

O MÉDICO

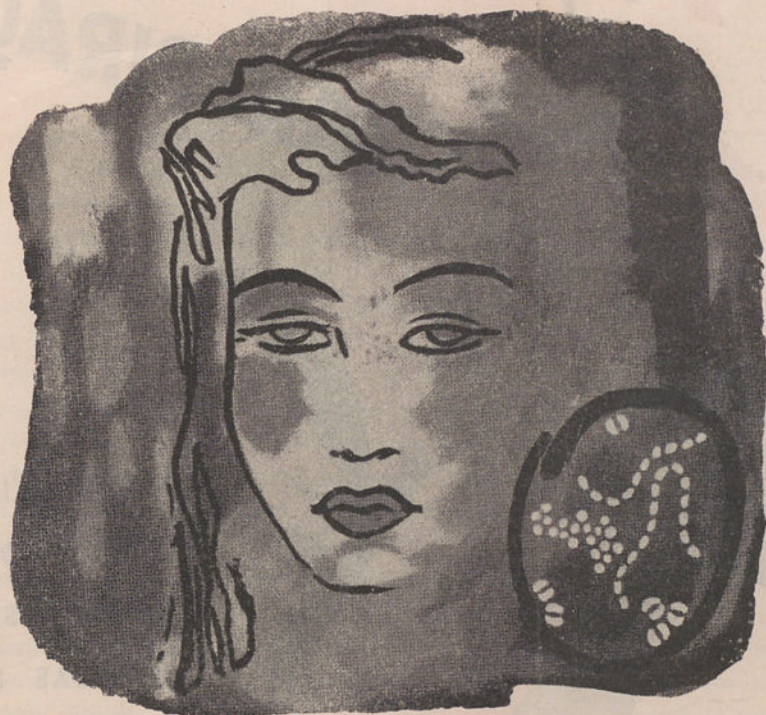
SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 102
13 de Agosto de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

NA LEUCORREIA E NA VAGINITE



DESULAN

- Normaliza o quimismo vaginal
- Activa o desenvolvimento dos lactobacilos acidófilos
- Melhora o trofismo da mucosa

VANTAGENS: Acção segura
Princípios anti-bacterianos
Aplicação fácil e simples



CILAG, - S. A. - SCHAFFHOUSE - SUÍÇA

Representantes exclusivos para Portugal: SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA—S. A. R. L.—LISBOA

SUMÁRIO

	Pág.
J. SILVA MALTEZ — <i>As alterações Electrocardiográficas na Acidose Diabética</i>	683
JOÃO CORREIA GUIMARÃES — <i>Alergia ao pó</i>	685
MOVIMENTO MÉDICO—ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — <i>A quinidina no tratamento das arritmias cardíacas</i>	689
<i>A heparina no tratamento das arterites dos membros inferiores</i>	692

SUPLEMENTO

	Pág.
<i>II Congresso Europeu de Alergia</i>	649
<i>Crónica de Goa</i> — Ventura Pereira	650
<i>Ecos e Comentários</i>	654
<i>Há cinquenta anos</i> — Barros e Silva	655
<i>Professor Pedro António Bettencourt Raposo</i>	658
<i>Ao Professor Manuel António Moreira Júnior</i>	660
<i>Reunião da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia no Dispens. Cent. de Hig. Social</i>	662



HÁLITO?

TRANSPIRAÇÃO?

CLOROFILINAS, DERIVADOS
HIDROSSOLÚVEIS DA CLO-
ROFILA, ESPECIALMENTE PRE-
PARADAS PARA EXERCEREM
UMA ACCÃO DESODORIZANTE

TUBO PLÁSTICO DE 10 GRAJEIAS

HALODEX



CLÍNICA DE PROPEDEÚTICA MÉDICA

(Director — Prof. E. Coelho)

As alterações Electrocardiográficas na Acidose Diabética

J. SILVA MALTEZ

Assistente livre

As alterações electrocardiográficas da acidose foram observadas em 1929, e, dois anos mais tarde, foram descritos três casos de Doença de Addison grave, acidótica, com modificações do E. C. G., que se resumiam em inversão da onda T, diminuição da sua amplitude, e desnivelamento negativo do ST (1, 2).

Estas observações foram mais tarde confirmadas por outros, como Delius e Opitz (1933).

Cole (3), assinala, como sintomas inerentes ao déficit de potássio, náuseas, vômitos, debilidade e dores difusas, sintomas que se encontram frequentemente em operações de grande cirurgia abdominal. Darrow e Pratt (4), assinalam ainda na hipopotassémia, aumento da área cardíaca e paralisia dos músculos abdominais, bem como do diafragma.

A hipokaliémia caracteriza-se no electrocardiograma, por onda T baixa e alargamento do PR. Se se acentua o déficit de K, chegar-se-á ao bloqueio aurículo-ventricular (5).

Bellet e colaboradores (6), de 79 observações, tiram conclusões, que se podem resumir como segue:

Aparecimento da onda U em 53 % dos casos, atribuindo grande importância a V3, que despista electivamente certos sinais considerados como característicos do baixo nível do potássio no soro, e que se resumem em aparecimento da onda U, abaixamento do ST, alongamento de QT e inversão de T.

Na hiperkaliémia, o E. C. G. mostra a onda T estreitada e acuminada com ST negativo, e, por diminuição de excitabilidade auricular, aumento de duração de P, com diminuição da sua amplitude (7).

Para valores mais acentuados da hiperpotassémia, aparecerá bloqueio aurículo-ventricular, bloqueio intra-ventricular e, finalmente, paragem do ventrículo em diástole (7).

O potássio é um elemento de capital importância no protoplasma celular, sendo indispensável ao seu crescimento. A desintegração celular origina libertação de potássio, que assim, será lançado no soro sanguíneo. É considerado como catião fundamental do líquido intra-celular, em oposição ao sódio, de enorme importância no meio extra-celular. No líquido intra-celular, existem, além do potássio, (principal elemento), reduzidas quantidades de sódio e magnésio.

Os aniões são representados por proteínas, sulfatos e fosfatos. Entre os meios extra e intra-celulares, foi possível averiguar, mediante os radioisótopos, que se fazem importantes trocas (8). O potássio total (extra e intra-celular) representa 0,25 % do peso do corpo, ou sejam 4.460 mleq por cada 70 quilos. O potássio livremente permutável, traduzido pelo potássio radioactivo, equivale a 3.500 mleq.

No plasma, a dosagem oscila entre 3,6 e 6,2 mleq/litro, enquanto no líquido intra-celular, o seu valor está compreendido entre 115 e 160 mleq/litro. O potássio extra-celular total é de cerca de 60 mleq ou sejam 2,35 gramas.

Vimos que o potássio no líquido intra-celular, tem a pre-

ponderância que cabe ao sódio no líquido extra-celular. Em determinadas condições, sódio e potássio atravessam a membrana. Se o potássio celular se perde, importantes quantidades de sódio podem substituí-lo. Em condições fisiológicas, o ião K desloca-se para a célula em crescimento e em glicogénese. É por isso que a injeção da insulina baixa a taxa do potássio no soro, tal como se verifica no caso que apresentamos. Encontramos hiperpotassémias, nas desintegrações proteicas na glicogénese (acidose diabética) e na contracção muscular.

A alcalose metabólica acompanha-se em regra, de deficiência em potássio na célula, ou contrário do sódio. Além disso, há hipoclorémia, pois, o potássio é deslocado pelo sódio. Se a alcalose surge por perda primitiva do cloro, como acontece nos vômitos repetidos, encontra-se diminuição do potássio e aumento de sódio celular. Uma sobrecarga de sódio, conduz nos primeiros dias a um aumento na eliminação urinária do potássio, que não se mantém, por surgirem mecanismos de regulação por parte da supra-renal (Cushing; post-operatório).

Darrow e Schwartz obtiveram a acidose experimental pela injeção intra-peritoneal de soro glucosado com cloreto de amónio. O sódio extra-celular liga-se ao cloro, e o amónio metaboliza-se. Surge a acidose por perda de sódio e dos bicarbonatos do sangue. Havendo perda de sódio celular, o potássio aumentará na célula, se acaso não faltar na alimentação. No homem, se provocarmos acidose por sobrecarga de cloreto de amónio, há primeiramente uma perda considerável de sódio, mas em seguida, mediante acentuada excreção de outras bases, cálcicas ou potássicas, haverá economia na perda do sódio, evitando-se a desidratação extra-celular (8). Fenómeno idêntico acontece em algumas acidoses, diabéticas ou renais, por intervenção de mecanismos reguladores, chamados a entrar em jogo. Como vemos, num dado momento, o metabolismo do potássio compreende a absorção gastro-intestinal, o metabolismo celular e a excreção urinária (11).

Feitas estas breves considerações apresentamos um caso de Diabetes mellitus, com aumento da taxa de potássio no soro (que baixou sob a acção insulínica) e que entrou na Enfermaria, pelo Banco, em acidose.

M. C. R., de 13 anos.

Há um ano, em seguida ao falecimento de pessoa de família, polidipsia, polifagia, poliúria e emagrecimento.

Acentuada diminuição de forças.

Tem feito insulina muito irregularmente, e o seu estado actual teve como causa a cessação do tratamento desde há vinte dias. Mau estado geral; pele desidratada e descorada. Pulso mole, 100/min. T. A. 80/60.

Respiração do tipo Kussmaul. Auscultação pulmonar sem ruídos adventícios.

Em 5-XI-52 (data de admissão): Glicénia em jejum—3,56 grs. %.

Urina; V—4.000 cc., D—1034, glucose—88 grs.‰, Albumina—0, acetona + + + +, K—29,5 mgrs.‰.

13-XI-52: Glicémia em jejum—1,40 grs.‰. Urina: V—2.000 cc., D—1019, glucose—44 grs.‰, acetona—0.

Reserva alcalina 66%, K-17 mg.‰.

Em 8 dias os sinais clínicos e laboratoriais de acidose desapareceram e não foi possível um contróle da glicosúria, porque a doente, não respeitando a dieta indicada, alimentava-se desregradamente. Apesar disso, engordou 6 quilos em um mês, mediante a dieta e duas injeções de insulina, cristalizada e I. P. Z., diariamente.

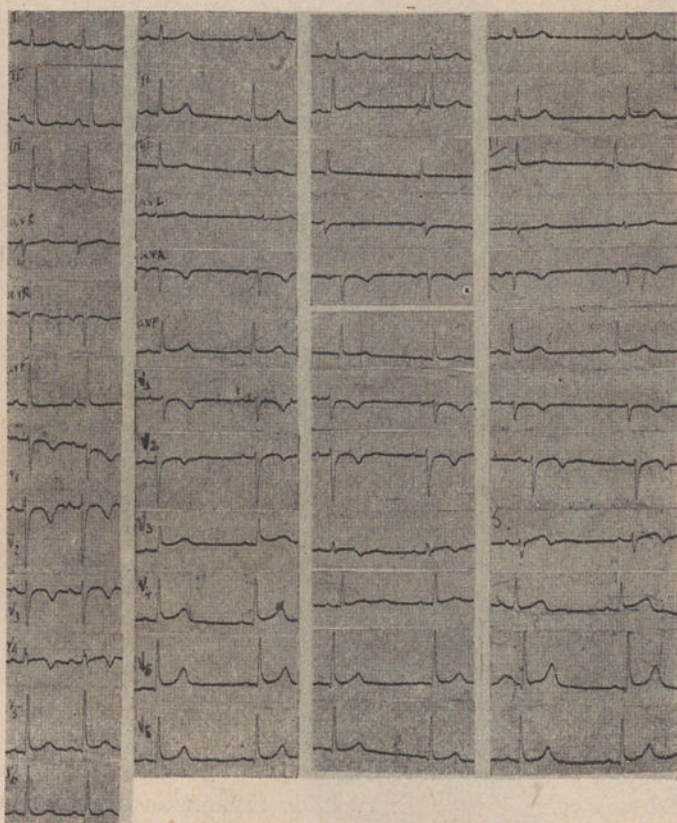
Fizemos E. C. G. e doseamento de potássio no soro, e observamos o seguinte:

Em 5-11-52: K—29 mgrs.‰, acet. + + + +. Pequena amplitude de T em II D e aVF, e nesta, confundindo-se com a linha isoeletrica. T negativo em III D e profundamente negativo em V1, V2, V3 e V4. Atribuímos esta alteração à acidose e praticamente não há alterações que possam atribuir-se ao potássio elevado.

11-11-52: K—29,5 mgrs.‰, acetona—0. Desapareceram os sinais de acidose, e só encontramos tendência pontaguda dos T em II D, V4, V5 e V6, tendo K valor que consideramos muito alto. Não encontramos, portanto, alterações que esperaríamos para tal valor.

13-11-52: K—17 mgrs.‰, acet.—0. PQRS sem alterações patológicas. T coincidindo com a linha isoeletrica em III D.

E. C. G. de 5-XI E. C. G. de 11-XI E. C. G. de 13-XI E. C. G. de 21-XI



21-11-52: K—17 mgrs.‰, acet.—0. T—positivo e aumento de amplitude, com ligeiro desnivelamento positivo de ST nas derivações precordiais esquerdas, com acuminamento de T em V5 e V6. Não atribuímos grande importância a V3, porque, como facilmente verificaremos, nos ECG a que fazemos referência,

estas derivações devem ter sido colhidas em posições do electrodo explorador que não foram certamente as mesmas para todas.

Se desprezarmos pois, esta derivação, constataremos que o ECG de 11-XI-52 com doseamento de K = 29,5 mgrs.‰ e acet.=0, é praticamente semelhante ao de 21-XI-52, com K = 17 mgrs.‰ e acet. = 0. Deduziremos assim, que, se uma elevação acentuada de potássio no soro tem imagem electrocardiográfica característica, no nosso caso parece-nos praticamente idêntica à que observamos com doseamento de 17 mgrs.‰.

Vimos como sódio e potássio se substituem no líquido intra e extra-celular, e sabemos serem lentos os seus movimentos. Desta maneira, se dosearmos em dado momento o potássio no soro e encontramos valores altos, poderá o líquido intra-celular revelar valores muito baixos; ou ao contrário, quando haja valores baixos da potassémia, a célula poderá revelar grandes quantidades.

Quando medimos a kaliémia, avaliamos unicamente o potássio extra-celular, que não representa senão 1/60 do potássio total. Isto explica, certamente, os paradoxos que aparecem nos ECG de casos que como o nosso, apresentam aspecto idêntico, com doseamentos baixos e elevados do potássio no soro. Só com auxílio da micro-química podemos comprovar esta hipótese doseando concumitaneamente o potássio celular e extra-celular, e verificaremos então o que se passa nas células em presença de hiper e hipokaliémia. Na realidade, doseando unicamente o potássio no soro, somos conduzidos a uma interpretação que peca por deficiência, ao desprezarmos a parte de maior valor quantitativo, o meio celular.

SUMÁRIO

O autor apresenta o estudo electrocardiográfico de um caso de acidose diabética, relacionando as alterações do E. C. G. com a acidose e o doseamento de potássio no soro.

Faz resumidamente um estudo do metabolismo do potássio, e atribue grande importância ao teor de potássio na célula, no condicionamento das alterações do Electrocardiograma.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- 1 — Coelho, E. — O diagnóstico da acidose na doença de Addison. J. do Médico. 1:149, 1945.
- 2 — Coelho, E. — Le coeur dans la maladie d'Addison. Etude électrique. Paris 96, 1932.
- 3 — Cole — Laboratory aids in surgery, with special reference to potassium deficiency — Arch. Surg. 62, 737, 1951.
- 4 — Darrow and Pratt — Ibid. 143, 432, 1950.
- 5 — Llaurodo, J. Garcia — Papel del ion potássio en la patologia quirúrgica digestiva. Medicina Clínica XX, 2,79 — 1953.
- 6 — Bellet and coll. — Electrocardiographic patterns in hipopotassémia. Am. Jour. Med. Sci. 219, 542, 1950.
- 7 — Winger, Alexander W. and coll. — Am. J. Physiology 124, 478, 1938.
- 8 — Raverdy, Ph. — Le potassium. Donneés. Physio-pathologiques. La Presse Médicale, 60-31-673, 1952.
- 9 — Coelho, E. — L'influence des perturbations de l'équilibre hydroélectrolytique dans les troubles cardiaques de l'insuffisance surrénale. A Med. Contemporânea, ano LXX, n.º 1, Jan. 1953.
- 10 — Coelho, E. — Síndromas cardio-vasculares de origem cortico-suprarenal. Lição realizada na Sociedade de Endocrinologia, 13-4-953.
- 11 — Currens, James H., e coll. — The E. C. G. and disturbance of potassium metabolism. The New England Journal of Medicine, n.º 22-243, 1950.

Alergia ao pó

JOÃO CORREIA GUIMARAES

Os síndromas alérgicos respiratórios devidos a uma sensibilização ao pó de casa adquirem, por vezes, uma importância que ninguém deve hoje ignorar.

O pó é um elemento complexo constituído pelas mais variadas e numerosas partículas de natureza mineral e orgânica.

Os componentes orgânicos, que são os mais importantes sob o ponto de vista médico, provêm de plantas, do pêlo de animais, de escamas de insectos, das barbas de penas, de caspa humana ou de animais, de minúsculos fragmentos de tecidos, de pólenes, de esporos, de bactérias, de fungos, de tudo, enfim, que pode desintegrar-se e reduzir-se a pó.

São muito frequentes os casos de hipersensibilidade ao pó de casa, enquanto que são raros os casos em que o pó mineral tem interesse sob o ponto de vista patogénico.

Este, é responsável das pneumiconioses humanas e, num asmático, pode actuar como um agente irritativo, não específico, capaz de desencadear um acesso.

O substratum orgânico do pó, que pode sensibilizar o organismo de certos indivíduos, não é conhecido, ainda, na sua natureza íntima.

A instabilidade molecular desse agregado tão heterogénico tornaria extremamente difícil a purificação química para o estudo analítico e o conhecimento do seu alérgico que permanece ignorado.

«Urbach», referindo-se à impossibilidade de, até ao presente, ter sido demonstrada a existência de uma só entidade anti-génica, característica no pó doméstico, considera-a como um anti-génico, inteiramente independente de quaisquer outras substâncias conhecidas, que actuam por inalação, como excitantes.

A composição do pó difere no meio onde se produz, pelo que o seu substrato orgânico pode adquirir qualidades que lhe permitam distinguir-se, alérgicamente, de outros pós que as não possuam.

É esta especificidade genérica que dá lugar à diferenciação dos doentes sensibilizados ao pó.

Nas casas de ambiente húmido, tão numerosas na cidade do Porto, e frequentes em toda a costa marítima, cria-se o meio adequado ao desenvolvimento de fungos e de leveduras que vivem sobre o substrato orgânico do pó ao que associam os produtos do seu metabolismo e os esporos dos fungos.

A temperatura e a humidade favorecem o desenvolvimento das acções fermentativas e vitais destes agentes parasitários, que modificam e degradam a matéria orgânica onde se instalam.

Há muitas pessoas sensibilizadas ao pó. Este, pela sua actividade alérgica, em contacto com o indivíduo sensibilizável, cria uma hipersensibilidade alérgica, ocasionando, principalmente, a rinite e a asma brônquica.

Actuando, quase exclusivamente, por inalações, são estas as formas de alergia respiratória que ele habitualmente produz.

Porém, a asma e a rinopatia não são os únicos processos imputáveis à inalação do pó. Vaughan demonstrou que o edema

angio-neurótico se pode produzir também desta maneira e Urbach viu um caso de urticária produzida por este mecanismo.

Sem terreno alérgico não existe manifestação alérgica. Não é alérgico quem quer. A sensibilidade ao pó observa-se, geralmente, entre os descendentes de outros alérgicos, embora nem sempre seja facilmente demonstrável a ascendência alérgica do doente.

O desequilíbrio vegetativo produzido por mudanças meteorológicas, por variação de carga eléctrica, da ionização do ar, de pressão atmosférica, da direcção dos ventos e outros factores, por ventura, ainda desconhecida, cria um estado de reactividade que vence a resistência à resposta alérgica, provocando a turgescência da mucosa respiratória e preparando a fase inicial da reacção específica que eclode no acesso asmático.

A prova da hipersensibilidade alérgica ao pó obtém-se pela reacção positiva à cuti ou intra dermo-reacção com extracto do mesmo pó, devendo esta ser feita com os necessários cuidados e garantias que o receio de uma intensa reacção aconselha.

A sintomatologia da alergia ao pó apresenta-se, às vezes, de começo, em forma brusca e inesperada e, outras vezes, tem um carácter insidioso, o que imprime uma feição diferente às respostas reactivas do doente.

Parece que as formas que mais facilmente conduzem à asma são as hidrorreicas, sendo as obstrutivas as que mais frequentemente se complicam com afecções da cavidade nasal e das cavidades paranasais.

A tosse do indivíduo alérgico, sensível a pó, é quase sempre de carácter seco e paroxístico.

Estes doentes têm, muitas vezes, de modo permanente, sintomas nasais, associados a ligeiras manifestações bronquíticas, aparecendo, de modo esporádico ou estacional, o acesso de asma.

Os quadros dispnéicos permanentes são menos frequentes na alergia respiratória ao pó.

De evolução frequentemente progressiva, não se admite a cura espontânea a esta forma alérgica.

O asmático, subtraído ao alérgico nocivo, melhora, muitas vezes, numa forma espectacular.

Uma simples mudança de aposento, a substituição de um colchão por outro de conteúdo diferente ou de uma travesseira de penas por outra de crina, etc., pode fazer desaparecer uma crise de asma.

Nem sempre é fácil, antes é, quase sempre, muito difícil isolar o asmático sensibilizado ao pó de casa ou aos fungos atmosféricos interpondo, entre ele e o alérgico, uma barreira.

Quando a fonte alérgica está em toda a casa, não é possível manter o doente em clausura hermética.

Ainda mesmo instalado numa câmara livre de alérgico com ar filtrado e dupla porta de acesso — o que só é possível em climáticas especiais — o seu estado de equilíbrio, ao abrir dum armário que contivesse roupa guardada, onde se houvera acumulado pó nocivo, seria quebrado; de igual modo com qualquer

visitante que levasse nas suas roupas alérgenos suficientes, a crise tornar-se-ia inevitável.

As câmaras de ar condicionado, frequentes nos E. U. da América do Norte e nos países tropicais, são raras na Europa.

Mas ainda que uma pessoa pudesse rodear-se de todas as precauções aconselháveis, em sua casa, não pode impô-las na casa alheia ou na oficina onde trabalha.

Há casos em que se justifica o uso de uma máscara. Por ela se respira ar filtrado, desprovido de agente provocador ao contacto da mucosa do doente.

A mucosa ocular pode também reagir ao contacto do pó e, nestes casos, a fim de a proteger, convém juntar à máscara uns óculos adequados que se adaptem perfeitamente ao rebordo orbitário, em íntimo contacto com a pele.

Com esta máscara pode o doente trabalhar na oficina, e manter-se horas seguidas numa atmosfera nociva, sem ser incomodado.

Quando o pó de uma fábrica ou o do ambiente de uma actividade industrial, é o causador do processo alérgico e o doente é obrigado a continuar quotidianamente no seu trabalho, é recomendável o emprego de um filtro-máscara protector do pó. Diminuir ou anular a riqueza alérgica do meio ambiente é uma forma importante e necessária de combater o mal.

Como todo o mecanismo patogénico de uma doença alérgica, a alergia ao pó é a consequência da acção combinada dos factores predisponentes e dos agentes provocadores.

A terapêutica dos hipersensíveis desta ordem é orientada de molde a desalergizar o ambiente e a dessensibilizar o doente.

A dessensibilização difere da desalergização. A diferença é meramente qualitativa e não quantitativa, porquanto, na primeira, há aumento exagerado de anti-corpos que circulam no sangue e, na desalergização, neutralizam-se os anti-corpos dos tecidos.

Para reduzir a concentração alérgica do ambiente basta, algumas vezes, mudar o doente de casa ou de lugar para que ele se sinta bem com o regresso à normalidade.

Nesses meios deve evitar-se o emprego de vassouras e de espanadores que levantam o pó e fazem-no mudar de lugar.

A limpeza da casa do doente deve fazer-se com aparelho aspirador ou, na impossibilidade de ser obtido, utilizar-se o pano húmido. A dessensibilização faz-se injectando extrato de pó, em doses sucessivamente crescentes, a partir de 0,1 dec. da concentração a que a pele não reage em injeção intradérmica.

O melhor extrato é o do próprio pó de casa do doente, podendo empregar-se um outro pó se, na prova, o doente reagir bem e, de preferência se for polivalente.

Para a preparação do extrato deve colher-se o pó, empregando um aspirador com a bolsa bem limpa ou sacudir e escovar roupas, colchões, almofadas, tapetes e juntar tudo ao pó do pavimento, para ser recolhido e enviado num pacote ou numa caixa, ao laboratório.

O método de dessensibilização específico que utilizamos é o seguido nos serviços do professor Gimenez Diaz.

Nos E. U. da América do Norte, utiliza-se, geralmente, o método de Cook com extratos estandardizados que correspondem à sua concentração em azoto proteico.

As injeções devem ser feitas com a discriminação e os cuidados requeridos, a fim de evitar-se incidentes locais ou gerais que é preciso saber debelar.

A acção de certas injeções dessensibilizantes não foi ainda convenientemente explicada.

Para alguns investigadores, elas determinariam a formação de anti-corpos bloqueantes que, postos em contacto com o anti-géneo, o impedem de entrar em conflito com os anti-corpos, o que provocaria o desencadeamento do choque alérgico, pois que este é o resultado da relação do antigéneo com os factores predisponentes.

Para outros, (Pasteur Valery Radot) elas criam uma adaptação do organismo ao antigéneo, um hábito orgânico que torna inofensivo o agente provocador.

Uma crise de asma que havia desaparecido por dessensibilização de uma proteína pode reaparecer, ulteriormente, por sensibilização a outro antigéneo.

Um factor psíquico, um estado somático particular, a influência climatérica podem actuar como causas secundárias e desencadear a crise, associados à causa alérgica.

Esta é a explicação do aparecimento dum acesso apenas em condições determinadas, em indivíduos sensibilizados a um certo alérgico.

No estudo de um asmático não deve considerar-se somente o alérgico que os testes cutâneos podem ter evidenciado. É necessário também encarar estas causas secundárias, em certos casos, de uma importância capital.

O tratamento deve ser executado, de preferência, num lugar onde o doente se encontre bem.

Assim, evita-se que o doente tenha os acidentes que resultam da associação do antigéneo injectado e, progressivamente, aumentado, às quantidades desconhecidas, absorvidas pela mucosa respiratória, com que se altera a marcha normal da dessensibilização.

A tolerância para o meio ambiente vai-se fazendo, gradualmente e, em breve, o doente, já adaptado, sente-se bem onde antes não podia estar.

A história do doente é sempre muito importante para o diagnóstico alérgico, que se baseia, fundamentalmente, na positividade das provas, as quais variam segundo o tipo de asma.

Na alergia ao pó, mandamos preparar os extratos do pó de casa do doente e às vezes do recheio dos móveis em separado e com eles submetemos os doentes às provas de cuti ou intradérmico-reacção, esta sempre precedida daquela.

Obtida uma prova positiva mandamos preparar o antigéneo para tratamento que me é enviado em três concentrações, em frascos diferentes, designados pelas letras A. B. e C.

Início o tratamento pelo frasco A na dose de 0,1 de c. c. em injeção subcutânea e, com intervalo de três dias, passo às doses de 0,2, 0,4, 0,6, 0,8 1 c. c., continuando o tratamento com o frasco B, cuja dose inicial é de 0,2 de c. c., aumentando depois progressivamente até 1 c. c. com intervalos de 3 a 5 dias de uma injeção à outra, passando depois ao frasco C com a dose inicial, também de 0,2 e, com intervalos de 5 a 7 dias, vou aumentando às doses no ritmo do frasco anterior até à dose de 1 c. c., que nunca excedo.

Se em qualquer das soluções se verifica reacção, reduzo à dose, na injeção seguinte, ou insisto nela até que seja tolerada, para continuar o tratamento.

Há casos de intolerância em que é necessário fazer diluição menos concentrada.

O resultado do tratamento é brilhante, criando ao doente um estado de hipossensibilização ou de autêntica dessensibilização, pois se obtém um estado de reactividade negativa da pele, em presença de extratos muito concentrados, que o põe ao abrigo das manifestações de uma afecção tão persistente e tão incómoda, como esta forma de alergia respiratória.

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 - MASSAMA-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE - Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º - Lisboa - Telef. 24875
PROPAGANDA - Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º - Lisboa - Telef. 24604
Delegação no Porto - Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º - Telef. 21383
Deleg. em Coimbra - Av. Fernando de Meneses, 32-1.º - Telef. 4556



PENICILINA NOVO PERORAL

200.000 U. I.

**de benzil-penicilinato de potássio
por comprimido**

RECOMENDÁVEL EM PEDIATRIA

e

**sempre que se torne conveniente poupar
o doente aos reflexos emocionais da injeção**

Tubos de 12 comprimidos

Frascos de 100 comprimidos

NOVO

TERAPEUTISK LABORATORIUM A/S

COPENHAGUE • DINAMARCA



REPRESENTANTES PARA PORTUGAL E ULTRAMAR :

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, L.^{DA}

Rua Actor Taborda, 13 • LISBOA • N.

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

A quinidina no tratamento das arritmias cardíacas

PAULO SCHLESINGER

A quinidina, um dos alcalóides da cinchona descoberta por van Heyningen em 1848 e isolada em 1853 por Pasteur, foi utilizada durante mais de meio século exclusivamente como medicamento anti-malárico substituto ocasional da quinina. A sua aplicação na terapêutica dos distúrbios do ritmo cardíaco originou-se de uma observação casual feita em 1912 por Wenkebach em um paciente com crises de fibrilação auricular fazendo uso de quinina como medicação anti-malárica, nas Índias Holandesas, em que notara a normalização de seu ritmo cardíaco poucos minutos após a ingestão desta droga. Impressionado pelo facto, passou Wenkebach a administrar quinina em casos de fibrilação auricular, tendo verificado desde logo, a sua ineficácia nos casos crónicos, contrastando com os sucessos terapêuticos obtidos nas formas recentes ou paroxísticas desta arritmia. Em 1918 o seu discípulo Frey (1), incumbido de comparar os efeitos de alguns componentes da cinchona entre os quais a quinina, a cinchonina e a quinidina, concluiu ser esta última a mais potente, passando pois a constituir o alcalóide de escolha no tratamento da fibrilação auricular.

Inicialmente recomendada apenas nos casos de arritmia completa, foi a pouco e pouco verificada a sua utilidade em outros tipos de arritmias graças ao seu efeito depressor sobre a excitabilidade cardíaca, o que chegou a ampliar sobremodo as suas indicações terapêuticas nas afecções do aparelho circulatório. Seguindo-se a esta fase de entusiasmo inicial pela quinidina, o desconhecimento de algumas de suas contra-indicações, bem como de sua posologia exacta, resultou em inúmeros insucessos e casos fatais, o que fez com que o referido medicamento caísse em descrédito, chegando mesmo a ser abandonado em muitas clínicas. Nos últimos dez anos, porém, diversos trabalhos clínicos experimentais reavivaram o interesse pela quinidina, precisando melhor as doses recomendadas e reduzindo os perigos das reacções tóxicas, não só através uma selecção cuidadosa dos casos, como de um contróle mais rigoroso, tanto do ponto de vista clínico como laboratorial. Na realidade, trata-se de uma droga de real valor quando convenientemente indicada, sendo imprescindível, para o seu emprego racional e científico, um conhecimento preciso de seus efeitos farmacológicos sobre a fibra cardíaca. A quinina possui muitas das acções farmacológicas da quinina, sendo ambas consideradas como verdadeiros «venenos protoplasmáticos» pela sua acção inibidora sobre os processos enzimáticos celulares, especialmente no que se refere às fibras musculares. Administrada em doses terapêuticas, os principais efeitos deste alcalóide sobre o coração podem ser assim resumidos:

- 1.º) Aumenta de 50 a 100 % o período refractário da fibra miocárdica.
- 2.º) Diminui a excitabilidade do músculo cardíaco, em grande parte decorrente do prolongamento do período refractário anteriormente assinalado.
- 3.º) Modifica a frequência cardíaca, mesmo em presença de um ritmo regular. Este efeito independe da excitação vagal, pois que a bradicardia, no caso, não sofre as influências da atropina e parece ser provocada por uma acção directa da droga sobre o período refractário do nódulo sinusal.
- 4.º) Altera a contratilidade cardíaca, inicialmente no sentido de um aumento, como consequência do maior enchimento diastólico na fase de bradicardia, e secundariamente provocando

uma diminuição do poder de contracção das fibras nas doses tóxicas.

5.º) Deprime a condução do estímulo, condicionando graus variáveis de bloqueio A-V ou intraventricular, geralmente após o emprego de doses excessivamente elevadas do medicamento.

Constituindo sem dúvida a *fibrilação auricular* a arritmia cardíaca na qual quinidina tem uma de suas grandes indicações, torna-se interessante uma breve referência ao mecanismo de acção da droga nesta eventualidade. De acordo com a teoria do movimento circular de Lewis, a quinidina parece actuar na fibrilação auricular através um prolongamento do período refractário do músculo auricular, bloqueando os impulsos circulares que alcançam uma zona refractária à sua condução. Paralelamente, e antes de cessar o movimento circular, observa-se uma diminuição da frequência auricular, que não raro transforma a fibrilação em flutter. Nestas circunstâncias pode verificar-se um aumento brusco da frequência ventricular, uma vez que esta última varia na razão inversa do número de estímulos auriculares. Assim é que um caso de arritmia completa, por exemplo com frequência ventricular de 120 por minuto e auricular de 500 p. m., ao transformar-se em flutter com redução da frequência auricular para 320, poderá sofrer um acréscimo de frequência ventricular para 160 p. m. Por outro lado, nem sempre se consegue fazer cessar a fibrilação mediante o emprego de quinidina. Estes insucessos são explicados por uma redução na velocidade de condução do estímulo nas aurículas, prolongando o tempo de seu percurso para completar o movimento circular, o que permite que a fibra se recupere do período refractário, favorecendo assim o prosseguimento da arritmia. Vemos, pois, que a quinidina possui dois efeitos opostos, um com tendência a perpetuar, e outro a fazer cessar o movimento circular nas aurículas, embora geralmente se observe a predominância desta última acção.

INDICAÇÕES

Os maiores benefícios da quinidina se fazem sentir nos casos de fibrilação auricular paroxística ou permanente, nas taquicardias e extrassistolias ventriculares, bem como nos ritmos ectópicos supra ventriculares. É digno de nota contudo, que esses distúrbios podem não só cessar espontaneamente como ceder também pelo uso de outras medidas terapêuticas.

Não obstante a boa tolerância da maioria dos pacientes portadores de fibrilação auricular submetidos à digitalização permanente, não é de todo inócua essa arritmia. Assim é que estes enfermos são propensos às manifestações embólicas, verificando-se, além disso, uma redução do débito cardíaco (mesmo com frequência ventricular normal) e da capacidade funcional do coração; demais, o desconforto subjectivo provocado pelas palpitações, já constitue por si só motivo suficiente para justificar uma tentativa de normalizar o ritmo.

É evidente que nas crises de fibrilação paroxística a indicação terapêutica é formal, fornecendo um rápido alívio a estes pacientes, além de prevenir, ou debelar quando já estiverem presentes, a série de possíveis complicações da taquiarritmia, entre as quais se destacam a insuficiência coronária relativa, a insuficiência cardíaca e o colapso cardiogénico.

Na fibrilação auricular instalada, já de longa duração, considera-se contra-indicado o uso da quinidina, tanto pela difi-

culdade em conseguir-se a normalização permanente do ritmo com as doses habitualmente preconizadas, como também pelos perigos das embolias sistêmicas devidas ao destacamento súbito de trombos intra-auriculares no momento da passagem para o ritmo sinusal; contudo, parece ter sido muito exagerado este perigo, como o demonstram trabalhos estatísticos recentes que assinalam uma maior incidência de manifestações embólicas nos pacientes portadores de fibrilação auricular do que naqueles que reverteram ao ritmo sinusal pela quinidina.

Não obstante esta observação, discutem ainda os autores sobre as vantagens do emprego da quinidina na fibrilação auricular crônica. Enquanto que alguns, como Gold (2), prescrevem a sua administração nestes casos, outros, como White (3), recomendam uma tentativa terapêutica, desde que não haja descompensação cardíaca, lesão grave do miocárdio ou manifestações embólicas progressas. Por outro lado, alguns autores menos temerosos, como Goldman (4) e Sokolow (5), obtiveram excelentes resultados mesmo em pacientes com graus avançados de insuficiência cardíaca. Quanto à ocorrência de embolias prévias, considera-se hoje esta complicação, antes como indicação formal do que uma contra-indicação ao uso da quinidina, pois a reversão ao ritmo sinusal nestes casos constitui, não raro, o único meio de impedir a repetição dos acidentes embólicos.

Em casos de estenose mitral, a cessação de uma fibrilação auricular é frequentemente seguida de acentuadas melhoras do estado circulatório e de completo controle dos acidentes embólicos. Quanto à arritmia completa que ocorre na tireotóxicose, embora se acreditasse classicamente ser difícil a reversão ao ritmo sinusal, a não ser pelas medidas terapêuticas que visassem o próprio distúrbio endócrino, a experiência de Sokolow (5), de Gold (2) e de outros, tem demonstrado a possibilidade de fazer cessar a arritmia nesta condição mórbida com o emprego das doses habituais de quinidina.

De acordo com os conhecimentos actuais (5), são as seguintes as indicações da quinidina na fibrilação auricular:

1) Arritmia completa que persiste 2 semanas ou mais após a tireoidectomia em casos de tireotóxicose.

2) Pacientes portadores de fibrilação auricular com área cardíaca normal ou pouco aumentada e sem insuficiência cardíaca, queixando-se de palpitações ou dispneia de esforço, não controlados pela digital, particularmente quando o distúrbio de ritmo é de instalação recente.

3) Fibrilação auricular crônica ocorrendo sem outras evidências de cardiopatia orgânica.

4) Episódios progressos de embolia em pacientes com fibrilação auricular permanente.

5) Casos de estenose mitral associada a arritmia completa e que não respondem satisfatoriamente à digital.

6) Fibrilação auricular em presença de insuficiência cardíaca irreductível na qual se justifique uma tentativa terapêutica pela quinidina.

7) Fibrilação auricular em pacientes completamente assintomáticos, mantidos com digital, nos quais a única vantagem da quinidina seria a prevenção de manifestações embólicas futuras.

Quanto à *taquicardia ventricular*, embora menos frequentemente observada na prática do que a fibrilação auricular, constitui uma arritmia de significação mais séria, na qual se impõem medidas terapêuticas de urgência para fazer cessar este grave distúrbio de ritmo.

Pela sua propriedade de deprimir a excitabilidade ventricular, a quinidina é de grande utilidade nestas circunstâncias, podendo em certos casos ser necessária a sua administração parenteral.

Em relação ao controle das *extrassístoles múltiplas*, a quinidina tem plena indicação quando esta arritmia ocorre na vigência de lesões miocárdicas graves (ex.: no infarto do miocárdio) constituindo um sinal de alarme, premonitório de uma taquicardia ventricular. Quando se manifesta em indivíduos sem cardiopatia orgânica, a administração desta droga só se justifica quando a irregularidade do ritmo provocar grande desconforto ao paciente.

Finalmente, as *taquicardias paroxísticas supraventriculares* parecem responder melhor às manobras de excitação vagal e à digital, do que à quinidina. Contudo, em muitos casos, quando falharem as outras medidas preconizadas, recorre-se à quinidina por via oral ou parenteral.

CONTRA-INDICAÇÕES

Conforme já referimos, o elevado número de reacções e de acidentes fatais que ocorreram nos primeiros anos que se seguiram à introdução da quinidina na terapêutica das arritmias cardíacas, fez com que os autores se tornassem excessivamente cautelosos no seu emprego, limitando-se a administrá-la em alguns casos seleccionados. Embora certas contra-indicações ainda sejam respeitadas, muitas delas, como vimos, foram bastante exageradas, tendo o reconhecimento deste facto aumentado muito as possibilidades do emprego deste medicamento em Cardiologia.

Já nos referimos às *manifestações embólicas*, que constituíam outrora uma das grandes contra-indicações à quinidina, o que actualmente não mais se aceita.

Nos pacientes com *grandes aumentos da área cardíaca* e naqueles em franca *insuficiência cardíaca* deve evitar-se, quanto possível, o emprego de quinidina. Entretanto, mesmo estes enfermos podem em certos casos tolerar o medicamento, como ocorrem em 26% dos pacientes de Goldman (4) com fibrilação auricular associada a graus avançados de insuficiência cardíaca.

Os *distúrbios de condução intraventricular*, particularmente os bloqueios de ramo, eram considerados como contra-indicação formal ao emprego da quinidina, a qual administrada em doses tóxicas, poderia acentuar o referido distúrbio, provocando uma dissociação aurículo-ventricular completa por bloqueio bilateral de ramo. Nos últimos anos, doses terapêuticas deste medicamento têm sido empregadas em pacientes portadores de bloqueios de ramo, a maioria dos quais sem qualquer incidente; contudo, tendo em vista a experiência ainda limitada neste particular, a presença de distúrbios de condução deve geralmente constituir um motivo de controle mais cauteloso, não se podendo prescindir de traçados electrocardiográficos seriados. Devemos assinalar, porém, em certos casos de ritmos ectópicos auriculares com frequência ventricular elevada, o aparecimento de bloqueios de ramo funcionais que dependem da própria taquicardia, e que cedem após a restauração do ritmo sinusal. O distúrbio de condução, nestas circunstâncias, não constitui contra-indicação à quinidina, sendo por vezes difícil distingui-lo de uma taquicardia ventricular ou de assegurar se o referido bloqueio precedia ou não a instalação do ritmo ectópico. Tivemos a oportunidade de empregar a quinidina com sucesso em dois casos desta natureza. Em um deles afirmámos a natureza funcional do bloqueio de ramo durante um paroxismo de fibrilação auricular, pela presença ocasional de complexos ventriculares com condução normal. No segundo paciente, portador do mesmo tipo de distúrbio de ritmo e de condução, todos os complexos tinham a configuração de bloqueio de ramo direito, porém tratando-se de um indivíduo jovem, com 26 anos de idade, sem cardiopatia orgânica, optamos por um bloqueio funcional em face da elevada frequência ventricular. Esta impressão foi confirmada 45 minutos após a administração de 0,40 de quinina, quando o electrocardiograma revelou a restauração do ritmo sinusal e uma síndrome de Wolff — Parkinson — White.

Os *bloqueios aurículo-ventriculares* de um modo geral tendem a acentuar-se pela quinidina, o que até certo ponto torna perigoso o seu emprego nestas circunstâncias.

Um problema terapêutico que surge com certa frequência é o possível perigo do *emprego simultâneo ou sucessivo da digital e da quinidina*.

Em verdade, não são raros os distúrbios de ritmo auricular ou ventricular em pacientes já digitalizados nos quais se torna necessário o emprego da quinidina. Esta prática é considerada perigosa por aqueles que verificaram, tanto clínica como experimentalmente, que a digitalização maciça predispõe aos efeitos tóxicos da quinidina, subsequentemente administrada (2). Por outro lado, descrevem-se efeitos farmacológicos opostos destas duas drogas sobre a excitabilidade e a refratariedade da fibra cardíaca. Entretanto, com as devidas cautelas para evitar as doses excessivas, diversos autores (4, 5 e 6) aconselham digitalizar os pacientes com fibrilação auricular crônica antes de serem submetidos à terapêutica pela quinidina. Justificam esta prática pelo receio de um súbito aumento da frequência ventricular sob a influência da quinidina, ao reduzir-se bruscamente o número de contracções auriculares na fase que precede o retorno ao ritmo sinusal.

VIAS DE INTRODUÇÃO E DOSES

O sulfato de quinidina é o preparado mais frequentemente utilizado, sendo facilmente absorvido pela via oral, e rapidamente eliminado pela urina. As suas normas de administração variam de um para outro autor, de acordo com as possibilidades de controle, com a susceptibilidade individual à droga e com a maior ou menor urgência de se obter o efeito desejado. Os estudos recentes, baseados na determinação da concentração de quinidina sanguínea pelo método fluorométrico de Brodie e Udenfriend (7), vieram demonstrar que uma dose única administrada por via oral tem o seu efeito máximo em 2 ou 3 horas, cessando por completo em 24 horas. Sendo assim, parecem indicados os intervalos de 2 horas entre as doses sucessivas a fim de produzir um acúmulo progressivo da droga, o que ocorre até a quinta dose, a partir da qual se estabelece um equilíbrio entre a ingestão e a eliminação. Quando o intervalo entre as doses for de 4 horas, o acúmulo da droga cessa após um prazo de 72 horas. Por outro lado, pela administração de 0,20 gr. de quinidina de 2/2 horas durante 10 horas, evidencia-se no dia imediato um teor sanguíneo que alcança 40 % do valor máximo atingido na quinta dose. Sendo assim, torna-se desnecessário aumentar as doses individuais diárias para se obter um acúmulo progressivo do medicamento no organismo.

Com base nas determinações do teor sanguíneo de quinidina recomenda Sokolow (5) as seguintes normas de administração:

a) 0,20 grs. a 0,40 grs. de 2/2 horas durante 10 horas no primeiro dia, repetindo-se no segundo e terceiro dias, quando se pode aumentar de 0,20 a dose individual, caso não tenha ocorrido a reversão ao ritmo sinusal. Na eventualidade de um insucesso após uma dose total de 3 grs. em 3 dias consecutivos, os acréscimos subsequentes dependerão da concentração sanguínea a qual não deve ultrapassar de 8 a 9 mgrs. por litro, e da ausência de manifestações tóxicas.

b) 0,20 a 0,40 grs. de quinidina, quatro vezes ao dia durante 72 horas, podendo-se em seguida, se necessário, aumentar de 0,20 a dose individual, que atinge a 0,60 grs. no sexto e 0,80 no sétimo. Com este esquema de tratamento o aumento da concentração sanguínea ocorre de modo mais lento e progressivo. Graças ao controle fluorométrico verificou-se que as manifestações tóxicas mais sérias raramente ocorrem com níveis sanguíneos de quinidina inferiores a 6 e 8 mgrs. por mil, embora se possam manifestar vômitos e diarreia com concentrações de 4 a 6 mgrs. por mil. O perigo de intoxicação é real quando as taxas sanguíneas atingem 9 a 10 mgrs. por mil. As determinações fluorométricas devem ser feitas duas horas após a última dose, sendo de notar que a restauração do ritmo sinusal verifica-se não raro durante a noite quando já se inicia a redução da concentração sanguínea de quinidina.

Com a finalidade de surpreender uma possível idiosincrasia ao alcalóide tem sido recomendada a administração de uma dose inicial de 0,20 por via oral, prática esta considerada inútil por Gold e cols. (8). Além dos métodos acima referidos, diversos outros têm sido recomendados. Dentre estes assinalamos o de Gold (8): 0,30 de 2/2 horas (somente durante o dia) até cessar a arritmia; no segundo dia dobrar a dose individual e manter o mesmo intervalo de administração. Doses maiores e mais espaçadas são recomendadas por Stewart que preconiza 0,40 de 4/4 horas, administrando-se 4 doses no primeiro dia, 5 no segundo e 6 no terceiro.

O problema das doses de manutenção tem despertado igualmente a atenção dos autores. Nos casos de fibrilação auricular paroxística, Gold recomenda 0,30, 3 vezes ao dia, até a ocorrência de uma nova crise; em seguida aumenta a dose de 0,30 por dia, e que é mantida até se repetir o paroxismo. Os acréscimos subsequentes na dose profilática de manutenção continuam, até se obter o limiar ótimo que previna totalmente os paroxismos taquicárdicos.

Segundo Sokolow (5), 90 % dos pacientes com fibrilação auricular que revertem ao ritmo sinusal pela quinidina mantiveram-se em ritmo regular com doses diárias de manutenção de 1,60 gr. (0,40 quatro vezes ao dia) sem apresentarem manifestações tóxicas durante os longos períodos do uso continuado desta medicação.

A administração parenteral de quinidina raramente é necessária, tendo em vista a eficácia da via oral. Contudo, em certos enfermos em que esta última é impraticável (estado de coma, vômitos, etc.) ou em casos de emergência torna-se necessário

recorrer à via parenteral, seja a intramuscular, seja a endovenosa. A solução de gluconato de quinidina (Lilly) a 8 % em ampolas de 10 c.c. pode ser aplicada em injeção intramuscular com intervalos de uma a duas horas na eventualidade de uma taquicardia ventricular. Quanto à injeção endovenosa, reservada para os casos de extrema urgência, utiliza-se quer o próprio sulfato de quinidina na dose de 3 grs. dissolvidas em 50 c.c. de soro fisiológico ou glicosado isotônico injectados lentamente (1 a 2 c.c. por minuto), quer o gluconato de quinidina dissolvido em 100 c.c. de soro. As injeções endovenosas devem ser evitadas sempre que possível pelo perigo de determinarem manifestações tóxicas, particularmente a hipotensão arterial e as extrassístoles ventriculares. Entretanto, constitui diarreia, vertigens, vômitos e que impõem a suspensão do medicamento.

EFEITOS TÓXICOS

Em virtude das doses elevadas de quinidina que se têm recomendado ultimamente no tratamento dos diversos tipos de arritmia, não têm sido raras as manifestações tóxicas, as quais podem ocorrer mesmo em doses terapêuticas. Dentre estas manifestações, destacam-se as comumente atribuídas ao *cinchonismo* tais como náuseas, zumbidos, diarreia, vertigens, vômitos e que impõem a suspensão do medicamento.

Mais raramente verifica-se uma verdadeira *idiosincrasia* ao medicamento, que se exterioriza por púrpura trombocitopênica, febre ou erupção cutânea. A *morte súbita* pode ocorrer por fibrilação ventricular ou assistolia cardíaca, sendo felizmente uma ocorrência extremamente rara. As *extrassístoles ventriculares*, surgindo como manifestações tóxicas da quinina, constituem uma ocorrência aparentemente paradoxal, já que esta droga é indicada no tratamento da arritmia extrassistólica. Contudo, o aparecimento de salvos de extrassístoles ventriculares é considerado como um efeito tóxico de extrema gravidade. Outro sinal de alarme, verificado somente pelo exame electrocardiográfico, é o aparecimento de distúrbios de condução intraventricular os quais devem ser encarados com reserva quando a duração de QRS ultrapassar de 25 % o seu valor inicial. Graças ao controle electrocardiográfico, pudemos surpreender a instalação de um bloqueio de ramo por acção da quinidina administrada a uma paciente com taquicardia paroxística auricular, embora não tivéssemos conseguido a restauração do ritmo sinusal. Por se tratar de uma manifestação tóxica da droga, resolvemos suspender a sua administração, tendo-se conseguido o efeito terapêutico desejado com injeção endovenosa de 4 c.c. de Digilanide.

Quanto aos *bloqueios atrioventriculares*, verifica-se um aumento do espaço de PR de 0,22 a 0,26 em 15 a 20 % dos casos após a restauração do ritmo sinusal, o que habitualmente carece de maior significação; contudo, pela possibilidade de ocorrer um bloqueio a-v total, deve-se ter uma certa cautela em prosseguir a terapêutica quinidínica nestas condições.

De um modo geral, é de boa praxe o controle electrocardiográfico de todos os pacientes submetidos a doses mais elevadas de quinidina a fim de surpreender precocemente os sinais de impregnação tóxica do miocárdio, os quais podem passar totalmente despercebidos ao exame clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — Frey, W. Ueber Vorhofflimmern beim Menschen, eine Selne Beseitigung durch uhinidim — Berlin Clin. Wchuschr — 55: 450, 1918.
- 2 — Gold, H. Quinidine in disorders of the heart — Paul B. Hoeber Inc. New York, 1947.
- 3 — White, P. D. — Heart Diseases — 3ra. edition — The Mac Millan Company, New York, 1947.
- 4 — Goldman, H. J. — Quinidine Therapy of Auricular Fibrillation — Am. Heart, J.: 40: 93, 1950.
- 5 — Sokolow, M. — The present Status of therapy of the cardiac arrhythmias with quinidine — Am. Heart J. — 42: 771, 1951.
- 6 — Mc Millan, R. L., and Welfare, C. R. — Chronic auricular fibrillation — J. A. M. A., 135: 1132, 1947.
- 7 — Brodie, B. S. e Udenfriend, S: Estimation of quinidine in human plasma with note on estimation of quinidine. J. Pharmacol & Exper. Therap. — 78: 154, 1943.
- 8 — Gold, H. — Uses and abuses of quinidine — Cornell Conferences on Therapy — Vol. II — The Mac Millan Company, New York, 1947.
- 9 — Stewart, H. — Cardiac Arrhythmias, in Cecil and Loeb — Textbook of Medicine, 8ª. Ed. — W. B. Saunders Company — Philadelphia, 1951.

(Arquivos Brasileiros de Medicina — Vol. XLII, N.ºs 7 e 8, 1952).

A heparina no tratamento das arterites dos membros inferiores

M. REMY P. CADIOT e CL. PERNOT

(Nancy)

O interesse da heparina no tratamento das arterites dos membros inferiores é diferentemente apreciado. Fabre-Gilly diz:

«No conjunto os efeitos da heparina são muito menos sensíveis nas trombozes arteriais que são mais consideradas afecções da parede arterial que nas trombozes venosas que se mostram mais sob a forma de afecções sanguíneas. Nas afecções arteriais em que as trombozes se formam secundariamente à esclerose das paredes arteriais, parece quase não ter acção». Pelo contrário, Tingaud observou que a heparina age favoravelmente sobre os surtos de trombose, fazendo retroceder os fenómenos de natureza subaguda. Parece que a utilização da heparina, particularmente por via intra-arterial, não deve ser, pelo menos na nossa opinião, de uso muito generalizado.

É esta a razão porque queremos relatar os resultados que obtivemos.

Referindo-nos ao que se conhece sobre a heparina, empregamo-la primeiramente nas manifestações arteriais de natureza aguda. Deste modo tratamos três casos de trombose aguda enxertada sobre uma arterite crónica dos membros inferiores. Em dois destes doentes obtivemos uma melhoria franca e rápida: a amputação em início julgada indispensável pôde ser evitada.

Vamos referir dois casos:

OBSERVAÇÃO I

M. L., 58 anos.

Nesta doente tinha-se instalado, rapidamente, uma gangrena maciça do pé direito, mas sem ultrapassar o tornoselo. Podia-se eliminar a natureza embólica do processo.

Sentia-se pulsar a artéria, mas o pé, de aspecto eritematoso, tornava-se arroxeadado, extremamente doloroso, espontaneamente e à pressão; estes estado complicava-se com edema difuso; o membro mostrava-se muito frio; apareceram flictenas que se estenderam progressivamente, os dedos mumificaram-se, especialmente os dois

Apesar de tudo, fez-se ensaio dum tratamento pela heparina numa amputação.

Apesar de tudo, fez-se ensaio dum tratamento para heparina endovenosa: 300 mgs., associados à heparina na artéria femural, intercalando-se com a injeção endovenosa.

Injectou-se na artéria, juntamente com penicilina e novocaína, 100 mgs., duas vezes por dia, de heparina. Muito rapidamente, produziu-se uma inversão da situação, em especial diminuição das dores, reaquecimento do pé.

Apesar de tudo, as flictenas acabam por se estenderem ainda mais, o edema aumenta, e sobretudo formam-se equimoses disseminadas sobre toda a superfície. Um de nós pensou em suspender as injeções de heparina na artéria, continuando, contudo, com a heparina geral. Desde então, a evolução pára, de maneira bastante nítida, tornando-se o pé, edemaciado, muito mais doloroso.

Decidiu-se, então, retomar a heparina, localmente. Num período de dez dias, limitaram-se as partes necrosadas, a cianose regressou, o edema diminuiu, esboçando-se a tendência à cicatrização. Persistiu somente na parte externa do pé uma pequena cratera de tecidos esfacelados.

O doente abandona o serviço depois de ter sofrido a ablação numa falangeta. Vimo-lo três meses depois num estado muito satisfatório.

Este caso que lembra em certos pontos as manifestações agudas fleboarteriais, sobre as quais insiste Audier, mas que se distingue delas pela nitidez dos sinais arteriais; sublinha já o interesse da heparina injectada perto do foco trombótico.

OBSERVAÇÃO II

M. Lan... 44 anos. Sofreu uma amputação pela coxa há 8 meses por grave doença arterial, no decurso duma provável doença de Buerger. Quando a afecção parecia relativamente estabilizada, esta doente experimenta uma dor violenta ao nível da perna que lhe restava. Esta dor localizada ao nível da barriga da perna era muito intensa quando observamos a doente. O membro estava pálido e frio. Ao nível dos dedos existiam zonas de lividez; unicamente sentimos a artéria femural. O estado geral era precário. Ao nível do coração apenas se observava taquicardia sem quaisquer anomalias dignas de menção. Instituiu-se um tratamento comportando 400 mgs. de heparina em que 200 mgs. eram injectadas de

manhã e de tarde na artéria femural, ao mesmo tempo que a novocaína e pronestyl; e ao meio-dia e meia-noite, 100 mgs. por via endovenosa.

Desde então modificou-se a evolução que era muito desfavorável, produziu-se uma melhoria rápida; o membro aqueceu novamente, as manifestações retrocederam. Em doze dias o processo arterial pareceu estar estabilizado.

Perante a eficácia notável do tratamento, alargamos as indicações primitivas e pusemos em prática a terapêutica nos casos de arterites de evolução severa ou que atingissem um grau avançado.

Entre as mais interessantes apresento mais estas duas observações:

OBSERVAÇÃO III

M. Sim..., 63 anos, apresenta desde há algumas semanas uma claudicação intermitente muito marcada com uma cor eritrocianótica dos pés.

A entrada do serviço referia: dores intensas de decúbito, ulcerações átonas ao nível do grande dedo do pé esquerdo, isquemia de elevação muito nítida.

Injectou-se 200 mgs. de heparina na artéria femural, ao mesmo tempo que se davam injeções endovenosas, o que permitiu reduzir as injeções intra-arteriais a uma por dia, a coloração tende a voltar ao normal, as dores de decúbito espaçam-se.

OBSERVAÇÃO IV

M. Za..., 50 anos, apresenta há já bastantes anos uma arterite crónica do membro inferior direito.

Há quatro meses agravou-se notavelmente o seu estado: intensificação da claudicação, os dois últimos dedos tornam-se espontaneamente dolorosos; aparecem zonas de lividez que se estendem progressivamente.

Tinham-se feito infiltrações de novocaína do simpático lombar, injeções intra-arteriais de novocaína e de amida procainica com um resultado bastante medíocre.

Com um tratamento por injeções intra-arteriais de heparina (uma injeção durante 12 dias) melhora consideravelmente e reduzem-se muito depressa as manifestações isquémicas.

Tratamos assim com sucesso uma série de doentes cuja arterite tomava uma evolução ameaçadora e se complicava de lividez dos dedos e de perturbações tróficas. Temos ensaiado este mesmo tratamento nas arterites senis, sem perturbações tróficas, mas com dores de decúbito. Os resultados que se encontraram no que diz respeito aos elementos dolorosos e às alterações tecidulares e por vezes ao índice oscilométrico, merecem, quanto a nós, serem assinalados.

1.º — INDICAÇÕES

Depois de termos tratado trombozes de natureza aguda ou subaguda que vinham na maioria dos casos complicar uma doença arterial crónica, progressivamente fomos alargando as indicações, beneficiando doentes cujo estado clínico não tinha sido modificado pelos tratamentos habituais. No conjunto, não pusemos em prática o tratamento pela heparina senão em casos de surtos evolutivos, de dores permanentes rebeldes ou em ameaça de lesões necróticas ou quando estas já estão constituídas, trombo-arterites que já chegaram a um estado bastante avançado ou quando falharam os tratamentos habituais nas formas em início.

No entanto, guardamos os métodos habituais de vaso-dilatação (por via parenteral, infiltrações lombares ou mesmo injeções intra-arteriais de novocaína, pronestyl...) aos doentes cujas perturbações são, sobretudo, espasmódicas, arterites que se manifestam somente por uma claudicação intermitente moderada, obliterações muito lentamente progressivas.

EM 1950: PROMICINA

EM 1953: ATOXIMICINA

Sinergismo de acção sem efeitos secundários

Nova associação de antibióticos:

Sulfato de dihidroestreptomicina — Sulfato de estreptomicina

Procaína penicilina G — Penicilina G potássica

Vantagens:

MAIOR EFICIENCIA

NEUROTOXICIDADE PRATICAMENTE NULA

Atoximicina

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

RECONHECIDO EFEITO TERAPÊUTICO

ADULTOS

FORTE

INFANTIL

Caixas com 1, 3 e 5 frascos

Caixa com 1 frasco

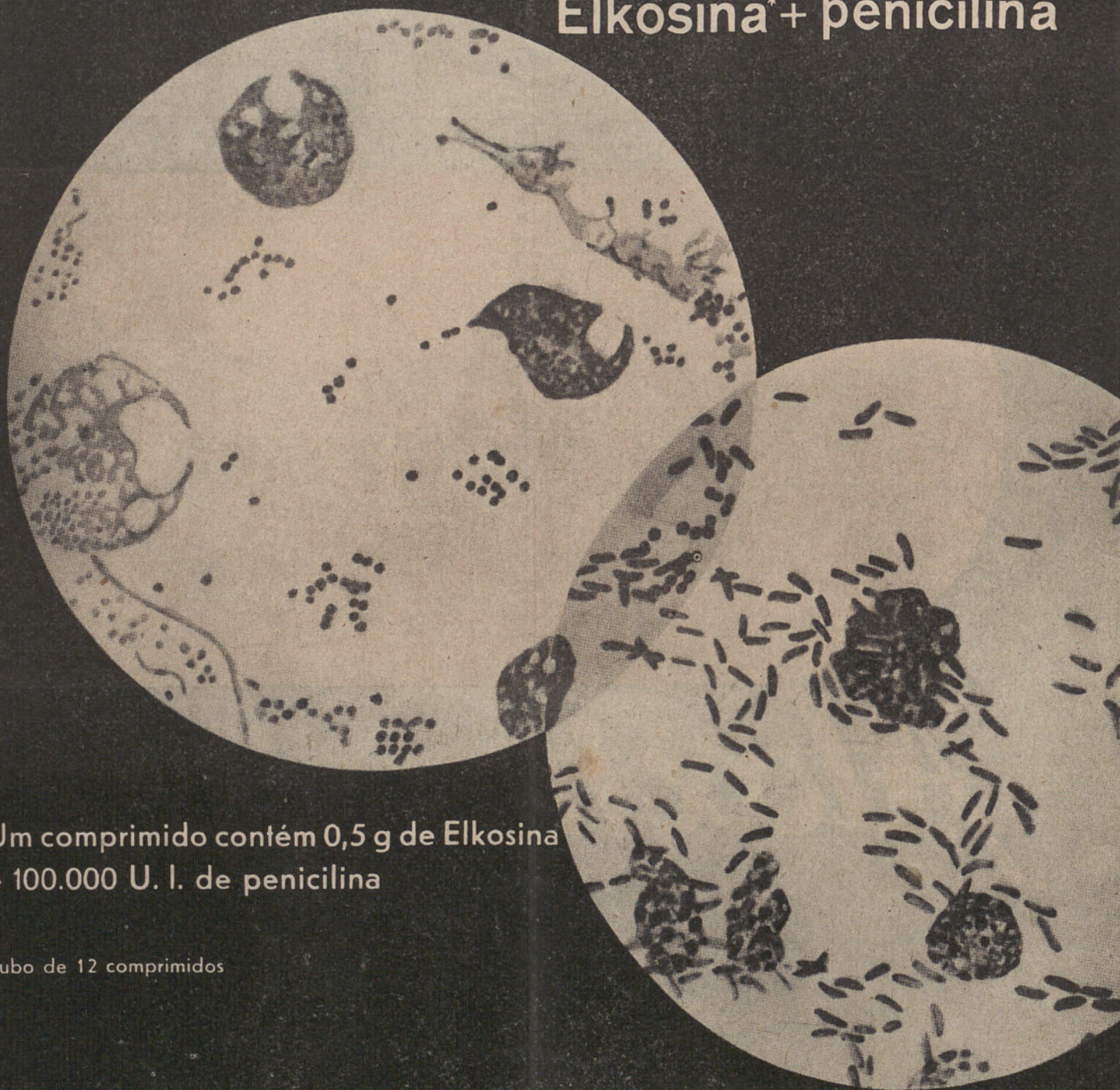
Caixas com 1 e 3 frascos

Instituto Luso-Fármaco • Lisboa

Um progresso na terapêutica pela penicilina, peroral:

Elkocilina*

Elkosina* + penicilina



Um comprimido contém 0,5 g de Elkosina
e 100.000 U. I. de penicilina

Tubo de 12 comprimidos

Produtos CIBA, Limitada – Lisboa



* Marcas Registradas

2.º — MODO DE EMPREGO

Insistimos sobre a necessidade de injeções intra-arteriais. A via endovenosa isolada parece-nos não ser de grande efeito, na maioria dos casos, qualquer que seja a dose utilizada, e mesmo que se faça uma impregnação heparínica contínua.

Nos casos agudos, preferimos alternar as injeções endovenosas e as injeções intra-arteriais de maneira a obter um fundo contínuo de heparinização.

No total uma dose de 400 a 500 mgrs. por dia, diminuimo-la progressivamente, guiando-nos essencialmente na observação clínica.

Nos casos de menor gravidade uma só injeção intra-arterial por dia, sem a associação da via venosa é o suficiente.

Uma dose de 100 mgrs. é correcta, na maioria dos casos, 8 a 12 injeções são úteis segundo os casos, repetindo em seguida, se é necessário, uma nova série.

3.º — INCONVENIENTES

Não desconhecíamos os acidentes assinalados por certos autores quando se faz a associação dum tratamento anticoagulante com infiltrações das cadeias simpáticas lombares, que são, essencialmente, hematomas da região lombar que podem ser muito importantes e conduzem-nos a uma intervenção.

Além disso, não temos praticado injeções intra-aórticas lombares em casos de obliterações altas. Porém, não temos tido acidentes de importância na região do triângulo de Scarpa, única região onde nós pusemos em prática as injeções intra-arteriais.

Dissemos que utilizávamos ao mesmo tempo a via endovenosa no começo duma heparinização contínua quando a trombose era aguda e grave.

Então, em 2 casos, produziu-se rapidamente uma infiltração sanguínea, que em um deles acabou por se estender desde que se interromperam as injeções intra-arteriais. Tornaremos a falar doutro acontecimento mas noutras doentes que foram tratadas nestas condições, sem apresentarem hematomas. Quando a via intra-arterial era utilizada como única via (em casos menos graves e praticamente os mais numerosos) o método justificado pela importância dos resultados, aparecia-nos destituído de inconvenientes sérios.

O possível aparecimento dum pequeno hematoma (o que se observa com outras injeções intra-arteriais, sem o emprego de anticoagulantes) não representa de princípio uma contra-indicação, no nosso parecer, atendendo a que o operador seja suficientemente hábil, as agulhas muito finas, sendo fácil a punção da artéria femoral. Entretanto, num dos nossos doentes que apresentava uma trombose aguda, o outro membro, considerado normal até aí, foi bruscamente sede de um síndrome de isquemia aguda. Tratava-se precisamente dum dos nossos dois casos em que a punção femoral se tornou impossível em consequência dum hematoma. Ao acidente seguiu-se a detenção das injeções intra-arteriais; o tratamento continuou-se por via endovenosa. A evolução foi fatal: espasmo arterial, choque pela heparina? extensão do processo trombosante?

É o mais provável. Seria extraordinário que a detenção da heparinoterapia local tivesse podido favorecê-la.

4.º — RESULTADOS

Dizem respeito a 18 doentes. Em 3 atingidos por trombose aguda, 2 puderam conservar o seu membro. Um deles pôde sofrer em seguida uma intervenção cirúrgica hiperemiante em condições satisfatórias.

Três trombose-arterites de evolução grave, em indivíduos idosos, não colheram resultados benéficos da heparinoterapia; isto deve-se muito provavelmente à localização particularmente desfavorável da obliteração e às condições muito defeituosas da circulação suplementar.

Um indivíduo apresentou uma melhoria muito nítida somente depois de 3 injeções de heparina, infelizmente, tendo de ser abandonado, a evolução continuou desfavoravelmente. Dois outros doentes não foram senão parcialmente e transitariamente aliviados. Mas 9 obtiveram uma regressão muito marcada das

perturbações funcionais, enquanto que se constatava um aumento de temperatura local e algumas vezes uma elevação do índice oscilométrico.

No conjunto, a acção mais evidente e mais regular é uma regressão das perturbações tróficas, regressão que nós encontraremos muito menos frequentemente pelos meios terapêuticos clássicos, com injeções intra-arteriais, bem entendido. Com a heparina, as manchas vermelhas ou violáceas esfumam-se ou desaparecem mais facilmente; feridas átonas e ulcerações mostram uma tendência mais nítida à cicatrização. Este papel trófico da heparina é apreciável nas flebasterites sem gravidade imediata, como nas arterites que atingem um estado avançado.

Os nossos doentes tinham sido submetidos previamente e por grupos, a diferentes tratamentos; entre estes, nós lembramos as infiltrações lombares de procaína, as injeções intra-arteriais de amida procaínica, *nicyl* ou mais raramente uma mistura de acetilcolina-novocaína, porque são os meios terapêuticos que utilizamos mais vulgarmente.

Na maioria dos casos, os resultados aparecem nitidamente mais marcados, mais rápidos e mais duráveis.

5.º — MODO DE ACÇÃO DA HEPARINA

Fora da acção preventiva sobre a extensão duma trombose, acção agora bem conhecida, pode-se encarar uma acção directa sobre um rombo recente? Nos trabalhos experimentais sobre a artéria carótida do coelho, Honkamen mostra que a heparina injectada num foco de trombose arterial constituído há pouco tempo é susceptível de o dissolver. Acontecerá o mesmo nas tromboses humanas quando se leva a heparina muito perto do trombo, realizando condições quase análogas às condições experimentais mencionadas?

A acção hipotrófica da heparina, o seu provável efeito preventivo sobre as alterações do endotélio arterial, o antagonismo heparina-sistema simpático, de que falam Donzelot e Kaufmann, explicam, pelo menos em parte, a sua acção muito favorável nos processos menos agudos.

Todas estas propriedades fazem da heparina, injectada por via intra-arterial directamente a montante do nível duma obliteração, um medicamento de escolha num bom número de trombo-arterites dos membros inferiores, particularmente no momento dos surtos evolutivos, nas tromboses extensas, nas trombo-arterites com ameaça de gangrena ou lesões necróticas constituídas.

RESUMO

A heparina tem sido utilizada por via intra-femural nas diferentes formas de arterite dos membros inferiores:

1.º — Nos vários casos de trombose aguda evoluindo sobre uma arterite crónica antiga. Os resultados têm sido muito favoráveis, permitindo nos dois casos evitar a amputação, em particular num doente em que todo o pé estava edemaciado e coberto de flictenas.

2.º — Nos casos de arterites severas com dores de decúbito intensas e perturbações tróficas graves eminentes ou constituídas, e nos de flebarterites com perturbações tróficas importantes. Aqui os resultados foram mais favoráveis que com os vaso-dilatadores habituais por via intra-arterial.

3.º — Nas arterites crónicas com dores de decúbito. A melhora tem sido muitas vezes mais rápida e constante que com os vaso-dilatadores. A via utilizada é a intra-arterial. Nos casos graves associa-se-lhe a heparinização contínua por via endovenosa, e a procaína e o pronestyl arteriais.

Os acidentes são raros (hematoma do triângulo de Scarpa). Um caso, a interrupção do tratamento foi seguida duma trombose aguda centro-lateral.

Certos investigadores têm notado que a heparina dissolve localmente os focos de trombose. A acção eutrófica e simpaticolítica parece ser igualmente importante.

Em conclusão, parece ser essencial o modo de introdução local.

(Trabalho da Clínica Cardiológica [Dr. L. Mathieu, Nancy] — «Presse Médicale» — 4 de Julho de 1953).

Quando poderão os antibióticos ser usados em combinações?

O aumento constante do número de antibióticos que apresentam actividade terapêutica, põe ao médico prático um problema grave: se um antibiótico é eficaz o que sucederá se empregarmos simultaneamente mais do que um? Terá o clínico o direito de associar os antibióticos sempre, poderá fazê-lo ocasionalmente, ou nunca o deverá fazer? Vamos tentar responder a este assunto, baseados na literatura médica e na nossa experiência pessoal.

Há várias situações em que o uso de combinações de antibióticos pode ser teoricamente justificado. A primeira destas situações é quando estamos em presença duma infecção mista, em que cada agente é sensível ao seu antibiótico, é o caso de várias infecções mistas frequentes tais como: peritonite devida a rutura de víscera oca, bronquiectasias, abscessos pulmonares, otites médias (desde que a membrana do tímpano esteja perfurada) e na infecção das vias urinárias. Nestas situações obtêm-se resultados favoráveis, associando antibióticos de largo espectro com um antibiótico do tipo da penicilina, que destroiem os mais virulentos microorganismos; contudo a prática clínica tem demonstrado que um único antibiótico é o suficiente para o tratamento da maior parte das infecções mistas; nos casos raros em que o antibiótico é insuficiente, deve pesquisar-se, «in vitro», a sensibilidade do agente para saber qual o antibiótico a empregar.

A segunda indicação para o emprego simultâneo de dois antibióticos, é a necessidade de diminuir a frequência das farmacoresistências. Isto é particularmente importante quando se trata da estreptomina: assim na terapêutica da infecção tuberculosa a adição do ácido paraminosalicílico à estreptomina diminui a tendência para a estreptominaresistência, o mesmo sucede quando associamos as sulfonamidas à estreptomina em determinadas infecções causadas por bactéria Gram-negativas.

A terceira hipótese para o uso destas combinações verifica-se, quando o efeito terapêutico dum único antibiótico é insuficiente, mesmo aumentando as dosagens; a este efeito favorável da associação dá-se o nome de sinergismo e pode ser perfeitamente posto em evidência no laboratório. Assim a penicilina e a estreptomina mostram uma acção sinérgica contra o *Enterococcus*; a estreptomina e a aureomicina, o cloranfenicol ou a terramicina contra as bactérias do género *Brucella*; a penicilina e a estreptomina, aureomicina ou a terramicina contra certas estirpes de estafilococos penicilinoresistentes e a bacitracina e a penicilina contra o *treponema pallidum* e os estreptococos α e β ainda certas combinações de antibióticos são eficazes «in vitro» contra determinadas estirpes Gram-negativas, mas como os resultados são duvidosos, não os incluiremos neste sumário.

Em determinadas circunstâncias, se se usarem 2 antibióticos, um pode ir interferir no efeito terapêutico do outro e prejudicá-lo; a isto dá-se o nome de antagonismo, e pode ser demonstrado em antibióticos de espectro largo como a aureomicina, cloranfenicol e a terramicina quando associados à estreptomina no tratamento de infecções causadas por estreptococos-hemolíticos, *lalebsiela* e o pneumococo; este antagonismo ainda se verifica também com a estreptomina e estes antibióticos de largo espectro em infecções causadas por estreptococos hemolíticos e *lalebsiela*s.

Naturalmente o clínico prático perguntará até que ponto é possível na clínica confirmar estas observações de laboratório. A isto poderemos responder dizendo que observações clínicas minuciosas demonstraram o sinergismo de acção dos antibióticos nas bruceloses, endocardite enterocócica e endocardite estafilocócica e antagonismos entre a penicilina e a aureomicina no tratamento da meningite pneumocócica. Nós dois (M. H. L. e H. F. D.) constatamos a muito maior percentagem de casos fatais tratados associando a penicilina à aureomicina (79%) do que tratados só com penicilina (21%); por outro lado M. H. L. e colaboradores observaram que em doentes com meningite causada por *Hemophilus influenza* tratados com associações de aureomicina, estreptomina e sulfamidas a temperatura desce mais lentamente e as anormalidades do liquor mantêm-se durante mais tempo, do que se empregarmos só aureomicina.

Alguns autores como Alen e colaboradores, baseados nas suas experiências pessoais, afirmam que o fenómeno do antago-

nismo, demonstrado por Jawetz nos ratos ocorria somente quando se injectava uma dose pequena de cada antibiótico e que isso se poderia evitar se se injectassem doses sucessivas durante vários dias. Fomos investigar o resultado da aplicação de múltiplas doses de penicilina e aureomicina em infecções pneumocócicas em ratos; ao todo fizemos 112 ensaios. Quando administramos a penicilina e a aureomicina sem olharmos às doses, observamos que a aureomicina prejudica a acção da penicilina em 21%, a melhora em 21% e não favorece nem prejudica em 55% dos casos. Quando a dose de penicilina em relação com a estreptomina for alta, a aureomicina interfere com a penicilina em $\frac{1}{3}$ dos casos e não diminui nem aumenta a acção desta nos outros $\frac{2}{3}$.

Quando a dose for moderadamente alta, a aureomicina interfere com a penicilina em 30% dos casos, aumenta os efeitos em 15% e não os afecta em 55%. Quando a dose é mais baixa a proporção de interferência é mais pequena (5,6%), pelo contrário a curva sinérgica é mais acentuada. Em 55,6% dos casos não houve qualquer interferência. Isto confirma a observação de Jawetz no rato infectado com estreptococos hemolíticos e *Klebsiela*s e tratado com doses pequenas de penicilina e aureomicina ou terramicina. Os nossos resultados estão também de acordo com os obtidos por Ahern e colaboradores, desde que as doses usadas estejam dentro dos limites que produzem sinergismo sendo estas doses o factor responsável pelo sinergismo e não o facto de os níveis de antibióticos se manterem no sangue durante 2 a 3 dias. Jawetz observou que os fenómenos de interferência eram mais evidentes quando se juntavam doses baixas de aureomicina com doses altas de penicilina e é preciso acentuar que as doses usadas nas experiências não são as mesmas que para os seres humanos.

De tudo isto que podemos concluir de carácter prático?

Nós recordamos que as sugestões dadas estão de acordo com factos conhecidos o que representam uma tentativa de esclarecimento deste assunto:

1.º) Um só antibiótico pode ser usado com eficácia em muitas infecções causadas por um único microorganismo e os antibióticos de largo espectro (aureomicina, terramicina ou cloranfenicol) podem ser usados em infecções mistas do peritoneu causadas pela rutura de víscera oca; ocasionalmente um só antibiótico pode ser usado com êxito numa infecção mista como é o caso da penicilina no abcesso pulmonar.

2.º) Em certas infecções o valor de combinação dos antibióticos ficou provado tanto no laboratório, como na clínica. Este grupo inclui a estreptomina, aureomicina, cloranfenicol ou terramicina na brucelose, penicilina e estreptomina na endocardite enterocócica e a penicilina mais a aureomicina, cloranfenicol ou terramicina em infecção estafilocócica grave, em que o organismo é resistente aos antibióticos isoladamente. Nestes casos o resultado das combinações é brilhante.

3.º) Se a infecção não pertence a nenhum dos tipos anteriores, então podemos estudar, in vitro, a combinação de antibióticos mais sinérgica e empregá-la posteriormente desde que o estado do doente permita estas demoras.

4.º) Jawetz dividiu os antibióticos em 2 grupos. No grupo 1.º colocou os que são essencialmente bactericidas: a penicilina, estreptomina, bacitracina e a neomicina. No grupo 2.º os que são essencialmente bacteriostáticos tais como a aureomicina, cloranfenicol e a terramicina. Se não há tempo num dado caso, para se fazer um estudo sobre a sensibilidade «in vitro», podemos usar 2 antibióticos do grupo 1.º, desde que cada um deles seja por si só eficaz contra o microorganismo; se isto não for possível então devemos associar um antibiótico do grupo 1.º a um do grupo 2.º. Esta associação deve ser feita de maneira a encontrar a dose óptima de cada antibiótico contra o microorganismo.

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

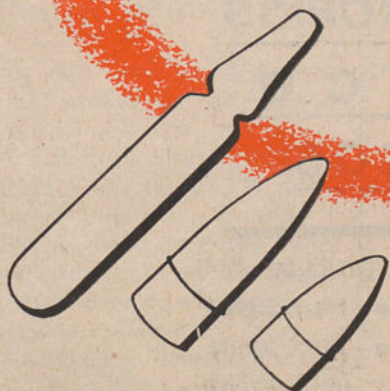
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



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 ₂ (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 (Em Miligrs.)		SAIS MINERAIS (Em Miligrs.)	
Vitamina B ₁	1,5	Pirofosfato de ferro	30
Vitamina B ₂	1,5	Sulfato de cobre	1
Vitamina B ₆	0,1	Hipofosfito de Manganésio	3
Vitamina B ₁₂	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 — MASSAMA-QUELUZ — Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE — Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º — Lisboa — Telef. 24873
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

HÁ CINQUENTA ANOS

Vamos dar aos nossos leitores, em secção nova, uma ideia do que se passava na Medicina Portuguesa de há cinquenta anos.

Para tal, pensámos que era útil ir aos arquivos e bibliotecas reler o que se encontra nos jornais e revistas da época e o que se passava nas Sociedades Científicas existentes.

Pedimos ao sr. Ramiro Barros e Silva, conservador da Biblioteca da Faculdade de Medicina de Lisboa, que procedesse a este trabalho.

Veremos o interesse que tinha o movimento médico da época através dos resumos e recortes, que, mês a mês, iremos apresentando e que correspondem, tanto quanto possível, ao mesmo mês do ano de 1903.

Estamos certos de que terá interesse a secção. O esforço brilhante de antanho, que algumas infantilidades — para nós senhores de outros conhecimentos — não ofuscam, levará a termos mais respeito pela Medicina passada e por tanta glória da nossa Medicina, na maioria já falecida mas em que um ou outro clínico, felizmente, ainda vive e recordará com saudades esse tempo.

Em 1903, publicavam-se, em Portugal, cinco periódicos de medicina: «Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa», «A Medicina Contemporânea», «A Medicina Moderna», «Movimento Médico» e «Boletim do Hospital de S. José e Anexos».

É dessas publicações que respigamos algumas notas sobre os trabalhos médicos, então vindos a lume — como singela contribuição para o estudo da evolução da medicina em Portugal.

Existiam, nessa altura, duas Sociedades, a Academia Real das Ciências e a Sociedade das Ciências Médicas.

NA ACADEMIA REAL DAS CIÊNCIAS

À Academia apresentou Gama Pinto uma comunicação sobre «enxertos em oftalmologia», em que empregou a parafina como meio proteico; e referiu-se ao tratamento cirúrgico do pterygion, descrevendo o processo usado no Instituto Oftalmológico; e deu conta de doentes, em que se verificaram os bons resultados alcançados com os enxertos na córnea. Silva Amado relatou casos da sua clínica médico-legal: «Endurecimento do ápice do pulmão direito excavado no seu centro por uma caverna», «Abscesso pulmonar abrangendo um lobo inteiro do pulmão direito» e «Morte súbita num abscesso do cérebro, em que se encontrou o 4.º ventrículo com pus».

SESSÕES DA SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS

Na Sociedade das Ciências Médicas houve apenas seis sessões no primeiro semestre do referido ano, com comunicações do Prof. Sabino Coelho, o qual, no artigo que abria o volume LXVII do jornal, começava por declarar: «a cura radical do cancro do útero está fora da alçada cirúrgica», proposição que, então, sustentava. E publicou mais: «Patogenia, do prolapso uterino», «Cálculos vesico-vaginais», «As ostras e a febre tifóide em Portugal», «Metrorragia palustre», «Choque histero-sub-púbico», «Fosforismo — Uma teoria», «Salpingo-ovarites e gordura abdominal».

Melo Breyner comunicou alguns ca-

sos de tratamento da sífilis pelo cacodilato de mercúrio, todos com bons resultados.

Henrique Bastos insurgiu-se contra a afirmação de se fazerem uretroscopias em Lisboa apenas há três anos, quando tinha conhecimento de que, já em 1891, A. Furtado as usava, assim como Sousa Lopes, Virgílio Machado, J. M. Ribeiro e Eusébio Leão, e relatou um caso seu.

Bettencourt Rodrigues fez uma comunicação sobre tratamento da febre amarela pelas injeções de soro anti-ofídico, assunto que foi discutido por Bettencourt Ferreira.

«Soro leucotóxico e raiva» foi o assunto de uma notável comunicação de Carlos França.

Emília Patacho colaborou com duas comunicações — «Abstenção de irrigações em certas vaginites» e «Um caso de kaurosis da vulva».

Numa das sessões, Bombarda, nosso delegado ao Congresso Internacional de Medicina de Madrid, referiu-se à forma brilhante por que a medicina portuguesa nele se fez representar, tomando parte alguns dos nossos congressistas na discussão de todos os assuntos apresentados, «o que para nós era um facto de superior importância — disse — porque demonstrou não só as nossas qualidades de inteligência como de estudo».

No referido congresso foram feitas as seguintes comunicações: «Tratamento do prurido», por Zeferino Falcão; «A assistência aos alienados criminosos sob o ponto de vista legislativo», por Júlio de Matos; «Evolução das ideias delirantes

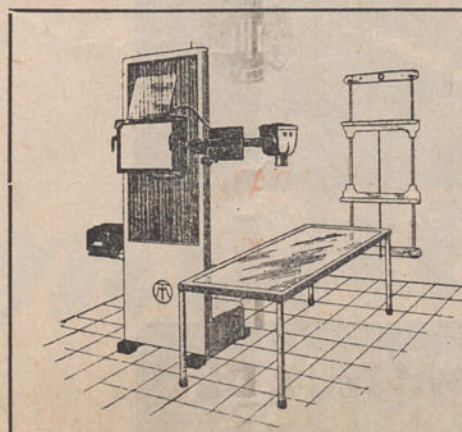
em alguns casos de melancolia crónica de forma ansiosa», por Magalhães Lemos; «Tratamento da sífilis pelo cacodilato iodo-hidrgárico», por Melo Breyner; «Anestesia cirúrgica pela cocaïnização intra-aracnoidea», por Costa Alemão; «Distócia do colo—Rasgadura espontânea do segmento vaginal do colo», por Daniel de Matos; «Notas sobre os estados mórbidos etiquetados «neurastenia», por José de Magalhães; «Serviço de saúde em campanha», por Manuel Gião; «Emprego das correntes de alta frequência no tratamento da escrófula ganglionar não supurada», por Arantes Pereira; «Tratamento higiénico e medicamentoso da tuberculose pulmonar», por Leite de Faria; «Tratamento post-operatório das fistulas vesico-vaginais e recto-vaginais», por Júlio Franchini.

Alguns destes trabalhos, insertos no Jornal da Sociedade, foram também publicados na «Medicina Contemporânea».

A Sociedade realizou um Curso de Aperfeiçoamento para Médicos e publicou também um folheto com instruções populares para a profilaxia da malária, intitulado «Contra as sezões».

«A MEDICINA CONTEMPORÂNEA»

Na «Medicina Contemporânea», escassos foram os artigos que mereceram figurar na secção de «Trabalhos originais» (apenas 8 em 26 números — os de Sabino Coelho, e um de Bernardino Roque, «Contribuição para o estudo da



10 NOVOS MODELOS

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

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.

A maior organização de Raios X em Portugal

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

malária e dos mosquitos de Angola», trabalho experimental que foi muito apreciado. Cardoso Pereira expôs, num artigo, os progressos da histologia em 1902, em cuja bibliografia citou alguns trabalhos estrangeiros, mas nenhum português. Azevedo Neves estudou o método de Finsen.

Sabino Coelho convidou os médicos que, entre nós, trabalhavam com os Raios Roentgen, a ensaiarem a aplicação dos tubos na cancerose do colo do útero. Na discussão deste assunto, referiu-se Azevedo Neves às dificuldades que acompanham o diagnóstico dos cancros, principalmente os uterinos.

Melo Breyner apontou o valor do cacodilato iodohidrátrico no tratamento da sífilis, o qual, disse, não vem substituir e suplantiar outras fórmulas de administrar o mercúrio. E declarou que «dá e continuará a dar as pilulas de protoiodeto de mercúrio, que tanto bem tem visto fazer em quem tenha estômago para as aguentar; o licor de van Swieten, o xarope de Gibert, «as heróicas e nunca assaz gabadas fricções com pomada mercurial, que alguns doentes têm de abandonar por não terem pele capaz para as aguentar». E referiu-se ainda às injeções intra-musculares dos sais de mercúrio, prestando homenagem aos calomelanos.

«MEDICINA MODERNA», DO PORTO

Na «Medicina Moderna», jornal que se publicava no Porto, insurge-se Cardia

Pires contra a onda de novos remédios que os laboratórios lançam no mercado, dos quais poucos vingam e refere-se aos que estudou: a adrenalina, os cacodilatos, a dionina, a epicarina, etc.

Ferreira de Castro ocupa-se do tratamento da influenza de forma atenuada e Cândido da Cruz defende a deontologia médica e impõe os deveres da camaradagem. O tratamento da otite média purulenta aguda é estudado por Valadares, médico de Lisboa. Carteador Mena estuda o diagnóstico da difteria na clínica e Martins da Silva refere um caso de cirurgia do intestino.

NO «MOVIMENTO MÉDICO», DE COIMBRA

Em Coimbra, havia o «Movimento Médico», que inseriu um trabalho feito no Laboratório de micro-biologia e química biológica da Universidade, firmado por Charles Lepierre, subordinado ao título «Subsídio para o estudo do meningococo» e um outro da aluna do 4.º ano, Domitília de Carvalho, sobre «Flora do tegumento piloso» e ainda outro do estudante, Eurico Lisboa, em que foram estudados os pigmentos urinários; uma crítica do Prof. Sousa Refoios à reforma do ensino de farmácia; um estudo sobre o leite, do Prof. Serras e Silva; «Efeitos do vanadato de sódio sobre a nutrição, de Couto Jardim, também estudante; «Anestesia cirúrgica pela cocainização infra-aracnoideia», nota do Prof. Costa Alemão; «A difusão das infecções pelo ar», do Prof. Serras e Silva; «A técnica histológica e

as teorias da osteogénese», do, também estudante, Aurélio da Costa Ferreira.

«BOLETIM DO HOSPITAL DE S. JOSÉ»

No «Boletim do Hospital de S. José e Anexos», penitencia-se Archer e Silva de não acreditar, ao defender a sua tese sobre raios Roentgen, na sua acção terapêutica, pois os trabalhos a que procedeu, mais tarde, provaram-lhe até a evidência no erro em que laborava; e relata cinco casos clínicos felizes.

Camilo Dionísio Álvares insere a comunicação que fizera à Sociedade das Ciências Médicas sobre «Método inoscópico», destinado a facilitar a pesquisa dos microorganismos, em particular do b. de Koch, «existentes nos humores».

O Prof. Azevedo Neves dá-nos «O método de Finsen para o tratamento do lúpus»; Carlos França publica o seu relatório sobre «Meningite cérebro-espinal epidémica».

*

Como se verifica pelos artigos que mencionamos, raros eram, no primeiro semestre de 1903, os trabalhos de investigação científica, predominando, porém, os relatos de casos clínicos.

(Continua)

BARROS E SILVA

Rumatismo

Artritis

Dores musculares

Pleurodinias

etc.

- GRANDE PODER DE PENETRAÇÃO
- ALÍVIO RÁPIDO DA DOR
- DESCONGESTIONAMENTO PROGRESSIVO
- ACÇÃO DIRECTA NA ZONA DOLOROSA
- PRODUÇÃO DE ÁCIDO SALICÍLICO "NASCENTE"



*Crema anti-reumático
analgésico e antiflogístico de
Salicilato de Dietilamina.*

UM PRODUTO

Davi

TOTALMENTE
NOVO
E ORIGINAL

Prof. Costa Sacadura

No dia 25 de Junho, no Solar do Velho Porto, o Prof. Costa Sacadura ofereceu um «Porto de Honra» aos médicos que concluíram o curso em 1942, data em que aquele catedrático deu a sua última lição e que, na sua última reunião anual, homenagearam o seu antigo mestre com um jantar em Queluz.

Compareceram numerosos antigos alunos, entre os quais muitas senhoras, o que deu pretexto ao Prof. Costa Sacadura para iniciar a reunião com evocação de episódios ocorridos com as médicas, tendo prometido realizar uma conferência sobre o assunto. Agradeceu, em seguida, a homenagem que lhe prestaram aqueles seus antigos alunos.

Responderam, a saudá-lo, em nome de todos, os Drs. Pimentel Barata e Rocha da Silva. Aquele catedrático foi proclamado «condiscípulo honorário» do curso de 1942. E foi resolvido realizar-se, com ele, anualmente, um jantar de confraternização. Por convite do Prof. Costa Sacadura, a primeira dessas reuniões realiza-se na Abrunhosa, no primeiro sábado do mês de Novembro próximo.

No final, o Prof. Costa Sacadura ofereceu, a todos os presentes, os trabalhos que publicou, entre os quais o folheto que insere a sua última lição, dada em 11 de Maio de 1942.

UM NOVO PROGRESSO NA PENICILINATERAPIA

Associação de

N, N' - dibenziletilenadamina dipenicilina G (Dibencilina)

Penicilina G potássica e Procaína - penicilina G

TRÊS FORMAS DE PENICILINA COM VELOCIDADES DE ABSORÇÃO DIFERENTES



ACÇÃO INICIAL DA PENICILINA POTÁSSICA (4 horas)

ACÇÃO PRÓXIMA DA PROCAÍNA-PENICILINA-G (12 a 14 horas)

ACÇÃO MUITO PROLONGADA DA «DIBENCILINA» (até 14 dias)

Dibencilina. P

INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA

PROFESSOR PEDRO ANTÓNIO BETTENCOURT RAPOSO

UMA SESSÃO COMEMORATIVA DO SEU CENTENÁRIO

Comemorando o centenário do nascimento do Prof. Dr. Pedro António Bettencourt Raposo, em 14 de Maio de 1853, realizou-se, em Bucelas, localidade onde viveu 23 anos, uma sessão de homenagem à memória daquele médico, que foi professor da velha Escola Médico-



PROF. PEDRO A. BETTENCOURT RAPOSO

-Cirúrgica e da Faculdade de Medicina de Lisboa, médico e cirurgião dos Hospitais Cívicos e membro do Conselho Médico-Legal. Assistiram ao acto, entre outros os professores Drs. Henrique de Vilhena, Barbosa Soeiro, Jorge da Silva Horta e, entre alguns médicos, os Drs. Henrique Barbosa de Albuquerque, Adriano Burquette e Cordeiro Lobato.

UMA ALOCUÇÃO DO PROF. JORGE DA SILVA HORTA

Em nome do conselho da Faculdade de Lisboa, fez o elogio daquele Mestre o Prof. Dr. Jorge da Silva Horta que, depois de dizer que, após o estudo que o Prof. Henrique de Vilhena fizera sobre a vida e a obra científica de Bettencourt Raposo, nada sobrava para investigar a seu respeito, pois que o seu canivete de anatomista dissecara tudo, trazendo à luz, num belo estudo, toda essa vida e toda essa obra.

Não foi o homenageado—afirmou—um cientista como nós compreendemos hoje um cientista, pois nunca poderia adaptar-se ao trabalho de equipe. Gostava de raciocinar sozinho, liberto das ideias dos outros, servindo-lhe essas ideias para as combater com um poder de raciocínio raramente igualável. Então, saía à estucada, com ímpeto de batalhador, servindo-se da sua vasta cultura, da sua inteligência e da sua argúcia. Raros homens do seu tempo o igualaram.

«Quando o lemos—disse—quando lemos, por seu turno, o que sobre ele se escreveu, quando os seus antigos disci-

pulos, hoje, já não moços, nos contam episódios da sua vida, ficamos perplexos com as suas múltiplas facetas».

Referiu-se, em seguida, à sua acção na Escola Médica de Lisboa e depois na Faculdade de Medicina, percorrendo perante os alunos sobre as matérias versadas, naquela maneira tão ao seu jeito, descobrindo em tudo—como diz o professor Vilhena—matéria para raciocinar, perdendo-se, por vezes, até na própria penetração e subtilidade. Viu-o através das polémicas que teve na Sociedade das Ciências Médicas, no Jornal desta e na *Medicina contemporânea*. Aí escolheu adversários de rija tempera, os maiores

do seu tempo, como Serrano e Bombarda.

A sua produção literária e científica é extremamente rica; como prosador desde o «Tentando as asas», de 1888, como poeta, com as quadras dos últimos anos da vida, já com 84. Basta lembrar que escreveu 5.704 quadras, algumas de alta inspiração. Das suas mãos de entalhador, saíram peças de fino gosto, do seu lápis de artista, saíram caricaturas, cheias de espírito e profundidade. Da sua infância, passada na lezíria, e do contacto com o próprio pai, que era picador, trouxe o gosto pela equitação, pelas toiradas e ferras. Era amante dos desportos, da educação física. Conhecia, como poucos, as coisas do campo, das aves, dos insectos, servindo-se, muitas vezes, dessas coisas simples para tornar claras aos olhos dos outros as suas ideias científicas, as suas doutrinas.

«E este homem—afirmou o Prof. Jorge Horta—que foi um escritor, um poeta, um entalhador, um caricaturista, um amante dos desportos e da festa brava—foi um sapiente professor da minha Faculdade. Os alunos acorriam às suas aulas bem mais para se extasiarem perante a alta cultura do Mestre que para aprender. Aquela maneira de pôr os assuntos, de discorrer sobre eles, de divagar, de expor uma doutrina que logo destruía, de construir outra, de discorrer, de enovelar e desenovelar os assuntos, não era propícia à atenção dos alunos».

E mais adiante: «As lições de Raposo, contrariamente às de Sousa Martins, eram, segundo se dizia, uma patologia vaga, a que os alunos chamavam *patologia no espaço*. O Mestre entendeu sempre que seria mais útil para os alunos, em determinada altura do curso, *ensiná-los a pensar*—ou talvez, como diz o Prof. Vilhena, instigá-los a pensar—que dar-lhes as bases necessárias para a compreensão dos assuntos a versar nos outros anos. Essas noções encontravam eles nos livros da época».

«Em toda a sua obra, sobressai sempre ele, como o foi a vida inteira, completamente igual a si próprio. Nunca conseguiu modificar-se e julgo que nunca o tentou fazer. O traço mais dominante de Raposo era a sua independência mental, da qual era muito cioso».

Nunca aproveitou conceitos dos outros—afirmou o Prof. Horta—e logicamente era bastante cioso da prioridade dos seus. E, neste ponto, foi um antecipador, sem dúvida, mas que soube sempre pugnar com toda aquela braveza que lhe conheceram pela primazia daquilo que considerava seu. Assim foi o caso do sentido da orientação no espaço e as funções desempenhadas neste ponto pelos canais semi-circulares (conceito atribuído a Cyon) e o sentido das altitudes, atribuído a Bonnier, quando, muitos anos antes, já estava exposto num trabalho de Raposo.

Foi um cirurgião de primeiro plano, dos primeiros no mundo que praticaram a osteossíntese; e fez, frequentes vezes, laminectomias até com instrumentos de

VITAMINAS

A+D
AQUOSA

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

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

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

Frasco de 10 cc

Caixa de 1 ampola bebível (3 cc)



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

sua invenção. As suas histórias clínicas são perfeitas. A descrição das lesões é feita com toda a minúcia.

E declarou: «Teve para mim um interesse especial, agora fora de clínica, a sua descrição de um fígado de autópsia. Essa descrição é tão perfeita que não duvidamos, a 70 anos de distância, de afirmar que se tratava de uma goma sifilítica».

Disse o Prof. Horta que algumas vezes tem pensado que, se não fosse o decreto de 1895, outro teria sido o rumo científico da vida do prof. Raposo. Talvez tivesse sido um dos primeiros cirurgiões do seu tempo. E relatou que, nos fins de 1894, a administração dos Hospitais enviara aos seus médicos uma circular em que exigia a assinatura do ponto sob pena de desconto nos ordenados. Dias depois, publicou Raposo, na *Medicina contemporânea*, o ofício que enviara ao enfermeiro-mór, reclamando contra o conteúdo da referida circular, em termos agrestes, a seu jeito, expondo razões de grande peso e apontando immoralidades que campeavam então. Não gostaram disto os poderes públicos e a sua demissão dos Hospitais aparece, pouco depois. Quinze anos decorridos, proclamada a República, tendo-lhe sido proposta a reintegração no seu cargo, regeita-a, porque, se a «acesse, facilmente, se atribuiria então a do seu caso a intuições de galardoar serviços à causa republicana e daí adviria a forma de haver assentido na recompensa».

E transmite as suas palavras: «De novo me adviria a forma de haver assentido na recompensa».

Ei-lo então sem um serviço hospitalar, sem uma actividade oficialmente de aplicação imediata. E o seu feitio, tão avesso às coisas positivas, fica liberto no mundo das controvérsias e da polémica.

Após a sua demissão, passou a ter actividade de importância nos assuntos de Medicina legal. Os seus pareceres do Conselho Médico-Legal são primorosos e tudo o que escreveu, além de ter interferido directamente no ajuizar dos processos em curso, constitui matéria de ponderação que poderia e devia ter modificado certas passagens dos códigos.

Terminou o Prof. Jorge Horta a sua alocução agradecendo, em nome da Faculdade, ao organizador daquela homenagem, ao povo de Bucelas, que com tanto amor acolheu Raposo e em especial aos amigos e amigas — cuja memória, de uma delas, recordou — que tanto o acarinharam nos últimos anos da sua vida e que foram para ele a luz dos olhos que já não viam.

Na sessão, onde estavam representadas as entidades oficiais e trabalhadoras de terra, os alunos da escola primária e os bombeiros voluntários, usaram também da palavra o Dr. Henrique Barbas de Albuquerque, subdelegado de Saúde, o vice-presidente da Câmara de Loures e Júlio Camilo Alves, os quais proferiram discursos sobre o Prof. Bettencourt Raposo.

Na casa onde morreu foi colocada uma lápida evocativa. E o seu nome foi dado a uma rua da localidade.

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Sob a presidência do Prof. Xavier Morato, realizou-se no dia 28 de Junho, na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, a assembleia geral para a eleição dos corpos gerentes.

Antes da «ordem da noite» e depois de lida e aprovada a acta da sessão anterior, o Dr. Munhoz Braga prestou homenagem ao trabalho da direcção cessante e pediu para que a que fosse eleita procurasse pôr termo à dispersão de sociedades médicas, cerca de vinte, algumas das quais sem número legal para a constituição dos corpos gerentes. O Prof. Costa Sacadura informou que, desde 1923, tem tentado resolver o assunto, tendo o Prof. Xavier Morato manifestado a opinião de que o caso pode ser solucionado com a boa vontade de todos.

Procedeu-se, depois, à eleição dos corpos gerentes, que teve o seguinte resultado:

Direcção — Presidente, Manuel João Xavier Morato; vice-presidente, Adelino

da Costa Padesca; secretário-geral adjunto, José Andresen Leitão; secretários, Joaquim Martins e Carlos Pessoa Elias da Costa; bibliotecário-arquivista, Alberto Gomes.

Comissão de admissão — Alexandre Cancela de Abreu, Eugénio Mac-Bride e Leonardo Castro Freire.

Comissão de redacção — Carlos Salazar de Sousa, Fernando Pinto Coelho, Henrique Barahona Fernandes e Joaquim Moreira Fontes.

Comissão revisora de contas — Cristiano Nina, Fernando da Silva Correia e Fortunato Levy.

O Prof. Costa Sacadura, secretário perpétuo, felicitou o Prof. Xavier Morato. Este agradeceu a prova de consideração manifestada e prometeu dedicar à Sociedade o melhor do seu esforço.

Seguidamente, foram votados os júris para a atribuição dos prémios do «Laboratório Sanitas».

E.

PARA UMA ACÇÃO ENZIMÁTICA REALMENTE POLIVALENTE...

Pantozyme

WANDER

PREPARAÇÃO CONTENDO LIPASE, AMILASE, PROTEASE, CELULASE, PEPSINA — TODOS OS ENZIMAS PANCREÁTICOS SOB UMA FORMA MUITO ACTIVA

UM PROCESSO ESPECIAL ASSEGURA A PLENA EFICÁCIA DOS FERMENTOS QUE ACTUAM EM MEIO ÁCIDO E EM MEIO ALCALINO

PARTICULARMENTE INDICADO NAS ENTERO-COLITES CRÓNICAS, DIARREIAS GASTROGÉNICAS, EXCESSOS ALIMENTARES, INSUFICIÊNCIA DIGESTIVA AGUDA OU CRÓNICA, METEORISMO, ETC.



APRESENTADO EM FRASCOS COM 30 DRÁGEAS

AO PROFESSOR MANUEL ANTÓNIO MOREIRA JÚNIOR

No dia 30 de Maio último, realizou-se no Instituto de Gerontologia uma sessão de homenagem à memória do Prof. Moreira Júnior, no decorrer da qual usaram da palavra os seus últimos colaboradores na Faculdade de Medicina de Lisboa, os Profs. Costa Sacadura, Freitas Simões e Pedro da Cunha e Dr. Brás Nogueira. Publicamos a seguir, na íntegra, o discurso do Prof. Freitas Simões.

Aqui estou, venerando Mestre e queridíssimo amigo.

E como poderia ser eu não estar onde e quando se pretende evocar a memória de Alguém a quem eu devo a escolha da profissão que, embora desluzidamente, com amor e nobreza tenho procurado servir.

Convidado pelo Prof. Costa Sacadura a falar nesta sessão sobre o Prof. Moreira Júnior, gostosamente acedi a tão amável convite, pois é muito grato ao meu coração, agora e sempre, recordar e fazer recordar a figura do meu tão querido Mestre, exaltando a sua saudosíssima memória.

A lembrança do meu nome para orador desta homenagem advem certamente da feliz circunstância de eu ter tido a honra de ter sido seu discípulo dileto e modestíssimo colaborador durante cerca de trinta anos.

Se este facto, tendo dado aso a longuíssima convivência com o inclito Professor me colocou por isso mesmo, em boa posição para bem O ter conhecido e melhor ter podido apreciar as suas raras qualidades, também me impõe o dever de aqui estar falando dele.

Deram-me para isso dez minutos apenas.

É indiscutivelmente muito pouco tempo para nos ocupar-mos, mesmo em brevíssima síntese, de Alguém que viveu mais de 80 anos, 70 dos quais foram intensissimamente vividos.

A biografia do Prof. Moreira Júnior não é coisa que possa fazer-se em tão pouco tempo, dado que não só foi, felizmente, longa a sua vida, como disse, mas também foram múltiplas e até díspares por ventura, as actividades em que a ocupou, tornando assim variados os aspectos sob que podemos encarar a sua inolvidável figura.

Desde e principalmente o clínico abalizado que foi, a ponto de raros no seu tempo terem gozado em Lisboa de tanto renome e popularidade — a designação por que era conhecido de «Dr. Moreirinha» bem o atesta, até Ministro já da Marinha e Ultramar, já das Obras Públicas que também foi e onde deixou vestígios assinalados da sua passagem, podemos encontrar o orador fluente e finíssimo artista da palavra; o ardoroso parlamentar que soube ser vencedor de muitos dos gigantes da tribuna que ao tempo eram ornamento da Câmara dos Deputados, Câmara em cujos debates Ele tanto se notabilizou, demonstrando quanto eram elevados os seus recursos de dialéctica quando postos à prova contra qualquer argumentador por mais dextro que este fosse, não se mostrando nunca atrazado na réplica nem macio no remoço.

A posição elevadíssima que ocupou

nos meios comercial, industrial e financeiro do País revelam mais uma faceta das suas raras qualidades.

Também nele vamos encontrar o Académico eminente que com tanto lustre ocupou a Cadeira da Presidência da



PROF. MOREIRA JÚNIOR

Academia das Ciências, onde como sempre mostrou o fulgurante brilho do seu talento e o cirurgião dos H. C. L. que o foi dos mais solícitos e prestimosos. Finalmente o Professor. E com que saudade sob este aspecto eu O recordo, parecendo-me ainda ouvir nas aulas a exposição clara do Mestre querido, umas vezes cheia de gravidade, outras, pelo contrário, toda leveza e até ironia. A modulação da sua voz abrangendo e percorrendo todas as graduações da gama, atingiam os mais variados timbres, particularidade esta que chamava, fixando-a, a atenção dos ouvintes.

Parece que ainda ouço um «MAS» dito em tom de aguda estridência, que de vez em quando parecia sair desafinado no meio da exposição de um qualquer assunto, que o entusiasmo por ele, tornara quente. Pois bem, todos estes talentos que sejam outros a celebrar, que, eu para mim, não quero mais do que exaltar, agradecido, as altíssimas qualidades do seu coração e que faziam d'Ele, pequeno no corpo um gigante na Amizade.

Não posso neste momento calar o muito que lhe devo, ocultando em mim, ainda que no coração, o sentimento de dorida saudade e doce gratidão que da minha alma transborda.

*

Foi nos meus primeiros anos de meninice que a influência do Dr. Moreira

começou a fazer-se sentir, por bem, no meu destino e posto que mais de meio século seja passado, guardo dessa influência indelével gratidão.

Desde muito menino que O admirava e via os meus terem por Ele a maior consideração e estima.

A carreira médica escolhi-a quando ainda criança, em idade em que os desejos são uma razão de momento quem os inspira, e, quando a ideia do futuro é de todo inexistente.

Quando em pequeno me perguntavam o que queria eu ser quando fosse homem, a resposta era só uma e sempre a mesma:

«Quero ser como o Dr. Moreira». Isto é, não era ser médico o que eu ambicionava, era só, e não adivinhava então a grandeza deste só, ser o «Dr. Moreira».

Na verdade não era nem o talento nem o saber do médico de minha casa, e, ainda menos a nobreza da profissão, aquilo que fazia de mim, criança pequena, um seu grande admirador e me despertava desejos de vir a ser alguém como Ele.

Era como já disse bastante criança para me aperceber e dar valor a tão altos predicados.

Aquilo que nele mais me deslumbrava e causava talvez invejosa admiração, era a... carruagem.

O vê-lo chegar a minha casa de trém e uma vez ou outra sair com Ele em pequenas voltas, era um deslumbramento.

Isto é, foi o trém do Dr. Moreira que fez de mim um médico.

E que outra coisa poderia ter sido a causa da escolha, se escolha se pode chamar, de uma profissão em idade tão juvenil?

Vocação? Temperamento? De modo algum. Nem uma coisa nem outra se sente ou sabe o que seja quando se é criança.

É necessário um motivo da ordem das coisas visíveis, palpáveis e até barulhentas por vezes, para lhes chamar a atenção e despertar um... apetite.

Cresci, fui médico, tive o ambicionado trém, passaram muitos anos, tive larga clínica, ocupo na minha Faculdade justamente a Cátedra que Ele com desusado brilho ocupou, mas não passei de ser, infelizmente, mais do que uma pálida imitação do «Dr. Moreira».

Comigo cresceu, amadureceu e envelheceu o triplo sentimento de respeito, admiração e gratidão: grande respeito pela nobreza do seu carácter, profunda admiração pelo seu raro talento, gratidão imensa pelo muito que dele recebi em salutares palavras de ensinamento, de animação ou de consolo.

São valores inestimáveis as raras

e perenes lições de nobreza pessoal e profissional que dele naturalmente emanaram durante a sua carreira médica, tão exemplar quanto dilatada, e acima de tudo do seu elevado sentimento do decoro profissional com que tanto honrou a classe médica portuguesa.

Ficou por certo na memória de todos, especialmente os mais novos do que Ele, e que tiveram a honra de alguma vez se encontrarem com o querido Mestre, em conferência clínica por exemplo, a forma delicada, correcta e até elegante como Ele, mesmo quando de opinião diferente, travava o jovem médico, procurando conseguindo sempre, deixá-lo em boa posição perante o doente e família.

Meus Senhores, se para mim foi tão agradável quanto benéfico, durante toda a minha carreira clínica e docente, desde os primeiros passos dados nela, receber do meu querido Mestre — O Prof. Moreira Júnior — tantas provas de distinção, tão prestimosos conselhos e relevantes favores, é também justo que eu tenha vindo em sessão de homenagem à sua memória, trazer a expressão da minha desinteressada gratidão e da minha profunda saudade.

Nunca fui dado a lisonjas. Muita vez tenho deixado de dizer coisas justas e pertinentes, só pelo temor de que quanto pudesse ter dito fosse tomado à conta de lisonja.

Agora não há que pensar em tal.

Falei de Alguém infelizmente já morto.

Abri o meu coração; pena foi que a pobreza das minhas palavras tenha mostrado diminuída a imensidade da minha gratidão e dado aspectos de pequenez à minha grande saudade.

Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria

Reuniu-se no dia 30 de Junho no Hospital Miguel Bombarda, para encerramento do ano de trabalhos, a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, tendo presidido o Prof. Barahona Fernandes.

O secretário geral da Sociedade, Prof. Almeida Lima, leu o seu relatório acerca da organização do próximo V Congresso Internacional de Neurologia, a realizar de 3 a 12 de Setembro, no novo Hospital Escolar de Lisboa; em seguida, procedeu-se à eleição do Dr. João dos Santos para delegado da Sociedade à VII Reunião da Sociedade Mundial de Saúde Mental, tendo, depois, sido aprovada uma proposta pedindo aos poderes públicos para instalar nos Hospitais Gerais serviços de Psiquiatria de adultos e de crianças e serviços de neurologia, finalmente sendo apresentado um trabalho os Drs. João dos Santos e Frago Mendez, intitulado «Terapêutica pelo aneuxol».

NO BRASIL

Homenagem póstuma ao Dr. Gomes da Costa — ilustre homem de ciência português

Promovida pela Secção Regional da Associação Médica de Poços de Caldas (Brasil), realizou-se em 15 de Junho de 1953 uma homenagem à memória do Dr. Gomes da Costa, recentemente falecido no Porto, onde exerceu clínica durante 32 anos, e era muito conhecido e estimado.

O Salão Nobre das Termas António Carlos encheu-se de uma assistência selecta, entre a qual se viam todos os médicos caldenses.

O Dr. Mendonça Chaves, médico Chefe do Centro de Saúde local e Presidente da Secção Regional, abriu a sessão dando a palavra ao Dr. Cleveland Perrone, orador dotado de grande vibração e eloquência, que foi escutado no meio do maior silêncio. Evocando o nome do Dr. Gomes da Costa referiu-se ao seu alto saber e excepcionais qualidades de carácter, pondo em relevo os seus profundos conhecimentos sobre o tratamento da sífilis. Foi um precursor da aplicação dos arseno-benzóis. Assim, já em 1911, sob o título «O «606» de Ehrlich», apa-

recia na Revista portuguesa *A Medicina Moderna* um valioso trabalho da sua autoria focando a importância daquele medicamento, no combate à sífilis. Este trabalho foi lido, logo após o discurso do Dr. Cleveland Perrone, pelo Secretário Geral.

Finda a leitura, falou o decano dos médicos caldenses, Dr. Mário Mourão, que, em breves palavras, descreveu o que foram os primeiros ensaios do «606», as lutas sustentadas para pôr de parte os velhos métodos, fortemente implantados, e dar lugar àquele que então aparecia.

Ao Dr. Gomes da Costa, Filho, que reside em Poços de Caldas, onde é clínico de grande prestígio, e Director do Instituto Gomes da Costa, foram apresentados cumprimentos de condolências pelo falecimento de seu querido Pai.

Finalmente, aquele nosso compatriota, visivelmente comovido, em sentidas palavras, exprimiu o seu reconhecimento a todos os presentes pela homenagem dedicada a seu Pai, que profundamente o sensibilizou.

Sociedade Portuguesa de Pediatria

Na Maternidade Alfredo da Costa reuniu no dia 9 de Junho, sob a presidência do Dr. Manuel Cordeiro Ferreira, a Sociedade Portuguesa de Pediatria, tendo falado em primeiro lugar o Prof. Vitor Fontes, sobre «As relações entre pediatras e psiquiatras da Infância, trabalho em que afirmou a necessidade de, cada vez mais, a pediatria e a psiquiatria se entenderem num espírito de mútua colaboração».

O problema, disse, tem concitado o interesse das instituições internacionais, o que levou a O. M. S. a efectuar uma reunião em Genebra, à qual o conferencista assistiu, reunião em que se defendeu a necessidade de uma maior cultura psiquiátrica para o pediatra. Por último, e referindo-se ao aproveitamento do Hospital de D. Estefânia para hospital exclusivamente de crianças, lembrou a conveniência de ali se estabelecer um serviço

de psiquiatria infantil. Seguidamente, os Drs. Cordeiro Ferreira, pai e filho, apresentaram uma comunicação intitulada «A Isoniasida no tratamento da meningite tuberculosa», na qual os autores mostram doze casos daquela doença tratados exclusivamente com Hidrazida do ácido iso-nicotínico. Em sete doentes a droga foi usada logo desde o começo da doença; nos restantes, após um tratamento ineficaz de estreptomina e ácido para-aminosalicílico. Os resultados obtidos foram excelentes, tendo-se obtido a cura clínica e laboratorial. Falou depois o Prof. Salazar de Sousa, por si e pelos seus colaboradores Drs. D. Júlia Crespo Ferreira, A. Ferreira Gomes e Armando Estrela, sobre «Estudo da Fibrinólise do recém-nascido». Por último, a Dr.^a D. Maria de Lourdes Levi, apresentou «Considerações sobre o pequeno mal epiléptico».

Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

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

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

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

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

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

REUNIÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

No Dispensário Central de Higiene Social do Porto

SESSÃO INAUGURAL

No domingo, 5 de Julho último, realizou-se no Dispensário Central de Higiene Social do Porto, uma reunião da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia. Iniciou-se a sessão na sala da biblioteca, sob a presidência do Prof. Amândio Tavares, Reitor da Universi-

rápida resenha do que é a actividade do Dispensário que dirige, referindo-se aos vários departamentos técnicos (serviços de dermatovenereologia, de ginecologia, de profilaxia estomatológica, de luta anti-tracomatosa, de profilaxia de surdez e laboratório) e ao enorme movimento que se vem notando, sempre crescente, desde que, em 1946, transitou da Delegação de

e à Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia. Referindo-se às várias sociedades científicas que há em Portugal, salientou que a de Dermatologia e Venereologia é uma das que têm tido maior actividade, sempre desenvolvida com brilho e elevação. É com grande satisfação — diz — que assiste a esta reunião e deseja manifestar, mais uma vez, a alta consideração que tem pelos dermatologistas portugueses, entre os quais conta excelentes amigos. Diz que, infelizmente para ele, não pode assistir até ao final da sessão de trabalhos, pois é obrigado, devido a compromissos anteriores, a estar, pelas 11 horas, na Reitoria, onde receberá cumprimentos dum Curso Médico que se reúne no Porto.

O Prof. Amândio Tavares, antes de se retirar do Dispensário — depois de ter assistido à apresentação de doentes e a uma parte das comunicações — dirigiu novamente saudações à Sociedade promotora da reunião e fez calorosos elogios ao que presenciara nessa manhã, salientando a acção dinâmica e inteligente do Chefe do Serviço de Dermatologia e Venereologia do Dispensário de Higiene Social do Porto, Dr. Aureliano da Fonseca (que é também o vice-presidente da Sociedade), a quem se deve em grande parte o êxito da reunião. Fala das excelentes instalações e do trabalho que se desenvolve neste Dispensário Central e felicita o seu director, Dr. Mário Cardia, pela obra notável que conseguiu realizar. De resto — diz — não é de admirar, pois são bem conhecidas as grandes qualidades de organizador do Dr. Mário Cardia, a quem felicita calorosamente.

Ainda na sessão inaugural, o Dr. Aureliano da Fonseca proferiu o seguinte discurso:

«Antes de entrar nos trabalhos desta reunião, permitam-me V. Ex.^{as} duas palavras:

Desejo apresentar cumprimentos de boas vindas, com o agradecimento muito reconhecido, a todos que se deslocaram até aqui para colaborar ou assistir a esta reunião, particularmente àqueles que de longe vieram.

Muito especialmente desejo manifestar o meu reconhecimento ao Ex.^{mo} Sr. Professor Amândio Tavares, muito ilustre reitor da nossa Universidade, grande amigo da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, a quem muito devemos.

Conheço o grande sacrifício que Sua Ex.^a fez para vir aqui hoje e isso suscita ainda mais a nossa gratidão.

Também se encontra nesta sala o Sr. Prof. Azevedo Maia, pessoa que igualmente todos muito estimamos e que desejou ter a gentileza de nos acompanhar nesta reunião.

Em nome dos dermatologistas do Porto e em meu nome pessoal, aceitem



Grupo de assistentes à reunião

dade do Porto, secretariado pelo Prof. Mário Trincão (da Universidade de Coimbra), presidente da Sociedade, Prof. Azevedo Maia (da Universidade do Porto), Dr. Mário Cardia, director do Dispensário de Higiene Social do Porto e Dr. Sá Penela (chefe de Serviço dos Hospitais Cívicos de Lisboa). Falou o Dr. Mário Cardia em primeiro lugar, dirigindo saudações aos presentes, à Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia e ao Reitor da Universidade. Disse que era com grande satisfação e honra que via no Dispensário tão ilustres colegas e soube com alegria que a Sociedade de Dermatologia desejava realizar aqui, no presente ano, a reunião anual que se faz fora de Lisboa. Aproveita a oportunidade para salientar os valiosos serviços que tem prestado ao Dispensário de Higiene Social do Porto o chefe dos seus serviços de dermatologia e venereologia, Dr. Aureliano da Fonseca, e faz uma

Saúde do Porto para a direcção deste Dispensário, que, agora, dado o seu desenvolvimento e a extensão dos seus serviços em vários edifícios — diz — não deveria denominar-se Dispensário, pois trata-se, na realidade, de vários dispensários e ainda de trabalhos que se realizam em diversos concelhos, no Hospital Joaquim Urbano, etc. Salienta o carácter social e profiláctico dos diversos serviços, como sucede, por exemplo, com o de ginecologia, que dirige e fundou, que tem, sobretudo, três finalidades sanitárias, de grande alcance social: colaborar activamente na luta anti-venérea (em ligação com os dermatovenereologistas); na luta anti-cancerosa, desenvolvendo o diagnóstico precoce do cancro uterino; e, finalmente, diagnosticar as causas da esterilidade conjugal e realizar os respectivos tratamentos.

A seguir, o Prof. Amândio Tavares dirigiu também saudações aos presentes

V. Ex.^{as} os nossos mais afectuosos cumprimentos.

A direcção da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia decidiu, há 2 anos, que anualmente uma das suas reuniões se realizasse fora de Lisboa: um ano em Coimbra, outro no Porto.

A primeira reunião realizou-se em 1951 aqui no Porto, no Hospital Militar; a do ano passado foi em Coimbra, no Hospital da Universidade.

Esta deliberação tem sido acolhida com entusiasmo por todos nós.

Quanto a mim, devo dizer que a colaboração científica tem que ser modesta, já porque naturalmente assim o somos no nosso saber, mas ainda, e principalmente, porque lutamos com grandes dificuldades em poder estudar com carácter científico muitos casos que se nos apresentam.

Estas dificuldades residem fundamentalmente na falta de um serviço hospitalar convenientemente equipado onde se pudessem manter os doentes em estudo.

Temos um serviço no Hospital Militar, com 48 camas e um movimento anual médio de 380 doentes, mas este serviço, pela natureza muito especial dos seus doentes, só raramente pode interessar para um estudo científico.

Era necessário que a cidade tivesse um grande serviço hospitalar de dermatologia e venereologia, onde pudessem ser hospitalizados mulheres, homens e crianças, e onde todos os dermatologistas pudessem estudar os doentes em colaboração, claro está, com os respectivos dermatologistas desse serviço.

Os doentes que vamos apresentar são, na grande maioria, casos sem transcendência dermatológica. São doentes recrutados nos serviços de Dermatovenereologia deste Dispensário, dos Serviços Médico-Sociais e do Hospital Militar, doentes que se encontram neste momento em observação ou já em tratamento. Alguns suscitaram-nos dúvidas e aproveitamos a oportunidade para nos esclarecermos.

V. Ex.^{as} encontrarão os doentes espalhados pelas salas deste Dispensário, cada um tendo ao lado uma cartolina em que se escreveu a história e características da doença à data da observação, e os resultados das análises, das radiografias e do exame histológico. A maioria dos doentes tem ainda, uma fotografia em que se documenta o estado da doença quando ela foi observada pela primeira vez e um microscópico com a respectiva preparação histológica correspondente ao mesmo doente.

Depois de V. Ex.^{as} observarem esses doentes farão o favor de regressarem a esta sala onde faremos a discussão dos doentes expostos, para depois se seguirem as respectivas comunicações anunciadas.

APRESENTAÇÃO DE DOENTES

Depois de falar o Dr. Aureliano da Fonseca, a todos os presentes foram apresentados, em 11 salas, os seguintes casos de dermatologia ou de venereologia:

- Eritema palmo-plantar congénito.
- Lupus eritematoso extenso da face.
- Alopecia total e generalizada asso-

ciada a elefantíase dos membros inferiores — Provável tumor hipofisiário.

- Liquor plano localizado às pregas cutâneas.
- Epitelioma espinocelular vegetante no nariz.
- Lupus eritematoso subagudo disseminado.
- Dois casos de radiodermite graves.
- Epitelioma baso-celular na região malar direita.



O Dr. Aureliano da Fonseca falando na reunião

- Linfosarcoma.
- Lupus tuberculoso na região malar tratado com Rimifon.
- Epitelioma vasocelular na aréola mamilar.
- Três casos de «molinatrix».
- Epitelioma espicelular, úlcero-vegetante, na região malar.
- Goma sífilítica na língua.
- Noma tífico.
- Extenso epitelioma espinocelular na região malar.
- Neurofibromatose de Recklienghausen com grandes tumores pendentes das aréolas mamilares.
- Tinha tricofítica numa mulher adulta, devida ao «Trichophyton crateriforme».
- Epitelioma espinocelular na abóbada do palatino.
- Um caso extenso de milanose de Riehl.
- Dois casos graves de Lupus tuberculoso de nariz curados pela hidrazida do ácido isonicotínico.

COMUNICAÇÕES

Foram a seguir apresentadas várias comunicações, entre as quais as seguintes sobre assuntos relacionados com a tinha (que serão publicadas, na íntegra, em «O Médico»):

Dr. Aureliano da Fonseca — Aspecto epidemiológico da tinha do couro cabeludo no norte de Portugal;

Dr. Juvenal Esteves — Panorama etiológico das tinhas do couro cabeludo em Portugal;

Dr. Aureliano da Fonseca — A tinha

do couro cabeludo no concelho da Póvoa de Varzim;

Dr.^a Maria Manuela Antunes — Acerca de alguns casos de tinha do couro cabeludo de etiologia mista.

Foram apresentadas mais e discutidas as seguintes comunicações:

Dr. Wilhelm Osswald — A propósito dum caso de Eritrodermia congénita ictiosiforme numa criança recém-nascida, que foi observada com particular intensidade e que foi tratada com medicação in-

terveniente de vit. A, registaram-se acentuadas melhoras. A propósito do caso, fez-se uma revisão do assunto.

Dr. Artur Leitão — Tratamento da tuberculose da pele — Cita, em primeiro lugar, os tratamentos antigos, usados nas diversas formas de T. C. que sucessivamente foram postos de lado. Seguidamente, faz descrição mais detalhada dos medicamentos e suas técnicas de administração que actualmente se utilizam no combate à localização do B. K. na pele: Vit. D2 (técnica de CHARPY), estreptomina, P. A. S., T. B. I. e isoniazida.

O A. apresenta alguns casos clínicos de T. C., tratados pela técnica de Charpy, em associação com antibióticos de B. K. (estrept. e T. B. I.), ou com a electrocoagulação, e acaba por concluir, como *Claude Huriez, Crapz, Lapierre*, etc., pela vantagem destas associações.

Outros doentes, (durante os anos de 1952 e 1953), curaram muito rapidamente, sem no entanto haver confirmação histológica de cura, com a associação dihidro-estreptomina-isoniazida.

NOTAS VÁRIAS

Depois da reunião — cujo início foi marcado para as 9 horas e meia e que terminou perto das 14 horas — os assistentes à reunião tomaram parte num almoço, que se realizou num restaurante do Porto a convite do Dr. Aureliano da Fonseca, e foram, a seguir, visitar o posto de Nova Sintra dos Serviços Médico-Sociais (Federação de Caixas de Previdência), onde é a sede do Serviço de Dermatologia e Venereologia dirigido pelo Dr. Aureliano da Fonseca.

V Congresso Internacional de Neurologia

Reunirá em Lisboa, de 7 a 12 de Setembro próximo, no novo Hospital Escolar, o V Congresso Internacional de Neurologia, que já conta mais de mil inscrições de representantes de 34 nações.

Um dos grandes temas da reunião científica será constituído pelas afecções vasculares do cérebro e, dada a sua importância, foi dividido em dois capítulos: «Fisiopatologia clínica», sob a direcção do Prof. Alajouanine, de Paris, e «Semiologia angiográfica e terapêutica cirúrgica», dirigido pelo Prof. Egas Moniz. Nestes trabalhos colaboram o Dr. S. Ketty, de Bethesda; o Prof. Schaltenbrand, de Wurzburg; o Prof. Selbach, de Berlim; o Prof. Riechert, de Freiburg; o Dr. Norman Dott, de Edimburgo, e o Prof. Olivecrona, de Estocolmo. Cada um destes relatores tomará a seu cargo um aspecto particular do tema fundamental.

O terceiro tema do Congresso será o estudo do lobo parietal do cérebro humano. O Prof. Walshe, de Londres, tomará a responsabilidade da sua organização e terá como colaboradores o Dr. Macdonald Chritchley, de Londres; o Dr. J. Lhermitte, de Paris; o Dr. Hoff, de Viena e o Dr. Denny-Brown, de Boston. O quarto assunto a discutir será o das doenças metabólicas do cérebro; a sua orientação caberá ao Dr. Van Bogaert, de Antuérpia, com a colaboração do Prof. Hallervorden, de Giessen; do Prof. Klenk, de Colónia; do Dr. Sir Russell Brain, de Londres; do Dr. Castaigne, de Paris; do Dr. F. Lhermitte, também de Paris, e do Prof. Giampalmo, de Génova. Esta simples enumeração é penhor do valor científico do Congresso, pois, entre os nomes citados, encontram-se os mais distintos médicos e investigadores da actual geração, no domínio da neurologia.

No curso que, a expensas da U. N. E. S. C. O. e por iniciativa do Comité Internacional da Organização das Ciências Médicas, vai funcionar, durante o Congresso, destinado aos médicos portugueses, darão lições alguns dos mais famosos neurologistas, como os Profs. Deolindo Couto, do Rio de Janeiro; Obrador Alcalde, de Madrid; Fulton, de New Haven, e Raymond Garcin, de Paris, além dos já citados Drs. Walshe e Van Bogaert.

A sêguir ao Congresso, efectuem-se, em Madrid, as comemorações do centenário de Ramon y Cajal, às quais devem acorrer a maior parte dos congressistas que vierem a Lisboa. Todas as informações relativas ao Congresso Internacional de Neurologia poderão ser obtidas na sua secretaria-geral, Avenida do Brasil, 53, em Lisboa.

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Na sala da Sociedade Médica dos H. C. L., realizou-se no dia 10 de Junho, sob a presidência do Prof. Mário Moreira, uma sessão científica da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, tendo falado em primeiro lugar o Dr. M. Ribeiro do Rosário, sobre «Biópsia hepática», trabalho de investigação clínica premiado com a bolsa de estudo dos H. C. L. O autor descreveu a história da biópsia hepática, material e técnicas usadas e apresentou, depois, as suas indicações e contra-indicações, baseado na sua experiência pessoal e na vasta bibliografia estrangeira, concluindo por afirmar ser a biópsia hepática um meio valioso de diagnóstico, praticamente isento de perigo. Por fim, apresentou a sua casuística pessoal.

Seguiu-se o Dr. Alfredo Franco que, de colaboração com o Dr. Amílcar Gonçalves, apresentou «Factores lipotrópicos na arterosclerose», resultados dum trabalho experimental. Mostrou o esquema seguido para a realização das experiências feitas em algumas dezenas de animais, indicando as substâncias que foram empregadas e, através de numerosos gráficos, comentou os resultados obtidos. Do estudo feito, e segundo os autores, parece poder concluir-se que a arterosclerose experimental é susceptível de ser inibida, em certo grau, pela utilização de substâncias lipotrópicas.

Por último, o Dr. Mário de Alenquer apresentou «Resultados imediatos do pneumotórax associado à estreptomina, em 422 casos de tuberculose escavada». Embora — disse — os autores ingleses e americanos estejam em geral abandonando o pneumotórax, por o considerarem perigoso e muitas vezes ineficaz, no Serviço de Tisiologia do Hospital do Rego, o tratamento da tuberculose pulmonar escavada tem sido feito, quase exclusivamente, pelo pneumotórax apoiado pela estreptomina e ácido para-amino-salicílico, em curas curtas. Na sua comunicação, o Dr. Mário de Alenquer refere 422 casos sujeitos àquele tratamento, até ao fim de 1950. Apesar da alta gravidade da maioria dos doentes, os resultados foram extremamente bons: 97 por cento de curas imediatas, nos casos de tuberculose unilateral, tendo sido extremamente raras as complicações graves. Na opinião do autor, os maus resultados publicados na literatura devem-se sobretudo a erros de indicação e de execução. Concluiu, dizendo que o pneumotórax não é um método fácil e a sua aplicação por mãos inexperientes é inútil e perigosa. Mas, bem conduzido, é extremamente eficaz e praticamente sem perigos.

Academia das Ciências

Reuniu no dia 9 de Junho, com grande número de académicos e sob a presidência do Dr. Júlio Dantas, em última sessão antes de férias, a assembleia plenária da Academia das Ciências.

Na classe de Ciências, que também reuniu naquela data, o Prof. Costa Sacadura apresentou uma comunicação sobre obstetrícia e neuro-psiquiatria. Presidiu a esta reunião o Prof. Egas Moniz.

O Prof. Costa Sacadura fez a sua comunicação, inscrita na «ordem do dia», dizendo, em resumo, que em todas as fases da actividade genital da mulher se podem registar repercussões neuro-psíquicas. Estas manifestações encontram-se, em maior frequência, durante a gravidez, parto, purpério e até na lactação.

Tais perturbações, pela frequência, complexidade, dificuldade de diagnóstico e tratamento, representam um problema importante na medicina social.

Os conhecimentos actuais sobre a fisiologia feminina, o avanço dos conhecimentos hormonais e da endocrinologia, trazem largo subsídio ao estudo dos desequilíbrios neuro-psíquicos, explicando os laços entre a obstetrícia e a neurocirurgia — laços que são estudados minuciosamente pelo ilustre ginecologista, que acompanhou a exposição pela apresentação de esquemas elucidativos e de livros antigos, tais como «Lettres sur le pouvoir de l'imagination des femmes enceintes», impresso em Paris, em 1745.

Os Profs. Barbosa Soeiro e Henrique de Vilhena analisaram o trabalho sob vários aspectos, demorando-se o último na consideração das lesões de origem psicológica. O Prof. Egas Moniz agradeceu a comunicação do conferencista, em nome da Classe, e emitiu os seus conceitos próprios sobre o assunto.

VII Congresso Internacional de Radiologia

Realizou-se em Copenhague, de 15 a 25 de Junho, o VII Congresso Internacional de Radiologia, em que Portugal esteve representado pelo Prof. Aleu Saldanha e Drs. Fernandes Lopes, Moura Relvas e Albano Ramos.

A Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica designou o Prof. Aleu Saldanha para presidir à delegação nacional do referido congresso.

FALECIMENTOS

Faleceram:

Em Figueiró dos Vinhos, o comendador sr. Joaquim Araújo Lacerda Júnior, tio do Dr. Fernando Lacerda, médico oftalmologista em Lisboa.

— Em Loures, o sr. António Carlos Simões Júnior, de 64 anos, industrial, irmão do Prof. Fernando Freitas Simões.

— Em Lisboa, o Dr. Adolfo de Azevedo do Souto, juiz do Supremo Tribunal Administrativo, irmão do major-médico Dr. Meireles de Souto.

— Em Carregueiros (Tomar), o sr. Ricardo Antunes Félix, de 81 anos, pai do Dr. Carlos Antunes, médico em Fátima (Estação).

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	Esc. 17\$00
Embalagem de 1 dose Infantil	Esc. 10\$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 Magalhães, 32-1.º — Telef. 4556

IX CURSO DE APERFEIÇOAMENTO PARA SUBDELEGADOS DE SAÚDE DO CONTINENTE

Notável discurso do Director Geral de Saúde

No dia 3 do corrente, realizou-se a sessão inaugural do IX Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde do Continente, no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge. Não podendo comparecer, por motivo de doença, o Dr. Augusto da Silva Travassos, a sessão foi presidida pelo Dr. Couto Nogueira, que representava o ilustre Director Geral.

O Dr. Couto Nogueira leu o seguinte discurso que para a sessão tinha escrito o Dr. Augusto da Silva Travassos:

«Ao abrir o 9.º Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde desejo, em primeiro lugar, apresentar-lhes os meus cumprimentos de boas-vindas e afirmar-lhes o prazer que representa para a Direcção Geral de Saúde, toda a oportunidade de convívio directo com os seus colaboradores periféricos. Embora pertencentes ao mesmo «corpo» e trabalhando com a mesma finalidade não é possível o contacto directo constante entre todos os seus elementos, porque o trabalho se realiza em escalões sucessivos e de projecção variada. Todavia à medida que nos afastamos do centro as normas de trabalho sofrem uma inevitável diferenciação. Assim a tendência para a especialização, nos Serviços Centrais, que cada vez mais se impõe, vai-se apagando sucessivamente quando caminhamos para a periferia, até se chegar ao Subdelegado de Saúde, cuja actividade é por excelência polivalente. E, executando o mesmo subdelegado um trabalho misto, sanitário e clínico, alia à polivalência sanitária a polivalência clínica o que não admira, porque as razões são semelhantes.

Não encontramos grandes inconvenientes, nesta modalidade de trabalho periférico, que consideramos além de inevitável, como benéfica, quando bem compreendida, porque a vossa acção é acima de tudo, de execução, de acção directa, subordinada a directrizes e instruções emanadas de escalões superiores.

Mas, é justamente, a vossa polivalência de trabalho que indica a necessidade de contactos periódicos, com os grandes centros, com a finalidade de refrescar conhecimentos e permitir mais facilmente acompanhar o desenvolvimento científico, novas concepções, novos métodos e técnicas.

Explica-se assim a utilidade, por todos reconhecida, dos Cursos de Aperfeiçoamento que vos são oferecidos, seja no domínio puramente sanitário como este, seja no domínio misto, médico-sanitário, como os que são promovidos pelos Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos, em colaboração com as Faculdades de Medicina e Direcção Geral de Saúde.

O momento que atravessamos, verdadeira era de apogeu de todos os ramos de conhecimento médico, comunicá-lhes tão rápida expansão, tão profundas e inesperadas modificações de conceito e acção, que o não acompanhar da sua evolução, conduz a um estado de estagnação

intelectual, deletério e de inferiorização. A época é de movimento, queimam-se as etapas, não há lugar para os contemplativos.

É certo que esta exuberância de actividade, corre por vezes paredes meias com a insensatez, tendendo para o desequilíbrio quando não é compensada pela força coesiva do bom senso.

Temos vastos exemplos disso, por exemplo no emprego inconsiderado dos modernos meios auxiliares de diagnóstico, quando por comodismo perdem o seu character em grande parte confirmativo e passam a ocupar o primeiro lugar com desprezo dos meios clássicos de observação e de diagnóstico, que fizeram a glória dos nossos mestres e tanto contribuíram para a indispensável educação intelectual de verdadeiros clínicos, aguçando as suas qualidades de observação.

Outro exemplo, está bem evidente nos modernos bacteriostáticos e quimioterápicos, cuja rápida acção terapêutica, tantas vezes polivalente, faz sobrepor o critério terapêutico, ao critério diagnóstico, caindo-se num determinismo utilitário que é a negação do senso clínico, da ciência médica e pode dar origem a cruéis decepções.

Já aqui chamamos a atenção, há anos, 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. Observámos, pelo contrário, e é nosso dever e interesse reconhecê-lo, que estes perdem prestígio à medida que o da Medicina cresce. É o caso para uns momentos de meditação, dentro da agitação febril em que se vive, estudar-lhe as verdadeiras causas, através de observação profunda e procurar removê-las, para bem do futuro de uma classe, que sempre ocupou e conquistou mercê de uma existência milenária, um lugar de destaque no meio social.

É tempo de rever e ter bem presente o verdadeiro sentido da Medicina moderna, em relação à vida social e saber conduzir a actividade de cada um, dentro de uma ética profissional de há muito bem codificada, desprezando aspectos de luta e concorrência, que só causam desprestígio e tantas vezes só representam esperanças vãs.

Recordo aqui, ainda, três aspectos fundamentais de crise que entre outros, nos parecem dever merecer particular atenção:

Crise na unidade do pensamento médico; crise no ensino médico; crise nas relações entre o médico e a sociedade.

Não vamos voltar ao desenvolvimento de cada um destes aspectos, como já fizemos, mas tão somente procuramos agitar no espírito médico problemas que nos parece deverem merecer consideração.

Desculpem-me trazer-lhes aqui estas rabugices, de quem viveu de um modo

empolgante e absorvente mais de 25 anos de vida clínica e tem acompanhado com o maior interesse a evolução da ciência e actividade médicas até ao seu estado actual.

Mas, não desejo prolongar esta pequena cerimónia de abertura do Curso e por isso termino desejando que V. Ex.^{as} tirem o maior benefício com a sua frequência, sentindo-se compensados das canseiras desta viagem forçada e voltem aos vossos afazeres habituais, do mourejar da vida, com uma sensação agradável de tempo gasto com proveito».

*

Publicamos a seguir o programa do IX Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde do Continente:

DIA 3

Às 10 horas

Abertura do Curso no Instituto

Às 11,30

Dr. Arnaldo Sampaio

«Poliomielite (novos conceitos)».

Às 15

Dr. Couto Nogueira

«Administração Sanitária»

DIA 4

Às 10 horas

Dr. Costa Andrade

«Higiene Industrial e Saúde Pública»

Às 11,15

Dr. Melo Caeiro

«Inquérito epidemiológico nas salmoneloses»

Às 15

Dr.^a D. Noémia Ferreira

«Sorologia da Sífilis»

DIA 5

Às 10 horas

Visita às enfermarias do Hospital do Rego, dirigida pelo Dr. Cristiano Nina

Às 11,15

Demonstrações laboratoriais no Instituto

Às 15

Dr. António A. de Carvalho Dias

«Vacinações profiláticas» (I)

DIA 6

Às 10 horas

Dr. Santos Silva

«Estado actual do problema da Lepra em Portugal» (com projecções)

Às 11,15

Dr. António A. de Carvalho Dias

«Vacinações profiláticas» (II)

Às 15

Visita ao Parque Sanitário, dirigida pelo Dr. Castro Soares. Prática de desparasitação

DIA 7

Às 10 horas

Dr. Conceição Correia

«Aspectos da brucelose em Portugal»

Às 11,15

Demonstrações laboratoriais no Instituto Ricardo Jorge

Às 15

Dr.^a D. Maria Faia

«Colheita e embalagem de produtos para análise»

DIA 8

As 10 horas

Dr. Neves Sampaio
«A terapêutica actual da Sífilis»

As 11,15

Demonstrações laboratoriais no Instituto

As 15

Demonstrações laboratoriais no Instituto

DIA 10

As 10 horas

Dr. Eduardo Paquete
«Técnica da fiscalização de estações de tratamento de águas, nomeadamente das de cloragem»

As 15

Dr. Francisco Freire
«Noções gerais sobre sezonismo e sua epidemiologia»

As 16,15

Dr. Almeida Roque
«Luta anti-sezonática»

DIA 11

As 10 horas

Dr. Francisco A. Gonçalves Ferreira
«Regimes dietéticos»

As 11,15

Demonstrações laboratoriais no Instituto

As 14

Trabalhos de campo na estação de Benavente, dirigidos pelos Drs. Lobo da Costa e Almeida Roque (1.º turno)

DIA 12

As 10 horas

Visita às enfermarias do Hospital Curry Cabral, dirigida pelo Dr. Cristiniano Nina

As 15

Dr. Lobo da Costa
«Interesse Sanitário de alguns focos de ancilostomíase no Continente»

As 16,15

Dr. Leopoldo de Figueiredo
«Escarlatina»

DIA 13

As 10 horas

Visita às enfermarias do Hospital Curry Cabral, dirigida pelo Dr. Cristiano Nina

As 14

Trabalhos de campo na estação de Benavente, dirigidos pelos Drs. Lobo da Costa e Almeida Roque (2.º turno)

DIA 14

As 9 horas

Visita à estação depuradora de esgotos da Boa Vista, dirigida pelo eng.º Renato Berger

As 15

Visita ao Instituto Ricardo Jorge

DIA 17

As 10 horas

Dr. Couto Nogueira
«Prática Sanitária»

As 10,15

Eng.º Renato Berger
«Alguns aspectos da Salubridade Rural»

As 15

Visita aos Serviços da 3.ª Repartição da Câmara Municipal de Lisboa, dirigida pelo Dr. Henrique Jorge Niny

DIA 18

As 10 horas

Dr. Henrique Jorge Niny
«Inspeções de Salubridade pelos Subdelegados de Saúde»

As 11,15

Dr. Luís Cayolla da Motta
«Tosse Convulsa»

As 15

Visita a uma construção colectiva e ao Bairro de Alvalade, dirigida pelo Dr. Jorge Niny

DIA 19

As 10 horas

Dr. Arnaldo Sampaio
«Alguns aspectos da gripe»

As 11,15

Dr. Augusto de Castro Soares
«Difteria»

As 15

Visita de inspecção a um local de trabalho, dirigida pelo Dr. Costa Andrade

DIA 20

As 9 horas

Dr. Heitor da Fonseca
«Características e exemplos de doenças profissionais»

As 10,15

Visita à estação de filtração e cloragem de água da Amadora, dirigida pelo Dr. Bernardino de Pinho

As 15

Visita de inspecção a um local de trabalho dirigida pelo Dr. Costa Andrade

DIA 21

As 10 horas

Dr. Casanova Alves
«As bases modernas da profilaxia da tuberculose»

As 11,15

Visita ao Serviço de B. C. G. e de radio-rastreio do I. A. N. T.

As 15

Dr. Castro Soares
«Prática epidemiológica»

DIA 22

As 10 horas

Dr. Souto Teixeira
«Colaboração dos Subdelegados de Saúde na fiscalização sanitária dos medicamentos»

As 11,15

Visita ao Laboratório de Comprovação de Medicamentos, dirigida pelo Dr. Souto Teixeira

As 15

Visita à estação experimental de esgotos de Sintra, dirigida pelo Eng.º Agnelo Prazeres

DIA 24

As 10 horas

Dr. Bernardino de Pinho
«Fiscalização sanitária dos géneros alimentícios»

As 11,15

Dr.ª D. Maria Ernestina Graça Mendes
«Alguns aspectos de alteração e falsificação de géneros alimentícios. Técnica da colheita de amostras.»

As 15

Dr. Fausto Cruz de Campos
«Técnica dos inquéritos alimentares»

DIA 25

As 10 horas

Dr. Bernardino de Pinho
«Normas de apreciação dum projecto de abastecimento de águas»

As 11,15 e 12,15

Demonstrações no Laboratório da Junta Sanitária de Águas, pela Dr.ª D. Helena d'Ávila (2 turnos)

As 16

Exemplificação com material no Parque Sanitário, pelo Dr. Bernardino de Pinho

DIA 26

As 10 horas

Dr. D. Fernando de Almeida
«A função do Instituto Maternal na Protecção à Criança»

As 11,15

Visita à sede do Instituto Maternal

As 15

Fernando da Silva Correia
«As bases científicas da defesa da Saúde Pública»

Encerramento do Curso
Visita a S. Ex.ª o Ministro do Interior e Subsecretário de Estado da Assistência Social

Partidas e Chegadas

Prof. Aleu Saldanha

Partiu para Copenhague, onde presidirá à delegação portuguesa ao Congresso Internacional de Radiologia, o Prof. Aleu Saldanha.

Prof. Cruz Ferreira

Partiu para a Libéria, em comissão de serviço da O. M. S., tomando parte num plano de conjunto de combate à malária e treponematoses, o Prof. Fernando da Cruz Ferreira, membro do Quadro Técnico para as doenças parasitárias da aquela organização internacional e presidente do «Comité» Internacional de Investigações sobre a doença do sono.

Prof. Vítor Fontes

Partiu para França o Prof. Vítor Fontes, catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa, que, em Paris, representará Portugal no Congresso Internacional de Psicotécnica.

Prof. Francisco Cambournac

Regressou a Lisboa o Prof. Francisco Cambournac, que, em representação de Portugal, participou na reunião preparatória sobre Problemas de Higiene em África, que se realizou em Paris.

Dr. Fernandes Lopes

Partiu para Copenhague, fazendo parte da delegação portuguesa ao VII Congresso Internacional de Radiologia, o Dr. Fernandes Lopes, chefe do Serviço de Radiologia do H. M. P. e do Hospital Miguel Bombarda. Daquela cidade, segue para a Suécia, a fim de visitar, em missão gratuita de serviço público, alguns dos principais serviços de Radiologia.

Dr. Agostinho Cardoso

Regressou ao Funchal o Dr. Agostinho Cardoso, director do Sanatório Dr. João de Almada, que veio a Lisboa tomar parte nos trabalhos da reunião plenária da U. N., de que é presidente da comissão distrital.

Dr. Henrique Moutinho

Regressou de Roma, onde fora representar Portugal e o Serviço de Saúde do Exército, no Congresso Internacional da Sociedade Latina de Oftalmologia, o Dr. Henrique Moutinho.

Depois de, em Paris, tomar, igualmente, parte no Congresso da Sociedade Francesa de Oftalmologia e na Sessão da Liga Internacional contra o Tracoma, o Dr. Henrique Moutinho foi nomeado membro do respectivo Conselho, honroso cargo que fica ocupando juntamente com o Prof. Bieti, de Parma, ambos peritos da Organização Mundial da Saúde.

V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 3 a 9 de Agosto)

Dia 3—No Instituto Superior de Higiene inicia-se o IX Curso de Aperfeiçoamento para Delegados de Saúde.

Preside ao acto inaugural o inspector superior de Saúde, Dr. Couto Nogueira, que representa o Dr. Augusto Travassos, director geral da Saúde Pública, e está ladeado pelos Drs. Arnaldo Sampaio e Gonçalves Ferreira.

— Em Lisboa, no Instituto Superior de Oncologia, faz, à noite, uma conferência, o Prof. Dr. Lorenzo Bohler, director do hospital dos sinistrados de Viena, sobre «Organização da cirurgia dos acidentados».

Preside o Dr. Arnaldo Rodó, presidente da Sociedade de Ortopedia e Traumatologia. O Prof. Dr. Francisco Gentil, presidente do Instituto Português de Oncologia faz o elogio da sociedade e do conferencista.

O Dr. António de Menezes, em alemão, saúde o professor austriaco.

O Dr. Arnaldo Rodó apresenta o conferencista como uma figura da medicina mundial.

Depois, o Prof. Bohler começa por fazer a história da traumatologia, evocando as suas próprias experiências médicas do tratamento das fracturas nos hospitais de sangue durante a primeira guerra mundial.

Por último descreve com o auxílio de projecções as características e o funcionamento do hospital de acidentados em Viena.

— Sob o patrocínio do Dr. Abel Lacerda, deputado e da direcção da estância do Caramulo, está a desenvolver-se a iniciativa de dotar esta estância com um museu, em que se recolham objectos de arte e motivos regionais importantes no folclore e nas tradições da famosa região caramulana. Têm sido recebidas algumas ofertas de valor com aquele destino.

4—Proferem lições no IX Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, em Lisboa, os Drs. Costa Andrade, sobre «Higiene industrial e saúde pública», Melo Caeiro, sobre «Inquérito epidemiológico nas salmoneloses», e D. Noémia Ferreira sobre «Sorologia na sífilis».

5—O Dr. António A. de Carvalho Dias profere a sua lição sobre «Vacinações profiláticas», integrada nos trabalhos do IX Curso de Aperfeiçoamento, que decorre no Instituto Superior de Higiene.

6—A convite da direcção da Cruz Vermelha Portuguesa, realiza-se uma visita à sua sede, às Janelas Verdes, em Lisboa, que foi recentemente restaurada e melhorada com novas dependências. A visita é muito concorrida e recebe os presentes o general D. Fernando Pereira Coutinho, seu presidente.

As novas instalações são formadas pelas salas de recepção, Secção Auxiliar Feminina, com dependências também novas, escola de enfermagem, dependências administrativas, nova garagem, depósito de material, com quatro novas viaturas, cantina, etc.

— Uma grande comissão delegada das forças vivas do Barreiro, composta pelos representantes da Câmara Municipal, Misericórdia, Juntas de Freguesia, Sindicatos Nacionais, comércio e indústria, e outras individualidades de destaque, avista-se com o Ministro do Interior e Subsecretário de Estado da Assistência, para lhes solicitar o auxílio daquele Ministério para a construção do projectado hospital sub-regional previsto no plano hospitalar estabelecido no Decreto n.º 36.600, de 22 de Novembro de 1947.

Depois do Dr. Correia Figueira, governador civil de Setúbal, que a acompanha

ter feito a apresentação e afirmado que tão importante melhoramento contava já com a valiosa participação do Ministério das Obras Públicas, o presidente da Câmara sr. Manuel Costa Figueira lê uma representação que fundamenta largamente o pedido.

7—Parte para Paris, em missão de estudo, o Dr. José Monteiro Lopes do Espírito Santo, 1.º assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra.

— As lições do IX Curso de Aperfeiçoamento, no Instituto Ricardo Jorge, são proferidas pelos Drs. Conceição Correia e D. Maria Faia, respectivamente sobre «Aspectos da brucelose em Portugal» e «Colheita e embalagem de produtos para a análise».

8—O Dr. Ribeiro Queirós, Subsecretário da Assistência, visita a Vila de Marvão, tendo percorrido as instalações da Misericórdia e de outros estabelecimentos assistenciais.

Estrangeiro

Em Paris realizou-se a II Reunião dos endocrinologistas de língua francesa, no passado mês de Julho.

— Ainda em Paris e no mesmo mês realizou-se o XI Congresso da Associação internacional de Psicotécnica.

— Em Cardiff, reuniu-se em Julho a Associação Médica britânica.

A G E N D A

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para provimento do lugar de médico municipal do 1.º partido, com sede e residência obrigatória em Miranda do Corvo.

De 7 a 12 de Outubro reúne em Lisboa o V Congresso internacional de Neurologia.

— De 14 a 20 de Outubro, também em Lisboa efectuam-se o XV Congresso da Sociedade internacional de Cirurgia e o II Congresso da Sociedade internacional de Angiologia e da Sociedade europeia de Cirurgia cardio-vascular.

Estrangeiro

— De 1 a 9 de Outubro reúne em Zurique o Congresso internacional para o estudo da Foniatria.

— Em Bolonha, dias 6 a 8 de Outubro, reúne o Convénio Médico de Amizade Italo-Suiça.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 30-7 a 5-8-953)

30-7

Dr. Alvaro Ferreira de Campos, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 5 da Guarda Nacional Republicana (Cantanhede).

— Dr. Alcino Simões Lopes médico ci-

vil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 5 da Guarda Nacional Republicana (Lousã).

— Dr. Joaquim Alves Bento, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 1 da Guarda Nacional Republicana (Abrantes).

— Dr. António Narciso Bertrand Ferreira Neves, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 4 da Guarda Nacional Republicana (Matosinhos).

— Dr. Elísio Dias da Fonseca, coronel médico — exonerado do cargo de chefe da Repartição dos Serviços de Saúde e Higiene da Direcção Geral de Administração Política e Civil do Ministério do Ultramar.

31-7

Dr. António Gomes da Costa, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 5 da Guarda Nacional Republicana (Águeda).

— Dr. Gabriel Teixeira de Faria, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 5 da Guarda Nacional Republicana (Aveiro).

3-8

Dr. Horácio Alberto dos Santos, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 5 da Guarda Nacional Republicana (Pinhel).

— Dr. Manuel Henriques Campos Castelo, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 5 da Guarda Nacional Republicana (Guarda).

— Dr. Fernando Brito Barros, médico analista do Hospital Escolar de Santa Marta — autorizado a ausentar-se a França e Itália, de 19 a 30 de Setembro p. f., em comissão gratuita de serviço.

— Portaria que nomeia o júri para o provimento do lugar de professor do 10.º grupo, subgrupo A (Neurologia), da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e que funcionará na Universidade de Coimbra, composto dos seguintes senhores: Presidente—Dr. José Gabriel Pinto Coelho, reitor da Universidade de Lisboa.

Vogais—Drs. Elísio de Azevedo e Moura, professor catedrático do 9.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (aposentado); José Augusto Correia de Oliveira, professor catedrático do 9.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; António Caetano de Abreu Freire Egas Moniz, professor catedrático do 10.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (aposentado); António José Pereira Flores, professor catedrático do 10.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (aposentado); Henrique João de Barahona Fernandes, professor catedrático do 10.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Maximino José de Moraes Correia, professor catedrático do 1.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Vitor Hugo Moreira Fontes, professor catedrático do 1.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Hernâni Bastos Monteiro, professor catedrático do 1.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

5-8

Dr. António de Matos Sousa, primeiro assistente, interino, do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto — concedida uma bolsa de estudo fora do País pelo período de tempo que vai de 15 do corrente a 15 de Outubro próximo.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.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 Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomosa do 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), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.º António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.º António, José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.º 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 (Deleg. de Saúde de Portalegre), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

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

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

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

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

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

Intogine



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

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