, que é espontânea e brusca, caprichosa e sem outro sinal, durante algum tempo. Três quartos dos tumores vesicais aparecem assim em clínica e por isso parece-me justo insistir junto dos clínicos gerais, na conveniência de se explorar a fundo todo o doente que tenha apresentado uma hematuria. A hematuria sem dor nunca deverá ser desprezada. Fazê-lo é equivalente a dizer «Ah, se é um cancro, vamos deixá-lo crescer à vontade».

Não me recordo de ter observado nenhum caso de tumor vesical avançado, que não tenha tido 1 ou 2 anos atrás uma hematuria, a que se não ligou importância. A exploração urológica, consiste na palpação bi-manual combinada, no exame cistoscópico e no exame radiográfico. Sendo processos essencialmente de foro especializado, não desejava insistir muito neles. Mostrar-lhes-ei todavia alguns exames radiográficos, em que a cistografia, mostra a imagem lacunar de tumor (Fig. 9).

Nos tumores vesicais malignos não são frequentes as metástases a distância. Clinicamente são mesmo muito raras.

O tratamento dos tumores malignos da bexiga é essencialmente cirúrgico.

O tratamento por via endoscópica pela electrocoagulação, de grande alcance nos tumores pediculados benignos, fracassa perante os grandes tumores e não pode resolver o problema da malignidade com infiltração das paredes vesicais.

A electrocoagulação por via transvesical a céu aberto, é uma operação paliativa e de limpeza, que bastantes vezes temos



Fig. 6 — Sarcoma embrionário do rim. Caso pessoal. Criança de 23 meses. Fotografia da peça operatória. Nefrectomia trans-peritoneal

de fazer, mas cujos resultados são meramente transitórios. Já o mesmo não se pode dizer da cistectomia parcial, que em tumores pequenos, não muito infiltrantes, me tem dado bons resultados. O principal motivo no entanto, porque a cistectomia parcial não pode resolver o problema do cancro da bexiga, é devido à localização topográfica habitual dos tumores da bexiga. Eles fogem da calote vesical, digamos mesmo de toda a sua zona móvel, e a sua predilecção topográfica pelo baixo fundo, pelo trígono, e pela zona dos meatos ureterais, limita imenso a acção da cistectomia parcial como operação de cura segura. Em princípio, só a cistectomia total pode curar com segurança o cancro da bexiga. Trata-se, porém, dum procedimento terapêutico, sem dúvida muito mutilante, mas devemos reconhecer que as discus-

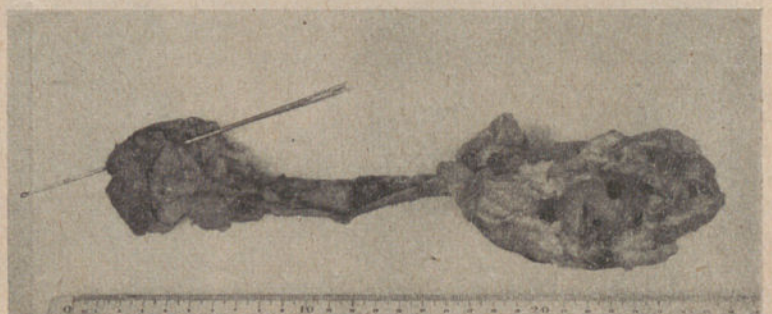


Fig. 7 — Tumor primitivo do uretero pélvico. Caso pessoal. Homem de 60 anos. Peça operatória: nefro-ureterectomia total e hemi-cistectomia

sões da sua utilidade terapêutica, e inclusive social, giram à volta de argumentos pouco convincentes e contrários aos princípios da cirurgia radical do cancro. A cistectomia total ainda não conseguiu encontrar um verdadeiro paralelo terapêutico com a gastrectomia total, a mastectomia, a pneumectomia e a resecção do recto, mas creio que esta operação é o único procedimento terapêutico verdadeiramente radical que possuímos. O problema da falta de reservatório urinário é regularmente resolvido pela uretero-sigmoidostomia complementar (Figs. 10 e 11).



## TUMORES MALIGNOS DO TESTÍCULO

Os tumores do testículo enquadram-se em 2 grandes grupos. O primeiro são os tumores das células germinais, os espermatocitomas, que desde *Chevassu* denominados *Seminomas*. O segundo grupo são os verdadeiros *teratomas*, os embriomas.

Quase todos os tumores do testículo são malignos e provocam duma maneira a secreção de excessivas quantidades de hormona gonadotrófica na urina.



Fig. 8 — Tumor viloso de bacinete. Caso pessoal. Homem de 61 anos. Peça operatória: nefro-ureterectomia total

Constituindo menos de 1% de todos os tumores malignos, esta percentagem sobe a 4% quando nos referimos às localizações malignas no aparelho génito-urinário. Esta proporção pode não parar ainda, e atingir cifras extraordinárias (70%) se os portadores de neoplasias génito-urinárias forem indivíduos em idade militar. A experiência da urologia militar foi ótima no capítulo das neoplasias do testículo na última guerra mundial.



Fig. 9 — Carcinoma da bexiga. Caso pessoal. Homem de 49 anos. Cistotografia com Umbrathor mostrando a extensão e infiltração da neoplasia. Cura por cistectomia total

Tumor que aparece na idade de maior actividade sexual, tem, talvez, por isso, encontrado certa dificuldade de diagnóstico precoce por parte dos clínicos gerais, devido ao facto de existir a impressão errada, de que entre os vinte e os 40 anos de idade, as tumefacções das bolsas são sempre de carácter inflamatório, esquecendo-se as possibilidades, não de todo longínquas, da aparição da neoplasia maligna. A acrescentar que a evolução do cancro do testículo é a maior parte das vezes insidiosa e de escassa sintomatologia clínica. Se o doente é cuidadoso da sua pessoa, se está educado no que se refere aos princípios da medi-

cina preventiva, e se é observador atento do seu físico, descobre com facilidade o aumento inicial do tamanho, o peso e a leve dor, do seu testículo doente. O aparecimento de um hidrocele sintomático, a maior parte das vezes não vem simplificar o caso, antes pelo contrário, atraza, regra geral, o diagnóstico, por se considerar o derrame da vaginal como idiopático.

São talvez estes os motivos porque o diagnóstico dos tumores malignos do testículo é feito tardiamente. Mais de 80% dos casos que observei já apresentavam metástases na altura do meu primeiro exame.

A ginecomastia só é frequente no corioepitelioma (6% dos casos) e não é, portanto, sinal de contar para o diagnóstico precoce. A reacção de Friedman nem sempre é positiva, e estamos habituados a ver, que por exemplo o *seminoma* que é o tumor do testículo mais frequente na clínica, não dar prolanúria com regularidade.

A propagação a distância faz-se com muita mais frequência por via linfática do que por via sanguínea. Esta propagação por via sanguínea aos pulmões é particularmente característica do cório-epitelioma, mas pode aparecer também em outros teratomas e nos seminomas. Os primeiros gânglios invadidos são os da cadeia lombo-aórtica.

A responsabilidade do clínico é enorme, quando um doente o procura com um aumento do volume anormal do testículo. Da palpação minuciosa do órgão afectado e dos exames complementares dependerá o diagnóstico. A palpação do conteúdo escrotal deve ser um processo bi-manual com cuidadosa delimitação do testículo, do epidídimo e do cordão espermático. As pequenas dilata-

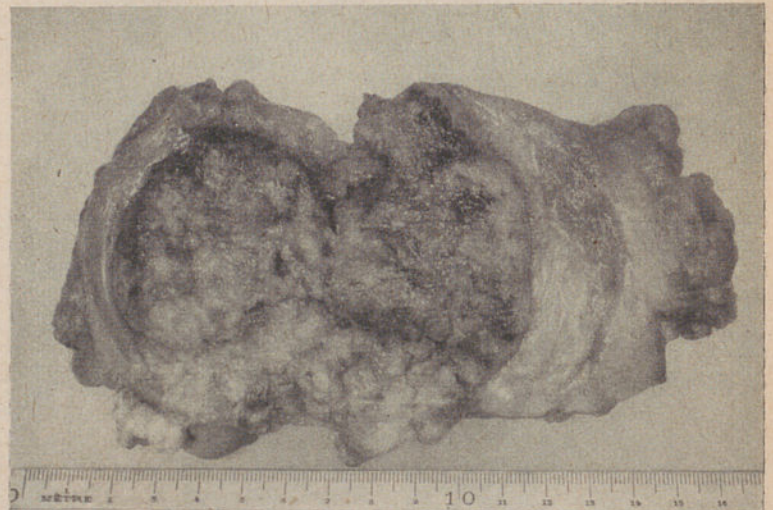


Fig. 10 — Carcinoma da bexiga. Mesmo caso da figura anterior. Fotografia da peça operatória: cistectomia total. Diagnóstico histológico: carcinoma pavimento-celular

ções quísticas do epidídimo não são causa para alarme, desde que os espermatocélos são vulgares, mas qualquer massa firme e irregular no testículo é de importância extrema. Todo o testículo que aumenta e muda de consistência, deve ser acusado de cancro, até à prova do contrário, disse *Chevassu* e podemos dizer que a um diagnóstico precoce tenho visto corresponder 50% de êxito terapêutico; mais ainda, o diagnóstico muito precoce seguido de indicação terapêutica correcta pode permitir chegar a obter a cura em 80% dos casos.

Os 20% restantes são para aqueles tumores que qualquer que seja o momento em que se diagnosticarem, e qualquer que seja a terapêutica indicada, são rapidamente invasores e matam sempre o doente. Está neste caso o corioepitelioma, tumor que deve ser considerado como a maior curiosidade de toda a urologia. No respeitante à reacção de Friedman, pela minha parte não lhe dou grande valor diagnóstico, senão quando é positiva, pois sei que em certos tipos de tumor a eliminação de hormonas não se produz, ou produz-se de forma irregular. Nem por isso deixa de ser uma prova laboratorial de aproveitar. A sua positividade parece depender da destruição das células intersticiais. O corioepitelioma dá os maiores valores, mas o seminoma dá, regra geral, uma reacção fraca (500-1.500 unidades por litro de urina).

A operação chamada radical (orquidectomia e extirpação dos gânglios lombo-aórticos) cedeu o lugar ao tratamento combinado: orquidectomia + radioterapia, feita no post-operatório imediato, não só da região operatória, como muito em especial



de todos os gânglios até a região cervical. Estes tumores, particularmente os mais embrionários, respondem bem às radiações.

### CANCRO DA PRÓSTATA

Até 1941, antes da introdução (por *Huggins* e *Herbst*) na terapêutica, da castração sub-albugínea e da estrogenoterapia,

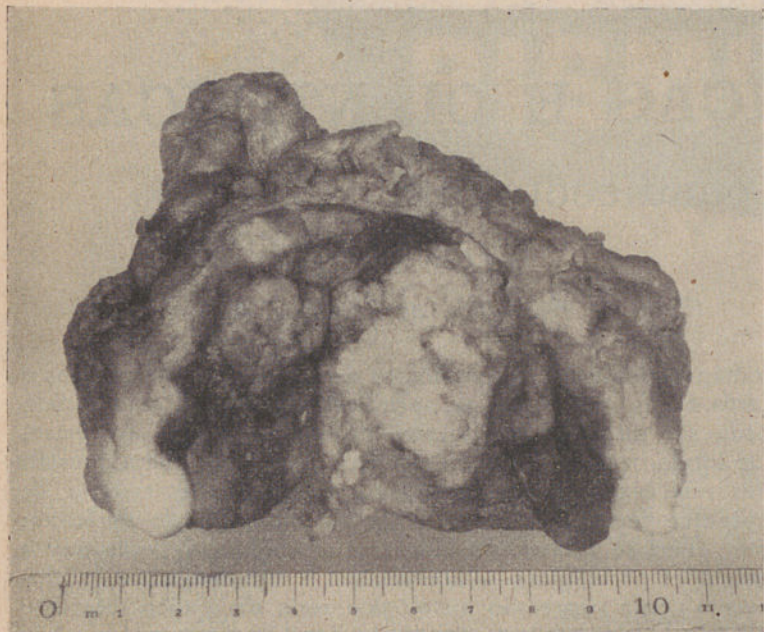


Fig. 11 — Carcinoma da bexiga. Caso pessoal. Homem de 59 anos. Peça operatória de cistectomia total. Diagnóstico histológico: carcinoma espino-celular

o tratamento do cancro da próstata era o mais desalentador possível.

Os casos de cura prolongada que se têm conseguido obter, (devido a ter sido possível realizar a operação muito precoce) eram e são ainda raridade, e são regra geral obtidos à custa de incómodos muito penosos, como a incontinência ou a fístula urinária.

Uma lesão como o cancro da próstata que se observam em 15 a 30 % de homens de mais de 50 anos de idade (estatísticas de autópsias de *Riche e Moore*, constituída pelas autópsias rotineiras acima dos 50 anos) deve merecer a maior das atenções dos clínicos.

O papel dos processos inflamatórios crónicos, que determinam proliferação celular de tecido fibroso ou leucoplásico, podem dar origem ao aparecimento da neoplasia.

Foi *Hrynstchak*, célebre urólogo vienense, quem provou de maneira evidente este facto, pois em certos seriados encontrou sempre focos de regeneração, mesmo nos casos precoces.

Quanto à degenerescência cancerosa do adenoma prostático, ideia levantada por *Albarran* e que ainda hoje tem defensores, ela é na nossa opinião muito rara e deveria ser abandonada. Adenoma e cancro podem coexistir no mesmo indivíduo, mas não na realidade lesões independentes, pois o carcinoma começa na parte da glândula que é isenta de hiperplasia (lobo posterior).

Histologicamente dois tipos são frequentes; o cirrótico e o adeno-carcinoma. Sendo o primeiro mais frequente, ele é idêntico ao tipo de tumor que vemos na mama e outros pontos.

Os gânglios linfáticos pélvicos e lombares são envolvidos precocemente e as metástases ósseas são muito típicas desta neoplasia; elas revestem a maior parte das vezes o tipo osteoplástico, imagens densas, que aparecem com maior frequência na coluna, bacia, fémur e costelas, em contraste com as lesões osteolíticas rarefeitas dos ossos, vistos no hipernefroma e cancro da mama (Fig. 12).

Todo o caso com lesões ósseas osteoplásticas, num homem de mais de 50 anos deve levar o clínico a pensar na neoplasia da próstata e a investigar nesse sentido.

Com uma sintomatologia a maior parte das vezes escassa (sinais simples de prostatismo recente) outras vezes muito evidente, o diagnóstico tanto pode ser difícil ou então de uma evidência extrema.

Ele baseia-se no toque rectal, onde se encontra uma massa dura, pétreia, de superfície irregular sem qualquer possibilidade de mobilização, e na radiografia dos ossos, e mais recentemente na investigação da enzima fosfatase.

Quando a cifra de fosfatase ácida é superior a 3,25, deve-se pensar no cancro, para cima de 10 já seguramente com metástases ósseas. Para a fosfatase alcalina só as cifras para cima de 9, devem ser consideradas de valor dignóstico. Mas queria dizer-lhes que esta investigação laboratorial tão tentadora de realizar, não tem apresentado grande interesse prático, e o médico deve antes insistir num bom exame clínico.

Se fosse possível convencer os médicos da frequência do carcinoma da próstata e da importância do seu diagnóstico precoce, e insistir com os doentes de mais de 50 anos de idade para se fazerem examinar de quando em quando pelo toque rectal, muitos casos de neoplasia da próstata poderiam ser reconhecidos precocemente, e talvez tratados radicalmente. Seria de desejar, no entanto, que os exames rotineiros fossem feitos por dedos suficientemente treinados.

O tratamento ideal do cancro da próstata é a prostatectomia total radical, única possibilidade de cura de processo. Todavia, não encontramos entre nós os doentes dignos desta operação, e limitámo-nos habitualmente a tratar paliativamente estes doentes pela castração, e pela estrogenoterapia e a procurar pela resecção trans-uretral resolver o problema mecânico da disúria e da retenção urinária.



Fig. 12 — Cancro da próstata, Caso pessoal. Homem de 72 anos. Metástases ósseas múltiplas nos ossos pélvicos. Tratado por castração e estrogenoterapia

### RESUMO

Nesta palestra pretende-se chamar a atenção dos médicos práticos para certas particularidades referentes ao diagnóstico e à terapêutica de algumas neoplasias do aparelho urinário e do aparelho genital masculino, dando-se especial relevo às de maior evidência clínica.

Deve-se reconhecer que a maior parte das localizações neoplásicas no aparelho urinário, não são, felizmente, traiçoeiras na sua evolução, pois em cerca de 70 % dos casos a hematúria é um sinal precoce. Talvez nem sempre este sinal tão importante, e que deveria levar sempre a um esforço de diagnóstico de causa, tenha sido devidamente interpretado. A este propósito, pretende-se rever duma maneira geral as neoplasias malignas do rim, uretero e bexiga.

Quanto às localizações do aparelho genital masculino, como por exemplo as da próstata e testículo, de sintomatologia tantas vezes menos evidente, procurar-se-á focar o problema dos exames prostáticos de rotina a partir dos 50 anos, e insistir no facto da neoplasia do testículo aparecer numa idade especial, tantas vezes julgada como só podendo ser própria das lesões inflamatórias. Ao contrário do que se poderia julgar, o doseamento da enzima fosfatase e a prova de diagnóstico biológico do cancro do testículo (prolanúria) não veio aumentar muito os diagnósticos precoces dos cancros da próstata e do testículo. Estes baseiam-se essencialmente nos conhecimentos actualizados do primeiro clínico que vê o doente.

(Lição proferida no V Curso de Aperfeiçoamento Médico Sanitário, organizado pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos).



# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### Sufrimento pós-apendicectomia

LUIS RAPOSO

(Prof. da Faculdade de Medicina de Coimbra)

#### SOFRIMENTO PÓS-APENDICECTOMIA POR APENDICITE CRÓNICA «AB-INITIO»

Constituem legião, como se sabe, as apendicectomias praticadas em individuos tidos como afectados de apendicite crónica primitiva, como também é avultado o número daqueles doentes cujo sofrimento continua depois da operação. Cerca de 30 % não colhem do acto operatório qualquer beneficio, não sendo raro as queixas tornarem-se mais pronunciadas do que dantes.

Se é certo, como disse há pouco, verificar-se por parte do doente uma certa indulgência para com os médicos que aconselharam ou levaram a cabo a operação, também não é menos verdade, como igualmente referi, constituirem estes fracassos motivo mais que suficiente para meditarmos na nossa atitude.

Antes de prosseguir importa naturalmente considerar até que ponto é admissível o critério da apendicite crónica «ab-initio», isto é, da inflamação primitivamente crónica, sem qualquer toque agudo ou subagudo no passado. O problema é delicado, com efeito, e quero crer que a solução completa jamais a encontraremos. A questão, aliás, tem interessado grandes vultos da Medicina. As opiniões repartem-se por dois grupos.

Um deles é francamente negativista, quer dizer, recusa-se a aceitar semelhante entidade nosológica. Aschoff é o seu patrono. Não há, segundo este e outros autores, apendicites crónicas primitivas. A apendicite crónica seria sempre secundária a um processo agudo ou subagudo. Se no passado do doente não colhemos elementos que nos levem a afirmar a existência de uma afecção deste tipo, tal facto nem por isso invalida a hipótese. A crise pode ter sido fruste, como fruste pode apresentar-se, igualmente, a sua expressão clínica.

Do outro grupo fazem parte quantos entendem que o processo inflamatório pode ser crónico desde o início e, porventura, assim permanecer durante toda a vida.

Como em tempos disse a anatomia patológica não pode resolver o litígio em questão. Efectivamente não há lesões características das formas secundárias nem das formas primitivas. E já que falo em anatomia patológica devo até dizer que a histopatologia longe de aclarar o problema da apendicite crónica primitiva mais o confunde e mais nos intriga. Como pude demonstrar, e comigo outros, a totalidade, ou quase, dos apêndices tidos como sãos, quando se extirpam profíctivamente e são estudados pelo anatomo-patologista, revela lesões inflamatórias crónicas. Com isto, bem entendido, não estamos habilitados a aceitar a universalidade mórbida do apêndice.

«Não repugna admitir — escrevi eu em 1943 — que o apêndice como órgão linfóide, de paredes musculares débeis, que tantas vezes não permitem um esvaziamento fácil, se mostre atingido inflamatóriamente, dado o contacto e má defesa em relação ao conteúdo séptico normal ou a outras causas infecciosas gerais.

Em órgãos igualmente linfóides (amígdalas, por exemplo) encontramos um fenómeno idêntico, particularmente nas idades em que a actividade é maior e mais facilmente se observam toques flegmáticos. Não pretendo nem posso impugnar

o diagnóstico anatomo-patológico de apendicite crónica, mas o certo é que nem todos os apêndices extirpados, cujo estudo pedi, são na realidade doentes no sentido clínico do termo. De forma nenhuma. Isto só significa, para mim, que a questão das relações anatomo-patológicas e clínicas em matéria de apêndice cecal, está ainda longe de uma solução perfeita».

Tem-se pretendido ladear a dificuldade criando novas entidades nosológicas — *apendicoses* e *apendicopatias funcionais* — cuja expressão histológica seria um pouco diferente da das apendicites crónicas, visto dominar a hiperplasia linfóide, mas cujo significado clínico nada nos diz de concreto e específico.

Desde a apresentação, por MASSON, da variedade *apendicite neurogénica*, até aos estudos sobre a hipergénese nervosa, de LAZARINI, AMÂNDIO TAVARES, MICHEL MOSINGER e outros, passando por quantos conceitos de ordem meramente funcional relacionados, não apenas com interferências neuro-vegetativas, mas, inclusive, humorais e hormonais, é lícito atribuir a este pequeno órgão perturbações da sua fisiologia capazes de ocasionar dores locais, reflexos dolorosos a distância e, porventura, outras manifestações mórbidas em tudo semelhantes às registadas nos verdadeiros processos inflamatórios. Com efeito, a banal cólica apendicular motivada por espasmos simples, frente a um esvaziamento difícil do «lumen» ou a uma sensibilidade exagerada de causa geral ou local, pode não traduzir um estado inflamatório. Se as cólicas se repetem e as perturbações reflexas se acentuam é de todo o ponto lógico, pensar em apendicite e aconselhar a apendicectomia. E o doente pode curar, sem que todavia estivéssemos em presença dum verdadeiro processo flegmático. Devemos interpretar desta maneira as muitas curas registadas em doentes operados, cujo apêndice não revelava à vista a mais ligeira alteração. O sofrimento era meramente funcional, mas, não obstante, de sede nitidamente apendicular. Não forcemos a nota, todavia, pretendendo imputar a este órgão toda e qualquer queixa da fossa ilíaca direita, pois se algumas vezes os doentes curam com a operação, embora o apêndice não pareça lesado, em muitos outros casos não curam e, inclusive, podem piorar.

Por outro lado, também não é menos verdade que certos apêndices manifestamente atingidos de inflamação crónica, tida e havida como primitiva, podem não curar com a operação.

Isto não nos impede de afirmar que na grande maioria dos casos a continuação do sofrimento pós-apendicectomia provém dum diagnóstico imperfeito. Tomou-se como apendicite um estado mórbido que o não era, em boa verdade.

Duas hipóteses, pois, se põem à nossa consideração:

1.<sup>a</sup> — *Continuação do sofrimento depois de apendicectomia por verdadeiros processos de apendicite crónica:*

Tem-me acontecido e comigo a muitos outros, verificar no acto operatório lesões evidentes do apêndice, tais como estenoses parciais, congestão por zonas, estrangulamentos devidos a repuxamento do mesenteríolo, ou simplesmente pequenas cicatrizes; em suma, ver reunidas as condições



# 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

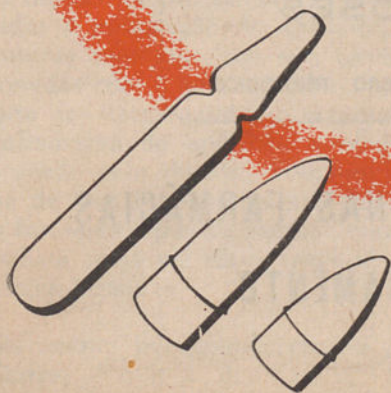
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS





# ESTREPTOMICINA

## HIGIENE

ASSOCIAÇÃO, EM PARTES IGUAIS, DE SULFATOS DE  
ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA  
COM EQUIVALÊNCIA A 1g DE BASE

ATENUAÇÃO DOS EFEITOS NEUROTÓXICOS DESTE ANTIBIÓTICO  
SEM PREJUÍZO DA SUA ACÇÃO TERAPÊUTICA E DA TOLERÂNCIA LOCAL

### APRESENTAÇÃO:

EMBALAGENS DE 1 DOSE  
EMBALAGENS DE 5 DOSES  
EMBALAGENS DE 10 DOSES

A CADA DOSE CORRESPONDE 1 AMPOLA DE 5 Cm<sup>3</sup> DE SORO FISIOLÓGICO

ESTE PRODUTO PODE SER ADQUIRIDO NAS FARMÁCIAS  
COMO QUALQUER OUTRO MEDICAMENTO

LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE





necessárias para explicar o sofrimento até aí registado e prever, portanto, a cura completa após a apendicectomia. Nos primeiros tempos tudo faz prever um sucesso definitivo pois a regra é aquietarem-se as queixas, criando-se, como é compreensível, por parte do doente, um estado de euforia em tudo condizente com a previsão do médico. O repouso, o sossego psíquico, a confiança na cura, a reflexoterapia proveniente do próprio acto cirúrgico, devem constituir a razão de ser de tais melhoras. Volvidos alguns meses, porém, o panorama transmuda-se. A prisão de ventre reaparece, a fossa iliaca faz lembrar de novo a sua presença, o apetite diminui, as digestões tornam-se difíceis, a irradiação dolorosa para a perna pode voltar, a palpação regional desperta dores, quer dizer, reconstituiu-se o quadro mórbido existente antes da operação.

Quando o doente procura outro médico que não o seu operador e por inadvertência não refere ter sido operado já e, por outro lado, o clínico consultado não atenta sobre a pele, pode até acontecer que se avenge o diagnóstico de apendicite crónica e que se proponha ao doente a operação. O fracasso do diagnóstico termina com inocentes motejos duma parte e doutra, enquanto o médico vai pensando na inutilidade da operação realizada e o doente espera uma prescrição que o alivie dos seus males. A precipitação do clínico pode conduzi-lo a situações desagradáveis, que importa evitar. Algumas conheço bastante pitorescas, cujo relato me dispense de fazer.

Ora isto vinha a propósito da continuação do sofrimento pós-apendicectomia em indivíduos afectados de apendicite crónica verdadeira. Se o quadro referido se ajusta melhor à hipótese das falsas apendicites, nem por isso rareia, também, nas verdadeiras.

A persistência do sofrimento pós-apendicectomia por apendicites crónicas reais compreende-se por um dos dois mecanismos seguintes:

1.º — Pela coexistência de outras lesões, cujo expressivismo mórbido iguala ou suplanta o característico da apendicite. É o caso da tiflíte, da colite em geral, da duodenite, da colecistite, ileite, etc. A apendicectomia, apesar de recair sobre um órgão doente, não pode resolver por completo a situação clínica.

2.º — Por alterações directamente dependentes da inflamação do apêndice. É a hipótese das periviscerites, das adenites, linfangites, flebites, nevrites, plexites, do nevroma do côto, de nevromas da parede à altura da cicatriz, cuja autonomia mórbida pode manter-se depois de suprimida a causa. Embora não devam levar a grandes extremos tal influência e tal inter-relação — e seria perigoso fazê-lo por desta maneira podermos justificar todos os excessos em matéria de apendicectomias — é fora de dúvida que em princípio o mecanismo é aceitável. Servir-nos-á, apenas, para explicar os insucessos da operação naqueles casos em que a lesão do apêndice era evidente, tal como se se tratasse de uma apendicite crónica secundária ou, mesmo, duma apendicite aguda ou subaguda, mas nunca para coonestar toda e qualquer indicação operatória levemente posta.

Em resumo, a apendicectomia por apendicite crónica primitiva, tal como a apendicectomia por apendicite aguda ou crónica secundária, pode deixar sequelas dolorosas e viciação funcional dos órgãos da proximidade, devido a causas intimamente ligadas à inflamação do apêndice, por propagação desta às estruturas contíguas, isto sem considerar as perturbações relacionadas com o acto operatório em si.

A maioria das vezes, porém, o insucesso resulta de ser estranha à inflamação do apêndice a verdadeira causa do sofrimento acusado pelo doente. Toma-se por apendicite o que não passa de uma falsa apendicite. Se queremos reduzir o número dos fracassos temos de reconsiderar sobre a maneira um tanto simplista como em regra fazemos o diagnóstico de apendicite crónica primitiva.

## 2.ª — Sofrimento pós-apendicectomia por falsas apendicites:

Como acabei de dizer na grande maioria dos casos a continuação do sofrimento depois da operação resulta de ser errado o diagnóstico. Considera-se como apendicite crónica todo e qualquer sofrimento da fossa iliaca direita e não raro

toda e qualquer queixa vaga localizada ao abdómen. O interrogatório é sumário e o exame físico não é mais completo.

Este alargamento daquilo a que podemos chamar o *espaço vital* da apendicite crónica tem como fundamento muitas vezes o velho conceito de que vale mais operar dois ou três apêndices sãos do que deixar um doente e, também, a imprecisão da doença, cuja fisionomia clínica sabemos poder mostrar-se desconcertante.

Não é raro o doente compartilhar na responsabilidade do desacerto. A fobia da doença, senão mesmo certo exibicionismo, leva-o a criar um verdadeiro estado de *psicose apendicular*. Por auto ou hétéro-sugestão faz ele próprio o diagnóstico. Abeira-se do médico não à procura dum diagnóstico, mas no bom desejo de ver confirmada a sua hipótese. Se o médico consultado discorda ou hesita o doente não se conformará, a não ser em casos muito especiais, infelizmente bastante raros. Procurará outro *mais compreensivo e mais prático...* e a coisa acaba em regra com uma apendicectomia a breve trecho e com uns comentários um tanto ou quanto pejorativos para o primeiro médico... por não ter sabido fazer o diagnóstico!

Da psicose dos doentes passa-se à psicose dos clínicos e duma e doutra a uma psicose geral. As Enfermarias dos Hospitais regorgitam de doentes e os cirurgiões, ora convictos, ora suspeitosos, ora apenas por solidariedade dos colegas num ritmo verdadeiramente pendular à razão de tantas apendicectomias por dia. A onda cresce semana a semana, atingindo aspectos de verdadeiro cataclismo social.

Meditemos no facto e vejamos em que medida podemos atenuar os seus inconvenientes. Uma razão poderosa nos impele neste sentido: é sabermos de fonte segura que cerca de 1/3 dos doentes operados por apendicite crónica primitiva não colhe benefício algum da intervenção, não sendo raros aqueles que pioram.

A taxa mais pesada destas apendicectomias recai sobre o sexo feminino, como é sabido. Três para uma é a média. Nas agudas o número é sensivelmente igual num e noutro sexo. Não há motivo para divergir grandemente nas crónicas. O excedente temos de pô-lo à conta de erros de diagnóstico, muito mais frequentes na mulher do que no homem, mercê do maior número de incidências dolorosas a que está sujeito o ventre da mulher e mercê, também, da sua mais fácil sugestionabilidade.

Nas mulheres, pois, mais do que nos homens, importa ter presente o sem número de estados capazes de aparentarem um processo de apendicite crónica primitiva. Enumero os mais correntes, limitando a pouco o meu comentário clínico.

— Chamo em primeiro lugar a atenção para as chamadas apendicites por sugestão e simuladas e para a apendicite histérica. Têm quase sempre uma origem emocional (o medo ou o exibicionismo); o sofrimento é vago, discordante, sem ordenação fisiopatológica. Os estados de base (hiperestesia geral, nervosismo fácil, instabilidade psíquica, ideias obsessivas) não faltam geralmente. Pertencem quase sempre ao sexo feminino. Estes doentes em regra não acusam queixas após a apendicectomia. A operação foi a seu gosto...

— Vem depois a longa teoria das perturbações funcionais susceptíveis de interferir com o apêndice, o cólon ascendente, a vesícula, o duodeno, o estômago, os anexos direitos, etc. Diagnóstico diferencial nem sempre fácil, mas de tentar, todavia, inclusive servindo-nos de provas terapêuticas visando este ou aquele sector. À parte os casos de espasmos apendiculares, devidos à presença de coprólitos, de mobilidade difícil do órgão, ou de simples hipergénese nervosa, sem alterações morfológicas apreciáveis, nos restantes — sem dúvida a grande maioria — a operação não acarreta benefício algum. O doente continua a sofrer tal como se não tivesse sido operado.

— As gastrites, as duodenites e as colecistites, podem ter uma sintomatologia semelhante à das apendicites. Mas existem sinais clínicos e radiológicos susceptíveis de nos orientar na diagnose, ponto é que nós os procuremos.

— Em seguida vem as colites e nomeadamente a tiflíte. Tem-se dissertado desde longa data sobre o diagnóstico diferencial entre a tiflíte e a apendicite, dum modo particular na forma crónica. O próprio DIEULAFOY publicou vários trabalhos sobre o assunto. Não há sinais seguros, sem dúvida, mas um



exame atento pode, todavia, prestar-nos esclarecimentos dignos de registo. A sensação de distensão cecal, com aumento de volume regional, a extensibilidade do mal estar ao quadro cólico, a ptose do ceco, a dor difusa à palpação, as crises de obstipação a alternar com diarreia, a gasocolia, a boa tolerância do calor local, a ausência de crises agudas ou subagudas no passado do doente, são sinais suspeitos a favor dum simples estado de tífite.

— A calculose renal e uretral, o rim móvel, a hidronefrose e outros padecimentos do rim direito, tão tomados muitas vezes por lesões do apêndice, quer na fase aguda quer na crónica. MARION diz algures: «un examen des voies urinaires éviterait bien des traitements de pretendues colites ou des appendicectomies inutiles chez les malades qui n'ont jamais eu de crises nettes d'appendicite». Importa, efectivamente, não esquecer este facto para procedermos a um estudo apropriado, tantas vezes exequível através do exame radiológico.

— A confusão com a anexite é extremamente fácil como se compreende. O passado genital, o cotejo dos períodos dolorosos com os pontos críticos do ciclo ovárico, um toque vaginal ou rectal, a topografia dolorosa e a própria prova terapêutica, dão-nos em regra elementos suficientes para esclarecer o caso.

— Não menciono certas afecções parasitárias (ascaris, oxiuros, etc.), a tuberculose lombar, a invaginação intestinal, os tumores do delgado, do ceco e cólon, as adenopatias por linfogranulomatose ou pela própria leucemia, porquanto nestes casos o diagnóstico só se não faz por inadvertência.

A «vis a tergo» profissional obriga-nos a simplificar as coisas e nós deixamo-nos conduzir. O doente por vezes é culpado, pois não se compadece com despesas e perda de tempo. De resto são-lhe mais simpáticos os médicos que não hesitam no diagnóstico. O pendente repentista não agrada a todos, mas é preferido, infelizmente, pelo maior número.

— Além das afecções citadas existe ainda um inquietante grupo de outras de cuja diagnose perfeita não conseguimos inteirar-nos. Esses estados levam o doente, praticamente sempre, à apendicectomia, senão pela nossa mão, pela mão de outros. Refiro-me à epiploíte, ao confuso grupo das periviscerites, às algias vagas da fossa iliaca direita, às perturbações funcionais de projecção mórbida ileo-cecal, e, em geral, às nevroses dos componentes neuro-vegetativos, à eventualidade do edema angio-neurótico regional, possível, como possível é no estômago, no pulmão, no pâncreas e noutros pontos, às avitaminoses, dum modo particular do complexo B, às celulites pélvicas, etc. Trata-se, quase sempre, de mulheres de tipo asténico. Ventre aberto verificamos nada haver do lado do apêndice e bem assim nos órgãos próximos.

Se formos minuciosos, no entanto, podemos aperceber-nos, em muitos casos, de alterações que de alguma maneira explicam o sofrimento referido. São desta ordem a vascularização intensa da serosa peritoneal e visceral, o excesso de transudato, tal e tanto por vezes que dir-se-ia estarmos em presença duma verdadeira ascite. Estes sinais permitem-nos aceitar a hipótese de micro-peritonite crónica e de celulite pélvica difusa, explicam o sofrimento registado, mas nada nos dizem sobre a sua verdadeira natureza. Como a maioria destes exemplares pertence ao sexo feminino, repito, e se observa em pleno período de actividade genital, não podemos deixar de pensar em incidências relacionadas com o sexo. Os micro-traumatismos ocasionados pelas congestões repetidas dos órgãos genitais e de toda a pelve, quando da postura ovárica e do fluxo menstrual, os partos e os abortos, a atonia da parede abdominal, as ptoses viscerais e, possivelmente, certos toques sépticos de sede útero-anexial, têm, necessariamente, de intervir na explicação de muitas destas alterações, tornando compreensível e muitas vezes dificilmente evitável o diagnóstico de apendicite e a terapêutica respectiva.

\*

Mais interessante do que apontar os estados que permitem confundir-se com a apendicite crónica primitiva, seria apresentar meios seguros de diagnóstico. Algumas vezes bastará um estudo clínico e laboratorial cuidado; em regra, porém, os sinais clínicos não são suficientes e quanto aos

laboratoriais não só não bastam como podem induzir-nos a erro.

O exame hematológico elogiado por EDMOND ANTOINE e TH. MARTEL, não possui qualquer valor para o diagnóstico da apendicite crónica «ab-initio». Na forma secundária pode notar-se leucocitose discreta, com certa mononucleose, é facto, mas na primitiva tal sinal carece de fundamento.

E os Raios X? perguntar-se-á. Respondo, dizendo: os ensinamentos que nos fornecem são muito reduzidos e em contrapartida inúmeras as causas de erro a que nos conduzem. Nesta ordem de ideias podemos bem dizer que o exame radiológico, longe de contribuir para a redução das apendicectomias inúteis, favorece o seu crescendo.

Tenho podido verificar que a maioria dos médicos atribui ao exame radiológico do apêndice, no ponto de vista da diagnose das lesões inflamatórias, valor absoluto, ou quase. Ora isto não é exacto. Interessa, pois, chamar a atenção dos clínicos para este ponto afim de não laborarem em erro, avolumando indevidamente os sinais suspeitos de apendicite.

Em 1943 (*loc. cit.*) ocupei-me pormenorizadamente desta questão, também num *Curso de Férias*. Não transcrevo, por extensa, a passagem respectiva. Resumila-ei, todavia, tanto mais quanto é certo considerar perfeitamente actualizadas as considerações de então.

— O apêndice nem sempre é visível aos Raios X, como é sabido. E se tal acontece só podemos tirar ilações dos chamados sinais indirectos, de somenos valor dentro duma pura hermenêutica radiológica. Não ser visível e não ser impregnado são duas coisas distintas; com efeito, um apêndice retro-cecal pode impregnar-se e não obstante manter-se invisível. Na grande maioria dos casos, porém, apêndice que se impregna é apêndice que se vê. A não visibilidade deve em princípio tomar-se como traduzindo falta de impregnação, com probabilidade resultante de lesões obliterativas do seu «lumen». Em boa verdade devemos considerar como muito suspeitos tais apêndices, apesar de não nos serem referidos sinais directos, nem porventura indirectos, no protocolo do exame favorável ao diagnóstico de apendicite.

— Quanto aos *sinais directos*, isto é, intrínsecos, traduzem-se, sobretudo, por estenose total ou parcial, por vacuolizações segmentares, por angulações irreductíveis e por estase prolongada. Estas alterações podem corresponder, efectivamente, a hiperplasia inflamatória da mucosa, a pequenas cicatrizes provenientes de lesões flegmáticas, a retracções e bridas da mesma natureza, a processos de mesenteriolite consecutivos a inflamação do órgão, a fixação às estruturas da proximidade. Mas muitos outros estados não patológicos do apêndice podem condicionar tais imagens; por exemplo: perturbações funcionais com hiper ou hipoquinesia, a presença de coprólitos, uma lesão da contiguidade, a sobreposição de imagens por incurvação do apêndice, a hiperplasia banal da mucosa e a congestão momentânea do órgão. Um novo exame passado horas ou dias pode nada revelar de anormal.

— Quanto aos *sinais indirectos* ou extrínsecos, a sua importância é ainda menor. Os radiologistas costumam conceder grande valor à dor provocada sobre o apêndice, ora isto é um sinal mais clínico do que radiológico. Por outro lado, não esqueçamos que a palpação feita pelo radiologista é como regra mais intensa do que seria para desejar. Pessoas magras palpadadas com uma mão revestida duma luva de chumbo só por excepção se não queixam. Além disso é bom não esquecer que muitos outros estados, além da apendicite, podem traduzir-se por dores na fossa iliaca direita.

A estase e os espasmos ileo-cecais também não são da responsabilidade exclusiva da inflamação do apêndice. Perturbações funcionais deste órgão, como do íleo e do ceco, por eretismo ou preguiça intestinais, bastam para os explicar. Isto sem contar com os processos de ileite terminal, de colite, de anexite, de tumores da proximidade, etc.

Em resumo, os sinais radiológicos da apendicite crónica são falíveis e de pequeno valor. «Se lembrarmos que a maior parte das apendicectomias — escrevi eu em 1943 — são feitas com o fundamento de que o exame radiológico acusou lesões apendiculares, fácil nos será imaginar a ineficácia da intervenção em grande número dos operados. Importa, na realidade, restituir à clínica a importância que ela não perdeu mas lhe foi usurpada indevidamente, pelo roentgendiagnóstico».



Embora escritas há 20 anos, e por muito que pese a certos radiologistas, têm inteira actualidade as seguintes palavras de PIERRE PORCHER, radiologista dos hospitais e chefe do Laboratório da Faculdade de Medicina de Paris: «Il n'y a pas de signes radiologiques directs et spécifiques d'appendicite, il n'y a que des présomptions, ce n'est donc pas au radiologiste de faire le diagnostic; et il doit s'en défendre d'autant plus que, dans bien de circonstances, on fait appel à son concours en présentant au malade hésitant cet argument d'apparence péremptoire: «on va vous voir aux rayons et nous saurons si oui ou non votre appendice est en cause». Nous tenons à protester contre cette radiologie de complaisance, d'autant plus répandue aujourd'hui que le médecin est fréquemment son propre contrôleur et que son esprit critique n'y gagne pas, bien au contraire».

O diagnóstico de apendicite deve continuar a fazer-se por sinais essencialmente clínicos e não radiológicos. Com isto não pretendo negar o valor do exame pelos Raios X para esclarecer certos pontos de dúvida, nomeadamente pelo que respeita à existência ou inexistência de afecções susceptíveis de se confundirem com a apendicite crónica. Sirvamo-nos dele para procurar outras lesões, para determinar a posição do apêndice, o estado do ceco, a sua ptose e a sua dinâmica, mas quanto ao mais sejamos prudentes. Se os radiologistas «controlassem» os seus pareceres com o observado «in loco» pelos cirurgiões, talvez moderassem um pouco mais as afirmações contidas nos seus relatórios.

— Não quero terminar as minhas considerações sem chamar a atenção para o valor da *prova diatérmica*. Propus a sua aplicação há longos anos e até à data não tenho motivos para me arrepender de o ter feito. O apêndice inflamado não suporta bem o calor, como regra, nomeadamente sob a forma diatérmica; pelo contrário as anexites crónicas, as colites, as ileites, as epiploites e as celulites peritoneais reagem favoravelmente. Quatro a cinco dias de gelo sobre o ventre, seguidos (depois de passados alguns dias de intervalo) de uma

pequena série de sessões de diatermia, podem esclarecer-nos e ajudar-nos a resolver muitos estados cujo tratamento se afigurava ser pertença exclusiva da cirurgia. Se o doente piora com a diatermia é de presumir uma lesão inflamatória do apêndice, sem com isto querer afirmar que não haja apendicites crónicas que não possam beneficiar da diatermia ou quaisquer lesões estranhas ao apêndice que com esta se não prejudiquem.

— Apesar de toda a prudência e de todos os cuidados há-de acontecer ficarmos mutias vezes na dúvida. Se da anamnese constarem pequenas crises ou queixas fortemente suspeitas de apendicite subaguda julgo prudente intervir, dum modo particular se se tratar de indivíduos jovens. Se pelo contrário o sofrimento persistir com sintomatologia vaga tenho por conveniente manter o doente em observação sujeitando-o a um tratamento médico e a novas observações até formarmos um juízo mais seguro, dum modo particular se a sua idade ultrapassou os 40 anos. Aliás nós sabemos que são raríssimas as crises agudas enxertadas em autênticas apendicites crónicas primitivas. A este grupo sinto-me tentado a aplicar o juízo expresso por CARLOS WERNECK. Diz-nos ele: «Todos esses casos de dores ilíacas, ou mesmo de simples distúrbios dispepticos, que os médicos e os cirurgiões classificam de apendicite crónica «ab-initio» e se resolvem através duma incisão de 2 cm. com a exérese dum apêndice solto, livre, cor de rosa, liso, sem aderências, sem estenose, são puramente apendicites fantasiadas; meras apendicectomias de apêndices hígidos, que só se podem classificar de profilácticas».

— Ser-me-á objectado que procedendo assim se perderão muitos doentes em favor de outros médicos... Talvez! Isso, porém, é outra questão que não faz parte do meu estudo de hoje!

(Revista Portuguesa de Medicina Militar — Vol. 1  
— N.º 1 — 1953 — extracto).

## Hormonas sexuais e tuberculose

J. MAGENDIE, J. AUDIT e G. ROUGERIE  
(Bordeus)

Desde há muito, que a repercussão da actividade endócrina sobre a tuberculose, tem despertado a atenção dos fisiologistas. Toda a alteração no equilíbrio das hormonas sexuais parece traduzir-se por modificação ao nível do receptor pulmonar.

Sabe-se que a castração permite ao animal resistir melhor à infecção pelo bacilo de Koch (experiências de Bumm, Scheschtler, Bourgeois, em bois, coelhos, cobaias). Do mesmo modo, partindo do princípio que o hipogenitalismo torne o indivíduo mais resistente em face da infecção tuberculosa, Jacquemin chegou a propor a castração para vencê-la.

Por outro lado, a foliculina parece agravar as lesões pulmonares, e baseando-se neste conhecimento, outros autores utilizam a progeterona e a testosterona para frenar a sua evolução (Duret, Chiray e Mollard, Pierre Bourgeois e Boquet-Jesensky).

Após Laennec, Trousseau, Sabourin, etc., numerosos clínicos impressionaram-se com as relações observadas entre a menstruação e a tuberculose. Podemos observar diariamente esta coincidência impressionante: hipertermias menstruais, hemoptises catameniais, acessos congestivos, pontadas torácicas, tensão mamária, erupções urticarianas, dismenorrea, cefaleias, alterações laringeas — acompanhando-se, todas estas manifestações, de acidentes congestivos ou hemorrágicos ao nível do pulmão.

Sendo bem conhecida a «doença dos estrogénios» e as manifestações congestivas que estes provocam ao nível de todos os aparelhos, seria surpreendente que o pulmão fizesse excepção e que, num organismo predisposto, não tivesse de sofrer os danos desta congestão intensa, transitória ou permanente.

Podemos observar que após uma elevação estrogénica tardia (sobretudo do 18.º ao 23.º dia, e por vezes, mesmo ao 35.º

dia, em vez de ao 14.º), o acesso fluxionário sobrevem com um atrazo variando de 495 dias. Esta reacção tardia não deve surpreender: é necessário um período de latência entre a elevação da taxa hormonal, o acesso vasomotor e o estabelecimento das manifestações que este produz ao nível dos receptores.

Do mesmo modo, a melhoria dos acessos fluxionários exige um certo tempo a desaparecer, após a queda da taxa hormonal.

A prova experimental destes factos é-nos dada por uma observação de Satter, confirmando a influência congestiva hormonal pré-menstrual, no pulmão tuberculoso: por ocasião de uma pleuroscopia numa mulher que possuía hemoptise pré-menstrual incoercível, decidiu-se um corte de aderências. Durante o exame observou-se uma enorme hiperemia do pulmão e da pleura que obrigou a prorrogar a intervenção. Doze dias mais tarde, no decurso do período inter-menstrual, um novo exame mostrou um pulmão absolutamente normal e o corte de aderências foi praticado sem perigo. Em resumo, neste caso, foi observado, nocivo, o fenómeno da congestão cíclica.

P. Viard pelo seu lado, apresenta algumas observações tendentes a demonstrar a existência de casos de tuberculose pulmonar enxertada num síndrome hiperplíclico da pré-menopausa.

J. Delarue e J. de Brux, relatam um caso que consideram como a melhor demonstração clínica experimental do papel nefasto que a foliculina desempenha no decurso da tuberculose. Trata-se duma mulher de 25 anos apresentando uma galactoforite tuberculosa bilateral que tinha sido operada e que conservava fístulas em ambos os seios. Durante 8 meses consecutivos entre o 18.º e o 28.º dias do ciclo, começava a estabelecer-se uma secreção que se tornava bacilífera a partir do 22.º dia e que perdia



os bacilos entre o 27.º e o 28.º dias, desde que as regras se estabeleciam.

J. Bronet, Cl. Choffet e M. Thévenet, no plano dum estudo sobre a função suprarrenal nos tuberculosos pulmonares, observam os 17 ceto-esteróides e os 11 oxy-esteróides nos seus doentes. Concluem que perante a enorme frequência dum abaixamento da taxa dos 17 ceto-esteróides, é indispensável estudar paralelamente a taxa dos 11 oxy-esteróides para poder concluir que existe uma verdadeira insuficiência suprarrenal nestes doentes.

R. Rivoire e os seus colaboradores explorando, do mesmo modo, as modificações da excreção dos 17 ceto-esteróides nos tuberculosos pulmonares, classificaram os seus doentes, segundo o seu estado geral, em casos bons, médios, evolutivos, medíocres e maus. Observaram que a eliminação dos 17 ceto-esteróides (em miligramas por vinte e quatro horas) embora vizinha dos valores normais nos casos bons, decrescia progressivamente para atingir valores muito baixos nos casos piores.

Baseando-se nestes resultados, Rivoire injectou testostereone aos seus doentes e observou uma melhoria muito frequente do seu estado geral (aumento do peso, das forças, sensações de euforia, aumento da taxa dos glóbulos rubros, diminuição da velocidade de sedimentação).

Num quadro semelhante ao de Rivoire, classificamos os nossos tuberculosos segundo a taxa do seu grau estrogénico, avaliado por esfregaços vaginais (doentes de 20 a 40 anos).

Podemos assim constatar que, se a taxa de androgénios é tanto mais baixa quanto mais grave é a tuberculose, a taxa de estrogénios, pelo contrário, aumenta com a gravidade da doença, salvo nos casos muito maus, onde o organismo parece perder terreno em todos os campos.

Além das 20 doentes em que estudamos os esfregaços vaginais e a curva de temperatura durante 2 ciclos completos, pudemos, além disso, recolher algumas dosagens em tuberculosas. Ora, em todos estes indivíduos encontramos nas urinas valores elevados de estrogénios embora as taxas do prégnandiol e dos 17 ceto-esteróides estivessem constantemente diminuídas.

QUADRO DE RIVOIRE:

ESTADO GERAL	17. C. E.		
	Mx	Mn	My
Bom . . . . .	17	6	12,5
Médio . . . . .	16	3,5	8,5
Evolutivo . . . . .	7,5	6,5	7
Medíocre . . . . .	10	4	6
Mau . . . . .	4	1	2

QUADRO DE ROUGERIE:

ESTADO GERAL	GRAU ESTROGÉNICO		
	Mx	Mn	My
Bom . . . . .	65 %	15 %	30 %
Médio . . . . .	70 %	25 %	40 %
Evolutivo . . . . .	75 %	20 %	35 %
Medíocre . . . . .	75 %	20 %	35 %
Mau . . . . .	45 %	10 %	15 %

Não pretendemos tirar conclusões prematuras, porque nos baseamos num número demasiadamente restrito de casos; todavia, chamamos a atenção para o facto de que, sob o ponto de vista de grau estrogénico:

- as 7 doentes cuja curva acidofílica apresentava um valor máximo superior a 70 % estavam todas atingidas de formas de tuberculose, evolutivas.
- nas 11 doentes apresentando curvas com um valor máximo variável entre 60 e 70 %, 6 estavam em evolução e 5 em vias de estabilização;
- em 2 doentes cuja curva estava abaixo de 60 %, uma estava em evolução e a outra estabilizada.

Parece, pois, que numerosas tuberculosas são hiperestrogénicas, e que existe um maior número de tuberculosas em actividade, entre estas, que entre aquelas nos quais a taxa de foliulina é normal ou baixa.

O que impressiona na observação dos 2 quadros é a concordância dos resultados obtidos. Por um lado a hiperestrogenia encontra-se, em ¾ dos casos, seleccionada com o potencial evolutivo da tuberculose; por outro lado é a androgenia que decresce paralelamente à gravidade da doença.

Se confrontarmos as observações colhidas por um de nós no Sanatório Xavier-Arnoz, no serviço do Professor F. Piéchaud e as que pudemos obter na clínica da cidade ou do hospital, impressionam-nos os seguintes factos:

- alongamento frequente do ciclo nas tuberculosas (30-35 até 48 dias);
- elevação térmica muito tardia, com abreviação constante da fase lutéinica de hipertermia relativa;
- Índice acidofílico geralmente elevado nos esfregaços vaginais;
- abaixamento da taxa dos 17 ceto-esteróides e do prégnandiol nas urinas.

Estas observações levam-nos a supor que existe nas tuberculosas (seleccionadas ou não com uma anulação tardia ou uma ausência de anulação) um aumento da relação  $\frac{\text{anti-estrogénios}}{\text{estrogénios}}$  devido a maior parte das vezes, pelo menos tanto a um déficit de hormonas androgénicas (testóides), ou de hormonas progesterónicas (luteróides) como a um excesso de estrogénios.

Se, em resumo, fosse necessário definir o síndrome hormonal das tuberculosas, diríamos que se apresenta, a maior parte das vezes mais sob o aspecto duma hiperfoliulinamia relativa, que sob a forma duma hiperfoliulinemia absoluta.

Em conclusão, pretendemos chamar a atenção para o interesse que existe na observação clínica e paraclínica do estado hormonal das tuberculosas.

Talvez fosse bom que uma preocupação do tisiólogo fosse estudar o estado hormonal da sua doente e discutir a oportunidade do tratamento das alterações endócrinas observadas.



## SUPLEMENTO

### SUA EXCELÊNCIA O DESCUIDO

Os grandes progressos que últimamente se têm feito no campo da Medicina Preventiva, ainda não conseguiram varrer certos hábitos sediços e certas ideias avelhadas que se acoutam no espírito de alguns homens. Para muitos deles, os bellos edifícios que se erguem e a ampla assistência que neles se presta são elementos a que só episódicamente se recorre, ou porque as circunstâncias a tal os impeliu, ou porque um amigo mais aberto às inovações a tal aconselhou. Por iniciativa própria não se decidem a experimentar, mesmo quando precisam. Preferem que outros o façam. No fundo, desconfiam e não compreendem que se possa dar galinha gorda por pouco dinheiro, ainda que se lhes mostre, de atestado na mão, que tudo é claro, simples e honesto...

No campo da Higiene, então, esta desconfiança alarga-se por um vasto arraial e associa-se aos elementos que antigamente davam força e mantinham no seu pedestal inacessível à ignorância. A superstição, com o seu cortejo espantoso de mêninas e passes cabalísticos, e os maus hábitos, com as suas raízes profundas a criar no homem uma segunda natureza, são aliados fiéis e poderosos que só se poderão dominar depois de doutrinar, de insistir, de tomar, por vezes, atitudes compulsivas e violentas. O que acontece hoje com o pé descalço, aconteceu ontem em maior escala com as vacinações e há mais tempo com o enterramento dentro das igrejas. Que medidas se não tiveram de tomar para impor a vacinação anti-variolica e acabar com os enterros nas igrejas? E que conflitos não estalaram quando se executaram tais medidas que feriram e rasgaram profundamente a carne e o espírito da Nação?

Não é porém à desconfiança com o seu cortejo de preconceitos, de maus hábitos, de estranhas crendices que me quero referir. É ao descuido, ao imperdoável desleixo de não fazer o que é necessário

quando é preciso fazê-lo ou desprezar certas circunstâncias quando mais se impunha atendê-las. Quer-se andar depressa quando convém ir devagar e seguir para diante sem se ver o que se deixou para trás. E os resultados são maus. Inadvertidamente facilita-se o alastramento de doenças que facilmente poderiam ser dominadas e o agravamento doutras que rapidamente poderiam ser vencidas.

Essas epidemias, por exemplo, de tinha que de longe em longe invadem certas regiões do País, começando por um pequeno foco em qualquer escola primária, não seriam facilmente dominadas se houvesse o cuidado inicial de fazer uma triagem rigorosa de crianças? Eu creio que sim. Mas em geral há descuidos. Deixa-se que o mal alastre e lavre como um incêndio, que invada uma escola após outra, que ultrapasse os limites raianos e se estenda às localidades vizinhas, antes que quaisquer providências sejam tomadas. Facilita-se. Não se afastam as crianças infectadas, nem se fecham as escolas quando se deve. E os resultados vêem-se nessa teoria de crianças que se mostram pelas ruas de cabeças atadas a embiucarlhes os rostos miúdos ou nesses crânios rapados a mostrar, com as manchas da depilação e da doença, um aspecto repugnante de miseráveis pedintes.

É na verdade com as crianças que se cometem os maiores descuidos. Desde que ela nasce até à puberdade, desde que ela dá o primeiro vagido até que sente o primeiro apelo sexual, quantos descuidos a não vitimam ou a não inutilizam para a vida? O leite que se ferve à pressa, o biberão que é lavado de fugida, a tetine que se arruma sem cuidado ou a papa que se dá depois de bem pintalgada pelos dejectos das moscas, são elementos que contribuem para aumentar as taxas da mortalidade infantil e que desapareceriam se não houvesse descuidos. Descuidos pequenos, é certo, mas de tal modo repe-

tidos que constituem fontes permanentes de males que todos nós conhecemos mas que já não conseguimos evitar.

Por descuido faz-se muitas vezes o que se não deve. Põem-se tabuletas junto de recreios infantis a dizer — «Aceitam-se lixos» e neles se fazem despejos que tanto podem ser luvas infectadas, de toques vaginais, como pentes velhos, carregados de parasitas, como vidros partidos, de garrafas mal cheirosas. Por descuido, deixam-se as crianças rebuscar nessas lixeiras e gozar com volúpia os achados como se fossem maravilhas arrancadas no manancial das minas de Salomão. Por descuido, ainda, vacinam-se crianças como quem marca rebanhos, sem se saber se elas são portadoras de doenças que as contra-indiquem ou se a própria doença as já vacinou. Por descuido tudo se faz, desde os ventos que se semeiam às tempestades que se colhem. E é pena. Sobretudo tratando-se de crianças. A sua natural inocência fá-las correr riscos e coloca-as à mercê de acasos que tanto as pode vitimar como proteger. Justo seria que a previdência dos homens collocasse a sua mão vigilante sobre as suas cabeças e as defendesse. Os descuidos que cometem necessitam de ser corrigidos antes que seja tarde. A morte espreita-as em cada esquina e a verdade é que, para mortalidade infantil, já basta aquela que vem pelos chamados trâmites legais. Por descuido, não. A vida não é bem que se malbarate pelos caminhos da imprevidência, nem se perca pelas veredas do descuido. Temos de nos habituar a fazer as coisas precavidamente e sem pressas. Bem, se for possível. Durante séculos o homem desbravou o caminho da ignorância, combateu superstições, eliminou fanatismos, reduziu desconfianças, cumpriu uma larga e frutuosa missão. Resta o descuido. Enquanto ele existir, embora o seu nome não figure na nomenclatura dos óbitos, a mortalidade infantil manter-se-á num nível elevado e o homem será o coveiro diligente das crianças que ajudou a nascer.

**JOAQUIM PACHECO NEVES**



UM PRODUTO DELTA

# NEOSONA

Cortisona + Neomicina

Uma dupla acção anti-inflamatória  
e anti-bacteriana, para uso oftálmico

COMPOSIÇÃO

Cada frasco contém:

Acetato de cortisona . . . . .	0,075 Grs.
Sulfato de Neomicina . . . . .	0,025 »
Excipiente oftálmico q. b. p. . . .	5 c. c.

APRESENTAÇÃO

Frasco conta-gotas de 5 c. c.      **Esc. 50\$00**



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 Mafalhões, 32-1.º—Telef. 4556*



# UNS «INDISPENSÁVEIS» DE NECESSIDADES

J. CASTELLO BRANCO E CASTRO

O distinto médico - escritor francês, Dr. André Pecker, publicou um curioso artigo, na revista parisiense «*Æsculape*», sobre *bourdalous*, um objecto útil, usado pelas damas da nobreza e boa sociedade do século XVII, tão indispensável, então, como hoje é o estojo metálico — por vezes encantador, um mimo de preciosidade e decoração — que as damas elegantes, de «bom tom» e «melhor sociedade», usam nas suas bolsas, contendo o respectivo «*bâton*», o «*rouge*», o pó de arroz de perfume oriental e um minúsculo espelhinho «*bisauté*». Com tal equipamento ficam habilitadas — em plena rua, nos seus carros, num *five-o'clock-tea* ou em trajas de sereia nas praias — a vincar, avivando num beijo cromático e perfumado, o friso sedutor dos lábios, encaixilhando uma fiada de pérolas na boca; ou a destacar, carregando-o, um tom róseo das faces; ou apagando, tornando-o mate, o brilho oleoso da fronte, nariz, mento e colo arfante.

Com este termo de comparação já o leitor pode compreender a necessidade do uso dos *bourdalous*, nos recuados tempos dos séculos XVI a XVIII.

Tornaram-se artigos de brinde delicado, de prenda deliciosa, muito apreciada, de objecto que podia exhibir-se à vontade, com certa vaidade na sua decoração e sem quaisquer escrúpulos.

Mas... ainda agora reparo que não dei a explicação do *bourdalou*, para se lhe compreender o uso e as considerações já feitas e a fazer.

Para essa explicação vejo-me na necessidade, onerante para o leitor, de fazer um leve rodeio, uma pequena prelecção histórica, para que o objecto se não torne ridículo, logo desde o princípio. Vou ainda preceder a arenga dum prólogo, uma espécie de preâmbulo.

Quem estudar os tempos recuados de Luís XIV, de França, e ler livros como: «*Memórias*», do duque de Saint-Simon, da corte do Rei-Sol e grande escritor; o «*Diário da Saúde*», do mesmo monarca, pelo seu médico, Dr. Fagon, que também se celebrou como director do Jardim das Plantas de Paris; ou o «*Dicionário de arquitectura*» de Viollet-le-Duc, grande architecto e escritor do Segundo Império, tendo restaurado muitos edifícios e palácios; quem fizer estas leituras tem de chegar à conclusão que, nesses tempos, não havia os gabinetes de necessidades que, actualmente são dependências obrigatórias, como medida de hygiene comum, obedecendo a quantidade e qualidade, para cada prédio. Os grandes edifícios, os palácios, os *chateaux*, dispensavam tais gabinetes por inúteis, feios e mal cheirosos.

Vejam como os tempos mudam!...

Entre nós, quem tiver 70 a 80 anos, ainda deve lembrar-se duma fase idêntica; e assistiu à transformação radical tendo visitado, com certeza, alguns quartos de banho nos hotéis, que são exemplos de luxo, conforto e hygiene.

Para as principais necessidades orgâ-

nicas usavam-se, outrora, umas cadeiras-caixas furadas, com grande buraco redondo no assento, chamadas «cadeiras furadas» ou «cadeiras de doente».

Ainda hoje é corrente encontrarem-se, em algumas casas antigas e em leilões ou casas de antiguidades.

Nas «*Memórias*» citadas acima, o duque de Saint-Simon descreve, em detalhe, o cerimonial que acompanhava, diariamente, a evacuação do Grande-Rei. E fica-se a saber que era muito disputado o lugar de oficial da corte a cujos membros competia a honra de velar pelo acto intes-



*Bourdalou* (porcelana de Saxe) — Composição policroma e ouro. Na asa há uma cabeça de mulher e uma concha.

tinal e pela «cadeira» de Sua Majestade, objecto merecendo descrições especiais, pois era recamado de requintes artísticos e preciosidades decorativas, onde não faltavam a prata e até o ouro!...

Só no Palácio de Versalhes havia, para uso dos cortesãos, 274 «cadeiras furadas», algumas guarnecidas de preciosos tecidos de damasco, veludo, seda, linho, de cores variadas.

Em regra, cada família fidalga, cada brasão, usava sempre a mesma cor.

A restante ornamentação era feita

com preciosas rendas francesas, flamengas (Bruxelas, Bruges, etc.), linhos, cânhamo, dourados e prateados decorativos, etc.

Tanto reis como cortesãos, tanto burgueses como qualquer homem, satisfaziam as necessidades vesicais, nas amplas cha-



O mesmo visto pelo interior, com a legenda «*Aux plaisirs de Dames*»

minés das casas, nas paredes, nos muros ou em qualquer canto apropriado da habitação, já consagrado pelo uso e direito consuetudinário.

As damas — ai! as damas que esqueciam — essas usavam uns vasos muito

NOVO ANTI-ESPASMÓDICO INÓCUO  
DE ACÇÃO NEURO-MUSCULAR

# B E T I F E N

**Não tem** efeitos secundários

**Não dá** habituação

**Sem os inconvenientes** dos opiáceos

AMPOLAS DRAGEIAS SUPOSITÓRIOS

LABORATÓRIO FIDELIS



semelhantes aos actuais. Como não havia os gabinetes de *toilette*, tudo se remediava com esses vasos mas... só quando estavam dentro de casa.

E quando saíam? Quando iam ouvir um longo sermão à Igreja? Quando assistiam, a pé firme, a uma festa da Corte, uma procissão ou cortejo? Quando havia coroação, como a recente da Inglaterra, e era necessário marcar o seu lugar com enorme antecedência? Como se arranjavam em tais casos?

É ocasião para lembrar a frase que Virgílio põe na boca da sibila de Cumas, quando anuncia, quase impossível, a saída do Inferno, depois de lá entrar: «*Hoc opus, hic labor est*» que o meu saudoso professor de latim, o eminente humanista Dr. João Manuel Correia, traduzia: *Agora é que a porca torce o rabo!*

Mas a porca não torceu o rabo! Não se preocuparam e obtiveram, com a sua inteligência e senso prático, uma boa solução para a dificuldade.

Quando iam para as solenidades apontadas, faziam-se acompanhar dum pequeno vaso de 20 a 30 centímetros de comprimento, por 8 a 10 centímetros de largura, de forma oblonga ou oval, com uma asa. E o que os punha em destaque era a delicada decoração, com frisos coloridos, dourados, prateados, paisagens e composições, obra de grandes artistas da ocasião. Quando eram damas ricas ou de alta categoria, levavam consigo uma criada especial, transportando o dito vasinho, que em França se chamou um «*bourdalou*», como já disse.

Este artigo indispensável era utilizado com o recato e decência protocolar e ninguém fazia caso dos preparativos para a operação, como hoje ninguém censura a dama que se compõe e prepara ao espelho, em público, com o *bâton* e o pó de arroz; ou fuma o cigarro *bout-doré*, na casa de chá, com coquetismo requintado.

A confirmar esta asserção, bastará citar uns exemplos de damas de categoria e, para o efeito, sirvamo-nos de Rainhas.

Ana Bolena, segunda esposa de Henrique VIII de Inglaterra (Tudor) e mãe da rainha Isabel I, quando foi da coroação, tinha a «seus pés, duas damas, debaixo da mesa, para a satisfazer nas suas necessidades».

Quando a Rainha Ana da Bretanha (que foi esposa de Carlos VIII e depois, de Luís XII), entrou em França com o seu séquito, havia grupos de raparigas nos percursos, e de tantos em tantos espaços, com vasos, para satisfazer as necessidades das damas e donzelas do cortejo.

E por que motivo se chamou um «*bourdalou*» a tal artigo? Qual a origem do nome?

Provém do Padre Luís Bourdaloue (1632 - 1704), jesuíta e grande orador francês do tempo de Luís XIV. De família nobre, também seu pai foi orador. Em 1679 é nomeado «prêgador ordinário» de Luís XIV, com um ordenado de 400 Escudos. Era considerado como «Orador do Rei e Rei dos oradores» e pronunciou duas orações fúnebres (do Condé, pai e Condé, filho), que ficaram memoráveis.

Foi director espiritual da Corte, da alta sociedade, e seu confessor. Como era muito severo em moral, sobretudo em religião, parece que, por acinte, puzeram o seu nome ao vasinho de que me estou ocupando. Mas o mesmo nome foi dado a várias peças de toucado, tranças, fitas,



*Bourdalou* em faiënça de Sceaux (França). Decoração policroma

cordões, tecidos para vestidos que o padre aconselhava como mais honestos ou menos escandalosos, etc. Há quem diga que o nome foi aplicado aos «*bourdalou*» das senhoras porque, quando iam para os longos sermões do Padre, viam-se na necessidade de os utilizar, durante eles.

O «*Grand Larousse*», entre várias significações, diz o seguinte:

«*Bourdalou* (de Bourdaloue, prêgador que trazia um destes cordões). Nome dado no fim do século XVII, a vasos de noite, de forma oval e pequenas dimensões, no fundo de alguns dos quais estava pintado um olho, rodeado, muitas vezes,



O interior do mesmo com um olho e a inscrição, no fundo: «*Ah, petit coquin je te vois*»

de legendas um pouco livres. Estes vasos foram assim apelidados por alusão, sem dúvida, às confidências de toda a espécie que o famoso orador Bourdaloue recebia, forçosamente, na sua qualidade de confessor das grandes damas da Corte. Fizeram-se esforços para pôr em moda esta espécie de vasos: uma medida policial fê-los desaparecer mas ainda se encontram, por vezes, em espectáculos de feira».

O nome que tiveram em França, seria o mesmo que os outros países adoptaram? Não sei. O que é facto é ter havido fábricas de cerâmica, de vários países, que produziram tais vasinhos. Assim, encontram-se exemplares de fábricas da China, Áustria, Hungria, Holanda (Delft), Alemanha (Fürstenberg), Saxónia, Itália (em vidro de Veneza), França (Sèvres), Espanha (Buen Retiro), etc.

Em Portugal parece não ter havido fabricação do artigo. Nada consegui averiguar, consultando livros e coleccionadores de cerâmica, especializados.

Mas, qualquer que seja o país do fabrico, o que sempre distingue tais elegantes vasinhos de noite, é a decoração artística e algumas frases galantes, por vezes um pouco brejeiras e picantes: «*Aux plaisirs de Dames*»; «*Ah, petit coquin je te vois*».

A matéria prima (porcelana, vidro, prata, ouro, etc.), era sempre da melhor qualidade e preciosa.

Os «*bourdalou*» tiveram grande voga e direitos senhoriais, nos séculos XVII e XVIII. Mas, já no tempo dos gregos, havia uns potes de barro, oblongos, de forma de barco, a que eles chamavam «*amigos*» e para o mesmo efeito. Encontraram-se exemplares em túmulos funerários e, se uns querem que sejam recipientes para as necessidades no outro mundo, outros optam por um símbolo de *barca*, aquela em que o defunto embarcará, para atravessar os rios e lagos que separam este mundo do além!

Entre os romanos tinham os nomes de *matella* (em ouro e prata, os mais ricos) também chamados *lasanum* ou *scaphium* (pela forma de barco?). Este último para mulheres. E alguns querem que Juvenal (Satyra 6 - v. 263) significasse, com esta palavra, a *coifa* ou o *enxadão*.

As ilustrações que acompanham estas palavras são muito elucidativas, sobre os vasinhos indispensáveis, a que me tenho referido.

\*

Falarei, ainda, num «indispensável» mais modesto, mas muito em voga nos tempos actuais, que se emprega para doentes, nas Casas de Saúde e Hospitais, e até nos doentes, em suas casas. Esse indispensável é conhecido, entre nós, por «*Pistola*» e é, nem mais nem menos, um



Modelos de *Pistolas* com e sem asa

recipiente, em forma de *retorta de laboratório*, mas com a boca muito mais larga. Há «*pistolas*» em porcelana, lata, vidro, etc. As mais vulgares são as de vidro e há pessoas sãs que as utilizam, durante a noite, para não terem o incómodo (ou o frio no inverno) ao levantarem-se, para esvasiar a bexiga.

Mas este utensílio só serve para o sexo masculino.

Em clínica urológica, é acessório absolutamente indispensável para grande maioria de doentes.



# ECOS E COMENTÁRIOS

## PRESTÍGIO DA MEDICINA E DESPRESTÍGIO DOS MÉDICOS

O sr. Director Geral de Saúde frisou um ponto, que devemos salientar, no seu discurso — que publicamos no último n.º de «O Médico» — proferido na sessão inaugural do IX Curso de Aperfeiçoamento para subdelegados de saúde do Continente. Dizia o Dr. Augusto da Silva Travassos que já tinha chamado, há anos, a atenção para o facto, aparentemente paradoxal, de que à medida que o âmbito da ciência médica se alarga, elevando-a a uma situação de prestígio nunca alcançada, se não nota idêntica posição dos médicos perante a sociedade. Não há dúvida de que, em muitos países (como em Portugal), a medicina tem cada vez mais prestígio e a respeito da grande maioria dos médicos verifica-se, infelizmente, o contrário.

Há quem proceda incorrectamente, mesmo desonestamente, na nossa classe? A verdade é que as fraquezas e os desvios profissionais são sempre exagerados e deturpados. Fala-se dos médicos sem o devido respeito, procurando desprestigiar-los, muitas vezes, da parte daqueles que lhes devem atenções e até grandes favores. Como alguns clínicos — aliás poucos — auferem lucros relativamente elevados — em todo o caso, muito inferiores aos de certos industriais e de certos comerciantes de mediana cultura — vá de espalhar-se que os médicos ganham em demasia e todos exploram a pobre humanidade. Há, em certo público bem instalado na vida, uma espécie de inveja e de despeito em relação aos médicos, talvez porque precisem de nós — eles, os endinheirados — e não podem suportar o relativo prestígio, a consideração e a estima que ainda se vota aos médicos (em todo o caso, sempre superiores aos que dispensam a eles).

Outro facto contribui para o desprestígio da nossa classe. É a publicação de certas «blagues», como a que, ainda há pouco, se lia no n.º de Julho último das «Seleções» do Reader Digest. Transcrevemos o seguinte, duma «condensação» (é assim que lhe chamam) que aparece com o título: «Operações dispensáveis — bons e maus médicos». É em forma de entrevista (com um tal Dr. Paul R. Hawley, director do Colégio Americano dos Cirurgiões). Faz-se a pergunta:

— Que me diz sobre pseudo-operadores?

R.: — Vou dar-lhe um exemplo: num bairro pobre de Chicago morreu há cerca de seis meses um médico que tinha fama local de ser o maior cirurgião do mundo — no entanto, ele nem sabia pegar num bisturi! Ele entra, vê um grande tumor

e trata de providenciar uma operação urgente. Mas é ele quem opera? Não, ele arranja algum médico jovem que esteja morrendo de fome. O paciente é levado de carrinho para a sala de operações, anestesiado e nunca vê esse outro cirurgião. Cinquenta dólares são escorregados para o cirurgião que faz a operação e o medalhão, que não sabe operar, recebe da família até 500 dólares. Esse é o pseudo-operador».

Este assunto — o sempre crescente prestígio da medicina e o desprestígio dos médicos — merece mais referências e

mais comentários, que esperamos fazer em números seguintes.

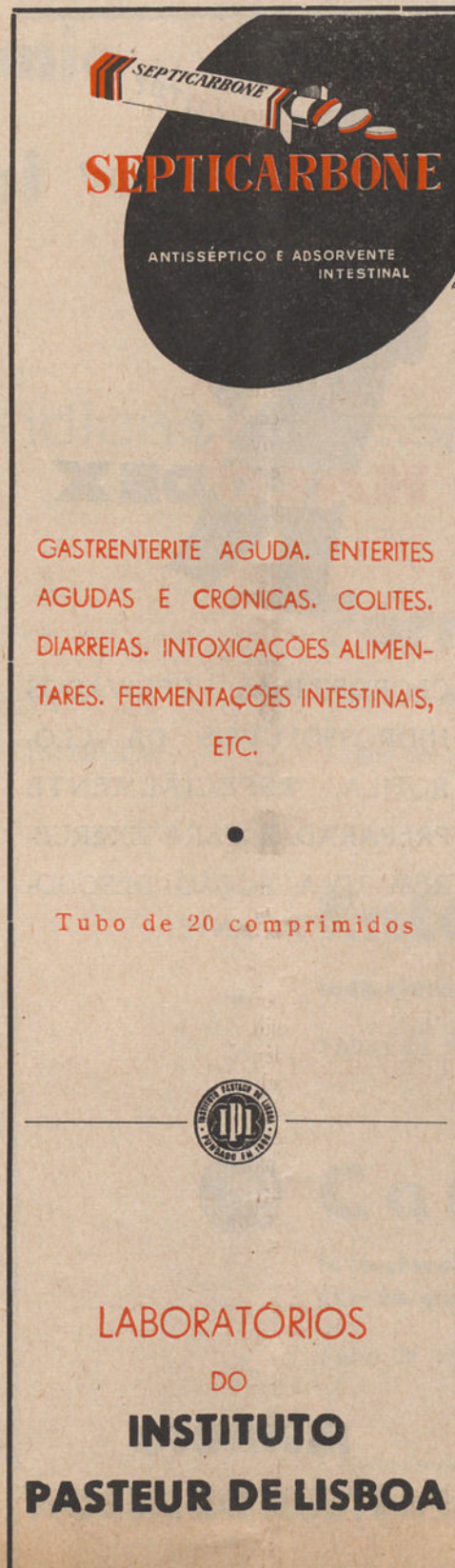
M. C.

## CONSELHO DE COLABORADORES

Têm-nos dado valiosa colaboração os Drs. Constantino de Almeida Carneiro, Eurico Paes e J. Pacheco Neves. Todos três são figuras distintas na medicina e têm revelado excelentes qualidades de publicistas. O primeiro daqueles colegas, médico escolar prestigioso, dá-nos colaboração muito apreciada sobre assuntos profissionais; o Dr. Eurico Paes, que é um dos nossos mais distintos endocrinologistas, além de valiosa colaboração científica, tem publicado notáveis artigos sobre problemas médico-sociais; finalmente, o Dr. J. Pacheco Neves é um dos nossos médicos-literatos mais apreciados da actualidade, que, além de ensaísta, romancista e contista, também escreve, com brilho — como os leitores de «O Médico» o têm verificado — sobre assuntos profissionais.

Temos hoje a honra e o prazer de começar a incluir os nomes destes três distintos colegas no elenco do nosso Conselho de colaboradores, do qual fazem parte quase todas as figuras mais ilustres de entre os médicos publicistas nacionais. Agradecendo-lhes, dirigimos-lhes as nossas saudações.

O êxito de «O Médico» não se manifesta, pois, apenas, na enorme expansão e tiragem, nem no extraordinário interesse que desperta a sua leitura, mas também na sua colaboração excepcional e na procura, da parte dos melhores nomes da medicina nacional, das suas colunas, tanto para os trabalhos científicos, como para os artigos referentes a outros assuntos médicos e paramédicos. Os esforços — de toda a ordem — para manter em Portugal — um semanário com o nível de colaboração que o nosso oferece são, sem dúvida, muito grandes, mesmo exaustivos, mas consideramo-nos compensados com o êxito, sem precedentes no nosso meio, que alcançou «O Médico» — que, apesar da sua curta existência, atingiu a maior assinatura e a maior expansão que até agora se tem verificado na imprensa médica portuguesa. Essa expansão — dizêmo-lo com orgulho — é particularmente notável — como, de longe, nunca houve outra em Portugal — no Ultramar lusitano, onde o interesse por «O Médico» é cada vez maior (constantemente recebemos pedidos de novas assinaturas). Não é de admirar, pois, a preferência dos colaboradores pelas nossas colunas. «O Médico» é, actualmente, a revista médica nacional que publica maior número de artigos originais e inéditos.



**SEPTICARBONE**  
ANTISSÉPTICO E ADSORVENTE INTESTINAL

**GASTRENERITE AGUDA. ENTERITES AGUDAS E CRÓNICAS. COLITES. DIARREIAS. INTOXICAÇÕES ALIMENTARES. FERMENTAÇÕES INTESTINAIS, ETC.**

●

**Tubo de 20 comprimidos**

**LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**



# IX CONGRESSO DO COLÉGIO INTERNACIONAL DE CIRURGIÕES

O IX Congresso Internacional do Colégio Internacional de Cirurgiões realizar-se-á em São Paulo de 26 de Abril a 2 de Maio de 1954, como parte integrante das Comemorações do IV Centenário de São Paulo, em consequência do convite de S. Ex.<sup>a</sup> o Governador de São Paulo, Prof. Lucas Nogueira Garcez, e da designação da Casa dos Delegados do C. I. C. em Madrid a 1 de Maio de 1952.

A comissão organizadora do IX Congresso, constituída pelos membros do «Board of Trustees», escolheu os seguintes temas oficiais:

1.º — Experiência com a Socialização da Medicina nos vários países. Serão relatores Gill Boucher e L. Abel, de Londres, L. Leger e Mollarest, de Paris, Afonso de La Fuente, de Madrid, Mário Doclen, de Wiesbaden e Sousa Pereira e Pires de Lima do Porto.

2.º — Resultados práticos com o emprego de antibióticos: (a) neuro-cirurgia; (b) endocrinologia; (c) sistema cardiovascular; (d) aparelho respiratório; (e) aparelho urinário; (f) tubo digestivo; (g) ortopedia; (h) ginecologia.

Serão relatores Alexander Fleming e Domagck; Boschamer, de Wuppertal; Bing, de Basileia; Mark Iselin, de França; Puigvert, de Barcelona e Carcassi, de Roma.

3.º — Novas aquisições da Radiologia com contrastes: (a) neuro-cirurgia; (b) endocrinologia; (c) sistema cardio-vascular; (d) aparelho respiratório; (e) aparelho urinário; (f) tubo digestivo; (g) ortopedia; (h) ginecologia.

Serão relatores Janker, de Bonn; Roig, de Barcelona; Gavina, de Florença; Dutaille, de Paris; Busch, de Copenhague; Agri-foglio, de Gêneva e Larget, de Paris.

As actividades do IX Congresso serão regidas pelo regulamento impresso no verso.

Para relator do 1.º Tema «Experiência com a Socialização de Medicina nos diversos países», o Governo de São Paulo, pelo Magnífico Reitor da Universidade, indicou o médico Prof. A. F. Cesarino Júnior, Catedrático de Legislação Social da Faculdade de Direito e professor de Direito Social da Faculdade de Ciências Económicas da Universidade de São Paulo.

O Dr. Cesarino Júnior, que será o relator oficial brasileiro, desejando austerar a opinião do maior número de médicos, a fim de elaborar um relatório

que traduza fielmente os pensamentos dos médicos do Brasil sobre a Socialização da Medicina, além da apresentação da parte da legislação do assunto em que é mestre, envia por nosso intermédio o questionário anexo, pedindo ao prezado colega respondê-lo com a maior brevidade.

Reiterando o pedido do relator oficial brasileiro do 1.º tema, agradecemos antecipadamente esta colaboração que o prezado colega dará assim ao brilhantismo do IX Congresso Internacional e ao relatório brasileiro sobre o palpitante tema,

no qual se pronunciarão igualmente os representantes de vários países dos cinco continentes.

Devemos reunir todos os nossos esforços para que do IX Congresso resultem conclusões definitivas sobre o problema da Socialização da Medicina e que venham no futuro servir para nortear os orientadores da classe médica em todo o mundo.

Nesta oportunidade em que o Brasil hospedará os luminares da Medicina mundial, em número previsto de 2.500, torna-se necessário demonstrar aos nossos colegas estrangeiros nosso grau de evolução.

Não só São Paulo, comemorando o IV Centenário, será visitado pelos ilustres Congressistas, porém outras cidades brasileiras como Recife, Salvador e Rio, nas quais estão sendo preparadas recepções para aqueles visitantes, que certamente em grupos esparsos, de acordo com interesses próprios, excursionarão para outros recantos brasileiros.

Em toda a parte onde estiverem, deverão encontrar sempre a tradicional hospitalidade brasileira e de volta às suas casas, levarão os médicos estrangeiros, não só a impressão do IX Congresso, mas uma visão panorâmica do Brasil que devemos por todos os meios fazer ser a mais agradável possível.

A Comissão Organizadora do IX Congresso Internacional do C. I. C. conta com o comparecimento do prezado colega, e para tal está empregando esforços para que possa obter hospedagem e transporte fácil e demais comodidades a fim de que a permanência do prezado colega e Ex.ma família em São Paulo, em 1954, seja motivo de geral satisfação.

Desde já estão sendo anotados os nomes dos que se interessam em inscrever trabalhos e comparecer ao IX Congresso Internacional, e teremos prazer em receber as suas ordens nesse sentido, estando inteiramente ao dispor para o que estiver em nosso alcance.

## Regulamento do IX Congresso Internacional do Colégio Internacional de Cirurgiões

1 — Haverá uma sessão solene de instalação, sessões ordinárias, uma sessão deliberativa da Casa dos Delegados e uma sessão solene de encerramento.

2 — A sessão de instalação terá como Presidente de Honra, S. Ex.<sup>a</sup> o Sr. Governador do Estado de São Paulo e será dirigida pelo Presidente do Colégio, que fará o discurso inaugural. Tomarão parte na mesma, autoridades do Colégio, presidentes de Sociedades Médicas e autoridades representativas do Município, do Estado, do País e do Corpo Diplomático. O Presidente

HÁLITO?  
TRANSPIRAÇÃO?

**HALODEX**

CLOROFILINAS, DERIVADOS  
HIDROSSOLÚVEIS DA CLO-  
ROFILA, ESPECIALMENTE  
PREPARADAS PARA EXERCE-  
REM' UMA ACÇÃO DESODO-  
RIZANTE

TUBO PLÁSTICO DE 10 GRAJEIAS

LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA



# 3 PRODUTOS "CIBA"

com indicações comuns

## Carbantren

## Entero-Viofórmio

## Formo-Cibazol

Dispepsias fermentativas e pútridas

Enterite, diarreias estivais

Perturbações gastro-intestinais

e com indicações específicas

Síndrome entero-urinário

Disenteria bacilar, colite

Profilaxia da peritonite em cirurgia

Antes e após as intervenções no intestino

Disenteria amebiana

Entero-colite

Enterite e cistite tuberculosa

Gastrite, meteorismo

Intoxicações alimentares

Perturbações digestivas

## Formo-Cibazol \*

Cibazol, aldeído fórmico e Sapamina +

Tubos de 10 e de 20 comprimidos

## Entero-Viofórmio \*

Iodo-cloro-oxiquinoleína e Sapamina

Tubos de 10 e de 20 comprimidos

## Carbantren \*

Iodo-cloro-oxiquinoleína bismutada, pectina e carvão medicinal activo

Tubo de 20 comprimidos

\* Marcas registadas



da Secção Brasileira dará as boas vindas aos Congressistas.

- 3 — As sessões ordinárias destinar-se-ão aos temas oficiais e temas livres e serão presididas rotativamente pelos presidentes da secção e pelos chefes de delegação dos países representados.

Parágrafo único — Como chefe de delegação entende-se o cirurgião credenciado pela secção para chefiar a delegação do próprio país.

- 4 — A sessão deliberativa será presidida pelo Presidente do Colégio e será consagrada à eleição da Directoria e do «Board of Trustees», a leitura e aprovação de relatórios, a eventuais reformas de estatutos e demais deliberações da Casa dos Delegados.

- 5 — A sessão solene de encerramento terá presidência de honra e será aberta pelo Presidente do Colégio, que logo dará posse à Directoria eleita e aos membros do «Board of Trustees», passando a presidência ao seu sucessor, que fará o discurso de encerramento do Congresso.

- 6 — Todas as sessões serão secretariadas por membros titulares designados pela Comissão organizadora e as sessões solenes e a sessão deliberativa serão secretariadas pelo secretário geral do Colégio, que usará da palavra quando julgar oportuno.

Parágrafo único — Competirá aos secretários das sessões ordinárias:

- a) auxiliar o presidente na orientação dos trabalhos;  
b) coligir os trabalhos apresentados;

- c) anotar as discussões;  
d) controlar o horário dos oradores e comentadores;  
e) dar conta de suas funções à Comissão Organizadora.

- 7 — Haverá tantas sessões ordinárias quantas necessárias para apresentação dos trabalhos.

- 8 — O tema central do Congresso será Socialização da Medicina.

- 9 — Haverá tantos relatores do tema central quantos os designados pela Comissão organizadora, procurando-se evitar mais de um relator de cada país.

- 10 — As reuniões destinadas ao tema central serão realizadas pela manhã e na última, solene, o presidente da comissão organizadora fará um apanhado geral do assunto.

- 11 — Cada relator poderá dispor de 30 minutos improrrogáveis para a sua dissertação e para projecções.

- 12 — Terminada a leitura de relatórios, cada congressista terá 5 minutos para discuti-los e os relatores 10 minutos para responderem às objecções feitas e prestar informações pedidas.

- 13 — Os demais temas oficiais — radiologia e antibióticos — serão tratados, em cada uma das suas especificações, por um relator e dois co-relatores, cabendo ao primeiro usar da palavra por 30 minutos, para dissertações e projecções.

- 14 — Cada co-relator poderá falar durante 15 minutos, apresentando, particularmente, a experiência de sua região ou simplesmente a sua experiência pessoal.

- 15 — As sessões ordinárias destinadas a esses temas oficiais serão realizadas à tarde e, se necessário, à noite e nelas cada congressista poderá usar da palavra por 5 minutos para discutir o assunto, podendo o relator e co-relator retomar a palavra por 10 minutos para responder às objecções feitas e prestar as informações solicitadas.

- 16 — Os temas livres serão inscritos até 31 de Dezembro de 1953, devendo versar sobre assuntos novos de interesse cirúrgico, técnicas e táticas cirúrgicas pessoais e experiência sobre determinados processos, não podendo, sob qualquer pretexto, sua exposição ultrapassar 10 minutos, inclusivé o tempo destinado a projecções de figuras e quadros estatísticos e à passagem de filmes demonstrativos.

- 17 — Só serão colocados na ordem do dia os trabalhos cujos originais forem entregues à Comissão Organizadora até 31 de Janeiro de 1954.

- 18 — Os temas livres serão incluídos em final de sessões ordinárias especializadas pernitentes.

- 19 — Durante o Congresso serão realizadas sessões cirúrgicas demonstrativas, transmitidas por televisão, sobre várias especialidades e haverá uma exposição científica e de equipamentos médicos.

- 20 — Será também organizado um programa de visitas e reuniões sociais, cujo horário não colida com o das reuniões especificadas.

- 21 — A Comissão Organizadora do Congresso resolverá os casos omissos.

**NOVO E ORIGINAL**

*No*

*Remmatismo*  
*Artrite*  
*Dores musculares*  
*Pleurodinias*  
*etc.*



**algiDerma**

CREME ANALGÉSICO ANTIFLOGÍSTICO  
E ANTI-REUMÁTICO

*Servi*  
LISBOA

## Curso médico de 1933

Os médicos que concluíram o seu curso em 1933, na Faculdade de Medicina de Lisboa, comemoraram nos dias 2 e 3 de Julho o vigésimo aniversário da sua formatura. Por esse motivo, mais de trinta médicos, dos quais fazem parte, entre outros, os Profs. Cid dos Santos e Castro Caldas e os Drs. Idálio de Oliveira, António Marques e Mário Cordeiro, reuniram-se no dia 2, às 15 horas, na Faculdade de Medicina, para apresentar cumprimentos ao respectivo director. Em nome dos visitantes falou o Prof. Cid dos Santos, ao qual agradeceu o director da Faculdade, Prof. Toscano Rico. À noite houve um jantar de confraternização.

No dia 3 ouviram missa na igreja de S. Domingos e reuniram-se, depois, num almoço no Estoril.



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**  
*vormal's Meister Lucius & Brüning*  
Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal:

*Mecius Lda.*

Rua do Telhal, 8-1.º — LISBOA



## A NUTRIÇÃO EM ÁFRICA

A primeira conferência inter-africana sobre a alimentação e a nutrição teve lugar, sob o patrocínio do Governo francês, em Outubro de 1949 em Tchang, Cameroun (Administração francesa). Propôs-se então organizar uma conferência análoga, cerca de 3 anos mais tarde. Com efeito, como o progresso rápido dos conhecimentos dava motivo a uma nova reunião decidiu-se que esta teria lugar em 1952. Com o nome de Comissão de Cooperação técnica em África do Sul do Saará (CCTA), o Governo britânico consentiu em encarregar-se da organização desta conferência, que se reuniu na estação experimental do *British Medical Research Council*, em Fajara, Gambia, (África Ocidental). O professor B. S. Platt, Director do Serviço das Investigações sobre a Nutrição no Medical Research Council, em colaboração com o pessoal, preparou o programa e controlou a execução. O tema escolhido para a discussão era: «A má nutrição das mães, dos lactentes e das crianças em África».

Em 1951, no tempo em que esta conferência estava em estudo, a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e a OMS votavam uma atenção especial ao estudo dos problemas da nutrição dentro do plano mundial, depois de troca de impressões entre estas duas organizações, assim como com a CCTA, foi estabelecido que a Comissão mista FAO/OMS de experiên-

cias da Nutrição se reuniria logo após a conferência.

Dez peritos que não pertenciam aos países africanos foram convidados pela FAO e OMS (cinco pela organização) a participar na qualidade de observadores na conferência da CCTA.

Por outro lado, ficara decidido que a Repartição regional da OMS para a África forneceria os intérpretes, tradutores e redactores de processos verbais, assim como as instalações para a interpretação simultânea, no decurso da conferência e da reunião subsequente da comissão mista.

No decurso da conferência da CCTA, foram examinados os diversos aspectos da subalimentação e compreenderam-se as carências vitamínicas e minerais; a discussão concentrou-se principalmente sobre a desnutrição resultante duma carência em proteínas.

A insuficiência deste elemento nutritivo pode influir sobre o desenvolvimento do feto no útero, assim como sobre o do lactente e o do menino. Geralmente, as mulheres bem alimentadas dão à luz crianças sãs e estão aptas a dar-lhes um leite bastante rico e abundante para lhes permitir tomar uma boa participação na vida. O problema fundamental consiste em fornecer à criança, depois do desmame, uma ração suficiente em proteínas. O leite falta ou é muito raro em numerosos países. Faltam os outros produtos

alimentares que seriam bastante ricos em proteínas ou então não são utilizados pelas crianças de tenra idade. As deficiências em proteínas provocam não só uma morbilidade e uma mortalidade elevadas durante os primeiros anos da vida, mas também são a causa duma paragem parcial do desenvolvimento e abreviam a duração da vida nos adultos, mesmo naqueles que não apresentaram sintomas de carência na sua infância.

A conferência da CCTA tinha como fim essencial garantir certos pontos de vista; permitiu elucidar numerosos problemas importantes.

Os aspectos clínicos, a etiologia, a bioquímica e a patologia das doenças associadas a deficiências proteínicas foram objecto de comunicações e de demonstrações; os notáveis meios de trabalho de que dispõe a estação experimental foram postos à prova. Os peritos oriundos de países extra-africanos, que por convite da FAO e da OMS, participaram activamente nos debates da conferência, contribuíram para dar clareza aos resultados das observações e investigações efectuadas em outras partes do mundo, enriquecendo assim a soma actual de conhecimentos teóricos e práticos sobre este problema.

As recomendações e as conclusões formuladas no dia do encerramento da conferência, sublinham principalmente os seguintes pontos:

1 — As carências proteínicas estão muito espalhadas em África. Se bem que elas possam remontar ao período pré-na-

## SEDO-FLORINA

Extractos de Passiflora e Salgueiro e Tintura de Crataegus

Sedo-Florina A

(com Hamamélia)

Sedo-Florina B

(com Valeriana)

Sedativos eficazes e de completa inocuidade

## VITAGLUTAM

Comprimidos de fosfato dicálcico, ácido glutâmico, dimetil-amino-metil-fenil-fosfinato de sódio e vitaminas B<sub>1</sub>, C e D<sub>2</sub>

Tónico e recalcificante  
Estimulante da actividade cerebral

LABORATÓRIOS ESTÁCIO  
PORTO



tal, elas manifestam-se muitas vezes nos lactentes e nas crianças de tenra idade. Apesar de todas as medidas preventivas, esta situação persistirá ainda algum tempo; é necessário difundir largamente informações sobre o tratamento e torná-lo facilmente acessível.

2— Convém continuar as pesquisas sobre numerosos aspectos do problema.

3— A prevenção das perturbações de carência depende da utilização das fontes de proteínas animais e vegetais existentes e virtuais. Os participantes da conferência reconheceram que não se poderiam obter resultados duráveis senão melhorando a alimentação dos adultos e em especial das mulheres, até ao momento em que a população estaria em estado de dedicar esforços muito mais positivos às culturas alimentícias.

Enfim, a conferência chamou a atenção para a necessidade de assegurar uma troca regular de informações entre os especialistas que trabalham em África, as organizações científicas interessadas e as instituições especializadas das Nações Unidas.

(*Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé*, vol. 7, n.º 3, de Março de 1953).

## Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

No dia 30 de Junho, para encerramento das actividades do corrente ano académico, reuniu a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, sob a presidência do Prof. Mário Moreira e perante numerosa assistência, que tomou conhecimento de duas importantes comunicações.

Foram conferentes o Prof. Carlos Salazar de Sousa, que falou da «Análise estatística aplicada ao estudo de alguns problemas de prognóstico da meningite tuberculosa», e o Dr. Francisco Parreira, por si e pelo Dr. E. Salvídio, que se ocupou de «O glicogénio leucocitário na diabetes melitus».

## Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria

Reuniu-se no dia 27 de Maio, no Hospital Miguel Bombarda, a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, para escutar duas comunicações do Prof. H. Janz, alemão, e Dr. Llaverro, espanhol, que falaram, respectivamente, de «Nihilismo e nevrose» e «Tromboendoangite obliterante».

# CONCURSOS NA DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE

De harmonia com o disposto no artigo 160.º do Decreto-Lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945, e para provimento das vagas de adjuntos de delegados de saúde e subdelegados de saúde privativos do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelegações de saúde, está aberto concurso, cujo regulamento e o seguinte:

1.º O concurso que se realizará em Lisboa, constará de provas escritas, orais e práticas e sua discussão, compreendendo:

- Prova escrita de Orgânica e Legislação Sanitárias Portuguesas;
- Prova prática de Técnica Sanitária, abrangendo o serviço sanitário geral, a salubridade dos lugares e habitações, higiene de estabelecimentos industriais e outros, etc.;
- Prova oral de Epidemiologia e Profilaxia das Doenças Transmissíveis e Sociais;
- Prova oral de Higiene Geral.

2.º O concurso é válido para as vagas existentes e para as que ocorrerem dentro do prazo de dois anos a contar da data da publicação da classificação dos candidatos no *Diário do Governo*, sendo essas vagas preenchidas exclusivamente, e enquanto os houver, pelos candidatos classificados no concurso.

3.º A abertura do concurso será anunciada por aviso publicado no *Diário do Governo*.

4.º O prazo de admissão de concorrentes é de trinta dias, a contar da data da publicação do aviso de abertura do concurso no *Diário do Governo*.

5.º Os concorrentes entregarão na Repartição dos Serviços Administrativos da Direcção Geral de Saúde, do Ministério do Interior, dentro do prazo referido no n.º 4.º, os seus requerimentos de admissão do concurso, podendo também enviá-los pelo correio, sob registo postal. Estes requerimentos, feitos em papel selado e com a assinatura reconhecida notarialmente, serão dirigidos ao director geral de Saúde e deverão conter os seguintes elementos de identificação:

- Nome;
- Filiação;
- Naturalidade;
- Data do nascimento;
- Estado civil;
- Número e data do bilhete de identidade e arquivo de identificação que o passou;
- Residência.

6.º Os candidatos, deverão apresen-

tar, juntamente com os seus requerimentos, a documentação seguinte:

- Certidão do registo de nascimento ou pública-forma do bilhete de identidade;
- Documento comprovativo de haver satisfeito os preceitos da lei do recrutamento militar;
- Pública-forma da carta de curso de Medicina das Faculdades de Lisboa, Porto ou Coimbra;
- Documento comprovativo de estar habilitado com o curso de Medicina Sanitária;
- Documento, devidamente autenticado, comprovativo de que o candidato satisfaz ao preceituado no artigo 160.º do Decreto-Lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945;
- Declaração referida na Lei n.º 1.901, de 21 de Maio de 1935, feita no impresso modelo n.º 3 (exclusivo da Imprensa Nacional), com a assinatura reconhecida notarialmente e tendo, devidamente inutilizada, uma estampilha fiscal da taxa de 5\$00, correspondente à taxa do papel selado devido;
- Declaração, nos termos do Decreto-Lei n.º 27.003, de 14 de Setembro de 1936, feita em papel selado e com a assinatura reconhecida notarialmente.

7.º Os restantes documentos exigidos por lei e sujeitos a prazo de validade serão apresentados em devido tempo, nos termos do Decreto-Lei n.º 29.658, de 6 de Junho de 1939.

8.º Os candidatos que sejam funcionários da Direcção Geral de Saúde ou das suas dependências ficam dispensados da apresentação dos documentos referidos nas alíneas a) a d) e do n.º 6.º, desde que os mesmos existam arquivados na referida Direcção Geral.

9.º Os candidatos poderão também juntar aos seus requerimentos quaisquer outros documentos ou trabalhos comprovativos do seu merecimento científico.

10.º Não será permitida a admissão de candidatos fora do prazo estabelecido no n.º 4, devendo afixar-se no exterior da Repartição dos Serviços Administrativos da Direcção Geral de Saúde, no Ministério do Interior, a lista dos requerentes.

11.º Terminado o prazo de admissão dos concorrentes, a Repartição dos Serviços Administrativos da Direcção Geral de Saúde apreciará os documentos entrados e promoverá a afixação no exterior da mesma Repartição do Ministério do



Interior de uma relação donde constem os candidatos que têm todos os seus documentos em ordem e os candidatos que não apresentaram todos os documentos exigidos ou os apresentaram em forma indevida.

12.º O director geral de Saúde, sobre proposta da Repartição, poderá conceder tolerância de prazo até quinze dias para junção de documentos que faltem ou outros e para legalização dos apresentados em forma indevida, ficando então a admissão do candidato condicionada ao suprimento, nesse prazo, das deficiências verificadas.

13.º A relação dos candidatos admitidos e excluídos definitivamente será publicada no *Diário do Governo*, indicando-se, quanto a estes, o motivo da exclusão; a Repartição dos Serviços Administrativos enviará o processo ao júri acompanhado da relação dos candidatos admitidos.

14.º O júri funcionará sempre que esteja presente a sua maioria absoluta.

15.º De cada reunião do júri será lavrada uma acta pelo secretário, que será aprovada e assinada na própria sessão.

16.º A ordem das provas será a indicada no n.º 1.

17.º A ordem da chamada dos candidatos será feita, em cada dia, por sorteio entre os candidatos que ainda não tenham realizado a prova, para o que serão previamente numerados por ordem alfabética.

18.º As provas realizar-se-ão nos dias, horas e locais que forem designados pelo júri em avisos afixados na Direcção Geral de Saúde e no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

19.º O candidato que não comparecer à hora marcada para a prestação de provas ficará excluído do concurso.

20.º O ponto da prova escrita será tirado à sorte, imediatamente antes da prova; esta terá a duração de três horas, podendo os candidatos consultar a legislação sanitária portuguesa oficial que para o efeito lhes possa ser fornecida.

21.º A prova prática de Técnica Sanitária constará de duas partes: a primeira, com duração nunca superior a uma hora, a contar da chegada ao local, constará quer de uma inspecção ou vistoria sanitária, quer de uma desinfeção ou desinfestação, e a segunda da elaboração do respectivo relatório com a duração de três horas.

Os pontos desta prova serão tirados imediatamente antes da saída para o local da prova.

22.º Cada prova escrita de Orgânica e Legislação Sanitárias Portuguesas e cada relatório da prova prática de Técnica Sanitária, depois de assinados pelo concorrente, serão metidos em sobrescritos, que serão lacrados e rubricados pelo presidente do júri.

23.º Terminadas as provas escritas e as provas práticas cada concorrente fará a leitura dessas suas provas em dias designados pelo júri, que poderá discuti-las em tempo não superior a dez minutos para cada membro do júri, considerando-se compreendidos nesses dez minutos a argumentação dos membros do júri e a resposta do candidato.

24.º Os pontos das provas orais, em número de quinze para Epidemiologia e Profilaxia e de quinze para Higiene Geral, serão afixados na Direcção Geral de Saúde e no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge pelo menos trinta dias antes da realização das provas, sendo a sua afixação anunciada por aviso publicado no *Diário do Governo*.

25.º O sorteio do ponto sobre o qual cada candidato deverá prestar a sua prova far-se-á sempre entre todos os pontos que digam respeito à prova.

26.º As provas escritas e os relatórios das provas de Técnica Sanitária serão executados em papel entregue e rubricado pelo presidente do júri, bem como quaisquer apontamentos que os candidatos tenham de colher para a execução das provas.

27.º Todo o candidato que durante a prestação das provas utilizar elementos não autorizados pelo júri será excluído do concurso.

28.º Os membros do júri fiscalizarão convenientemente a elaboração das provas escritas e dos relatórios das provas práticas.

29.º Os pontos para as provas orais serão tirados à sorte com dez minutos de antecedência para ordenação da respectiva prova, tendo o candidato trinta minutos para a sua exposição.

30.º O júri poderá interrogar os candidatos sobre a matéria das provas orais prestadas, não devendo a discussão exceder dez minutos para cada membro do júri, excluindo-se nesse prazo as respostas dos concorrentes.

31.º As provas orais e a leitura das provas escritas e dos relatórios das provas práticas serão públicas.

32.º A escolha e a classificação dos concorrentes serão feitas a seguir às provas, mediante discussão e votação, que nunca será por escrutínio secreto, não se consignando, porém, na acta o voto de cada vogal.

33.º Em relação aos aprovados, os resultados do concurso serão expressados pelas classificações de *muito bom*, *bom* e *suficiente*.

34.º Cumpridas todas as formalidades o presidente do júri enviará todo o processo ao director geral de Saúde.

## V Congresso Internacional de Neurologia

Como temos noticiado, reúne-se em Lisboa, de 7 a 12 de Setembro próximo, o V Congresso Internacional de Neurologia. São já 1.200 os congressistas inscritos e 364 as comunicações enviadas, na sua maioria pelos mais eminentes psiquiatras, neuro-cirurgiões e neurologistas de quase todo o mundo.

Além do Curso Superior de Neurologia e da anunciada grande sessão do dia 14, em Madrid, de homenagem a Ramon Y Cajal, haverá, em Lisboa, também durante o congresso as reuniões da Liga Internacional Contra a Epilepsia da Sociedade Luso-Espanhola de Neuro Cirurgia e uma sessão comemorativa do centenário do nascimento do Prof. Van Monakow.

## Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica

A Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica promoveu, nos dias 11 e 12 de Julho, as «Primeiras Jornadas Médicas Hidrológicas», as quais reuniram cerca de 50 médicos de vários pontos do País, e que decorreram no triângulo termal Curia - Luso - Felgueira. No dia 11, após visita ao balneário da Estância da Curia, realizou-se ali a primeira sessão científica, à qual presidiu o Prof. Rocha Brito, em representação do reitor da Universidade de Coimbra, secretariado pelos Prof. Adelino Padesca e Feliciano Guimarães. Falou o Dr. Cid de Oliveira, director das termas do Luso e vice-presidente da S. P. H. M., que fez a alocação de abertura, expôs a finalidade das jornadas e disse da sua convicção de que estas reuniões concorrerão para tornar mais conhecidas as estâncias de águas termais por uma séria e justa propaganda das suas propriedades profiláticas e curativas. O Prof. dr. Vaz Serra, da Universidade de Coimbra, fez a palestra intitulada «Alguns perigos da hipertensão — sua profilaxia e tratamento», atentemente escutada por todo o auditório. Por fim, o Prof. Rocha Brito também da Universidade de Coimbra e director da Estância Termal da Curia, ocupou-se de «Crenoterapia da litíase urinária», tema que desenvolveu por forma a interessar toda a assistência.

No dia 12, na estância das Caldas da Felgueira, a primeira sessão científica efectuou-se na sala do Casino do Luso, sob a presidência do Dr. Marques da Mata inspector das Águas Minerais, da Direcção Geral de Saúde, e secretário geral da S. P. H. M., ladeado pelo Prof. Rocha Brito, de Coimbra e Dr. Lúcio Pais Abranches, antigo director da estância do Luso. O Prof. Adelino Padesca, da Faculdade de Medicina de Lisboa, fez uma interessantíssima palestra intitulada «Hipertensão arterial — conceito, patogenia». Seguiu-se a palestra do director clínico do Luso, Dr. Cid de Oliveira, que versou o tema «Tratamento crenoterápico dos hipertensos. Seus resultados na estância termal do Luso». Terminadas as palestras, o Dr. Marques da Mata agradeceu aos dois prelectores da sessão as brilhantes lições que haviam proferido.

Na sala do Grande Hotel Clube realizou-se depois a sessão de encerramento das jornadas, à qual presidiu o Prof. Rocha Brito, ladeado pelos Profs. Adelino Padesca e Costa Sacadura e Dr. Aurélio Gonçalves, director clínico da estância.

Falou em primeiro lugar o Prof. Costa Sacadura, a quem se deveu uma interessante exposição de material de propaganda da estância da Felgueira, alguma com mais de meio século, artigos de jornais, etc., em comparação com material idêntico de várias estâncias estrangeiras. A justificar e a explicar essa exposição, o Prof. Costa Sacadura proferiu uma palestra, intitulada «Para a história da Estância Termal da Felgueira». No seu interessante trabalho, o ilustre professor jubilado da Faculdade de Medicina de Lisboa começou por prestar homenagem





acalma

# ANTISACER

SIMPLES E COMPOSTO

Amostras e literaturas à disposição  
da Excelentíssima Classe Médica



à memória do Prof. Armando Narciso, mestre de crenoterapia, a quem todos muito ficaram a dever, e, depois de citar figuras portuguesas de grande relevo que por aquela estância passaram, aludiu às propriedades das águas da Felgueira, que começaram a ser usadas com êxito em princípios do século XIX.

Seguidamente, o Dr. Aurélio Gonçalves ocupou-se das «Indicações das águas da Felgueira — Alguns casos clínicos».

No final, o Dr. Marques da Mata, principal organizador das Jornadas, disse, na qualidade de secretário-geral da S. P. H. M., «Breves palavras de encerramento», fazendo o balanço das mesmas e congratulando-se pela maneira alevantada como decorreram. Terminou com palavras de agradecimento para os colaboradores e para a Imprensa. Falou ainda o Prof. Rocha Brito, que, além de palavras de reconhecimento para todos que contribuíram para o êxito das jornadas, propôs, o que foi aprovado com uma calorosa salva de palmas, que o Dr. Marques da Mata fosse eleito secretário-geral perpétuo da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica, como reconhecimento da sua valiosa acção em prol da mesma.

## FALECIMENTOS

### Dr. Carlos Galvão

Faleceu em Mafra, no dia 3 de Julho, com 96 anos de idade, o Dr. Carlos de Lima Galvão, que foi um dos homens mais notáveis do seu tempo e acamaraudou, desde os bancos escolares, com algumas das maiores figuras do País.

Nascido no lugar do Livramento, matriculou-se no Colégio Militar, cursou preparatórios na Academia Politécnica do Porto e formou-se, com a mais alta classificação, em 1888, pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, depois de defender a tese «Algumas palavras sobre o diagnóstico das doenças de estômago».

Foram seus discípulos na Escola Médica, entre outros, Curry Cabral, Sousa Martins e Manuel Bento de Sousa, tendo, ainda, convivido com Leite de

Vasconcelos, Marcelino Mesquita, Fialho de Almeida, Teixeira Gomes, Melo Breyner, Câmara Pestana, Moreira Júnior, Brito Camacho, Gualdino Gomes, etc. Nos cenáculos intelectuais do seu tempo, apesar da sua natural modéstia, impunha-se sempre pelos primores do seu espírito e pela vastidão da sua cultura.

Ao formar-se em Medicina colocou-se como médico municipal em Sintra, mas um ano depois transitou para Mafra e ali manteve, até há cerca de dois anos, as tradições de seu pai e de seu sogro, também grandes clínicos no concelho. Ali serviu como médico durante 62 anos e, além dos recursos da sua ciência, deu aos seus patrícios uma devoção sem igual, concorrendo para os progressos da terra e da população e defendendo-os sempre, em todas as circunstâncias, com acrisolado espírito regionalista.

Militou no Partido Regenerador e acompanhou João Franco na dissidência. Com o regicídio abandonou virtualmente a política e definitivamente com a implantação da República. Apesar do seu antigo discípulo e amigo Brito Camacho o ter convidado para dirigir o Asilo de D. Pedro V, recusou todos os lugares e situações que lhe ofereceram, por fidelidade aos princípios monárquicos. Só em 1926, dado o carácter da Revolução Nacional, transigiu, para presidir à primeira comissão concelhia da União Nacional. Foi director de vários jornais de Mafra, inspirando a sua actividade jornalística nos interesses do concelho e sustentando, em prol deles, acesas campanhas.

Devotado amigo do Hospital de N.ª S.ª das Dores, naquela vila, continuou a servi-lo mesmo depois de atingir o limite de idade e organizou em seu favor numerosas festas. De tal forma espalhou o bem que o seu retrato figura em todas as casas de Mafra. Sem qualquer remuneração exerceu clínica, em vários períodos, na Escola Prática de Infantaria.

Era condecorado com a Ordem da Benemerência, cujas insígnias lhe foram impostas em sessão pública pelo saudoso marechal Carmona. O Hospital de N.ª S.ª das Dores homenageou-o condignamente, mandando descerrar na sala das suas sessões, num concorridíssimo acto público,

um magnífico retrato, na galeria modesta mas bastante significativa dos seus benneméritos. O Corpo de Salvação Pública dos Bombeiros Voluntários, onde desempenhou durante cerca de 30 anos relevantes serviços e de que era ainda presidente da assembleia geral, igualmente lhe tributou idêntica homenagem. A Legião Portuguesa condecorou-o recentemente com a medalha «Dedicação», que o sr. general Dias Costa, comandante geral desta organização, lhe colocou ao peito o ano passado.

### Faleceram mais:

Em Arronches, a sr.ª D. Isabel Ponces Romão Tenório, sogra do Dr. Virgílio Ferrão da Silva, médico naquela vila.

— Em S. João do Estoril, a sr.ª D. Izilda Arminda de Barros Guedes de Sousa, sogra do Dr. Aníbal Bettencourt Correia Mendes.

— Em Moçambique, o Dr. Rodolfo Fernandes do Amaral, de 60 anos, inspector de Saúde em Nampula. O extinto era pai do Dr. Camilo Raposo do Amaral.

— Em Ponta Delgada, o Dr. Veríssimo Freitas da Silva, de 69 anos, médico, que prestou serviço em França, durante a guerra de 1914-118, tendo, ainda, feito parte, por diversas vezes, da comissão executiva da Junta Geral do Distrito.

— Em Lisboa, a sr.ª D. Henriqueta Peres Gomes da Costa, mãe do Dr. Silvério Ferreira da Costa, professor da Escola Médica.

— Em Folques (Arganil), o sr. Horácio da Cruz Barata, pai do Dr. José Ventura da Cruz Barata, médico em Lisboa.

## Partidas e Chegadas

### Dr. Rocha Pinto

Partiu para Copenhague, a fim de tomar parte no VII Congresso Internacional de Radiologia, o Dr. Rocha Pinto, assistente de Radiologia do Hospital Escolar de Lisboa.

### Dr. Formosinho Sanches

Em gozo de férias, saiu há dias de Lisboa, com sua família, o Dr. Formosinho Sanches.

### Dr. Pinto Teixeira

Partiu para Paris, onde vai estagiar no Hospital Bronsais, onde o Prof. d'Alaïme tem realizado notáveis trabalhos sobre cirurgia cárdio-vascular, o Dr. António Pinto Teixeira.

### Dr. Matos Sousa

Partiu para Londres, em missão de estudo, como bolsheiro do I. A. C., o Dr. Matos Sousa, primeiro assistente do Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto.

**MARTINHO & C.ª L.ª**

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

RUA DE AVIZ, 13 - 2.ª PORTO  
TELEF. P.R.C. 27583 • TELEG. "MARTICA"



# POLIDELTA

Complexo de vitaminas, aminoácidos e sais minerais indispensáveis ao organismo

## COMPOSIÇÃO

### FÓRMULA A (Drageia branca)

VITAMINAS (Em Miligrs.)		HIDROLIZADO DE PROTEÍNA (Amino-Ácidos em Miligrs.)	
Vitamina A (5.000 U. I.) .....	0,005	Arginina .....	1,425
Vitamina D <sub>2</sub> (500 U. I.) .....	0,0125	Ácido glutâmico .....	8,175
Vitamina E .....	0,5	Histidina .....	0,94
Vitamina C .....	37,5	Leucina e Isoleucina .....	1,64
		Lisina .....	2,365
		Metionina .....	2,365
		Fenilalanina .....	1,465
		Trionina .....	1,5
		Triptofana .....	0,45
		Valina .....	2,965
SAIS MINERAIS (Em Miligrs.)		Excipiente q. b. p. uma drageia	
Fosfato dicálcico.....50			

### FÓRMULA B (Drageia corada)

#### VITAMINAS

#### SAIS MINERAIS

(Em Miligrs.)		(Em Miligrs.)	
Vitamina B <sub>1</sub> .....	1,5	Pirofosfato de ferro .....	30
Vitamina B <sub>2</sub> .....	1,5	Sulfato de cobre .....	1
Vitamina B <sub>6</sub> .....	0,1	Hipofosfito de Manganésio .....	3
Vitamina B <sub>12</sub> .....	0,001	Sulfato de cobalto .....	0,5
Vitamina PP .....	5	Sulfato de zinco .....	1
Pantotenato de Cálcio .....	1	Iodeto de potássio .....	0,1
Bitartarato de colina .....	50	Molibdato de sódio .....	1
Inositol .....	25		
Excipiente q. b. p. uma drageia			

## APRESENTAÇÃO

Uma embalagem contendo um frasco de 25 drageias da fórmula **A** e um frasco de 25 drageias da fórmula **B**



**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 8 a 16 de Agosto)

**Dia 8** — No Entroncamento inaugura-se, na sede da União dos Sindicatos dos Ferroviários Portugueses, uma clínica de ginecologia dirigida pela Dr.<sup>a</sup> D. Humberta Areias.

**9** — Em Castelo Branco inauguram-se as novas instalações da Casa de Saúde do Dr. Alberto Trindade, presidente da Junta de Província da Beira Baixa e governador civil substituto. Durante esta as cerimónias religiosas, realizadas na capela, são presididas pelo bispo de Portalegre, D. Agostinho de Moura, que profere uma alocução de elevado sentido espiritual. O Dr. Alberto Trindade, que em sua esposa, Dr.<sup>a</sup> D. Maria Cândida Monteiro e tio Dr. António Trindade, tem os seus mais directos colaboradores, é alvo de uma homenagem de simpatia por parte de grande número de amigos e admiradores, entre os quais se contam os governador civil, presidente da Câmara, monsenhor Santos Carreto, deputado da Nação, comandantes da P. S. P. e da G. N. R., comandante militar, director da Urbanização, médicos, advogados, professores, funcionários públicos, senhoras da melhor sociedade albacastrense, etc., que são distinguidos, depois de percorrerem demoradamente as instalações com uma «merenda».

**10** — Em Lisboa e acompanhado pelo eng. Gomes da Silva, director geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais está, de manhã, no Hospital de S. José, o Ministro das Obras Públicas, que vai ali a fim de verificar o estado em que se encontram as obras de ampliação do banco e da cozinha e ainda outras instalações.

O eng. José Frederico Ulrich é recebido e acompanhado na sua visita pelo Dr. Emilio Faro, enfermeiro-mór, Dr. Silva Araújo, director do banco e diversos engenheiros do Ministério das Obras Públicas.

No Instituto Superior de Higiene, Dr. Ricardo Jorge prosseguem os trabalhos do IX Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde do Continente.

O Dr. Francisco Freire, dos Serviços Anti-Seasonáticos, faz uma lição intitulada «Noções gerais sobre Seasonismo e sua Epidemiologia» que interessa particularmente, a assistência, que segue com atenção toda a exposição e as projecções com que é ilustrada.

A tarde, o Dr. Eduardo Paquete, dos Serviços de Higiene de Alimentação fala de «Técnica de fiscalização de estações de tratamento de águas nomeadamente de cloragem» e o Dr. Almeida Roque trata também, da luta anti-seasonática.

Parte para Inglaterra em missão de estudo, equiparado a bolseiro do Instituto para a Alta Cultura o assistente de urologia do Instituto Português de Oncologia, Dr. António Dias Viegas.

**11** — O curso de aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, que tem estado a realizar-se no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge deslocou-se, ontem, a Benavente, onde a lição do dia é constituída por trabalhos de campo na respectiva Estação de Tratamento de Águas, sob a direcção dos Drs. Lobo da Costa e Almeida Roque.

**14** — Parte para Copenhague, acompanhado de sua esposa, o Dr. Augusto da Silva Travassos, director geral dos Serviços de Saúde, presidente da delegação oficial portuguesa à III Sessão do Comité da Europa, da O. M. S., cujos trabalhos principiam naquela cidade, em 7 de Setembro próximo.

O IX Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde do Continente ocupou-se, de uma visita à Estação Depu-

radora dos Esgotos, da Boa Vista, onde os visitantes foram recebidos e acompanhados pelo eng. Renato Bergen.

A tarde, no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, há uma visita às instalações, que é dirigida pelo respectivo director, Dr. Fernando da Silva Correia, fazendo uma lição, sobre a escarlatina. O Dr. Leopoldo de Figueiredo.

**15** — Realiza-se no Fundão, a festa a favor da Misericórdia local.

— Abre a inscrição para a frequência, na Escola de Enfermagem Dr. Henrique Teles, do Hospital de S. Marcos, de Braga, dos cursos de Auxiliares de Enfermagem e Enfermagem Geral.

**16** — Na Secretaria do Instituto Maternal, Lisboa, Maternidade Alfredo da Costa, estão patentes as condições de admissão ao curso de especialização materno-infantil para enfermeiras puericultoras.

— No Porto, no Instituto Maternal, também estão patentes condições com o mesmo fim.

— De Lisboa parte para Copenhague o Dr. Bernardino de Pinho, inspector-superior da D. G. de Saúde, que vai participar na III Sessão do Comité da Europa, da O. M. S.

— Por iniciativa da Junta de Freguesia de Barcarena, começa hoje a funcionar no posto médico local um serviço de radioscopia, que assim vem colaborar na benemérita obra de luta contra a tuberculose.

— Em Vila Franca, Ervedal da Beira, é inaugurado, no Largo Dr. Agostinho Marques Antunes, um jardim público e descerrado o busto deste saudoso médico.

— No Porto, com risco da própria vida, o Dr. José Romariz salva a nado uma criança em perigo, na praia do Cabo do Mundo.

### Estrangeiro

Em Waterford, na Irlanda, reuniu-se a Irish Medical Association, durante os dias 1 a 4 de Julho.

— Em Córdoba, na Argentina, realizou-se durante o mês de Julho, dias 13 a 18, um curso de aperfeiçoamento de radiologia.

## AGENDA

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Está aberto concurso pelo prazo de trinta dias, para provimento de vagas de adjuntos de delegados e subdelegados de Saúde privativos do quadro do pessoal técnico da Direcção Geral de Saúde. Este concurso tem a validade de dois anos.

— Para o provimento do partido médico da área que tem por sede a freguesia da Maia (Ribeira Grande — Ilha de S. Miguel. Açores).

— Realiza-se de 14 a 20 de Setembro, em Lisboa o 15.º Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia que tem a sua sede em Bruxelas. Nessa reunião devem tomar parte cerca de mil cirurgiões de todo o Mundo.

— Alguns dos mais afamados neurologistas e neuro-cirurgiões da actualidade aceitaram o eniargo de reger o curso superior da neurologia que, sob os auspícios da C. I. O. M. S., e, portanto, da «UNESCO», vai funcionar no anfiteatro de anatomia do novo Hospital Escolar de Lisboa, nos dias 8, 10 e 11 do próximo mês, como acontecimento da mais alta importância científica integrado no programa do 5.º Congresso Internacional de Neurologia. Assim, em 8, dissertam o Prof. «sir» Geoffrey Jefferson, da Grã-Bretanha e Dr. Fulton, dos Estados Unidos; em 10, o Prof. Diolindo

Couto, do Brasil, e o Prof. Raymond Garcin, da França e em 11 os Drs. Van Bogaert, da Bélgica e Obrador Alcalde, de Espanha.

### Estrangeiro

De 21 a 21 de Setembro realiza-se, em Aachen, o Congresso Alemão de Urologia.

— Em Erlangen realiza-se uma reunião dos otorinolaringologistas do Sudoeste da Alemanha, nos dias 26 e 27 de Setembro.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 6-8 a 11-8-953)

7-8

Dr. Rui Manuel Gomes Rosa Valentim Lourenço — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de interno do internato geral dos Hospitais Cívicos de Lisboa e de estagiário do Instituto Português de Oncologia.

8-8

A Câmara Municipal de Ilhavo, declara que para o provimento do lugar de médico municipal do partido da Gafanha da Nazaré, foi nomeado o Dr. Joaquim António Vilão.

10-8

Dr. Francisco José de Azevedo Gomes Barata Feio, médico-chefe do quadro comum do ultramar português — transferido, por conveniência de serviço, da província de Moçambique para a de Angola, indo ocupar a vaga resultante da desligação de serviço para efeitos de aposentação do Dr. Francisco Simões do Amaral.

— Dr. Joaquim Ferreira da Silva, médico-inspector do quadro comum do ultramar português, colocado em Moçambique — promovido a médico-chefe do mesmo quadro e colocado como director dos Serviços de Saúde e Higiene da mesma província ultramarina, na vaga resultante da transferência para Angola do Dr. Francisco José Azevedo Gomes Barata Feio.

11-8

Dr. Domingos Augusto Lobato Carriço Goulão — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 5 da Guarda Nacional Republicana (Idanha-a-Nova).

— Dr. Manuel Clemente Gomes Cardoso — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de primeiro assistente do Sanatório Sousa Martins e de director do Dispensário Antituberculoso Dr. Lopo de Carvalho (pai), ambos dependentes do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— Dr. António da Silva Branco Camacho — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular, o cargo de assistente do Sanatório D. João de Almada, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— Dr. Álvaro Serra Negrão, médico do Dispensário Policlínico Central da Junta de Província da Estremadura — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de assistente do Dispensário Antituberculoso D. Amélia, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— Dr. Antero Marques, médico do Dispensário de Higiene Social da Guarda — autorizado, por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de regente da disciplina de Higiene Escolar da Escola do Magistério Primário da mesma cidade.

— Dr. Nelson da Silva Pereira, médico da Câmara Municipal de Armamar — autorizado, por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de médico da Casa do Povo de Folgosa do Douro.



# 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. Moliço 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.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA  
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre 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. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

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

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

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

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

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



# Intogine

**Bial**

ÓVULOS

DE PEQUENAS DIMENSÕES  
E COM INTERMÉDIO HIDROSSOLÚVEL

PENICILINA G POTÁSSICA 50.000 U. I.  
SULFANILAMIDA . . . . . 0,5 g.  
SULFATIAZOL . . . . . 0,5 g.

Por óvulo

Caixas de 6 e de 12

INFECCÕES GENITAIS FEMININAS  
VULVITES, VAGINITES, VULVO-VAGINITES  
CERVICITES, ULCERAÇÕES DA VAGINA  
ULCERAÇÕES DO COLO, LEUCORREIAS