

UM COMPLEXO B DIFERENTE!

BÉCOMVITE

AZEVEDOS

6 FACTORES VITAMÍNICOS EM DOSES
TERAPÊUTICAMENTE ACTIVAS

3 FORMAS FARMACÊUTICAS:

INJECTÁVEL

Solução injectável aquosa das Vitaminas B₁, B₂, B₆, PP, Pantenol e Vitamina B₁₂ cristalizada apresentada em ampolas de 1cm³ (FRACA) e 2cm³ (FORTE)

DRAGEIAS

Além das Vitaminas da forma injectável, as drageias contêm como excipiente fígado e levedura de cerveja, com todos os seus factores naturais

XAROPE

Complexo dos factores B, em doses com significação terapêutica, associado aos princípios salino-vitamínicos dum proteolizado de fígado, levedura e caseína (COMPLEXO B+ACIDOS AMINADOS)



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.
ALBANO RAMOS — Sobre dois pontos de técnica de exploração radiológica do apêndice	599
MOVIMENTO MÉDICO—ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS—A Profilaxia da Febre Reumática—L. Cayolla da Motta	605
Resultados e interpretação patológica das doses e formas de aplicação das hormonas—Gregório Maraón	608

SUPLEMENTO

	Pág.
Reuniões de Curso — Joaquim Pacheco Neves	573
União Médica Mediterrânica — I Congresso de Medicina Interna — Mário Cardia	574
Ecos e Comentários	576
Confusão de narizes e de conceitos — Velho Galeno ...	579
Regulamento Sanitário Internacional	582
O aviso prévio do Prof. Manuel Cerqueira Gomes	585

VITAMINAS



A+D

A Q U O S A

- 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

LISBOA

PORTO

COIMBRA

Sobre dois pontos de técnica de exploração radiológica do apêndice

ALBANO RAMOS

(Médico radiologista — Porto)

Os erros que se cometem em radiodiagnóstico resultam ou de imperfeições de técnica que conduz a interpretação falsa, ou de defeituosa leitura dos clichês, a despeito dos mesmos serem claros. Se não colhemos imagens demonstrativas, por maiores que sejam os nossos conhecimentos, não será possível estabelecer um diagnóstico correcto. Pode dizer-se, por isso mesmo, que a técnica correcta é a condição

Da certeza do diagnóstico de carcinoma que estabelecemos não permite duvidar a rápida evolução mortal.

O que vimos afirmando não é mais do que um aspecto particular da questão que Gleize-Rambal⁽¹⁾, de entre outros, e com o apoio de M. Laurent-Moreau⁽²⁾, tratou, há mais de uma dezena de anos, na Sociedade de Electro-Radiologia Médica de França, ao pôr em evidência a necessidade do exame radiológico «global» do aparelho digestivo. Afirmava o autor citado que a dor constitui o elemento de localização, visto que os outros dados informativos (anorexia, etc.) não tem significado de topografia. Sucedendo porém, em patologia digestiva, que a localização da dor não implica localização da lesão, dado que muitas vezes esta corresponde a órgãos sãos, e acrescentando o facto da existência de reflexos inter-viscerais, a que se soma, finalmente, a variação da topografia dos órgãos, impõe-se, é evidente, o estudo global do aparelho digestivo para cada caso, sendo de condenar os exames par-

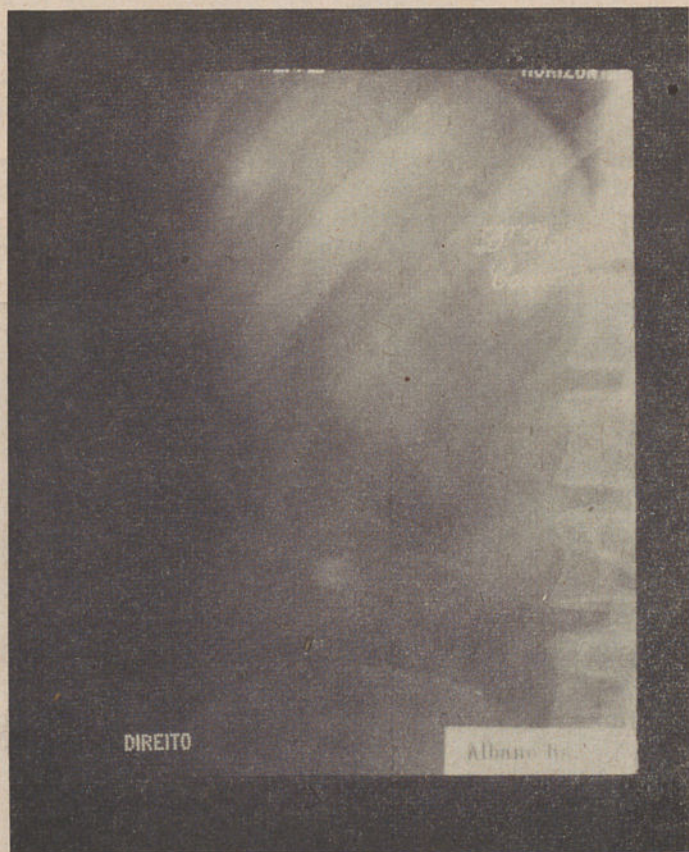


Fig. 1



Fig. 2

necessária, ainda que não suficiente, para uma conclusão diagnóstica justa.

Vamos abordar, nesta pequena nota, dois aspectos da técnica no radiodiagnóstico dos sofrimentos apendiculares.

É frequente, no nosso meio como noutros, proceder-se ao estudo do apêndice ileo-cecal, depois do doente ter ingerido a refeição de contraste 4, 6 ou mesmo mais horas antes da primeira observação. Tal método é em absoluto condenável. Sabemos, e desde há muito, que no estudo do apêndice interessam não só os sinais directos mas também os indirectos e, por tal razão, torna-se necessário, constantemente, proceder-se ao estudo completo do aparelho digestivo. Justifica tal modo de proceder não só a necessidade de buscar ao nível do estômago, duodeno, jejuno-íleon e cólonos sinais indirectos, que podem ser úteis para ajuizar da existência ou não de apendicopatia, mas também a circunstância de, por vezes, se descobrirem fora do sector apendicular padecimentos da mais alta importância pela sua gravidade. Tivemos já oportunidade — e todos por certo as têm tido — de encontrar um extenso carcinoma gástrico, de forma bolímica, num indivíduo de 32 anos, que nos fora enviado para estudo apendicular.

celares «do estômago», do «duodeno», do «intestino», com o que concorda M. Laurent-Moreau, a cujo propósito diz que o radiologista é o único juiz para decidir das limitações a fazer.

Ainda que não seja este o ponto em que pretendemos insistir, torna-se no entanto necessário acentuar a necessidade de proceder, no radiodiagnóstico digestivo em geral, a um estudo tão completo quanto possível da totalidade do referido

aparelho. Assim evitaremos erros pela perda de sinais ou falta de descoberta de padecimentos que o exame «global» permite.

A condenação da refeição prévia ⁽¹⁾ não resulta apenas de originar o exame parcelar, que a própria questão económica se explica, não justifica. Acresce ainda a circunstância de, por vezes, a refeição prévia levar — por a cauda haver

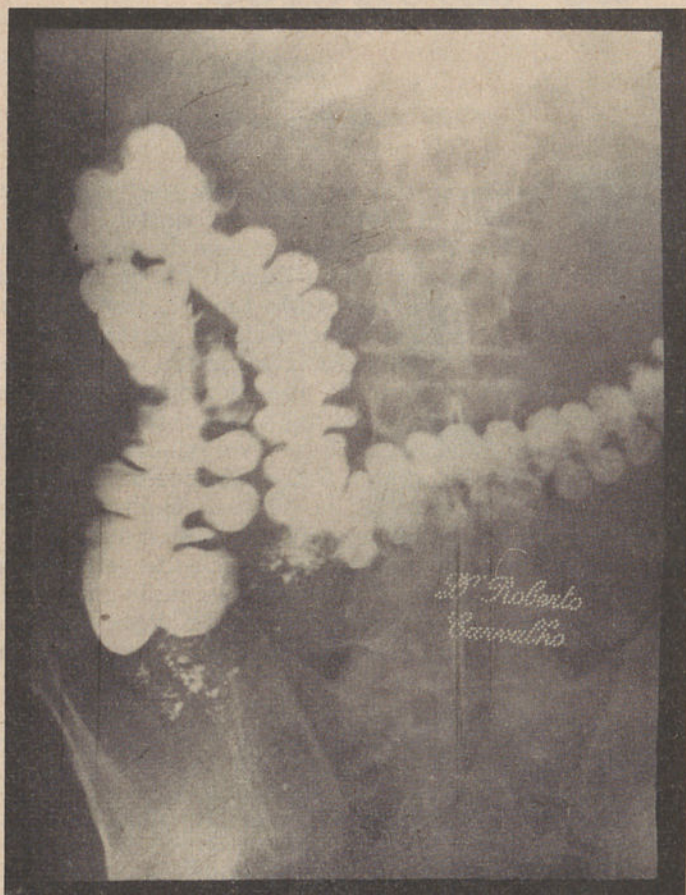


Fig. 3

ultrapassado a válvula ileo-cecal — a erros lamentáveis de localização apendicular, com todas as suas consequências.

Tivemos ensejo de estudar um indivíduo a quem a técnica da refeição prévia tinha levado a localizar o apêndice na fossa ilíaca direita, apesar do mesmo se encontrar no hipocôndrio, em situação sub-hepática. A falta de repleção da última ansa do ileon levou a tomar como cego aquilo que em verdade representava a parte média do ascendente, isto é, o ponto em que o cólon proximal se tornava de descendente em ascendente, para caminhar para o ângulo hepático. É a circunstância de haver sinais de colite neste ponto, com dor forte e bem localizada, levou ao diagnóstico de apendicopatia à custa de sinais indirectos, sem que tal existisse.

Este é outro aspecto que condena a técnica do exame parcelar e que depõe pelo exame «global» e, para o caso particular, pelo estudo detalhado do ileon terminal, o qual permite a melhor localização cego-apendicular.

Somos, pois, pelo exame global do aparelho digestivo no estudo apendicular e defendemos a necessidade de um estudo minucioso de todos os sectores, com particular incidência no ileon terminal e cego-ascendente.

Outro ponto para o qual pretendemos chamar a atenção, dado que no nosso meio, como em muitos outros, não é seguido, é o que respeita à necessidade de obter um cliché simples do abdómen, isto é, uma imagem sem artifício, depois de efectuado um clister de limpeza, quando nos propomos proceder ao estudo radiológico do apêndice. Este modo de proceder foi já aconselhado, que saibamos, por Finsterbuch e Gross em 1933 ⁽³⁾, Israelski ⁽⁴⁾, etc.

Todos sabemos que, em certos sectores, a imagem simples, entrou já na prática constante e constitui o tempo primeiro de certos exames. Não é lícito, — e ninguém o faz hoje — proceder a uma urografia endovenosa sem haver obtido uma imagem sem contraste das áreas correspondentes à árvore urinária. E não é lícito tal modo de proceder por se dar a circunstância do cliché simples poder desvendar, sem mais sacrifícios, o diagnóstico, e ainda pelo facto do contraste da urografia poder mascarar padecimentos que a imagem simples demonstra. Não vamos buscar outros exemplos em que a imagem sem artifício também se justifica e limitámo-nos apenas ao caso corrente da exploração urinária. Ora, do mesmo modo que neste sector se aconselha e pratica a radiografia simples, também o exame digestivo na exploração do apêndice — que deve ser global como dissemos — é conveniente que seja precedido duma radiografia sem contraste, após clister evacuador. Justificam este modo de proceder duas razões fundamentais: demonstração de anormalidades apendiculares espontaneamente evidenciáveis pelo seu contraste positivo ou negativo (cálculos, mucocelos calcificados ou não, corpos estranhos) ou outras não apendiculares, porventura conducentes ao acerto do diagnóstico (cálculos vesiculares, renais, gânglios calcificados, etc.) por um lado; revelação da própria imagem apendicular, por outro.

Temos no nosso arquivo exemplos que demonstram cabalmente estas afirmações. Alguns deles foram já motivo de publicações e outros a que nem mesmo agora nos referimos não-de merecer a nossa atenção em nova oportunidade.

Se a radiografia simples já teria justificação pela série de anormalidades espontaneamente evidenciáveis que fora da patologia apendicular podemos encontrar — cálculos vesiculares, pancreáticos ou renais; gânglios calcificados; aneurismas

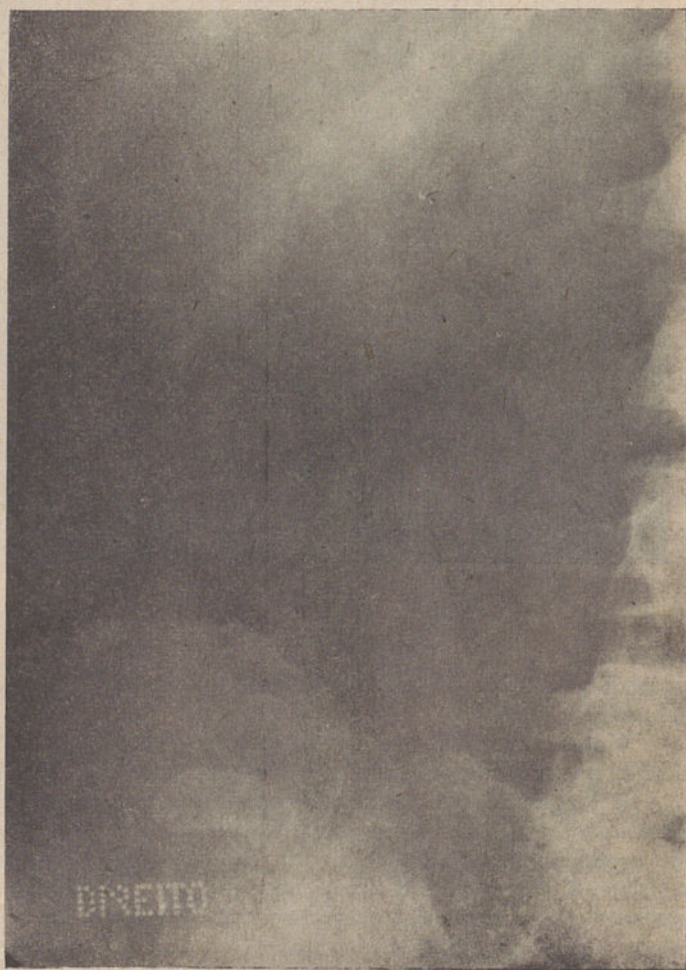


Fig. 4

de parede incrustada de cálcio; cistos; fistulas biliares internas; anormalidades de trânsito; anormal desenvolvimento gaseoso e sua localização; topografia, volumetria e morfologia de certos órgãos, etc., etc., etc., a verdade é que se consegue pôr em evidência certas variedades da própria patologia apendicular, que sem o cliché simples podem passar despercebidas.

No Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das

(1) Não esqueçamos a possibilidade da refeição dupla, condenável por não permitir, por vezes, um estudo detalhado da área antro-piloro-bolbar.

Ciências, de colaboração com o Dr. J. M. Rodrigues de Carvalho⁽⁵⁾, tratamos, numa comunicação que aí fizemos, da litíase apendicular. A nossa casuística, já hoje enriquecida com novos exemplos, contém casos de litíase apendicular em que a topografia do vermís favorece que a imagem calculosa escape à nossa observação, se efectuarmos os exames com



Fig. 5

repleção ceco-ascendente por substância de contraste. É o que documentamos agora com os seguintes exemplos:

Observação n.º 1 — Dizem respeito a esta observação as figuras 1, 2 e 3. Não relatamos a história clínica — que aliás está em inteira harmonia com litíase apendicular — para não nos alongarmos, e passamos ao comentário das imagens.

Na figura 1 vê-se opacificação da vesícula biliar em relação com uma prova de Graham e Cole positiva, e reconhece-se um colecisto normal. Na mesma imagem nota-se uma calcificação com características de calculosa, em pleno flanco

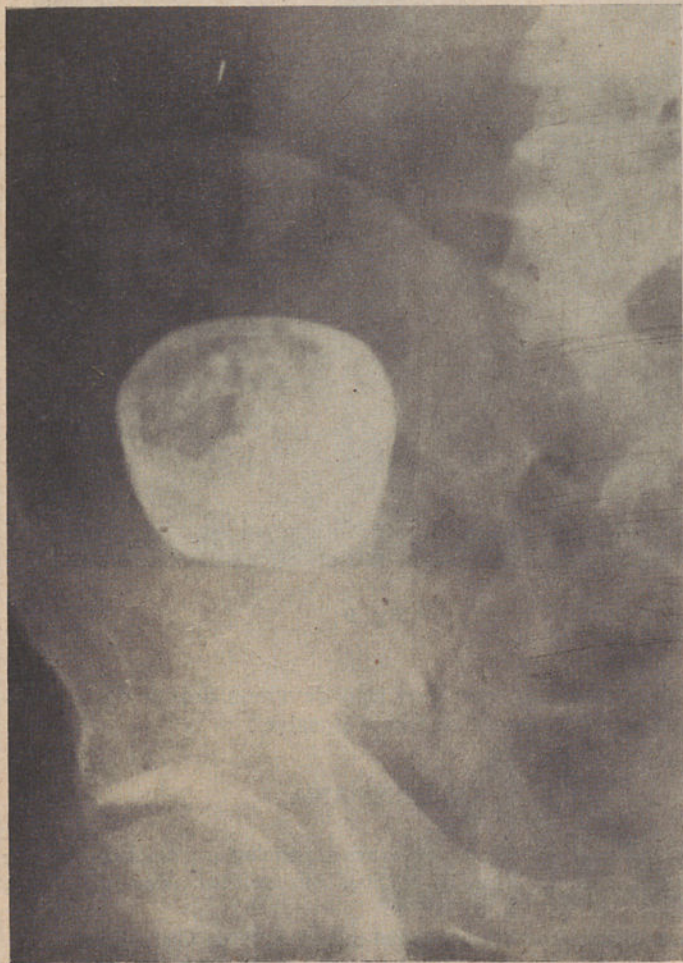


Fig. 6

a cerca de meia distância entre o pólo inferior do colecisto e a crista ilíaca.

Na figura 2 reconhece-se que a imagem não tem qualquer relação com a árvore urinária, pois está francamente afastada desta, como demonstra a urografia descendente que a figura reproduz.

Na figura 3, após repleção cólica pela barita, a imagem escapa à nossa observação visto tratar-se dum apêndice ascendente e posterior, coisa que a morfologia cecal sugere.

Demonstra este exemplo, como o seguinte, que se procedessemos ao estudo deste doente, após a ingestão duma refeição de contraste prévia, se esta ocupasse o cego-ascendente poderia escapar a verdadeira causa do sofrimento que era um cálculo do apêndice.

Observação n.º 2 — As figuras 4 e 5 testemunham, como o caso anterior, a necessidade da radiografia sem artifício, no estudo apendicular.

A figura 4 mostra um cálculo apendicular, confirmado operatariamente, projectado sobre a fossa ilíaca direita, com uma configuração em feijão que nunca mais nos foi dado observar.

A figura 5 revela, após contraste, a ausência de demonstração da formação calculosa nos aspectos B e C, a testemunhar a necessidade da imagem simples. Na imagem A, com franca evacuação cecal e do início do ascendente, já o cálculo é visível. Mais demonstrativo é o caso, se recordarmos que o cálculo passara despercebido num exame anterior, precisamente aquele em que se obtivera a imagem C.



Fig. 7

Além da litíase, o mucocelo constitui também outra entidade susceptível de demonstração espontânea. Nunca nos foi dado observar qualquer exemplo de mucocelo traduzido pelos sinais de Axerlund (da hipertransparência de limite capilar contínuo) ou de Phemister (do nível), dos quais o segundo seria difícil de aperceber-se, mas temos no nosso arquivo um mucocelo calcificado, cuja imagem sem artifício é curiosíssima e que mostra bem as possibilidades da radiografia simples. Limitámo-nos, a seu propósito, a dizer que as dimensões são de tal ordem que mesmo com contraste do cego-ascendente é visível, sendo no entretanto de conceber que em casos de menores dimensões possa ser mascarado. Não nos ocupamos mais pormenorizadamente da imagem, dado que nos merecerá noutra oportunidade referência detalhada.

As figuras 6 e 7 mostram o mucocelo respectivamente, sem artifício e após opacificação ileo-cólica.

Além da litíase e do mucocelo, constituem novo exemplo de anormalidade espontaneamente evidenciável, os corpos estranhos. Também no nosso arquivo contamos com casos desta ordem e a literatura regista inumeráveis referências. Consequentemente, no grupo das entidades capazes de originar, sem artifício, demonstração radiográfica por contraste

positivo, figuram, de entre outras, os cálculos, os mucocelos calcificados e os corpos estranhos.

Não menos importante, em relação à frequência com que se observam, é o que se passa com as imagens de contraste negativo.

Sabemos do radiodiagnóstico das apendicopatias o alto interesse que temos na demonstração do apêndice. Este resulta

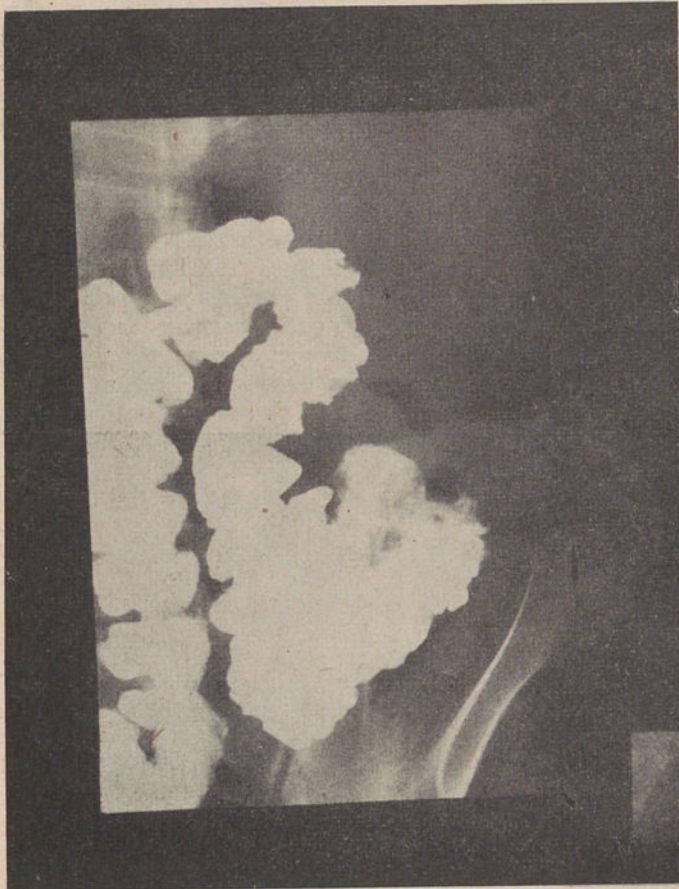


Fig. 8

não só das possibilidades de diagnóstico que nos facultam, como também das ilações para a terapêutica que da mesma localização podemos tirar. Daí, da necessidade da localização com fins de diagnóstico e terapêutica, nasceu toda essa infinidade de técnicas de preparação que enchem os trabalhos dedicados ao radiodiagnóstico das apendicopatias. Algumas dessas técnicas, que não pormenorizaremos, assentam na pneumoapendiculografia provocada por insuflação (Kadrnka e Sarasin) (6). Ora sucede que muitas vezes, sem artifício, nós conseguimos evidenciar o apêndice à custa da sua espontânea repleção gaseosa. São numerosos os exemplos que a este propósito possuímos e que podemos colher na radiografia simples. Isso não significa que não sejam demonstráveis durante o exame com artifício, como sucede com os casos das figuras 8 e 9, dos quais a segunda mostra 4 exemplos em que se dá precisamente a circunstância de terem sido colhidos na exploração após administração de refeição de contraste. Todavia, como sucede para as formações calculosas ou calcificadas, o contraste pode torná-las inaparentes e aqui acresce ainda o facto de essa circunstância ser mais provável, dado que nós observamos esta aeroapendiculia espontânea sobretudo nos apêndices ascendentes e muito em especial nos casos de cego invertido, variação que não é rara, como sabemos. E, se os apêndices são ascendentes é evidente que mais facilmente podem ser encobertos pelo colon proximal contrastado.

É racional admitir, pelo que sabemos da fisiologia da repleção apendicular — ainda que tal não esteja provado, que seja do nosso conhecimento — que dos apêndices não opacificados, mas susceptíveis de o serem, a maior percentagem corresponda aos dos quadrantes superiores. E se assim for, — o que a razão faz conceber — mais se compreende a utilidade da radiografia simples a preceder o estudo do

apêndice com contraste, dado que é precisamente nos apêndices ascendentes que nós observamos, com mais frequência, a repleção gaseosa.

As imagens que as figuras 8 e 9 reproduzem não são de molde a criar apreciáveis dúvidas de interpretação. O conhecimento das zonas de distribuição gaseosa, em localização e morfologia, facilmente nos orienta no caminho da verdade. Só a exibição parcial e espontânea das vias biliares (por fístula, etc.) poderia criar um aspecto semelhante, mas com topografia tão diversa que o problema de diferenciação praticamente se não põe.

Em duas palavras: a nossa experiência, de que registamos alguns exemplos, abona o ponto de vista dos que preferem o estudo global do aparelho digestivo no radiodiagnóstico das apendicopatias, a despeito da morosidade do exame; a nossa prática defende a necessidade da radiografia abdominal simples após clister evacuador como tempo primeiro do estudo radiológico do apêndice, apesar da questão económica que se possa levantar.

Se na prática a questão económica traduzida em tempo e despesa de material é factor que nos pode impedir a escolha

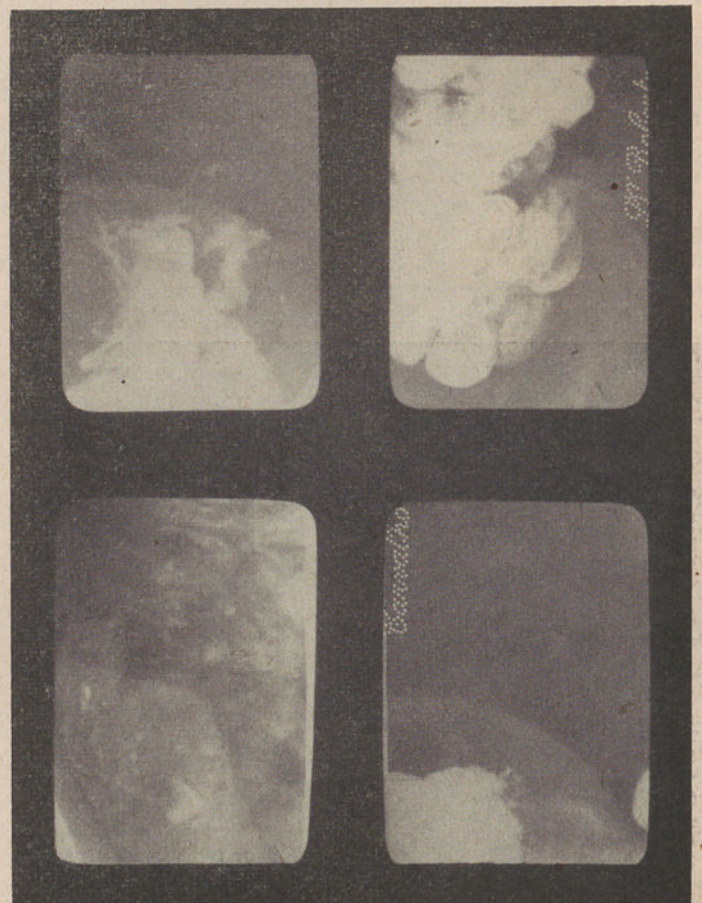


Fig. 9

do melhor caminho, nem por isso devemos deixar de o aconselhar e seguir, sempre que seja possível.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Gleize-Rambal — Interêt de l'examen radiologique «global» du tube digestif. Bull. & Mém. de la Soc. d'Electr.-Rad. Med. de France. Ann. 27, n.º 262, pg. 657, 1939.
- 2 — Laurent-Moreau — Discussão da comunicação de Gleize-Rambal.
- 3 — Finsterbuch e Gross — cit. por Gutierrez M. J. in Apendicopatias crónicas. Barcelona — Buenos Aires, 1940.
- 4 — Israelski — cit. por Gutierrez M. J. in Apendicopatias crónicas. Barcelona — Buenos Aires, 1940.
- 5 — Ramos A. e Rodrigues de Carvalho J. M. — Calculose apendicular. Comunicação ao Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências. Lisboa, 1950.
- 6 — Kadrnka S. et Sarasin R. — Un procédé rapide d'exploration radiologique de l'appendice. Presse Médicale 1932, n.º 50, pg. 990.

ENTEROBIÓTICO

Antibiótico-sulfamidoterápia associada para tratamento entérico

COMPOSIÇÃO

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,015 Grs.
Bacitracina	600.000 U.
Sulfato de Neomicina	0,0075 Grs.
Ftalilsulfacetimida	0,500 Grs.
Excipiente q. b. p.	1 comprimido

Em virtude de nenhum dos componentes do Enterobiótico ser absorvível pela corrente sanguínea em extensão apreciável, permite que seja utilizado em doses maciças sem qualquer perigo de efeitos tóxicos.

APRESENTAÇÃO

Tubo de 20 comprimidos **Esc. 42\$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

**um novo hipnótico
não barbitúrico**

NEODÓRMIO

HIGIENE

ELIXIR AROMATIZADO A 10 % DE 3-METILPENTINOL-3

ACÇÃO RÁPIDA E INTENSA

NÃO PRODUZ ACÇÕES SECUNDÁRIAS DESAGRADÁVEIS

AUSÊNCIA DE HABITUAÇÃO

DESTRUIÇÃO COMPLETA DO MEDICAMENTO NO ORGANISMO

SONO TRANQUILO • DESPERTAR NORMAL



MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLINICAS E CIENTIFICAS

A Profilaxia da Febre Reumática (*)

L. CAYOLLA DA MOTTA

(Médico da D. G. S.)

A febre reumática é uma doença recorrente, de enorme importância médico-social e económica, pelas suas graves consequências, mas que pode ser, hoje, eficazmente prevenida, em uma grande maioria dos casos.

Sabê-se hoje que, tanto o primeiro, como os outros ataques de febre reumática são, habitualmente, desencadeados por infecções devidas aos estreptococos β — hemolíticos.

A profilaxia da febre reumática e das cardiopatias reumáticas depende, portanto e fundamentalmente, do tratamento precoce e adequado de todas as infecções estreptocócicas nos indivíduos susceptíveis (por anterior ou anteriores ataques de febre reumática, ou de qualquer outra afecção de etiologia e patogenia semelhantes).

Daí, o interesse dos esquemas de terapêutica e profilaxia eficazes e já hoje bem estabelecidos, na prevenção da febre reumática, por experiências sérias em muitos milhares de casos.

1) TRATAMENTO DAS INFECÇÕES ESTREPTOCÓCICAS

O tratamento indicado deve iniciar-se sempre o mais precocemente possível. Desde que se suspeite da existência de uma infecção estreptocócica, o tratamento deve começar-se imediatamente e deve prolongar-se pelo tempo suficiente para irradiar, por completo, os estreptococos da garganta (ou de qualquer outro foco, embora, na grande maioria dos casos, seja a garganta o seu *habitat* principal e mais comum).

Quase todos aqueles casos, respondem muito favoravelmente à terapêutica de escolha (penicilina), estando habitualmente apiréticos, 24 horas após o início do tratamento. Quando tal não ocorre, é pouco provável que a infecção seja devida ao estreptococo hemolítico.

Até hoje, a *penicilina* é ainda o medicamento de eleição para todas as infecções estreptocócicas. São muito raros os casos de infecções por estreptococos hemolíticos resistentes à penicilina. (Nestes raros casos, existem, já hoje, disponíveis na luta contra estas infecções, além das *sulfamidas*, outros antibióticos, dos quais os que parecem mais activos contra os estreptococos são a «*ilotícina*» (*eritromicina*), a «*magnamicina*», a *aureomicina* e a *terramicina*, embora não exista, acerca do seu emprego, nestas infecções, experiência suficiente que nos permita apontar esquemas terapêuticos bem definidos, como para a penicilina).

Nos esquemas ideais, que a seguir se apontam, apenas se refere, entretanto, o antibiótico de primeira escolha para estes casos — a *penicilina* — a qual, como já se disse, é praticamente eficaz em todos os casos, quando empregada correctamente.

Têm-se obtido bons resultados, quer com o emprego da penicilina por via intramuscular, quer com o seu emprego por via oral, no tratamento daquelas infecções.

A administração oral da penicilina tem, em relação à administração intramuscular:

1.º — as seguintes vantagens:

- a) é mais cómoda para a maioria dos doentes;
- b) dispensa muito mais o emprego de pessoal técnico (médico ou de enfermagem).

2.º — as seguintes desvantagens:

- a) exige o emprego de maiores quantidades de penicilina;
- b) é de difícil administração em certas crianças, que tem, por qualquer motivo, dificuldade em engolir a droga;
- c) em alguns indivíduos, sobretudo em adultos, parece ser a causa de diarreias persistentes e de incómodo prurido anal;
- d) é sempre difícil, para o médico, ter a certeza de que cada doente toma as doses indicadas, durante todo o período de tempo necessário e, ainda, dentro do horário indispensável, em relação às horas das refeições, para que o tratamento possa ser, realmente, eficaz.

Pesando estes prós e contras, cada clínico e cada médico-funcionário dos Serviços de Saúde Pública, deve decidir qual deverá ser a via de administração mais indicada, em cada caso.

Entretanto, parece-nos, salvo melhor opinião, que, pelo menos com os habituais preparados de penicilina, a via intramuscular é sempre a ideal e que só se for absolutamente impossível, por uma razão ou por outra, é que se aconselhará, então, a administração oral.

Existe ainda a possibilidade de um tratamento misto — primeiro em injeção, depois por via oral — que adiante se aponta.

A administração por via intramuscular, durante todo o tratamento, parece-nos ser, contudo, o método de eleição, sempre que possível, em injeções que, se insuficientemente tratadas, podem levar a consequências de gravíssima repercussão económica e social.

A) ESQUEMAS TERAPÊUTICOS RECOMENDADOS, A PROPÓSITO DOS PREPARADOS CLÁSSICOS DA PENICILINA

1) *Penicilina por via intramuscular (Penicilina G-Procaína)*:

Injeção intramuscular de 300.000 a 600.000 unidades (crianças a adultos) de penicilina G-procaína, com 2% de monoestearato de alumínio, em óleo, cada 3.º dia, e por 3 doses idênticas.

Note-se que 2 doses parecem ser já eficazes e que, em casos em que a 3.ª dose se não conseguiu fazer, se pode contar com resultados habitualmente satisfatórios. Entretanto, recomendam-se 3 doses, sempre que possível.

2) *Penicilina por via oral (Sal de Penicilina G tamponada, para administração oral)*:

200.000 a 300.000 unidades (crianças e adultos), quatro

(*) Resumo, adaptado pelo A., de um relatório, divulgado em Janeiro de 1953, pelo «*Council on Rheumatic Fever and Congenital Heart Disease of the American Heart Association*» e publicado em: *Public Health Rep.*, 68 (1): 12; Washington, Jan. 1953.

vezes por dia — preferivelmente de 6 em 6 horas — durante os primeiros cinco dias (dose diária de 800.000 a 1.200.000 unidades, portanto); nos cinco dias seguintes, baixar para 200.000 a 250.000 unidades (crianças a adultos), três vezes por dia — cada 8 horas, preferivelmente — (dose diária de 600.000 a 750.000, nestes últimos cinco dias).

As doses parciais, em comprimidos tamponados (ou, menos preferivelmente, em xarope) devem ser tomadas com o estômago vazio, pelo que se aconselha a sua ingestão 1 hora ou, no mínimo, meia hora antes das refeições, ou 2,5 a 3 horas depois.

3) *Penicilina em injeção intramuscular e administração oral:*

Começar com uma injeção intramuscular de 300.000 a 600.000 unidades (crianças ou adultos) de penicilina G-procaína, com 2% de monoestearato de alumínio, em óleo; e, três dias depois, iniciar a administração oral, segundo o esquema acima indicado, a propósito dos últimos cinco dias (200.000 a 250.000 unidades, cada 8 horas), mas que se deve manter durante uma semana completa.

B) NOVOS DERIVADOS PENICILÍNICOS

Novos derivados penicilínicos podem ser administrados nestas infecções, parece que com resultados igualmente bons, ou até superiores aos dos esquemas acima apontados, sobretudo sob o ponto de vista económico e prático.

É, por ex., o caso da *N, N'* — *dibenzil etilenadiazina dipenicilina G*, que tem as propriedades de: 1) manter concentrações eficazes no sangue durante períodos de tempo mais longos, o que implica um menor número de injeções ou comprimidos, com maiores economia e simplicidade, para os Serviços e para os doentes; 2) ser mais estável e eficaz por via oral; e 3) parecer ser, com bastante maior raridade do que os outros sais clássicos da penicilina, causa de reacções alérgicas aos doentes a que é administrada (segundo os estudos preliminares, parece causar cerca de 15 vezes menos reacções alérgicas do que os outros preparados penicilínicos).

A confirmarem-se, em largas experiências em massa, em doentes seguidos durante alguns anos, aquelas características, será, então, óbvia a sua vantagem, sobre os anteriores preparados penicilínicos, na terapêutica e profilaxia de algumas infecções importantes em Saúde Pública e Medicina Social, nomeadamente, as infecções estreptocócicas e a sífilis.

Na terapêutica das infecções estreptocócicas, têm-se proposto, por ex., os seguintes esquemas (esquemas esses ainda provisórios e não recomendados pelo comité de peritos da febre reumática): 1) Em injeções intramuscular: 300.000 a 600.000 unidades, cada 6 horas, uma vez por semana, em 2 a 3 semanas seguidas; 2) Per os: 300.000 unidades, cada 6 h., 8 h. ou 12 h. (conforme a idade e a forma de apresentação do preparado; devendo, por ex., serem os intervalos cada vez mais curtos, à medida que se aproximar da idade adulta — ex, cada 12 h. para crianças, cada 8 h. para adolescentes, cada 6 h. para adultos —; bem como devem ser também mais curtos, aqueles intervalos, quando a droga se toma em suspensão oral, em vez de em cápsulas), meia a uma hora antes das refeições e durante 7 a 10 dias.

Note-se, entretanto, que não existem ainda experiências suficientes que permitam recomendar-se aqueles ou outros esquemas terapêuticos — ou profiláticos — deste, ou de outros, novos preparados penicilínicos, por ora. Os peritos do «Comité de Febre Reumática e Doenças Cardíacas, dos E. U. A.» frizam este ponto e afirmam que, existindo, pelo contrário, provas estatísticas suficientes dos esquemas dos preparados clássicos indicados em A), só esses se podem aconselhar, com absoluta segurança, pelo momento.

C) OUTROS ANTIBIÓTICOS

1) *Aureomicina* ou *Terramicina*:

São, habitualmente, menos eficazes do que a penicilina, na terapêutica das infecções estreptocócicas mais comuns, e, sobretudo, menos económicas no tratamento e profilaxia da febre reumática. Só estão indicadas em casos de sensibilidade irremovível à penicilina, ou em casos em que, bacteriológicamente, se demonstre resistência do estreptococo à penicilina e sensibilidade

a um ou outro daqueles antibióticos de largo espectro de acção.

Doses preconizadas (idênticas para aureomicina e terramicina): dose total inicial de 10 mg. por cada «libra» de peso do doente (aproximadamente: 20 a 25 mg. por quilo de peso), dividida em quatro doses diárias, durante 2 dias consecutivos; nos 8 dias seguintes, deve dar-se metade da dose diária que se manteve durante os dois primeiros dias.

2) *Outros antibióticos mais recentes («Iloticina» (=eritromicina), «Magnamicina» (=carbomicina), etc.):*

Não existem ainda, presentemente, dados seguros acerca da sua eficácia e das doses mais eficazes e económicas, que permitam estabelecer-se, desde já, esquemas terapêuticos que os peritos, do comité acima referido, possam recomendar.

D) SULFAMIDAS

Muitas sulfamidas são eficazes no tratamento das estreptocócicas, mas não existem, hoje, em dia, quaisquer vantagens — excepto as económicas, que, de resto, são e serão cada vez mais atenuadas — do seu emprego, sobre o da penicilina, no tratamento destas infecções. O «Comité de peritos da Febre Reumática e Doenças Cardíacas, dos E. U. A.» vai mesmo ao ponto de desaconselhar o seu uso, como adiante se indica.

E) MEDICAMENTOS HOJE DESACONSELHADOS NO TRATAMENTO DAS INFECÇÕES ESTREPTOCÓCICAS

- 1) Penicilina em pastilhas orais, ou sob qualquer outra forma que pretenda combater, localmente, infecções estreptocócicas da cavidade bucal, faringe, anexos, etc.
- 2) Sulfamidas.
- 3) Penicilina seguida de sulfamidas.
- 4) Estreptomina.

II) PROFILAXIA DAS INFECÇÕES ESTREPTOCÓCICAS

A) REGRAS GERAIS DE PROFILAXIA

- 1) *Indivíduos que devem ser submetidos aos métodos profiláticos:*
 - a) Todos os indivíduos com menos de 18 anos de idade que tenham sofrido um ou mais ataques de febre reumática, ou de coreia, em qualquer época da sua vida.
 - b) Todos os indivíduos maiores de 18 anos que tenham sofrido, no decurso dos últimos 5 anos, um ataque de febre reumática, ou de coreia.
- 2) *Ocasão em que se deve iniciar o tratamento profilático:*

Antes do início do tratamento profilático (abaixo indicado), devem procurar irradiar-se os estreptococos β -hemolíticos, por meio de tratamento eficaz dos portadores — segundo um dos esquemas acima apontados: I) A).

O tratamento profilático deve, em seguida, iniciar-se, preferivelmente, no fim da segunda semana após o início do, ou do último, ataque de febre reumática; ou, então, se decorreu já mais tempo do que isso, logo que o doente é visto pela primeira vez e desde que se encontre nas condições indicadas em II) A) 1).

O comité de peritos, que elaborou os métodos citados, recomenda que se use da maior cautela nos doentes que, por qualquer motivo, estejam fazendo cortisona ou A.C.T.H., uma vez que estes medicamentos podem mascarar infecções mais graves — ex. meningites, pneumonias, etc. — para o tratamento das quais as doses profiláticas, abaixo indicadas, são sempre manifestamente insuficientes. Em tais casos, o médico deve, pois, assegurar-se de que tal se não dá, antes de iniciar o tratamento profilático.

- 3) *Tempo durante o qual se deve manter o tratamento profilático:*
 - a) Nos indivíduos com menos de 18 anos, pelo menos até que se atinja esta idade;

b) Nos indivíduos mais idosos, até, pelo menos, 5 anos após o último ataque.

N. B. — Até que tais períodos sejam atingidos, o tratamento profilático deve manter-se, ininterruptamente, como é abaixo indicado, durante todas as estações do ano e, sob pretexto algum, deve ser abandonado.

B) MÉTODOS PROFILACTICOS

1) Sulfamidas (preferivelmente sulfadiazina):

As sulfamidas têm a vantagem de serem fáceis e económicas de administrar e de serem efectivas, na profilaxia das infecções estreptocócicas. Embora se conheçam casos de aparecimento de estirpes sulfamido-resistentes, durante campanhas de profilaxia em massa, como por ex. entre as forças armadas inglesas e americanas, tal facto é extremamente raro entre a população civil e não tem importância prática.

A sulfamida que mais se tem indicado para estes casos é a *sulfadiazina*, visto ser sobre ela que se possui um maior número de dados suficientes que provam a sua eficácia e inocuidade. Entretanto, outras sulfamidas (como por ex. o *sulfatiazol*, a *sulfamerazina*, a «*gantrisin*», etc.), devem ser igualmente eficazes, só se não aconselhando agora, aqui por não existirem ainda, a seu respeito, experiências suficientemente grandes como as já efectuadas com a *sulfadiazina*.

Dosagem profilática: 0,5 g. a 1,0 g. de *sulfadiazina*, tomado uma só vez por dia, de manhã, por ex., e durante todo o ano e até se completar o espaço de tempo especificado em II) A) 3). A dose de 0,5 g. é a aconselhada em crianças que pesem menos de 60 «libras» (cerca de 27 quilos); a dose de 1,0 g. para as restantes e adultos.

Reacções tóxicas secundárias, devidas a esta sulfamido-terapia: — Embora raras, quando surgem, e habitualmente discretas, é necessária a maior cautela para que se descubram o mais cedo possível, a fim de se suspender a droga, se tal for o caso, e de se mudar para a penicilina. Geralmente, tais reacções consistem em: a) exantemas medicamentosos; b) febre; c) odinofagia, acompanhada ou não de inflamação da orofaringe e anexos; d) alterações do hemograma, especialmente da série branca. Regra geral, as reacções devidas às sulfamidas, costumam, em tais casos, surgir no decurso das primeiras 8 semanas do tratamento profilático, sendo, depois dessa ocasião, raríssimas. Em vista disso, os doentes devem ser periodicamente observados e, sempre que possível, deve-se-lhe fazer uma contagem de glóbulos brancos e fórmula leucocitária, todas as semanas, no decurso dos 2 primeiros meses de profilaxia. Depois deste período, um exame mensal ou, até, trimestral, são suficientes na prática, embora se deva repetir o hemograma ao menor sinal suspeito e sempre que o doente deva ter de tomar sulfamidas, «terapêuticamente», por qualquer infecção intercorrente (ex.: uma colibacilose urinária).

É aconselhável suspender imediatamente a sulfo-profilaxia sempre que se constatar que os glóbulos brancos desceram abaixo de 4.000 e os neutrófilos abaixo de 35%. Mesmo na ausência de exames de sangue, o aparecimento de um exantema urticariforme ou escarlatiforme aconselha a suspensão da quimio-profilaxia. O prognóstico dos exantemas medicamentosos morbiformes parece ser mais benigno e permitir a continuação da sulfo-profilaxia, sob rigorosa vigilância clínica e hematológica.

2) Penicilina (por via oral):

A penicilino-profilaxia oral da febre reumática provou já, cabalmente, ser um método seguro e extremamente eficaz e, além disso, mais desprovido de riscos do que a sulfo-profilaxia, embora os resultados desta última se conheçam em um maior número de casos e por um período de tempo mais longo.

Como tratamento profilático, só está indicada a sua administração oral, visto as injecções, durante tão longos períodos de tempo, se tornarem económica e psicologicamente desaconselháveis.

Vantagens e inconvenientes da penicilino-profilaxia oral, sobre a sulfo-profilaxia: a) vantagens: é bactericida para o estreptococo β -hemolítico, em vez de bacteriostática; produz reacções secundárias, tóxicas e perigosas, muito mais raramente; b) inconvenientes: é mais cara; e exige maiores cuidados na sua

administração, visto só ser eficaz quando tomada com o estômago vazio.

Dosagem da penicilina oral (preparados clássicos), aconselhada na profilaxia das infecções estreptocócicas: 200.000 a 250.000 unidades (crianças a adultos), de um sal de penicilina G, tamponado, duas vezes por dia, tomadas meia a uma hora antes de duas refeições e com um intervalo de, aproximadamente 10 h., 12 h. ou 14 h. entre as duas tomas, e durante todo o espaço de tempo indicado em II) A) 3). Embora uma única dose diária pareça ser também eficaz, é mais aconselhável o emprego de duas doses diárias, como indicado.

Reacções tóxicas secundárias, devidas a esta penicilino-profilaxia: — Embora mais raramente do que com a sulfo-profilaxia e, sobretudo, sempre com um carácter muitíssimo menos grave, podem surgir, no decurso destes tratamentos, algumas reacções tóxicas secundárias, especialmente: a) urticária; b) reacções muito semelhantes à doença do soro e que podem, até, ser confundidas com uma recidiva da febre reumática, devido à febre e dores articulares; c) edema angio-neurótico. Se qualquer daquelas reacções for marcada e, especialmente, no último caso, é conveniente suspender a penicilina e iniciar, ou uma sulfo-profilaxia, ou outros preparados de penicilina menos sensibilizantes e que são, agora, já facilmente obtíveis.

2') Está, neste caso, por ex., a *N. N'-dibenziletlenadiazina dipenicilina G*, de que já se falou — ver I) B). — Têm-se proposto, como doses profiláticas das infecções estreptocócicas, para aquele preparado penicilínico, por ex., as seguintes: a) em injecções intramusculares—300.000 a 600.000 unidades (crianças e adultos), uma vez cada 15 dias, isto é, só duas vezes por mês, durante o período de tempo consignado em II) A) 3); b) *per os* — 300.000 a 600.000 unidades (crianças a adultos), uma só vez por dia, durante o mesmo período de tempo.

Note-se, entretanto, que, embora os estudos preliminares da profilaxia de infecções estreptocócicas com tais doses, pareçam ser muito favoráveis, estes esquemas não podem ser ainda recomendados oficialmente, como os apontados em II) B) 2), visto se considerarem ainda insuficientes o número de casos estudados e o tempo decorrido.

3) Outros medicamentos:

Não existem, ainda hoje, quaisquer outros antibióticos ou outros medicamentos acerca dos quais esteja provado qualquer valor prático na quimio-profilaxia das infecções estreptocócicas e, portanto, da febre reumática e das suas graves consequências, que tanto pesam no equilíbrio económico-social das Nações.

ALGUMAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) — Baldwin, J. S. — Sulfadiazine prophylaxis in children and adolescent with inactive rheumatic fever. *J. Pediat.*, 30: 284; (1947).
- (2) — Breese, B. B. and others («Council on Rheumat. Fev. and Cong. Heart Dis. of the Amer. Heart Asso.») — The prevention of rheumatic fever. *Publ. Health Rep*, 68 (1): 12; (Jan. 1953).
- (3) — Denny, F and others — Prevention of rheumatic fever. Treatment of the preceding streptococcal infections. *J.A.M.A.*, 143: 151; (1950).
- (4) — Elias, W., Price, A. H. and Merrion, H. J. — *Antib. and Chemoter.*, 1: 491; (1951).
- (5) — Fletcher and Knappett — *Brit. Med. J.*, 4803: 188; (1953).
- (6) — Lepper, M. H. and others — *Antib. and Chemoter.*, 2: 171; (1952).
- (7) — Massell, B. F., Dow, J. W. and Jones, T. D. — Orally administered penicillin in patients with rheumatic fever. *J. A. M. A.*, 138: 1030; (1948).
- (8) — Massell, B. F. and others — Prevention of rheumatic fever by prompt penicillin therapy of hemolytic streptococcal respiratory infections: A progress report. *J. A. M. A.*, 146: 1649; (1951).
- (9) — Rantz, L. A. — The prevention of rheumatic fever. Springfield, Ill.; C. C. Thomas ed.; (1952).
- (10) — Seifter, Glassman, Begany and Blumenthal — *Antib. and Chemoter.*, 1: 504; (1951).
- (11) — Thomas, C. B., France, R. and Reichman, F. — Prophylactic use of sulfonamide in patients susceptible to rheumatic fever. *J. A. M. A.*, 116: 537; (1941).
- (12) — Wannamaker, L. W. and other — Prophylaxis of acute rheumatic fever by treatment of the preceding streptococcal infection, with various amounts of depot penicillin. *Am. J. of Medic.*, 10: 673; (1951).

Resultados e interpretação patológica das doses e formas de aplicação das hormonas

GREGÓRIO MARAÑÓN

I

São inevitáveis os abusos e erros nas indicações e na classificação dos medicamentos novos e de efeitos brilhantes. Isto acontece muito especialmente na terapêutica hormonal e opoterápica, quer dizer, no emprego das hormonas isoladas ou sintéticas e dos extractos de glândulas. E acontece especialmente isto porque o médico pensa erradamente que, desde que maneje produtos fisiológicos, corpos que naturalmente actuam no organismo, elaborados por este, circulando pelo sangue e regulando o equilíbrio habitual das funções vegetativas, é difícil produzir inconvenientes e pôr em perigo a saúde por muito altas que sejam as doses empregadas.

Parece chegado o momento de chamar rigorosamente a atenção sobre estes abusos e sobre as suas pretensas justificações. Certamente que não é esta a primeira vez que se intenta uma crítica parecida. Abundam, com efeito, as prevenções ao aconselhar as distintas opoterapias em livros, monografias e artigos recentes.

Citarei apenas o excelente estudo de Mosinger. Mas talvez nunca tenha tido essa atitude uma tribuna tão solene como a do Congresso Internacional de Terapêutica.

Esta questão basear-se-á quase exclusivamente sobre a minha própria experiência. Vou ocupar-me de três pontos:

- A) A razão das doses moderadas.
- B) Os inconvenientes e perigos das doses altas.
- C) A técnica mais adequada para os tratamentos hormonais.

II

A) A razão das doses moderadas — O que caracteriza a opoterapia é o sentido fisiológico da sua acção.

Quando as glândulas de secreção interna se alteram num sentido de depressão funcional, as suas hormonas tornam-se escassas ou desaparecem. A opoterapia que então instituímos tem um fim meramente substitutivo e não deve, logicamente, ultrapassar as doses da produção hormonal normal da glândula afectada.

Certamente que não conhecemos directamente qual é essa dose fisiológica visto que só algumas hormonas foram isoladas, e ainda nelas os métodos de investigação mais precisos não permitem, em suma, determinar a quantidade eliminada pela urina, dado que só muito vagamente nos dá ideia da actividade funcional da glândula. De todos os modos, por estes lados, quando possíveis, e pela investigação em animal de experimentação, da quantidade de algumas das hormonas contidas na glândula respectiva, podemos induzir que as quantidades que os parênquimas endócrinos lançam no sangue são, geralmente, muito inferiores às que contêm ou pretendem conter as preparações habituais destes medicamentos. E a mesma impressão se confirma na observação clínica. Pela minha parte, depois de tantos anos de experiência, posso afirmar que nas alterações endócrinas que se curam pela opoterapia, o alívio ou a cura se podem conseguir, invariavelmente, com doses mais baixas que as que se consignam nos formulários e prospectos.

Mas, além disso, ainda que conhecessemos as doses normais de cada hormona, ficaria por averiguar o «quantum» da deficiência em cada um dos doentes, o qual pode variar desde uma leve diminuição à anulação total da secreção. O ajuste das nossas doses a cada caso é, de momento, só possível pelo equilíbrio empirico dos efeitos do medicamento.

É evidente que estas doses terão de ser tanto maiores quanto mais profunda seja a deficiência glandular, facto que, talvez demasiado enfaticamente, Collip denominou «princípio da resposta inversa».

Isto, pelo que se refere à quantidade total da hormona. Mas, além disso, por via oral, e mais ainda, injectável,

a dose da hormona ou hormonas que cremos necessitar o nosso doente, supõe uma concepção do processo fisiopatológico tão simples, que raia o pueril.

É certo que as glândulas endócrinas não vertem continuamente os seus produtos, no sangue, mas que esses produtos, essas hormonas, acumuladas no seu parênquima, ingressam na corrente circulatória somente nos momentos e nas proporções que exige cada circunstância funcional. Por exemplo, as clássicas experiências de Cannon e de outros fisiólogos demonstraram que a adrenalina segregada pelo tecido cromafino se armazena neste tecido, principalmente na substância medular das glândulas suprarrenais, e — pelo menos, em quantidades consideráveis — passa ao sangue só em determinados momentos de urgência; por exemplo, durante as hemorragias ou durante as grandes emoções, sem prejuízo de que possa haver também uma passagem moderada e constante para cumprir acções permanentes, como a manutenção do tonus habitual do aparelho circulatório. Este mesmo modo de secreção habitual, adaptado às inesperadas necessidades de engrenagem do organismo com o seu meio, têm, segundo os estudos da escola de Selye, as demais hormonas da glândula suprarrenal: as corticais. Elas e todas as demais funcionam deste modo circunstancial em relação com os centros hipofisohipotálamicos. Muito demonstrativo é, neste sentido, o mecanismo de secreção das hormonas gonadais que, na mulher, está ligado rigorosamente a um ciclo ovárico mensal e aos distintos episódios da sua vida sexual, e no homem, aos estímulos, infinitamente variados, endógenos e relativos ao ambiente, de emoção sexual.

Por outro lado, é provável que cada uma das hormonas seja eficaz não isoladamente mas num ambiente de estreita correlação com outras situações hormonais que, sem dúvida, não podemos reproduzir administrando ao doente uma determinada hormona.

Por exemplo, a hormona de crescimento da hipófise dá a impressão de que não actua isoladamente, estimulando o crescimento, mas como peça de um vasto mecanismo hormonal e não hormonal; o crescimento não é, por outras palavras, obra exclusiva desta hormona, mas dum conjunto de factores tróficos, e entre eles, os hormonais; e dos hormonais, a hormona chamada do crescimento, embora fundamental, não actuará senão com a condição de engrenar todos os factores que conduzem ao mesmo fim. Por isto, é um sonho por agora, pretender que um organismo que não cresça possa crescer dando-lhe, de vez em quando, uma injeção da hormona do crescimento; e quanto mais pura seja a hormona, pior.

A terapêutica hormonal, em suma, para ser eficaz, para ser fisiológica, tem de visar dois objectivos: *primeiro*, que as doses sejam, no possível, semelhantes às que as glândulas segregam, e, *segundo*, que as hormonas que administremos actuem em condições, cronológicas e de correlação com as outras glândulas, o mais parecidas possíveis àquelas em que actuam as hormonas do organismo.

Destas duas condições podemos aspirar a aproximarmos da primeira, isto é, a reproduzir as doses fisiológicas. Muito mais difícil é o cumprimento da segunda condição, já que, quase sempre, os momentos de actuação das hormonas e o seu ambiente de correlação hormonal nos escapam.

Sem dúvida, embora com estas limitações e sendo quase sempre arbitrarias a nossa terapêutica, há que confessar que muitas vezes é eficaz. Isto explica-se porque há que ter em conta outros dois mecanismos de actuação da hormonoterapia, além do mecanismo ideal, isto é, o fisiológico. Estes mecanismos a que me refiro são os seguintes: às vezes, os sintomas que observamos na clínica devem-se, mais que a uma anulação da actividade glandular, a uma perda da capacidade de resposta dos tecidos periféricos antes as hormonas correspondentes.

Por exemplo, na insuficiência da tiroide, o mixedema da pele; ou as alterações da pele ou dos órgãos genitais na insuficiência gonadal, deve-se a essa circunstância; e então, a

**OS LABORATÓRIOS ATRAL COMUNICAM À EX.^{MA}
CLASSE MÉDICA**

**A INTRODUÇÃO,
NO MERCADO,
DO NOVO TUBER-
CULOSTÁTICO
"NICOSTREPTIL"**

**PRODUTO
OBTIDO POR
SÍNTESE NOS
SEUS LABORA-
TÓRIOS DE
INVESTIGAÇÃO**

**E RESULTANTE DA COMBINAÇÃO
QUÍMICA DA ESTREPTOMICINA COM
A ISONIAZIDAISONICOTINILIDRAZONA
DA ESTREPTOMICINA (SULFATO)**

**MAIS ACTIVO QUE QUALQUER
DOS SEUS COMPONENTES
RETARDA O APARECIMENTO
DA RESISTÊNCIA ADQUIRIDA
TOXICIDADE INSIGNIFICANTE
SOBRE O OUVIDO**

NICOSTREPTIL

LABORATÓRIOS



TONO CÁLCIO

D I T I O N A T O D E C Á L C I O

DITONATO DE CÁLCIO
A 5%

DITONATO DE CÁLCIO
A 5%

ÁCIDO ASCÓRBICO
A 10%

DITONATO DE CÁLCIO
A 5%

ÁCIDO ASCÓRBICO
A 5%

Cálcio (corresp. a 0,80 de Ditionato) 0,116 gr.
Fósforo (corresp. a 0,30 de Fosfato) 0,070 gr.
Vitamina B. 0,003 gr.
Vitamina C 0,020 gr.
Vitamina D 0,0001 gr.
Citrato de Sódio 0,30 gr.
Excipiente lactosado q. b.

Cálcio (corresp. a 0,40 de Ditionato) 0,058 gr.
Fósforo (corresp. a 0,15 de Fosfato) 0,035 gr.
Vitamina B. 0,003 gr.
Vitamina C 0,020 gr.
Vitamina D 0,0001 gr.
Citrato de Sódio 0,15 gr.
Excipiente lactosado q. b.

Cálcio (correspondente
a 0,7 grs. de Ditionato) . . . 0,115 grs.
Fósforo (correspondente
a 0,20 grs. de Fosfato) . . . 0,061 grs.
Vitamina B. 0,003 >
Vitamina C 0,020 >
Vitamina D U-6.000
Excipiente citrolactosado q. b. para 5 grs.

INJECTÁVEL

C-INJECTÁVEL

C-INFANTIL-INJ.

RECTAL-ADULT.

RECTAL-INFANT.

PO' (SOLÚVEL)



DIRECÇÃO TÉCNICA DO PROF COSTA SIMÕES

dose de tiroidina ou de hormonas gonadais administradas pelo clínico, embora quando sejam arbitrarias, antifisiológicas, por sua conta e por sua cronologia, são capazes de modificar a perda da resposta periférica e, em consequência, o sintoma desaparece. A segunda possível modalidade de acção da terapêutica é que esta actue excitando especificamente o desenvolvimento do parênquima glandular diminuído e, portanto, facilitando o aumento da sua secreção hormonal normal.

Realiza-se, pois, por este mecanismo o que poderíamos chamar exactamente uma opoterapia indirecta; por exemplo, em casos de insuficiência tiroideia post-operatória, pode acontecer que a administração de tiroidina ou tiroxina seja seguida, não só da desapareição dos sintomas hipotiroideos, mas também do restabelecimento definitivo do equilibrio funcional, que perdurará, pois, ainda que a modificação se suspenda; e é lógico pensar que, nestes casos, os pequenos restos de parênquima tiroideo respeitados pelo cirurgião tenham sofrido pela opoterapia; ainda que administrada antifisiologicamente, um processo de excitação do seu desenvolvimento até se fazerem definitivamente suficientes.

Os casos de amenorrea, que se aliviam e acabam por curar-se com doses pequenas de foliculina, administrada de um modo permanente, sem ter em conta o ciclo ovárico, e por tanto, antifisiologicamente; e sem dúvida, curados de modo definitivo, têm uma explicação análoga. Poderiam citar-se vários exemplos mais.

Finalmente, existe a possibilidade de que a nossa terapêutica não fisiológica actue sensibilizando determinados tecidos para a acção de outras hormonas.

Esta acção sensibilizante ou mordente é muito clara em alguns casos, por exemplo, de eunucoidismo ou de amenorrea, rebeldes à hormona testicular ou foliculínica respectivamente; em cujos casos, depois de um tratamento com tiroidina, as hormonas gonadais actuam com imediata e clara eficácia. Sem dúvida, a hormona tiroidea devolveu aos tecidos periféricos a sua aptidão de reagir ante a testosterona ou ante a foliculina.

O essencial é sempre que as doses não sejam excessivas, quer dizer, que sejam doses fisiológicas.

III

B) O segundo ponto refere-se aos inconvenientes e perigos das doses altas. Nunca pude compreender como os patólogos podem compatibilizar que os estados de hiperfunção endócrina constituam uma enfermidade que há que combater, com a prática de injectar estas mesmas hormonas em doses enormes, muito maiores que as que se segregam espontaneamente nas formas mais intensas do hiperfuncionalismo, e de prolongar esta abusiva hormonoterapia durante largo tempo. Sem dúvida, os médicos das gerações que nos sigam, ao julgar os deslizes terapêuticos de seus avós incluirão na primeira linha este das grandes doses e das doses de «choque» das hormonas, ou a mesma prolongação abusiva das doses normais.

Com razão diz Mosinger que esta prolongação excessiva é, talvez, mais nociva que as excessivas doses.

Com a margem de erro, antes anotado, para fixar os limites do fisiológico, para mim é uma regra invariável que «toda terapêutica hormonal que rebasa las dosis fisiológicas, o un tiempo prudencial es una mala terapêutica».

A esta conclusão se pode objectar o facto evidente de que, não em poucas ocasiões, as doses excessivas de determinadas hormonas produzem, em clínica, resultados satisfatórios. Mas há que responder, à objecção, estas duas observações:

Primeira, a possibilidade de que esses resultados satisfatórios o sejam só em aparência, e, *segunda*, a possibilidade — na realidade, a certeza — de que esses bons efeitos se devam, não a uma acção hormonal, mas apenas a uma acção farmacológica, não fisiológica, das hormonas.

Temos dois exemplos muito demonstrativos. Em casos de hipoplasia genital, na mulher, pode-se produzir, com doses muito grandes às vezes, uma só, das hormonas ováricas (foliculina e progesterona), a menstruação. Na literatura sobretudo na de há uns anos, há abundante casuística a este respeito citando-se como um dos mais brilhantes êxitos da opoterapia. Todos temos podido comprovar nas nossas doentes os mesmos resultados. Mas a ulterior observação destas doentes

nos demonstra sempre a nenhuma utilidade de provocar por esta técnica uma ou várias menstruações — ou pseudo-menstruações —; e se se usam altas doses, podem aparecer os accidentes de que falarei depois. O êxito da medicação não deve, portanto, registar-se como tal, fora de um efeito espectacular dos primeiros momentos.

Outras vezes, dizíamos, os efeitos observados nos tratamentos com altas doses de hormonas não podem considerar-se como propriamente opoterápicos, senão como de ordem da farmacologia habitual. O exemplo mais típico é o da acção de alívio, passageiro ainda que às vezes surpreendente, da cortisona no reumatismo e em quase todas as outras afecções nas quais, com maior ou menor êxito, tem sido aplicada; fora da insuficiência suprarenal, na qual, desde logo, tem grande eficácia, parcial e sujeita a todas as cautelas de que falarei depois, mas inegável.

Analizados estes êxitos falsos e estas acções não opoterápicos, vamos comentar os inconvenientes e perigos das doses altas.

Podem dividir-se em 3 grupos:

1) — A produção de síndromes hiperfuncionais da glândula correspondente à hormona prescrita.

2) — A produção de síndromes endócrinos reaccionais em outras glândulas.

3) — A produção de outros transtornos, não endócrinos, em diversos territórios do organismo, incluída a reactivação de enfermidades latentes.

*

1) — A produção de síndromes hiperfuncionais em consequência das doses exageadas de hormonas é um facto evidente, inclusivamente em casos nos quais a medicação se havia prescrito em consequência de estado intenso de insuficiência glandular. As altas doses podem induzir uma rectificação excessiva na glândula apagada, ou então produzir directamente o estado tóxico.

O caso mais frequente e conhecido é o hipertiroidismo por excesso de opoterapia tiroidea, sobretudo em pessoas jovens que consomem quantidades enormes desta droga para adelgaçar, quase sempre por espontânea prescrição. Eu tenho visto muitos casos, como todos os demais médicos; nunca em doentes meus, porque usei sempre as doses moderadas desta e das demais opoterapias. Nenhum dos casos observados por mim evoluiu. Não apresentaram alterações circulatórias, além da taquicardia, nem transtornos graves de outra ordem; e bastou suprimir o medicamento para que, em uns dias ou semanas, voltasse tudo à normalidade.

Insisto nisto para contribuir a que se desvaneça a «lenda negra» que pesa sobre os extractos tiroideos. Os dois casos mais graves referem-se a um médico jovem que ingeriu grandes quantidades de extracto tiroideo (3 gramas diários durante muitos dias), produzindo-se, além de um enorme emagrecimento, tremor, ataxia, insónia, excitação cerebral, hipertermia e glicosúria (pertencia a uma família de diabéticos); demorou várias semanas de tratamento muito rigoroso a volver à normalidade; 6 anos depois apareceu uma diabetes de sintomatologia habitual, intensa.

O outro caso é dum jovem a quem foram prescritos, por uma suposta hipertrofia do timo, 10 comprimidos diários de extracto tímico, e por um erro do farmacêutico lhe deram comprimidos de 0,30 de extracto tiroideo, os quais ingeriu durante 3 meses; o violento hipertiroidismo, com enorme ansiedade, que se desenvolveu, requereu 4 meses de cura sanatorial para desaparecer.

Na literatura recente sobre o ACTH há bastantes casos descritos de reprodução, geralmente esboçada, do síndrome de Cushing, quer dizer, dum hiperpituitarismo basófilo. Geralmente os sintomas se reduzem à cara lunar e vermelha com tendência à hipertensão e à hiperglicemia e com alterações psíquicas do tipo de euforia, com logorrea e, às vezes, verdadeira paranoia.

Observámos este quadro em dois doentes, apesar de atendermos sempre às doses modestas do medicamento.

Citam-se casos — dos quais vimos dois — de síndromes hiperparatiroideas no curso de tratamentos intensos com hormona paratiroidea, caracterizados por hipercalcemia, grande

astenia, diarreias — num dos enfermos, com melena — e dores articulares.

Basta citar as hipoglicémias secundárias com doses muito altas de insulina.

Se os outros factores do mecanismo regulador do metabolismo hidrocarbonado estão bons, estas hiperglicémias são passageiras; mas podem ser muito graves e mesmo mortais se esses factores funcionam anormalmente, como num caso nosso, de morte por uma dose moderadíssima de insulina, em cuja autópsia se encontrou uma hipoplasia congénita das supra-renais, sem nenhum dado clínico que a tivesse denunciado.

O abuso da opoterapia testicular dá lugar muitas vezes a síndromas hipertesticulares no varão e a síndromas viris na mulher. Nos rapazes tratados intensamente com esta hormona, sobretudo nas criptorquídias, as modificações hiper-viris costumam ser tão manifestas, que podemos diagnosticá-las pelo simples aspecto geral do menino, com o seu pequeno tamanho à custa das pernas; as feições muito marcadas principalmente o nariz; a grande proeminência da laringe o nascimento prematuro do buço e da barba zigomática e submaxilar, mais o desenvolvimento necessário dos genitais e, sobretudo, a macropenisomia.

Estas complicações são tanto mais lamentáveis, visto que a criptorquídia verdadeira não se modificará jamais pela opoterapia testicular.

Os casos de êxito que se citam, da descida dos testículos às bolsas são, com toda a certeza, casos de falsa criptorquídia, nos quais a emigração se tivesse efectuado de outros modos, ainda que com atraso, pela única acção do impulso evolutivo. É curioso notar que estes síndromas hipertesticulares post-terapêuticos se observam quase exclusivamente nos meninos com criptorquídia ou com atraso puramente funcional da evolução testicular; quere dizer, em estados em que não há uma verdadeira aplasia genital.

Se esta aplasia existe, como nos infantilismos ou enanismos ou eunuoidismos intensos, as mesmas ou maiores doses de testosterona não produzem quase nunca o síndrome hipertesticular.

Esta diferença só pode explicar-se admitindo que se a anulação funcional do testículo não é completa, como acontece com a criptorquídia e nos atrasos cronológicos, persiste a sensibilidade dos tecidos terminais (pele, laringe, pênis, etc.); enquanto que quando a aplasia testicular é completa, se perdeu essa capacidade de resposta periférica, mesmo ante as mais altas doses de testosterona.

Os casos de virilização em mulheres jovens pela acção da hormona testicular não são raros. Temos bastantes registados.

Estes casos, como os que lemos noutros autores, referem-se quase sempre a mulheres com alterações polinodulares ou poliquísticas da mama, ou com hemorragias uterinas tratadas com doses copiosas e insistentes da hormona masculina.

As modificações viris costumam reduzir-se ao hirsutismo.

Nos meus casos não havia nenhuma outra manifestação intersexual. Uma única vez vi aumento da libido, em sentido normal, quere dizer, para o homem, facto não surpreendente porque está de acordo com a ideia actual da não especificidade sexual, das gónadas ováricas ou testiculares no que respeita à direcção do impulso.

A exaltação desse impulso é, sem dúvida, maior com a hormona testicular, nos dois sexos, que com a hormona foliculínica; o que explica o fenómeno de que as mulheres um tanto virilizadas tenham libido para o homem mais intensa, que as rigorosamente femininas; e que nas mulheres normais, a libido e a capacidade para o orgasmo aumente na fase preclimatérica e climatérica, que correspondem a uma tendência viril do organismo.

Dissemos que os tratamentos hormonais excessivos podem produzir reacções funcionais patológicas em glândulas diferentes da correspondente à hormona indicada. Temos aqui os exemplos:

A persistência no tratamento com hormona hipofisária do crescimento pode determinar glicosúrias ou estados diabéticos permanentes.

O facto experimental é indubitável depois dos trabalhos de Houssay e de Joung, universalmente confirmados.

Na espécie humana, é conhecida a frequência da glicosúria na acromegalia, glicosúria que poderia interpretar-se como um efeito do excesso da hormona do crescimento, que é o eixo patogénico desta enfermidade. No entanto, creio que não há apenas casos publicados de homens com glicosúrias subsequentes ao tratamento com hormonas prehipofisárias; eu vi um caso de um menino de doze anos, com infantilismo moderado, em que apareceu uma glicosúria persistente sem acetoniúria, bem tolerada, sem outros sintomas diabéticos, depois de um tratamento prolongado com a hormona do crescimento. A acção sobre o crescimento foi, como é corrente com esta hormona, insignificante, pelas razões que acima disse.

Este menino tinha ascendência diabética positiva, ainda que remota. É possível que este factor de predisposição constitucional, hereditária, seja necessário para que o tratamento hormonal actue num sentido diabético, o qual estaria de acordo com os dados experimentais que nos ensinam que, para que a diabetes se estabeleça, é necessário, não só a injeção de extractos hipofisários poderosos, mas também uma extirpação parcial do pâncreas, que, por si só, não teria originado sintomas diabéticos, mas que se torna patente pelo estímulo hiperhipofisário.

O pâncreas do individuo com hearnça diabética está nestas mesmas condições; quere dizer, é um pâncreas são, mas insuficiente em face dos estímulos diabéticos anormais, e um deles é o excesso da medicação prehipofisária. O facto destes casos serem tão raros explica-se por duas razões: uma, porque, como acabamos de ver, se requiere que o individuo injectado tenha uma insuficiência pancreática prévia; e outra porque felizmente poucas vezes se dão casos de tratamentos excessivos pela hormona do crescimento visto que é relativamente escassa, cara e de resultados tão pouco brilhantes, que os doentes depressa se cansam de a usar.

Não toco aqui o problema de se o efeito diabético hipofisário se deve realmente à hormona do crescimento ou a outras hormonas ou estímulos hormonais, de ordem metabólica, que poderiam impurificar a hormona do crescimento.

Parece que os preparados de hormona do crescimento muito pura têm menos acção diabética.

Este aspecto do problema não está ainda resolvido.

Tão pouco é seguro discutir o mecanismo desta acção diabética. O seguro é que na autópsia dos animais tornados diabéticos pela injeção intensa da hormona do crescimento, há lesões muito finas e definidas das células de Langerhans. Estas lesões podem ser devidas a uma acção nociva directa, da hormona hipofisária sobre as células, ou, como supõe Joung, a um estado de esgotamento das ditas células pela sobrecarga funcional que para elas supõe a hiperglicémia permanente determinada pela hormona.

Na minha opinião, abusa-se, na fisiopatologia endócrina, desta explicação da lesão por sobrecarga funcional, pois a capacidade do organismo, e sobretudo a dos parênquimas endócrinos, para se adaptarem ao esforço, é extraordinário.

Há que admitir-se, nestes parênquimas que se consideram necessariamente fatigados, um prévio estado de debilidade, já constitucional, já devido a enfermidades anteriores.

Outro exemplo muito mais frequente, de este modo de acção da opoterapia é a inibição que sobre a hipófise determina o excesso de hormonas gonadais. Referimo-nos principalmente às ováricas.

A base experimental deste facto é conhecidíssima.

As hormonas gonadotropas da hipófise, ou antes, uma partes destas hormonas ou influências gonodotropas, excitam a formação e evolução do folículo ovárico e a produção da hormona genuinamente feminina: a foliculina; mas, ao alcançar um certo grau a concentração desta hormona no sangue, produz-se automaticamente a inibição da secreção das hormonas gonadotropas, com o que o ovário falho do seu estímulo específico, entra em repouso incretor.

Conhecendo este mecanismo, que é já um conceito clássico, resulta incompreensível o esquecimento que do mesmo supõe a forma com que habitualmente se prescreve a terapêutica estrogénica, quer com foliculina natural, quer com estrogéneos sintéticos. Para o clínico corrente, toda a diminuição do período menstrual equivale ao diagnóstico de insuficiência ovárica, e este diagnóstico leva preparada a prescrição dos estrogéneos em doses elevadas, talvez formidáveis,

em todo o caso antifisiológicas. Sobre o erro que este raciocínio e esta tática terapêutica supõem falei e escrevi muito.

Deixando de lado o facto de que há casos, indubitáveis, nos quais a supressão menstrual não corresponde a uma insuficiência ovárica, mas apenas a estados de disovarismo, caracterizados por um excesso de produção de estrogéneos ou por um defeito na produção de progesterona, casos em que a medicação com estrogéneos agrava a situação amenorreica, devemos recordar que nos síndromas de genuína insuficiência ovárica se põe um problema patogénico fundamental, que é diferenciar os casos de insuficiência ovárica primitiva por hipoplasia congénita do ovário, ou por lesões adquiridas da glândula, principalmente inflamatórias, dos casos de insuficiência ovárica secundária à hipofunção da hipófise; concretamente, nas suas hormonas gonadotropas.

Esta mesma distinção entre insuficiências primitivas e secundárias ao hipopituitarismo é hoje a preocupação dos clínicos na patologia tiroideia e na patologia suprarrenal.

Uma insuficiência tiroideia pode ser devida a uma lesão inicial da tiroide ou a uma inibição funcional da tiroide secundária a uma lesão hipofisária. Do mesmo modo uma insuficiência suprarrenal pode ser primitiva, quer dizer, devida a uma lesão destrutiva da glândula, ou pode ser devida a uma anulação funcional secundária a uma lesão hipofisária. Na patologia ovárica, esta mesma diferenciação alcança maior transcendência, por se tratar de uma afecção muito frequente; mas os clínicos não costumam tê-la em conta.

Noutro ponto estabeleci os caracteres diferenciais entre a insuficiência ovárica primitiva e secundária. O chegar a este diagnóstico diferencial tem a fundamental consequência terapêutica que é fácil de adivinhar: na insuficiência ovárica primitiva, a medicação fundamental é a estrogénica; enquanto que na insuficiência ovárica secundária a uma insuficiência hipofisária a medicação ovárica intensiva aumentará a inibição da hipófise pelo mecanismo que acabo de expor.

Infelizmente são muito frequentes estes casos nos quais, baseando-se num diagnóstico inexacto, se prescrevem os estrogéneos para combater uma amenorreia que é de origem hipofisária. O médico admirar-se, nestes casos, da ineficácia do tratamento para fazer reaparecer a menstruação e, às vezes, da sensibilidade da enferma à droga, que se acusa por náuseas, irritabilidade psíquica e motora e, sobretudo, cefaleias. O mau é quando, em vista do fracasso, se insiste na medicação e se dobram ou triplicam as doses, recorrendo às ampolas de 50.000 ou 100.000 unidades, que se prodigam insistentemente.

Então a paralização hipofisária de origem terapêutica, acrescentada à espontânea, pode tornar-se grave. Tenho a convicção de que, do mesmo modo que experimentalmente se podem produzir adenomas cromóforos da hipófise, injectando ao animal doses fortes de estrogéneos, na mulher podem criar-se também lesões semelhantes, sobretudo quando a amenorreia se devia precisamente a uma tendência cromófora da prehipófise.

Vimos alguns casos que confirmam os observados por outros autores, desde estado patológico, quer dizer, mulheres com amenorreias tratadas intensamente com estrogéneos nas quais, em vista da ineficácia da medicação, se insiste e se intensifica a dose e onde, ao cabo de certo tempo, a aparição de intensas cefaleias conduz à radiografia do crânio, a qual demonstra a existência de um adenoma cromóforo que seguramente foi o responsável da amenorreia e que, com toda a probabilidade, se incrementou pela intempestiva terapêutica.

Como regra prática recomendamos — e desde há muito realizamos escrupulosamente — a investigação da função hipofisária, e especialmente a radiografia craneana, em todo o caso de amenorreia persistente, antes de prescrever a nossa terapêutica hormonal.

Vemos pois, que uma lesão hipofisária pode ser produzida pela opoterapia ovárica exagerada.

Outro exemplo seria o dos casos de insuficiência suprarrenal observados por alguns autores no decurso do tratamento com tiroidina ou com hormona tirotropa da hipófise, nos meninos com mixedema, nanismo, etc. Nunca vimos complicações desta ordem, talvez em virtude do nosso costume das doses moderadas em relação com as que empregam outros clínicos, sobretudo os norteamericanos.

Alguns autores e nós também descrevemos casos de

grande excitabilidade motora e inclusivé de tetania, isto é, insuficiência paratiroideia aguda, no decurso de tratamentos intensos com foliculina.

3) — A terceira categoria de complicações da opoterapia é de maior importância que as precedentes. Refiro-me a lesões ou alterações funcionais induzidas por esta terapêutica em órgãos não endócrinos.

Poderia fazer-se uma larga relação destes efeitos. Citarei alguns. No decurso do tratamento com ACTH ou com cortisona, viram-se reactivações de infecções locais e difusão septicémica, destas infecções, alterações do fígado (esteatoses); diversas alterações dérmicas (hiperpigmentações, acne); úlcera gástrica; diátese hemorrágica. A tiroidoterapia pode produzir insuficiências coronárias, agravamentos súbitos ou revelações de processos, até então latentes, de tromboangite obliterante; recrudescimento de processos tuberculosos; crises agudas de gota em gotos latentes; descompensações de diabetes; aparição de acidentes litiásicos; agravamento ou iniciação de psicoses diversas. Nos tratamentos intensos com estrogéneos descreveram-se alterações osteoporósicas do esqueleto.

De um modo geral, estes acidentes não específicos das opoterapias podem explicar-se tendo em conta uma hipótese que me é especialmente grata, a saber, que com frequência, os estados de insuficiência glandular representam uma situação defensiva perante os processos patológicos que invadiram erónicamente o organismo. Graças ao estado metabólico e trófico criado pela insuficiência glandular, essas enfermidades latentes — por exemplo infecções, intoxicações exógenas ou endógenas etc. — evoluem com grande benignidade e acabam inclusivamente por adquirir um estado de absoluta latência. A opoterapia, ao fazer desaparecer a insuficiência glandular, determina a reactivação das enfermidades latentes.

Um exemplo muito claro é o da infecção tuberculosa em relação à função suprarrenal. A favor da insuficiência suprarrenal, o processo tuberculoso evoluciona com uma benignidade extraordinária; na doença de Addison é, com efeito, excepcional o aparecimento de tuberculoses disseminadas, meningites, etc., apesar de se tratar de uma doença tuberculosa. O que mata o doente Addisoniano nunca é a tuberculose, mas a destruição das glândulas suprarrenais.

A invasão das glândulas pelo germen tuberculoso pode explicar-se, como afirma Selye, pela vulnerabilidade do parênquima suprarrenal esgotado pela luta antituberculosa. Muitos anos antes de Selye expor estas ideias, costumávamos nós utilizá-las fundamentando-nos em que nas histórias dos addisonianos era frequente encontrar que o enfermo procedia de uma família de tuberculosos na qual uma infecção violenta tinha produzido a morte, por infecção aguda, de outros membros, e unicamente um processo passageiro no futuro addisoniano. Este futuro addisoniano tinha sido defendido pelas suas suprarrenais; mas estas tinham sucumbido, talvez por esgotamento, ante a mesma infecção que combatiam.

O mesmo facto e a mesma explicação, mais clara no entanto, observa-se na patologia tiroideia. No mixedema infantil é excepcionalíssimo o aparecimento de processos tuberculosos activos, e sem dúvida é assim porque a situação metabólica hipertiroideia atenua a patogénese da infecção.

Os resultados da terapêutica confirmam esta explicação: experimental e clinicamente demonstrou-se que os tratamentos com cortisona — por exemplo, nos reumáticos — podem provocar, como dissemos, o recrudescimento agudo de focos tuberculosos apagados; e na doença de Addison, o emprego da cortisona — que é, indubitavelmente, útil em pequenas doses — pode reactivar as lesões tuberculosas se nos excedemos nessas doses.

E nos meninos mixedematosos e, às vezes, também, nos adultos, descrevemos obstruções impressionantes de reactivação de processos tuberculosos latentes no decurso dos tratamentos tiroideos.

A que se deve esta acção protectora das insuficiências glandulares, especialmente da insuficiência suprarrenal e tiroideia?

Evidentemente, trata-se de uma reacção da adaptação.

É negável que o organismo possua meios de defesa inespecíficos e que estas defesas inespecíficas estão ligadas em grande parte às reacções das glândulas de secreção interna.

Ninguém pode negar a Selye o mérito da demonstração experimental deste facto.

Mas tem de dar-se um sentido mais amplo que o deste autor ao mecanismo de adaptação, já que esta adaptação nem sempre se deve a uma reacção hiperfuncional do cortex suprarrenal como o endocrinólogo canadense ensina, mas, às vezes, a reacção defensiva é, como acabamos de ver, de ordem hipofuncional, exerce-se por outras glândulas, além das suprarrenais, como a tiroidea.

Selye explica a reactivação das infecções do tratamento cortisonico, supondo que esta hormona inibe a formação dos granulomas, e o granuloma é um foco fixador e isolador dos germens; a hormona destroi, além disso, o tecido linfático, o qual tem um sentido defensivo, anti-infeccioso; e, por fim, exerce sobre o metabolismo um efeito catabólico, e as infecções é sabido que prendem e evoluem com maior intensidade, quanto mais enérgico é o catabolismo dos organismos que invadiu.

Por isso, as infecções em geral, e sobretudo algumas delas, como a tuberculose, têm uma evolução mais grave nos jovens com catabolismo intenso, que nos velhos com metabolismo de sentido principalmente anabólico.

Esta mesma explicação metabólica seria válida no que refere a acção da hormona tiroidea sobre a evolução das infecções. A insuficiência tiroidea cria uma situação de metabolismo deficiente, pouco propicia para o apego e difusão das infecções. A opoterapia tiroidea muda o sinal do metabolismo e portanto, propicio para aquela evolução infecciosa.

Estes factos e estas ideias levaram-nos a uma conclusão prática importante, a saber: que quando uma insuficiência glandular se associa a outras doenças não endócrinas (infecções, intoxicações, transtornos metabólicos, etc.) de tipo crónico, a insuficiência glandular deve tratar-se com extraordinária cautela; de certo modo deve respeitar-se. O nosso critério é não combater a fundo a insuficiência glandular, mas mantê-la, se possível, num estado de latência leve, graças ao emprego de doses subfisiológicas da correspondente opoterapia.

Este critério tem uma única explicação, que é a doença de Addison, na qual coexistem uma lesão glandular grave — a insuficiência suprarrenal — com uma infecção de marcha tórpida — a tuberculose. Como a insuficiência suprarrenal pode, por si mesma, levar à morte, torna-se necessário o seu tratamento, mas evitando as doses antifisiológicas da opoterapia, sobretudo da cortisona, e extremando por sua vez, os tratamentos antituberculosos para conter o raio de infecção; por esta razão, adoptamos recentemente como regra, com excelente resultado, rectificando as nossas primeiras impressões, o associar à opoterapia suprarrenal e aos demais remédios desta enfermidade uma cura periódica com estreptomina.

Não aludo aqui à possível acção cancerígena das altas doses de estrogéneos, problemas do maior interesse experimental e cuja literatura não recorro por ser largamente conhecida.

Clinicamente não vi um único caso em que se tenha podido suspeitar a influência dos estrogéneos, nem mesmo nas mais altas doses, não já na génese de cancro, mas na intensificação de processos cancerosos em evolução.

Está já demonstrado que as doses cancerígenas, no animal, são enormemente superiores às que o terapeuta mais impulsivo possa prescrever aos seus doentes. No entanto, não será demasiada a cautela no manejo das hormonas em mulheres suspeitas, pela índole da sua doença ou simplesmente pela sua idade. Segundo Mosinger (comunicação pessoal), o dietilestrobesterol seria mais perigoso que o etinilestradiol e o ácido doisinnólico.

Podemos por consequência resumir que as doses não

fisiológicas das hormonas podem produzir efeitos inadequados ou francamente nocivos, quer provocando reacções hiperfuncionais na glândula correspondente, quer dando lugar a alterações funcionais e inclusivé a lesões de outras glândulas endócrinas, quer produzindo outros estados patológicos, não especificos, não glandulares, cujo mecanismo parece ser a rotura de um estado de adaptação criado pela insuficiência glandular.

IV

C) A noção da dose fisiológica deve, por conseguinte, dominar na terapêutica endócrina. A última parte do problema está na técnica de chegarmos a essas doses fisiológicas.

Como disse a princípio, a aspiração a realizar com as hormonas uma verdadeira terapêutica fisiológica, substitutiva, não depende só de achar as doses que, pouco mais ou menos, se consideram que podem reproduzir as que a própria glândula segregaria em estado normal, mas também em aplicá-las nas situações e circunstâncias fisiológicas.

Destes dois objectivos, o da dose adequada pode alcançar-se, dentro de certa margem de incerteza, quer tateando os efeitos clínicos, no sentido de nos limitarmos a doses que atenuem os sintomas patológicos, sem passar delas; quer servindo-nos de certas investigações que, praticamente, só são úteis em dois casos: na diabetes e no mixedema.

Na diabetes, a dose fisiológica da insulina calcula-se com bastante aproximação a partir da determinação da quantidade do desequilíbrio do metabolismo hidrocarbonado; e as doses sucessivas adaptam-se bem seguindo a evolução dos sintomas e das análises periódicas da glicemia e da glicosúria. No mixedema, a prescrição da dose exacta de tiroxina avalia-se pela intensidade das manifestações do hipotiroidismo, pelas suas respostas às doses de experiência e pela evolução do metabolismo basal. Um médico prático apenas terá necessidade de recorrer a estes dados analíticos, pois bastar-lhe-á o exame clínico para se manter nas doses justas.

Mais difícil é alcançar o segundo objectivo, ou seja, a adaptação das nossas doses terapêuticas ao momento funcional do organismo mais propicio, às eventuais necessidades deste organismo, visto que as ditas necessidades são, como a própria vida, inesperadas e cambiantes na sua cronologia e intensidade.

Indubitavelmente, a pior técnica para o conseguir é a das injeções.

A injeção, tão prodigiosa na Medicina moderna, exigida em muitos casos pela mentalidade arbitraria e pedantesca do doente, é um método terapêutico cheio de objecções.

Justificam-no duas razões importantes, é certo; aquela de que há medicamentos que só actuam por essa via, pois a digestão deterioriza-os e inutiliza-os; e aquela de que, em momentos de urgência, a injeção pode resolver com rapidez o perigo.

Estas duas razões são, às vezes, importantes na patologia endócrina. São muitas as hormonas que não actuam por via digestiva; todas as hipofisárias, as suprarrenais, a insulina. E, nestas ocasiões, a injeção resolve perigos urgentes, como o coma diabético ou addisoniano. Mas, em geral, quando uma glândula segrega as suas hormonas em quantidade deficiente ou nula, o pretender substituir esta falta permanente com uma injeção mais ou menos repetida, é illusório. Um exemplo muito típico é o da pituitrina na diabetes insípida; a alteração renal, consecutiva à falta da hormona retropituitária, é permanente, e como a nossa injeção não se pode repetir, o enfermo só se alivia, com a que lhe damos, durante umas horas.

Há um único caso, o da diabetes, no qual sabemos qual

O INSTITUTO LUSO-FARMACO
SEMPRE NA VANGUARDA

Dibencilina

UM NOVO CAPÍTULO
NA HISTÓRIA
DA PENICILINA

DIBENCILINA

N, N'-dibenziletilenadamina dipenicilina G
A penicilina de longa duração

COMPRIMIDOS

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

SUSPENSÃO ORAL

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

INJECTÁVEL

Com uma injeção obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue durante

CATORZE DIAS

**A PENICILINA DE MENORES
REACÇÕES ALÉRGICAS**

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

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

14
Dias



POLIBIÓTICO

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

VASTO ESPECTRO BACTERIANO
GRAM-POSITIVO E GRAM-NEGATIVO

Confronto de acção da
POLIMIXINA
com a
ESTREPTOMICINA
feito no quadro
ao lado

DROGA	Dose única sub-cutânea milig./ quil. Peso	Inoculação ×	Mortes nos dias indicados						Sobrevivência 6 dias depois	
			1	2	3	4	5	6	Número	Porcentagem Total
Contrôle	—	K. Pneumoniae Tipo A Intrapertoneal	10	—	—	—	—	—	0	0 %
Estreptomina	1	»	1	4	9	1	—	—	5	25 %
	5		—	—	3	—	—	—	7	70 %
Polimixina	1	»	—	—	1	2	—	—	17	85 %
	5		—	—	—	—	—	—	20	100 %
Contrôle	—	H. Influenzae Tipo B Intrapertoneal Em 5 % de Mucina gástrica	9	—	—	—	—	—	1	10 %
Estreptomina	1	»	16	—	—	—	—	—	4	20 %
	5		2	—	—	—	1	—	7	70 %
Polimixina	1	»	—	1	—	—	—	—	19	95 %
	5		—	—	—	—	—	—	20	100 %

× — Foram utilizadas 1000 D L

PREÇOS

Caixas com

1 frasco . . .	27\$00
3 frascos . . .	76\$00
5 frascos . . .	125\$00

FÓRMULA:

POLIMIXINA B	60.000 U. I.
SULFATO DE DIHIDROESTREPTOMICINA	0,5 Gr.
PENICILINA G PROCAÍNICA	300.000 U. I.
PENICILINA G POTÁSSICA	100.000 U. I.

EM UM FRASCO-AMPOLA MAIS 1 AMPOLA DE VEÍCULO COM CLORETO DE COBALTO

ASSOCIAÇÃO SINÉRGICA DE 3 ANTIBIÓTICOS

LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO



J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

é o momento em que a nossa insulina deve actuar depois das comidas; mediante as curvas da glicemia, esse momento pode calcular-se quase com exactidão matemática.

Por isso tratou-se de aliviar o fundamental inconveniente das injecções habituais com a acção lenta e continuada do método da gota a gota intravenosa ou rectal.

Mas a sua incomodidade faz que só excepcionalmente se use. Ou, melhor, com as injecções de absorção lenta, que, em teoria, representam um grande progresso, mas que são ainda muito inseguras.

A administração das hormonas pela boca, quando se podem ministrar, tem possibilidades de eficácia muito superiores às das injecções. A dose que administramos num comprimido que se come pode repetir-se comodamente várias vezes ao dia, elegendo, quando há dados certos, os momentos propícios. O exemplo mais expressivo é o da medicação tiroideia. Aparte a acção sensibilizante ou mordente, de que falamos, o genuino efeito — o substitutivo — da tiroxina ou da tiroideia desprende-se mais amplamente quando a quantidade que se julga necessária se divide em duas ou três doses, espaçadas durante as 24 horas.

As hormonas gonadais têm também uma acção eficaz quando administradas pela boca, quer elegendo determinados momentos do ciclo menstrual quer de uma maneira constante se se trata de sensibilizar o aparelho genital hipoplásico das mulheres jovens, ou ainda de estimular de um modo constante o organismo hipovárioico, como acontece nas mulheres climatóricas ou castradas.

Cheguei à conclusão de que só em certos casos — por exemplo, nas mulheres climatóricas com males muito violentos e em algumas circunstâncias mais — são úteis as injecções de hormonas ováricas. Nas manifestações habituais da insuficiência ovárica, sobretudo em mulheres jovens e mais ainda em adolescentes, a totalidade dos benefícios desta opoterapia pode conseguir-se por via oral, com a condição de ser suficientemente prolongada. A minha tática habitual, nestas raparigas ou mulheres jovens, com síndromas primitivamente hipovárioicas (quere dizer, não nos secundários a uma insuficiência hipofisária) é manter uma dose de estrogéneos pela boca, diária, moderada, duplicando-a ou triplicando-a na semana que precede o período, em cuja semana se acrescenta um preparado de progesterona também em comprimidos, raras vezes em injecções. Não me importo de repetir que é essencial a grande persistência do tratamento. A impaciência dos médicos e a impaciência dos actuais doentes, que pretendem, uns e outros, que a maioria dos problemas patológicos se resolvam em umas horas ou em breves dias, é especialmente funesta no campo da Endocrinologia. Não é a mesma coisa fulminar uma infecção, que é um caso de parasitismo de um hóspede nocivo num organismo são ou restabelecer um equilíbrio endócrino perturbado, que supõe, além das alterações hormonais, uma profunda e complicada bancarrota hormonal, enzimática, de delicado e lento restabelecimento.

Sem dúvida alguma, a técnica ideal da opoterapia seria o enxerto.

Se se pudesse realizar a tempo o enxerto da glândula deficiente, e se esse enxerto persistisse, não restam dúvidas que teríamos conseguido o ideal da substituição fisiológica, já que o parênquima enxertado e activo proporciona ao organismo as doses exactas da hormona deficiente e segundo o ritmo que exigem as necessidades fisiológicas e patológicas. Mas o enxerto apesar dos progressos da cirurgia, fracassa, no sentido de que, no melhor dos casos, é sempre temporário. A história da terapêutica endócrina proporciona abundantes referências dos intentos de enxertos, realizados para quase todas as doenças hormonais: enxertos de hipófise na diabetes insípida e no síndrome da caquexia de Simmond; enxerto de tiroide na insuficiência desta glândula, de suprarenais na doença de Addison, de pâncreas nos diabetes, de ovário ou de testículo nas insuficiências gonadais. Mas esta informação bibliográfica é invariavelmente pessimista quanto à eficácia duradoura dos resultados conseguidos, ainda nos casos em que aqueles pareciam ao princípio excelentes.

Temos experiência pessoal de todos os enxertos citados, embora não extensa, porque não convida a repetir o fracasso próprio e alheio.

Por agora e talvez para sempre, o enxerto dos órgãos

tem só um valor experimental. Sem esquecer que há ocasiões em que o enxerto não deixa de ser perigoso, como na insuficiência suprarenal, há a que pode produzir uma morte rápida, como em vários casos publicados, entre eles um meu.

Um método que hoje, apesar da sua importância, está só nos começos do seu futuro e esplêndido porvir, é o da implantação de comprimidos de hormonas ou a injecção de microcristais, que ficam depositados no tecido subcutâneo ou subaponevrótico e se absorvem lentamente pelo organismo. Como é condição essencial que se trate de hormonas muito solúveis, esta eficaz técnica foi só aplicada à desoxicorticosterona (DOCA) e às hormonas gonadais, testosterona e foliculina.

Sobre a teoria e técnica destes métodos ocupam-se outros trabalhos. Limitar-me-ei a expor os nossos próprios resultados.

Sem vacilar, classifico-os de excelentes. Ainda com o inconveniente de que a implantação hormonal supõe uma pequena intervenção — certamente ao alcance de qualquer prático — e os microcristais uma técnica de injecção algo mais complicada que as correntes, as vantagens são tão grandes que, sobretudo num grupo de casos que precisam, o seu uso difunde-se e se difundirá cada dia mais.

A nossa experiência refere-se a trinta e dois casos da doença de Addison implantados com pastilhas de DOCA; setenta e sete casos de mulheres jovens, com insuficiência ovárica primitiva, implantadas com pastilhas de estrogéneos, e dez casos de eunucoidismo, implantados com pastilhas de testosterona.

Os resultados são absolutamente satisfatórios. Seis dos nossos doentes, quere dizer 18 %, há cinco anos que vivem num estado de saúde quase completa. Este, número seria, por si só, importante, comparado com a sobrevivência de um grupo análogo destes pacientes nas épocas anteriores dos actuais tratamentos. Mas esta proporção não dá uma ideia exacta do real benefício alcançado, já que a maioria dos nossos trinta e dois pacientes tinham sido implantados há menos tempo, e, embora quase sem excepção se observe neles uma melhoria que permite augurar a reposição do seu equilíbrio, não se pode incluí-los na estatística vitoriosa, a dos que transpuseram o limite dos cinco anos.

Há, porém, outra razão fundamental que impede de reduzir a cifras ou estatísticas os resultados obtidos pela implantação.

É a de que absolutamente todos os nossos doentes foram tratados não unicamente pela implantação, mas também por uma técnica complexa, que temos ido modificando e que na actualidade compreende: a) a implantação de DOCA; b) a injecção ou ingestão ou absorção perlingual de doses complementares desta mesma hormona; c) séries intercaladas de doses moderadas de cortisona; d) sal comum; e) muitas vezes outras hormonas, como testosterona e prolutão e sempre adrenalina pela boca; f) vitaminas B, C e E; g) nos casos em que se pode afirmar ou suspeitar da origem tuberculosa, que são quase todos, estreptomina. Dos resultados verdadeiramente bons deste tratamento, torna-se impossível distinguir a parte que se deve às pastilhas implantadas.

Mas a nossa impressão é que a absorção permanente das hormonas emanadas das tabletas é um factor importante no êxito alcançado, comprovando-o o facto de, quando se retire a ficha da implantação a absorção declina; o paciente e o médico notam-no pelo recrudescimento ou reaparição dos sintomas; e o mesmo acontece, com maior brusquidão, quando, por acaso, a pastilha é expulsa.

Estas provas produzem-se geralmente, com clareza ainda mesmo quando o resto do tratamento continue.

Nós, fiéis à nossa tática de doses moderadas, não costumamos fazer a implantação de DOCA em massa, quere dizer, de vários comprimidos de uma vez, como muitos recomendam, mas de um ou dois apenas, renovando-os aproximadamente cada mês.

O estudo da perda do peso de algumas das pastilhas implantadas e expulsas depois espontaneamente ou extraídas para realizar este estudo, demonstram-nos que, pelo menos nos quinze primeiros dias, a absorção de cada pastilha (quere dizer, a perda de peso da mesma) é em média, de um miligrama em vinte e quatro horas.

Num doente em que outro médico recomendou a implantação de 4 pastilhas e a quem, ao fim de dez dias, surgiu um acesso de hipertensão com começo de edema pulmonar, aconselhamos extrair duas das quatro pastilhas, e, em ambas, a perca de peso demonstrava uma absorção de menos de meio miligrama por dia.

Isto indica que o organismo absorve normalmente quantidades pequenas (aproximadamente, um miligrama, diário) e que, se as implantações se multiplicam, não é por isso que a absorção é maior, mesmo quando possa aumentar-se em determinadas circunstâncias, dando então lugar a acidentes circulatórios.

O que acabo de expor leva-nos a suspeitar que a absorção das hormonas implantadas não se faz arbitrariamente, mas em relação com as necessidades do organismo; isto é, de um modo que deve ser bastante parecido com o da secreção fisiológica. Isto explicar-nos-ia as vantagens da implantação das pastilhas como a forma opoterápica mais próxima ao ideal da substituição fisiológica.

Os resultados obtidos na insuficiência ovárica primitiva com o enxerto de pastilhas de estrogéneos parecem-nos bons também. Sem dúvida, a absorção da hormona actua benêficamente sobre o trofismo ovárico e sobre a sensibilidade dos tecidos periféricos. Mas em quase todas as nossas observações acompanhávamos a implantação de um reforço periódico de terapêutica estrogénica pela boca, raras vezes em injeção e às vezes de uma implantação de hormonas de corpo amarelo. Os benefícios da implantação de estrogéneos, ficam, pois, incluídos no conjunto da medicação.

Os casos compilados pela doutora Leonor Sorenzo na secção de Ginecologia do Instituto, são muito expressivos; referem-se a doentes com insuficiência ovárica de distintas formas clínicas, tratadas com implantação de estradiol ou injeções de microcristais, repetida cada quinze dias até três ou quatro vezes e, geralmente, seguida de um tratamento com as hormonas folicular e luteínica, na forma clássica, durante dois a quatro ciclos. Assim se trataram vinte casos de infantilismo, dez casos de dismenorrea por infantilismo genital e vinte e cinco casos de esterilidade por infantilismo também. O resultado tem sido, em geral, excelente, no que se refere à instauração, restabelecimento ou normalização da menstruação e a melhora de doenças, quando existiam. Dos vinte e cinco casos de esterilidade, em dezasseis apareceu, mais ou menos rapidamente a gravidez.

Foram tratados além disso, com a mesma técnica, doze casos de castração cirúrgica, com alívio notório dos sintomas.

Um caso de castração por raio X, com alívio para o doente, e dezasseis casos de hirsutismo, de parecer essencial, constitucional, sem efeitos favoráveis.

Finalmente trataram-se seis casos de úlcera gástrica e dois de colite ulcerosa, que evoluíram todos bem, sem que possamos atribuir êxito absoluto a este tratamento, quer porque tiveram outra medicação, quer porque em outros casos não tratados com opoterapia, o curso da doença foi também favorável.

Nos casos de eunucoidismo, o resultado da implantação de androgéneos (testosterona) parece-nos, enfim, extremamente importante. Em três dos nossos dez casos, os doentes tinham sido tratados desde há muito tempo com bons preparados de testosterona pela boca ou em injeção, sem obter mais que umas melhoras duvidosas ou nulas. Nos três, a implantação foi seguida de um excelente efeito sobre o desenvolvimento dos órgãos genitais, sobre o trofismo da pele e sobre a voz e a libido e a capacidade de erecção. Em relação à tonalidade psíquica do paciente são sensível sempre a oscilações da vida sexual, nada há a dizer. Nos demais casos, o efeito foi também notório.

Se citei os três primeiros, é pela sua idade, relativamente avançada (dezanove, vinte e um, e vinte e três); a intensidade do síndrome eunucoide e o fracasso da opoterapia pelas outras vias, fizeram-me aconselhar a implantação com muito poucas esperanças, que, por fortuna, a realidade superou.

Parece lógico relacionar este resultado favorável da implantação com a acção permanente da testosterona, apesar de que as doses absorvidas (aproximadamente um miligrama por pastilha; e aqui também implantamos só uma ou duas

pastilhas) são muito menos que as que correspondem às injeções de 10 ou 15 ou mais miligramas diários, usuais nestes doentes. Há que valorizar sobretudo, repito, a persistência da acção da hormona implantada e singularmente nestes doentes nos quais o cepticismo para se tratarem costumam levá-los a irregularidade ou ao abandono das injeções.

Num grupo destes doentes de eunucoidismo estudamos a influência da implantação da testosterona sobre o metabolismo hidrocarbonado, valorizado pela determinação da cura da glicemia postingestão de glicose, a prova realiza-se antes da implantação, vinte e quatro horas depois e uma semana mais tarde. Confirmando trabalhos anteriores, os nossos resultados acusaram um aumento, não intenso mas evidente, depois do enxerto, da glicemia inicial, e um desenvolvimento mais alto da curva de glicemia.

Tratamos também com implantação de testosterona um grupo de doentes com síndromas que se podem interpretar como hiperfoliculínicos; um caso de mioma e bócio, sem resultados, um caso de ovário poliquístico e mama poliquística, extraordinariamente melhorados; quinze casos de mama poliquística, igualmente muito melhorados; onze casos de tensão premenstrual, também muito aliviados; quatro casos de miomatose uterina, com bons efeitos sobre as alterações hemorrágicas, mas não sobre o tamanho e consistência do útero.

Podemos concluir que, das diversas técnicas da introdução terapêutica das hormonas, a que parece mais eficaz, porque reproduz de maneira mais aproximada o ideal de que a terapêutica substitutiva se pareça, o mais possível, com a acção fisiológica das hormonas, é a técnica da implantação de pastilhas ou microcristais, mesmo quando só possa aplicar-se a um grupo pequeno de doenças glandulares.

RESUMO

Estudam-se neste trabalho três problemas: a) A razão da dose moderada na opoterapia.

O ideal da opoterapia e da hormonoterapia é que o tratamento tenha o máximo sentido fisiológico, para o qual deve obedecer a duas condições: que as doses se aproximem das quantidades de hormonas segregadas normalmente pelas glândulas e que estas doses actuem nos momentos em que as hormonas se segregam, segundo as necessidades do organismo e não com uma cronologia arbitrária.

Portanto as doses moderadas são as mais fisiológicas. Praticamente, a quase totalidade dos efeitos favoráveis que podem obter-se com a opoterapia conseguem-se com essas doses moderadas. A escolha do momento de actuar é mais difícil de determinar pelo terapeuta, salvo algum caso isolado, como o da insulina, cujo tempo de acção, o post-prandial, conhecemos. b) Inconvenientes e perigos das altas doses.

As doses altas, antifisiológicas, podem produzir efeitos inadequados ou francamente nocivos, quer provocando reacções hiperfuncionais na glândula correspondente, quer dando lugar a alterações funcionais — e inclusivamente a lesões — de outras glândulas endócrinas, quer produzindo outros estados patológicos não específicos, não glandulares, cujo mecanismo parece ser a rotura de um estado de adaptação criado pela insuficiência glandular.

c) Técnica mais adequada para o tratamento hormonal.

Das distintas técnicas para a introdução terapêutica das hormonas, a que parece mais eficaz, porque reproduz de maneira mais aproximada o ideal de que a terapêutica se pareça no possível à acção fisiológica das hormonas, é a técnica de implantação de comprimidos ou de injeção de microcristais, mesmo quando por agora, se deva limitar a um pequeno número de hormonas.

(Tese oficial no III Congresso Internacional de Terapêutica — Madrid — Outubro de 1952 — transcrito de «Clínica y Laboratorio» — Abril de 1953).

SUPLEMENTO

REUNIÕES DE CURSO

Não há dúvida que a vida esgotante do médico quase o faz esquecer as ligações sentimentais que o prendem ao passado. O dia a dia, com as suas exigências e as suas ansiedades, cria-lhe uma psicologia de luta que aos poucos o envolve e transforma num ser onde já não brilha a chama das coisas simples. O que é trivial e assenta num movimento de sentimentos banais, o que contenta as almas menos curtidas pelo sofrimento alheio ou o que prende na teia da imaginação os actos maneirinhos da vida, já o não detêm e só não passam despercebidos, porque estão ligados à sua vida familiar. As exigências da profissão absorvem-no, trituram-no, não o deixam parar na dura caminhada que é seu destino. Tem de estar alerta. A vida não perdoa um descuido e é preciso não dar folga ao competidor. Uma posição que se perde é uma necessidade que se cria ou um desejo que fica por satisfazer. E, antes que seja arrastado na voragem dum esgotamento físico, ele tem de criar condições de sobrevivência, que o não deixem, de escudela na mão, a rezar as orações dos pedintes...

Por vezes, abre uma excepção, quando Junho bate à porta e os pregões anunciam por todo o país a Queima das Fitas. Sobretudo se frequentou Coimbra e tem no seu passado uma gesta onde os actos de bravura e ousadia se misturam com as irreverências e os desatinos próprios das idades juvenis. Os seus passos apressados arrastam-se e param por fim. Demora-se mesmo diante dum cartaz que lhe fale da velha Universidade ou lhe recorde as noites enluaradas do Choupal e as vielas tortuosas da Alta. E enternece-se. Um ror de saudades envolve-o, numa melancolia de sombras. O desejo de regressar ao passado, de percorrer os mesmos caminhos, de viver os mesmos conflitos na transcendente pequenez do seu mundo, vencem-no. Nada o comove tanto como essas lembranças antigas. E é com um aperto no coração que a nostalgia dos tempos idos lhe mostra os horizontes fechados da sua vida e a poalhada da ilusão que outrora doirou a sua imaginação confiada e sonhadora.

Se, contudo, os de Coimbra mais facilmente se apegam ao passado, e recordam, com outra vivacidade, cenas picarescas e episódios de valentia, todos se lembram, nesta época do ano, dos laços de amizade e boa camaradagem que criaram nas Faculdades e dos ensinamentos que ficaram a dever aos ve-

lhos professores. Poucos são os que não desejam reviver essas épocas descuidadas, e promover reuniões de curso que as recordem. Às vezes, para acudir à chamada, tem de percorrer meio Portugal e vencer árduos caminhos; outras vezes, têm de arriscar interesses e renunciar a vencimentos que só Deus sabe as dificuldades que lhes criam. O contentamento do encontro, porém, compensa-os e fá-los esquecer as agruras que hão-de vir. Todos estão mais velhos, mais chegados ao termo do que para alguns já é uma longa e aniquilante caminhada. Mas todos mostram ainda a centelha divina da alegria e risos descuidados, como se o espírito renunciasse às galas complicadas que o enforma e se mostrasse na plena simplicidade do seu primitivismo.

Durante horas esquecem a vida presente, que é profissão, e recordam a vida passada, que é sonho, percorrem velhos caminhos, avivam arrefecidas amizades, narram antigas histórias, cantam desafinadas canções, descrevem cenas vividas por todos, mas mais intensamente sentidas por alguns. Às vezes, surge uma nota sentimental e faz-se silêncio. No ambiente há um subtil ruflar de asas pelo passado. Mas logo o charivari rompe truculento e ruidoso na graça que espirra duns lábios chistosos ou na fala molenga duma voz avinhada...

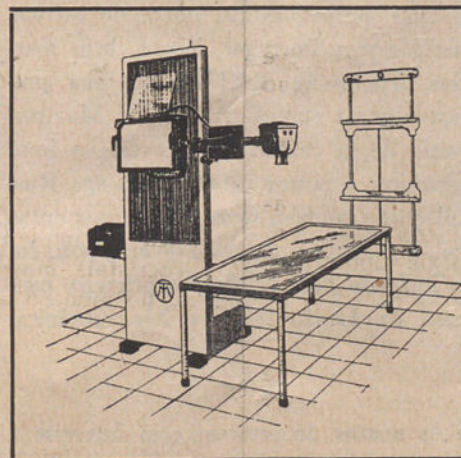
E o coro prossegue, a festa movimentada-se. A ronda peregrina pelo passado ainda não parou. Há cumprimentos a velhos professores, há piedosas romagens às campas dos que partiram, há visitas profanas aos lugares onde mais licenciosamente se viveu, há recordações de mulheres a quem a vida murchou cruelmente os encantos. Faz-se renascer das cinzas um mundo de lem-

branças. Deambula-se pelos lugares que deixaram uma nota sentimental na vida de cada um, recordam-se nomes, lembram-se sorrisos, repetem-se frases, desfolham-se saudades. No fundo, um mar de tristezas que a alegria e a confusão do jantar do curso escurecem e afastam...

E canta-se de novo, na guitarra dedilha-se um fado. As vozes já não gorgem com a frescura de outrora, nem se elevam com facilidade nos agudos. Os dedos também já não correm tão ligeiros sobre o cordame ao fazer as variações. Mesmo assim os aplausos revoam, quando a guitarra se cala ou a voz se extingue num murmúrio apaixonado e saudoso.

A festa está no fim e a noite vai alta. Amanhã é um novo dia com as exigências e as ansiedades do costume. Não pode haver descuidos. Os abraços que se dão na despedida ainda estão nimbados de poesia, mas já não são sonho. Trazem o travo da realidade. Alguns são talvez os derradeiros e já vêm impregnados do hálito da morte. Todos, porém, significam afastamento, regresso torturante à penitência da luta, o contínuo arrastar do rochedo de Sisifo na encosta escavada da vida. Contudo, ninguém pensa que seja um adeus. No fundo esperam que a vida se renove, que abra ainda as portas de novas oportunidades para prosseguir na dura caminhada que é seu destino. Alguns, porque lhe conhecem os desconcertos e não confiam nos seus caprichos, duvidam e nada esperam. Mas os outros, a infinita maioria, ainda crêem e é com as grandes certezas que iluminam de fé os corações amargurados que dizem confiadamente: Até ao ano, amigos!

JOAQUIM PACHECO NEVES



10 NOVOS MODELOS

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

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.
SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.

A maior organização de Raios X em Portugal

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

UNIÃO MÉDICA MEDITERRÂNICA

I Congresso de Medicina Interna

(Palma de Maiorca, 1 a 3 de Maio de 1953)

Assisti, em Maio de 1952, ao nascimento da União Médica Mediterrânica — que se destinava a agrupar os médicos dos países latinos banhados pelo «Mare Nostrum», mais propriamente, das terras que se aproximam das suas margens, da Espanha, da França e da Itália — ligando-os nas mesmas aspirações ráticas, trabalhando em comum para os progressos da medicina. A União Médica Mediterrânica iniciava-se num franco ambiente de estima mútua, precisamente entre médicos de regiões que melhor poderiam estabelecer laços de solidariedade espiritual, baseados na simpatia que une os habitantes das regiões ribeirinhas do Mediterrâneo, menos influenciados pelas divergências políticas que separam aqueles três países latinos. No fundo, o que se pretendia era estabelecer, em futuro próximo, uma União Médica Latina, que englobasse, além de toda a França, toda a Espanha e toda a Itália, também Portugal, a Bélgica e a Suíça românica. Julgo que se começou por onde se devia começar. O ambiente, se agora é melhor, não era então propício a uniões tão vastas — que, a tentarem-se, possivelmente fracassariam sob a influência de divergências sobretudo de ordem política. Mas as preocupações manifestadas, mesmo publicamente, pelos fundadores da União Médica Mediterrânica, em alargar a organização à totalidade dos países latinos da Europa (e porque não também da América?) logo se exemplificaram com a participação de médicos de regiões que não são geograficamente mediterrânicas, como de Paris, da Alsácia, etc.; e Portugal também estava presente, devido ao amável convite que insistentemente me foi dirigido por colegas amigos, de Espanha; ali estive na magnífica sessão inaugural da U. M. M., que se realizou na cidade de Toulouse, onde brota, em cada canto e esquina, nos seus monumentos e na irradiante simpatia dos seus habitantes, o incomparável espírito latino — nascido precisamente nessas regiões vizinhas do Mediterrâneo. E tudo, ali, durante os dias da reunião de Toulouse, desde a sessão inaugural do Congresso — que se realizou com uma magnificência a que raras vezes tenho assistido — até ao banquete final na Sala dos Ilustres — tudo ali respirava espiritualidade, camaradagem intelectual e fraterna simpatia. A semente lançada em Toulouse tinha de dar frutos magníficos; e deu-os; a prova tivemos-la no primeiro Congresso

realizado após a reunião inaugural — o de Palma de Maiorca, organizado pela secção de medicina interna da U. M. M., nos dias 1, 2 e 3 de Maio último.

A União Médica Mediterrânica constituiu-se em secções de especialidades, nos



DR. JOSÉ CAÑADELL

trabalhos das sessões iniciais de uma das quais — a de ginecologia — em Toulouse, tive a satisfação de participar. Foi resolvido que as várias secções organizassem reuniões separadas, num dos três países da União. A de medicina interna — a primeira da secção e a primeira da U. M. M. — realizou-se em Palma de Maiorca, a capital dessa ilha maravilhosa que, embora espanhola cem por cento, é, pela sua situação geográfica, como que património de todo o Mediterrâneo latino, tanto produto do velho espírito românico da França, da Itália e da Espanha europeias, como das suas projecções no norte de África, onde também Portugal deixou, bem marcadas, impressões indeléveis da sua presença noutras épocas. A ilha de Maiorca, a «isla de la calma» de que fala o livro do escritor e pintor catalão Santiago Rusiñol e que também ficou célebre por outro livro — o de George Sand — era, pois, lugar indicado para celebrar o primeiro congresso da União Médica Mediterrânica.

*

As sessões decorreram com interesse e larga concorrência; as recepções e a parte

festiva (na bela casa do Ayuntamiento, concerto no Castelo de Bellver), assim como as excursões aos lugares de maior interesse turístico da ilha (Valdemosá, com o seu antigo convento de cartuxos onde estiveram, depois de saírem os frades, Chopin e George Sand, Soler, Porto Cristo, as fantásticas grutas de Drach) — tudo correu o melhor possível, nesses três dias de encanto e de excelente convivência.

Os trabalhos do Congresso dividiram-se em quatro secções: doenças mediterrânicas, endocrinologia, hematologia e outros trabalhos de medicina interna. Em cada uma dessas secções foram apresentadas numerosas comunicações.

Os participantes no Congresso que se interessam pela endocrinologia reuniram-se sob a presidência do Prof. Nicolau Pende. Discutiram-se vários problemas relacionados com a endocrinologia dos países latinos, sendo, por fim, resolvido que, no próximo ano, em Itália, provavelmente em Veneza, se reuna o primeiro congresso latino de endocrinologia. Foi eleito secretário-geral o Dr. José Cañadell e ficou também eleita uma comissão inicial organizadora, com duas personalidades de cada um dos países que ali estavam representados; de Portugal, pertencem à comissão o Dr. Eurico Pais e o signatário desta crónica.

*

Os presidentes do Congresso eram os Professores Bastai (de Itália), Giraud (de França) e Soriano (de Espanha). Todos falaram tanto na sessão inaugural do Congresso como no banquete final. Havia também uma Junta local organizadora, sob a presidência do Dr. Medina Martí, presidente do Colégio de Médicos das Baleares. O secretário geral do Congresso foi o Dr. José Cañadell, de Barcelona — alma desta primeira reunião da U. M. M., trabalhador infatigável, a quem se deve, principalmente, o incontestável êxito do Congresso. O Dr. Cañadell, que é um grande amigo de Portugal, onde conta numerosos amigos e admiradores, teve em Palma as homenagens reconhecidas dos participantes de todos os países representados — e bem as mereceu. Daqui lhe endereçamos de novo, com saudações afectuosas, as nossas felicitações e agradecimentos.

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

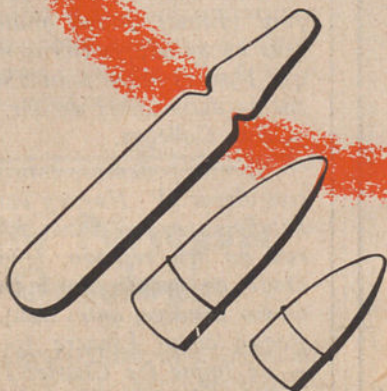
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



ECOS E COMENTÁRIOS

A COROAÇÃO DE ISABEL II

«British Medical Journal» — a revista médica de maior tiragem da Europa (órgão da Associação Médica Britânica) — publicou um número «Por commemoration of the Coronation of Her Majesty Queen Elisabeth II». Transcrevemos a seguir dois «suetos» que vêm nesse número. O primeiro, com o título «A Rainha», é o seguinte:

«Os médicos britânicos prestam homenagem à Sua Rainha, com todos os seus leais súbditos, no momento supremo da Coroação, no coração da Comunidade Britânica, na Abadia de S. Pedro.

À semelhança da Rainha Isabel Tudor, Ela ocupa o trono numa era de perturbação e ansiedade. Mas nunca na nossa história uma Rainha subiu ao trono tão certa da afeição dos seus vassallos.

O conceito de monarquia e a função do seu rei mudaram muito desde que a filha de Henrique VIII e de Ana Bolena se tornou Rainha da Inglaterra em 1558.

O Republicanismo nunca encontrou uma resposta pronta no carácter e no temperamento britânicos. A coroa tornou-se um símbolo de solidez e estabilidade, uma força que conserva os ingleses unidos a despeito da presença de seitas discordantes e opiniões conflituosas, um objecto de fidelidade e lealdade para gentes de crenças e origens.

Na hora que passa em que as ideologias mais diversas procuram lançar seu manto sobre povos desorientados e descrentes, a coroa escuda-nos dentro do seu círculo benfazejo, protegendo-nos contra as forças desintegradoras que campeiam pelo mundo inteiro.

A mais pequena aldeia rivaliza agora com a maior cidade na homenagem que se presta à nossa Rainha, com brilho e galhardia, e uma alegria que mostra bem que a Inglaterra não esquece as suas tradições.

E, a par de tudo o que anda à volta da concepção de monarquia, há uma profunda afeição pela pessoa da Rainha, como uma jovem mãe que na vida da sua família representa qualquer coisa que folgamos pensar ser a essência que perdura na maneira de viver dos ingleses.

A Associação Médica Britânica saúda particularmente Sua Majestade nesta ocasião, como sua Real Patrona, e recorda com orgulho o dia em que seu avô, o Rei Jorge V, inaugurou a Casa da Associação Médica Britânica, como sua nova sede, em 1925.

A Associação tem membros em todos os territórios da Comunidade; eles juntar-se-ão connosco na aclamação que se ouvirá em 2 de Junho na Abadia:

«Vivat Regina».

OUTRORA E HOJE

O B. M. J., continua:

«Ao abrir as páginas deste acontecimento, três sábios da nossa profissão

transportam-nos ao passado numa evocação que nos proporciona uma base de comparação entre o presente e o tempo em que os Tudors florescia no génio do Good-Queen Bess.

O médico — diz-nos Sir Arthur Mac Mally — deixava de ser um eclesiástico; o cirurgião começava a inquietar-se com a sua ligação com a arte de barbeiro; o boticário não ignorava o valor dos seus liames com os comerciantes opulentos e lançava olhos cubiçosos sobre as prerrogativas do médico.

Quando Isabel subiu ao trono em 1558 tinha já sido fundado por seu pai,

quarenta anos atrás, o Real Colégio dos Médicos de Londres.

Thomas Linacre, médico de Henrique VIII e patrão desta obra, foi primeiramente humanista estudante, tendo-se doutorado em Medicina, em Pádua, depois de lá permanecer alguns anos.

Desacreditar o valor do médico-estudante em geral e de Linacre como um desses grandes exemplos é um processo de todas as épocas.

Ainda hoje nos espantámos no mundo dos educadores médicos com a falta de fundo cultural do estudante moderno.

Linacre contribuiu com uma opinião séria, prudente e humana, para o estudo exacto dos textos antigos mutilados pela sua transmissão ao ocidente, pelos comentadores árabes.

Foi na precisão dos seus estudos que ele deu um exemplo aos seus contemporâneos, um exemplo para ser seguido, quer em ciência pura, quer conjugada com a actividade manual.

A medicina definhou, na verdade, em longos períodos de discussão estéril, por falta de aplicação manual, por desprezo da aprendizagem objectiva.

Os humanistas do tempo de Linacre podem ter sido cúmplices deste facto. É triste recordar que o Dr. John Geynes esteve em apuros perante o College of Physicians em 1559, por ousar desafiar a infabilidade de Galeno — o homem que ele próprio desdenhosamente cita como «aqueles que estão escravizados às suas doutrinas... mas nunca paravam de ensinar».

A Rainha Isabel deu depois prudentemente em 1565 ao College of Physicians autorização para a dissecação dos corpos dos criminosos.


E Vesálio deu uma boa resposta a Galeno no seu «De humani corporis fabrica», em 1543. Foi também em Itália que John Caius procurou a sua inspiração médica, e aí se fixou com Vesálio.

O estudante-médico encontrou o homem que usava as mãos para descobrir a estrutura do corpo humano.

Há mais de 400 anos John Caius descreveu o «suor maligno» e leccionou anatomia perante o Barber-Surgeons. John Caius tornou a Inglaterra mais conscientemente anatómica do que antes e Clifford Allbutt, numa anotação dum dos seus encantadores livros médicos diz-nos que Harvey «com toda a segurança assistiu às dissecações do Dr. Grimstone no «Cains College».

E nós podemos, com toda a certeza, considerar W. Harvey como um «Elisabetano», porque a sua formatura decorreu no seu reinado, tendo 25 anos de idade a quando da morte da Rainha. Como Linacre, antes dele, formou-se em Pádua como Linacre foi médico régio — de Jaime I e Charles II; como Linac e Caius foi presidente do Royal College of Physicians.

A tradição do método de ensino estabelecido por Linac não foi estéril nem




ALGINEX

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

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

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



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

LISBOA PORTO COIMBRA

houve um estreito nacionalismo na sua ideia nem na dos seus sucessores.

O juízo de Clifford Allbutt parece um pouco áspero na frase: a glória do grande «elisabetano derrama pouca luz na nossa profissão.

O que Linac foi para os médicos foi Thomas Vicary para os cirurgiões, e foi devido à sua energia que os cirurgiões e os barbeiros se congregaram no Barber-Surgeons Company em 1540: Vicary foi cirurgião-mor de 4 monarcas, o último dos quais foi a Rainha Isabel.

Contemporâneo de Vicary foi o estrangeiro Geminus, que parece ter-se naturalizado inglês porque foi como tal que Vesálio a ele se referiu desdenhosamente, como plagiário da sua obra.

Dos dois frontespícios do livro de Geminus sobre anatomia que o doutor Underwood reproduz no seu artigo, o segundo contém um retrato da Rainha Isabel, tributo prestado, sem dúvida, para despertar o seu interesse pelo trabalho da profissão médica.

Os reis e rainhas de há 400 anos participaram da curiosidade dos leigos sobre os mistérios do corpo humano, mas poucos foram tão longe como James IV, da Escócia, ligado a nós pelo seu casamento com Margarida Tudor, filha de Henrique VII.

O Dr. Guthrie diz-nos que James IV pagava aos seus doentes para lhes tirar dentes e derramar sangue: «A Kynnard, o barbeiro, por dois dentes tirados da «sua cabeça» pelo Rei — 14 sh.».

Mas o espírito de investigação nunca foi certamente manifestado de maneira tão curiosa como quando James IV isolou duas crianças com uma ama surda-muda, para descobrir que linguagem poderiam espontaneamente falar.

Vale sempre a pena contar estas velhas histórias e algumas delas são insertas neste número do jornal comemorativo da coroação da Rainha Isabel, filha do Rei Jorge VI.

Elas trazem-nos à lembrança as nossas velhas tradições, a continuidade da nossa história, velhos direitos e deveres.

Se hoje nos vangloriamos dos nossos progressos técnicos e científicos, podemos ao mesmo tempo olhar para o passado com orgulho no espírito forte e mente esclarecida dos nossos antepassados na medicina, e para um futuro «Elisabetano» no qual uma vez mais o médico, o cirurgião e o boticário avançarão juntos, de mãos dadas, na arte e ciência da medicina, para benefício dela própria e das gerações vindouras.

Instituto Português de Oncologia

O Prof. Castro Caldas, numa reunião efectuada no I. P. O., fez uma conferência intitulada «As hormonas na gravidez». O conferencista fez um resumo histórico das ideias e da experimentação levadas a cabo para determinar os fac-

tores que protegem a gravidez, para explicar que é fundamentalmente a hormona «corpo amarelo» um dos factores mais importantes, se bem que outros haja ainda a considerar. Apontou depois as aplicações terapêuticas resultantes e falou por fim do mecanismo hormonal que condiciona as contracções no parto. Seguidamente, a enfermeira D. Madalena Taveira, falou de «Higiene mental na gravidez», aludindo aos principais problemas de ordem psicológica que aquele estado cria à mãe, ao pai e à família, salientando por fim o papel que cabe ao obstetra e à enfermeira, para evitar ou curar os complexos psicológicos.

As duas preleções estavam integradas no plano de conferências organizado

pela Associação das Enfermeiras Graduadas daquele Instituto.

*

No dia 27 de Maio o Dr. John Barron, director do Centro de Cirurgia Plástica e Facial do Odstock Hospital, de Salisbury, que veio a Lisboa a convite do I. P. O., fez ali uma conferência que intitulou «Cirurgia Plástica no Tratamento do Cancro», seguida de demonstrações práticas sobre cirurgia plástica, aquela ilustrada com numerosíssima documentação. A terminar, agradeceu ao Instituto Português de Oncologia a oportunidade que lhe dera de visitar, pela primeira vez, o nosso País.

HOSPITAL ORTOPÉDICO DE NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

PAREDE PORTUGAL

TRATAMENTO DE:

- Sequelas de poliomielite
- Tuberculose osteo-articular
- Sequelas de queimaduras
- Cirurgia da mão e nervos periféricos
- Fracturas

DIRECTOR:

DR. J. PAIVA GHAVES



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. 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

CARTAS ABERTAS A UM MÉDICO NOVO

III

Confusão de narizes e de conceitos

Meu Caro:

Perdoa-me o demorar tanto tempo para responder à tua carta. Motivo inesperado me obrigou a isso. Nada mais, nada menos, do que uma penicilite atípica, de que felizmente me restabeleci devido a uma intervenção cirúrgica fora de moda. Imagina ao que se arrisca um velho médico amimado pelos colegas e pelos simpáticos e generosos representantes das fábricas de antibióticos! Outro galo me cantaria se eu fosse um inofensivo e ignorado João Ninguém da nossa praça...

Foi o caso de, logo a seguir a receber a tua carta, me ter picado no meu quintal com um espinho de roseira; na noite seguinte dormi mal, com dores no dedo em que me picara; o colega A, querido e dedicado amigo, visitando-me por acaso no dia seguinte, assustou-se com a minha insónia, receando, devido à minha propecta idade, a repetição do caso grave dum seu cliente que, a seguir à picada dum espinho, o obrigou a amputar-lhe o braço; resolveu, *secundum artem novissimam* (uma espécie inesperada da velha e «Novíssima Reforma Judiciária») administrar-me, segundo a técnica mais segura aconselhada «pela literatura» da melhor marca de Penicilina, mandando-me um carinhoso e pontualíssimo enfermeiro, que me picou periódicamente até dar de resto zero, quero dizer, até atingir uns milhões de unidades. Para começar já não foi mau! Não tive reacção alguma desagradável, nem gastei um centavo. Como porém as dores continuassem, senti curiosidade intensa de olhar para o *locus dolenti*, no que me ajudou, com a vista de lince da sua mocidade, o simpático enfermeiro; e, como ele confirmasse a minha suspeita de que a causa da dor estava no espinho da roseira, cujo orifício de entrada conseguiu lobrigar por não ter ainda os olhos presbitos como os da minha idade, resolvi armá-lo cavaleiro, isto é, cirurgião, e, fornecendo-lhe a mais burguesa agulha de costura que apanhei à mão, exigi, sob minha responsabilidade profissional, que sacasse fora o corpo estranho, incómodo. O rapaz hesitou, com medo de que o acusassem de exercer ilegalmente a Medicina, mas acabou por executar com êxito a «operação», garantindo-lhe eu, com os olhos postos em Hipócrates, que nunca ele exercera menos ilegalmente a Medicina e praticara mais a propósito e brilhantemente a arte de curar, pois todas as dores desapareceram logo e a penicilite cessou também como por encanto, apesar de atípica, e, felizmente, sem deixar vestígios. Estive para comunicar o facto ao meu velho amigo Fleming, pois com este caso não lhe mancharam a sua estatística; mas afinal desisti, guardando-me para o fazer quando lhe participar os resultado do emprego

da penicilina na lavagem da louça dos hotéis, que parece estar a ser ensaiada com êxito, com o produto igualmente oferecido por uma importante fábrica produtora.

Apresentada a justificação da demora e a olhar embevecido para o dedo salvo... das ondas (o abuso dos antibióticos começa realmente a fazer ondas) vou responder em termos sucintos à tua carta.

*

Perguntas-me como hás-de instalar um *lactário* na Casa do Povo de que és médico e qual o número de salas, a aparelhagem, os papéis e o pessoal e despesa necessários.

Além disso queres que te indique uns livros.

Eu podia responder-te, como aquele militar que definia a espingarda como um espaço cilíndrico e comprido, cercado de aço por todos os lados e de onde se fazia sair, por explosão da pólvora, uma bala do calibre correspondente ao diâmetro desse espaço cilíndrico. Prefiro porém dizer-te alguma coisa de prático, começando pelo princípio como fazia o nosso velho amigo Banana, tão injustamente caluniado pela rotina de certos vaidosos.

Sabes o que é um *lactário*? É uma *creche*? É um *infantário*? É um *lar*? É um *alegrete*? É um *hinho*? (de pequenitos, de pequeninos, etc.) É um *abrigo infantil*? É uma *poupponière*? É um *patronato*? É um... «*pupulato de costuras*»? É uma *roda*? Se confundes, como a maioria da gente, estas denominações não te metas a criar um *lactário*.

A confusão de narizes e a imponência com que cada qual sustenta o nome que apadrinhou numa sessão solene, obrigada a fotografia, com luz artificial e retrato no periódico local, «para não perder o prestígio», é tal, que é indispensável fixar os conceitos. Mas eu não estou aqui para te massacrar com conceitos que a tua juventude radiosa e irreverente considera insuportáveis ideias fósseis. Como, porém, neste *hors-d'oeu-*

vre de denominações, apenas te serviste da palavra *lactário*, vamos então seguir a pista que escolheste.

Parto do princípio de que ainda te lembras do que em tempos te expliquei: que um *lactário* é um dispensário de puericultura, grande ou pequeno, rico ou pobre, com muito ou pequeno movimento e orçamento, onde superintende um médico, auxiliado por puericultoras (assistentes sociais, visitadoras sanitárias, auxiliares sociais, enfermeiras - puericultoras (o conceito moderno de *parteira*, a quem interessa mais a criança e os irmãos que se lhes seguirem do que o parto em si ou... o aborto) ou auxiliado por quem, não tendo qualquer destes cursos, é boa mãe e segue inteligentemente o que o médico lhe indica, obrigando então este a um trabalho maior e de mais responsabilidade.

Ora, para realizar este trabalho ou para orientar e vigiar a acção das diplomadas é preciso, antes do edifício, do material, do pessoal, da aparelhagem, da papelada e do dinheiro, que o médico saiba... puericultura. Eu sei que há ases das luminárias que não consideram a puericultura digna das atenções dos médicos.

Que, para fazer clínica geral e até para fazer muita pediatria, há quem entenda que a puericultura é desnecessária, como há quem julgue supérfluo estudar higiene geral. Pois se em certo País europeu (como agora se diz tão pomposamente) houve um Mestre prestigioso que defendeu a ideia de acabar com o ensino da higiene durante os cursos de medicina!... Talvez a verba assim economizada pudesse ser utilizada na sua especialidade... «a única que tem razão de existir».

Para a formação geral do espírito dum médico deve considerar preferível que lhe leiam os seus admiráveis mas contraditórios livros do que seguir certas regras hipocráticas, velhas e bolorentas (sem penicilina neste caso...).

Na verdade, se queres montar um *lactário*, começa por recordar o que te

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

ensinou o teu mestre da Faculdade, a quem tanto deves, sobre puericultura, não a confundindo com pediatria, que ele também te ensinou com igual brilho, pois se trata de vigiar e amparar a criança sã (função do lactário) e não dela já doente, que tu tratarás no teu consultório, no da Casa do Povo, na casa da família, ou no Hospital, evitando que no lactário os doentes vão contagiar os sãos. Ora vais ver agora que já sabes como se monta um lactário, embora modesto como me dizes.

Se não soubesses puericultura e não considerasses o lactário como um dispensário (com função essencialmente preventiva e como um centro de assistência social ou de Medicina Social da infância) ele não passaria duma leitaria pretenciosa.

Assim, não. Uma sala de espera, com divisões nos bancos (espécie de *boxes*) para evitar preventivamente que uma criança, acaso doente, contagie as outras;

um consultório do médico-puericultor, assistido pela sua auxiliar; uma sala para pesagens, medições de estaturas e uma cozinha de leite — quatro salas, ao todo, bastam, rigorosamente. Se puderes instalar um quarto para banhos das crianças, para as mães aprenderem a banhá-las, óptimo será! Isso depende da verba disponível. Além da retrete, evidentemente, que tanta gente agora apelida de *casa de banho...* onde aliás só se faz sujidade e não se toma banho em geral.

Bom leite, de confiança, fresco ou bem conservado, sempre vigiado. Leite de vaca, vaca de confiança, igualmente vigiada, ou leite condensado ou em pó. Saber lidar com o leite e saber ensinar as mães a utilizá-lo sem o contaminarem ou darem a beber a outrém, dando depois às criancinhas «caldo da panela» ou sopas de café ou vinho. Orientar o desmame sensatamente.

Fazer vigiar toda a vida da criança na casa da família (higiene habitacional, há-

bitos, contágios infecciosos, gulodices, poeiras, correntes de ar, chuchas, etc.) por intermédio duma visitadora ou de outra auxiliar *que visite realmente* as crianças no seu domicílio, fugindo à tendência duma ou outra para o sedentarismo. O médico puericultor e a visitadora têm de educar constantemente, ser preventivos, solícitos, como as mais exemplares das mães.

Asseio por toda a parte! Escrúpulo e zelo constantes! Pontualidade sempre nas horas das consultas: o tempo é mais dinheiro para os pobres do que para os ricos!

Quanto custa isto tudo? Muito? Pouco? O que as circunstâncias e o bom senso exigirem.

*

Porque não visitas um lactário exemplar, em Lisboa, Porto, Coimbra, Castelo Branco, etc.?

Montar um lactário não exige apenas saber, exige treino e observação atenta do que se faz, quando se faz bem.

E para a teoria? Queres indicações de alguns livros?

Há inúmeros.

Recordo-me do de Gay Cousin e Besson, «*Comment j'éleve mon enfant*», das nossas colegas Dr.^{as} D. Branca Rumina, «O guia das mães» e D. Emília Morgado «Cuidemos das criancinhas», dos dos nossos colegas Drs. Samuel Maia, Almerindo Lessa e Alberto Costa, entre muitos outros.

Como base do serviço social, de que toda a agente fala mas que raros compreendem, confundindo-o com enfermagem e com outras profissões, aconselho-te o que conheço de mais completo, indispensável a qualquer médico que se dedique à Medicina Social, como a juizes, provedores de Misericórdias, etc., o livro «*Diagnóstico Social*», da americana Mary Richmond, a criadora da profissão de trabalhadora ou agente do serviço social, tradução portuguesa do original *Social Diagnosis*, o melhor livro que existe da especialidade.

A base fundamental é recordares bem a anatomia e, principalmente, a fisiologia da primeira infância, tão esquecida, e toda a higiene da primeira infância. Coloca-te em condições de nunca teres de aprender puericultura com a tua visitadora, embora escolhas esta ou outra trabalhadora social, tão bem preparada que lhe possas confiar, com segurança, os teus próprios filhinhos.

Defende-te sempre da confusão de narizes, de conceitos e denominações.

Lembra-te de que a verdade é em regra simples e que a confusão encobre em geral a mentira, a ignorância ou o erro.

Desculpa esta longa estopada. Julgo que respondi ao que perguntas, embora a traços largos e focando apenas o essencial. Prometo não reincidir em te maçar. Crê-me sempre teu velho e inútil colega e amigo

VELHO GALENO

A seguir:

Mais confusões em matéria de Medicina Social.

Novidade!

Em dores intensas

POLAMIDON»C«
»HOECHST«

Bem tolerado devido a um componente de acção vagolítica

Especialmente apropriado á clínica quotidiana

Embalagens:

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

Soluto injectavel a 1/3%: 10 ampolas de 1 cc



FARBWERKE HOECHST

vormal's Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal:

Mecius Lda.

Rua do Telhal, 8-1.º — LISBOA

EM 1950: PROMICINA

EM 1953: ATOXIMICINA

Sinergismo de acção sem efeitos secundários

Nova associação de antibióticos:

Sulfato de dihidroestreptomicina — Sulfato de estreptomicina
 Procaina 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

REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

Regulamento n.º 2 da OMS

(Continuação do número anterior)

ARTIGO 62

1. Um navio considera-se infectado se à chegada houver caso de cólera a bordo ou se este caso se tiver declarado a bordo durante os cinco dias que precederam a chegada.

2. Um navio considera-se suspeito se tiver havido algum caso de cólera a bordo durante a viagem, contanto que nenhum caso novo se tenha declarado durante os cinco dias que precederam a chegada.

3. Uma aeronave considera-se infectada se à chegada houver caso de cólera a bordo. Considera-se suspeita se, tendo-se declarado um caso de cólera a bordo durante a viagem, a pessoa infectada desembarcou numa escala anterior.

4. Um navio ou uma aeronave consideram-se à chegada indenes, ainda que provenham duma circunscrição infectada ou tenham a bordo qualquer pessoa procedente duma circunscrição infectada, se, na visita de saúde, a autoridade sanitária pôde certificar-se de que não houve cólera a bordo durante a viagem.

ARTIGO 63

1. À chegada dum navio ou duma aeronave infectados a autoridade sanitária pode aplicar as medidas seguintes:

a) Durante cinco dias, no máximo, a contar da data do desembarque, vigilância dos passageiros ou tripulantes munidos de certificado válido de vacinação contra a cólera e isolamento de todas as outras pessoas que saíam de bordo;

b) Desinfecção:

i) Das bagagens das pessoas infectadas ou suspeitas;

ii) De quaisquer outros objectos, tais como roupas de cama e colchoarias, roupas sujas e de todas as partes do navio ou da aeronave que se considerem contaminadas.

c) Desinfecção e evacuação das reservas de água de bordo que se considerem contaminadas e desinfecção dos reservatórios.

2. É proibido deixar correr, despejar ou atirar dejectões humanas, águas, incluindo as águas de porão e substâncias residuais, bem como qualquer substância considerada contaminada, a não ser depois de desinfecção prévia. A autoridade sanitária fica responsável pela boa execução de qualquer das evacuações desta espécie.

ARTIGO 64

1. À chegada dum navio ou duma aeronave suspeitos a autoridade sanitária pode aplicar-lhes as medidas determinadas nas letras b) e c) do parágrafo 1 e no parágrafo 2 do artigo 63.

2. Além disso, e sem prejuízo das medidas indicadas na letra b) do parágrafo 3 do artigo 61, os passageiros ou tripulantes que saíam de bordo podem ficar sujeitos a vigilância durante cinco dias, no máximo, a contar da data da chegada.

ARTIGO 65

O navio ou a aeronave deixam de considerar-se infectados ou suspeitos quando as medidas determinadas pela autoridade sanitária, de harmonia com o artigo 38 e com os artigos 63 e 64, conforme o caso,

forem devidamente executadas. O navio ou a aeronave são desde então admitidos à livre prática.

ARTIGO 66

A chegada, um navio ou uma aeronave indenes são admitidos à livre prática. Todavia, se vierem duma circunscrição infectada, a autoridade sanitária pode aplicar aos passageiros e tripulantes que saíam de bordo as medidas determinadas pelo artigo 61.



LONGACILINA

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

Cada comprimido: 150.000 U.

Actividade 8-12 horas

LONGACILINA A

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

Frascos de 300.000 U.

Actividade: 7 dias

Frascos de 600.000 U.

Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

ARTIGO 67

Se à chegada dum comboio ou veículo rodoviário se verificar algum caso de cólera, a autoridade sanitária pode aplicar as medidas seguintes:

a) Vigilância dos suspeitos durante cinco dias, no máximo, a contar da data da chegada, sem prejuízo das medidas indicadas na letra b) do parágrafo 3 do artigo 61;

b) Desinfecção:

i) Das bagagens da pessoa infectada e, se for necessário, das bagagens de todos os suspeitos;

ii) De quaisquer outros objectos, tais como roupas de cama, colchoarias ou roupas sujas e de todas as partes do comboio ou veículo rodoviário que se considerem contaminadas.

ARTIGO 68

1. A chegada dum navio ou duma aeronave infectados ou suspeitos ou dum comboio ou veículo rodoviário a bordo dos quais se tenha verificado algum caso de cólera, ou ainda dum navio, aeronave, comboio ou veículo rodoviário procedentes duma circunscrição infectada, a autoridade sanitária pode proibir a descarga ou mandar remover todo o peixe, crustáceos, moluscos, frutos e legumes destinados a serem consumidos crus ou bebidas, a não ser que estes produtos alimentares ou estas bebidas estejam adicionados em recipientes hermeticamente fechados e que a autoridade sanitária não tenha motivo para os considerar contaminados. Se houver que proceder à remoção daqueles alimentos ou bebidas, devem tomar-se disposições para evitar qualquer perigo de contaminação.

2. No caso de aqueles alimentos ou bebidas fazerem parte da carga transportada no porão dum navio ou no compartimento duma aeronave reservado aos fretes, só a autoridade sanitária do porto ou aeroporto onde deve efectuar-se a descarga pode mandar proceder à sua remoção.

3. O comandante duma aeronave tem sempre o direito de exigir a remoção daqueles alimentos ou bebidas.

ARTIGO 69

1. Ninguém pode ser obrigado a uma colheita rectal.

2. Sòmente as pessoas que efectuem uma viagem internacional e que, ao chegarem durante o período de incubação da cólera duma circunscrição infectada, apresentem sintomas que permitam suspeitar desta doença podem ser obrigadas ao exame das fezes.

CAPITULO III

Febre-amarela

ARTIGO 70

1. As zonas de endemia e as zonas de receptividade amarílicas são delimitadas pela Organização em consulta com cada uma das administrações sanitárias interessadas e podem ser ulteriormente modificadas da mesma forma. Estas delimitações são notificadas pela Organização a todas as administrações sanitárias.

2. Quando uma administração sanitária declarar à Organização que numa cir-

cunscrição que faça parte de uma zona de epidemia amarelha o índice de *Aedes ægypti* ficou constantemente abaixo de 1 por cento durante um ano, a Organização, se estiver de acordo com a administração, notifica a todas as administrações sanitárias que a referida circunscrição deixou de fazer parte dessa zona de epidemia amarelha.

ARTIGO 71

Para efeitos do presente Regulamento é fixado em seis dias o período de incubação da febre-amarela.

ARTIGO 72

1. A vacinação contra a febre-amarela é exigida a todas as pessoas que efectuem uma viagem internacional e saiam de uma circunscrição infectada com destino a uma zona de receptividade amarelha.

2. Contudo, se possuírem certificado de vacinação anti-amarelha que ainda não seja válido, podem ser autorizadas a partir, mas podendo ser-lhes aplicadas à chegada as disposições do artigo 74.

3. Uma pessoa de posse de um certificado de vacinação contra a febre-amarela não é tratada como suspeita, ainda que venha de uma circunscrição infectada.

ARTIGO 73

1. É obrigatória a posse de um certificado válido de vacinação contra a febre amarela para o pessoal de todos os aeroportos situados em circunscrições infectadas, bem como para todos os tripulantes das aeronaves que utilizarem esses aeroportos.

2. As aeronaves que partem de um aeroporto situado numa circunscrição infectada e se dirigem para uma zona de receptividade amarelha são desinsectadas sob fiscalização da autoridade sanitária o mais tarde possível antes da partida, sem contudo a retardar. Os Estados interessados podem aceitar a desinsectação durante o voo das partes da aeronave susceptíveis de serem assim tratadas.

3. O mesmo se dá com as aeronaves procedentes de uma circunscrição onde existe o *Aedes ægypti* ou qualquer outro vector doméstico da febre amarela e que se dirigem para uma zona de receptividade amarelha já isenta de *Aedes ægypti*.

ARTIGO 74

Numa zona de receptividade amarelha a autoridade sanitária pode exigir o isolamento de uma pessoa que, efectuando uma viagem internacional, venha de uma circunscrição infectada e não possua certificado válido de vacinação contra a febre amarela, e isto até que o certificado se torne válido ou que tenham decorrido seis dias, no máximo, a contar da última data em que a pessoa pôde ter estado exposta à infecção, tomando-se o período que acabar primeiro.

ARTIGO 75

1. Todas as pessoas procedentes de uma circunscrição infectada que não possuam certificado válido de vacinação contra a febre amarela e que no decorrer de uma viagem internacional tenham de passar por um aeroporto situado numa zona de receptividade amarelha que não disponha ainda de meios para assegurar a segregação pela forma estabelecida no artigo 34 podem ficar retidas num aeroporto onde existam esses meios, se as administrações sanitárias dos territórios em que tais aeroportos ficam situados tiverem concluído um acordo para tal efeito.

2. As administrações sanitárias interessadas informam a Organização quando entrar em vigor ou for anulado um acordo daquela natureza. A Organização comunica imediatamente esta informação a todas as outras administrações sanitárias.

ARTIGO 76

1. A chegada, um navio considera-se infectado se houver caso de febre amarela a bordo ou se esse caso se tiver declarado a bordo durante a viagem. Considera-se suspeito se tiver saído de uma circunscrição infectada há menos de seis dias antes da chegada ou se chegar dentro dos trinta dias seguintes à partida de tal circunscrição e a autoridade sanitária verificar a presença de *Aedes ægypti* a bordo. Qualquer outro navio é considerado indomne.

2. A chegada, uma aeronave considera-se infectada se houver caso de febre amarela a bordo. Considera-se suspeita se a autoridade sanitária não julgar satisfatória a desinsectação efectuada de harmonia com o parágrafo 2 do artigo 73 e verificar a existência de mosquitos vivos a bordo da aeronave. Qualquer outra aeronave considera-se indomne.

ARTIGO 77

1. A chegada dum navio ou duma aeronave infectados ou suspeitos, a autoridade sanitária pode:

- a) Numa zona de receptividade amarelha, aplicar as medidas indicadas no artigo 74 a todos os passageiros ou tripulantes que saiam de bordo sem possuírem certificado válido de vacinação contra a febre amarela;
- b) Proceder à inspecção do navio ou da aeronave e à destruição total dos *Aedes ægypti*. Numa zona de receptividade amarelha, pode, além disso, exigir que o navio fique afastado de terra, pelo menos 400 m, até se executarem as referidas medidas.

2. O navio ou a aeronave deixam de



SIOSTERAN

*Novo antiséptico intestinal
isento de iodo*

INDICAÇÕES

Enterites — Enterocolites — Gastro-enterites — Diarreias estivais — Perturbações intestinais provocadas por mudanças de alimentação ou de clima — Lamblíase, Amibiase — Profilaxia das infecções intestinais.

Tubo de 20 grajeias

Amostras à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

J. R. GEIGY S. A. — BASILEIA (Suíça)

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E ULTRAMAR:

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551 — PORTO

considerar-se infectados ou suspeitos quando as medidas determinadas pela autoridade sanitária, de harmonia com o artigo 38 e parágrafo 1 do presente artigo, forem devidamente executadas. O navio ou aeronave são desde então admitidos à livre prática.

ARTIGO 78

A chegada dum navio ou duma aeronave indenes procedentes duma circunscrição infectada podem-se-lhes aplicar as medidas indicadas na letra b) do parágrafo 1 do artigo 77. O navio ou a aeronave são desde então admitidos à livre prática.

ARTIGO 79

Os Estados não podem proibir a aterragem das aeronaves nos seus aeroportos sanitários se forem aplicadas as medidas indicadas no parágrafo 2 do artigo 73. Todo o Estado pode indicar um ou mais aeroportos determinados como sendo os únicos onde podem aterrizar as aeronaves procedentes duma circunscrição infectada.

ARTIGO 80

A chegada dum comboio ou veículo rodoviário a uma zona de receptividade amarilica, a autoridade sanitária pode aplicar as medidas seguintes:

- a) Isolamento, segundo as disposições do artigo 74, de todas as pessoas vindas duma circunscrição infectada que não possuam certificado válido de vacinação contra a febre amarela;
- b) Desinsectação do comboio ou do veículo, se vierem duma circunscrição infectada.

ARTIGO 81

Numa zona de receptividade amarilica, o isolamento indicado no artigo 38 e no presente capítulo deve efectuar-se em locais ao abrigo dos mosquitos.

CAPITULO IV

Variola

ARTIGO 82

Para efeitos do presente Regulamento, é fixado em catorze dias o período de incubação da variola.

ARTIGO 83

1. A administração sanitária pode exigir a todas as pessoas que efectuem uma viagem internacional que, à chegada, estejam de posse dum certificado de vacinação contra a variola, a não ser que apresentem sinais dum ataque anterior de va-

riola demonstrando a sua imunidade de maneira suficiente. Se não possuírem certificado, podem ser vacinadas. Se recusarem a deixar-se vacinar, podem ficar sujeitas a vigilância durante catorze dias, no máximo, a contar da data da partida do último território por onde passaram antes da chegada.

2. Todas as pessoas que, ao efectuar uma viagem internacional, estiverem numa circunscrição infectada, no decorrer dos catorze dias que precedem a sua chegada, e que, na opinião da autoridade sanitária, não estão suficientemente protegidas pela vacinação ou por um ataque anterior de variola, podem ser vacinadas ou sujeitas a vigilância, ou vacinadas e em seguida sujeitas a vigilância; se recusarem deixar-se vacinar, podem ser isoladas. A duração do período de vigilância ou de isolamento não pode exceder catorze dias, a contar da data em que as pessoas deixaram a circunscrição infectada. Um certificado válido de vacinação contra a variola constitui prova duma protecção suficiente.

ARTIGO 84

1. Um navio ou uma aeronave consideram-se infectados se, à chegada, houver caso de variola a bordo ou se esse caso se tiver declarado durante a viagem.

2. Qualquer outro navio ou aeronave consideram-se indenes, mesmo que se encontrem suspeitos a bordo, mas, se estes saírem de bordo, podem ficar sujeitos às medidas indicadas no artigo 85.

ARTIGO 85

1. A chegada dum navio ou duma aeronave infectados, a autoridade sanitária:

- a) Oferece a vacinação a todas as pessoas de bordo que a referida autoridade considere não estarem suficientemente protegidas contra a variola;
- b) Pode, durante catorze dias, o máximo, a contar da data da última exposição à infecção, isolar ou sujeitar a vigilância qualquer pessoa que saia de bordo, mas, ao fixar a duração do período de isolamento ou de vigilância, a autoridade sanitária tomará em consideração as vacinações anteriores dessa pessoa e as possibilidades de infecção a que teria estado exposta;
- c) Procede à desinfectação de:
 - i) Todas as bagagens das pessoas infectadas;
 - ii) Todas as outras bagagens ou objectos, tais como roupas de cama, colchoarias ou roupas sujas, e todas as partes do

navio ou aeronave que se considerem contaminadas.

2. Um navio ou uma aeronave continuam a considerar-se infectados até que as pessoas infectadas tenham desembarcado e que as medidas determinadas pela autoridade sanitária, de harmonia com o parágrafo 1 do presente artigo, tenham sido devidamente aplicadas. O navio ou a aeronave são desde então admitidos à livre prática.

ARTIGO 86

A chegada, todos os navios ou aeronaves indenes, ainda que procedentes de uma circunscrição infectada, são admitidos à livre prática.

ARTIGO 87

Se à chegada de um comboio ou veículo rodoviário se verificar algum caso de variola, desembarcar-se-á a pessoa infectada e aplicam-se as disposições do parágrafo 1 do artigo 85, contando-se a duração do período eventual de vigilância ou de isolamento a partir da data de chegada do comboio ou veículo rodoviário e aplicando-se a desinfectação a todas as partes do comboio ou veículo rodoviário consideradas contaminadas.

CAPITULO V

Tifo

ARTIGO 88

Para efeitos do presente Regulamento, é fixado em catorze dias o período de incubação do tifo.

ARTIGO 89

A vacinação contra o tifo não constitui condição para a admissão de qualquer pessoa num território.

ARTIGO 90

1. A partida de uma circunscrição infectada, as pessoas que efectuem uma viagem internacional e que a autoridade sanitária dessa circunscrição julgar susceptíveis de transmitir o tifo são desinfectadas. O vestuário de uso, as bagagens e todos os outros objectos que possam transmitir o tifo são igualmente desinfectados e, sendo necessário, desinfectados.

2. As pessoas que efectuem uma viagem internacional e saíram, há menos de catorze dias, de uma circunscrição infectada podem ser desinfectadas se a autoridade sanitária do lugar de chegada o julgar necessário. Podem ficar sujeitas a vigilância durante um período de catorze dias, no máximo, a contar da data da desinsectação. O vestuário de uso dessas pessoas, as bagagens e todos os outros objectos que possam transmitir o tifo são igualmente desinfectados e, sendo necessário, desinfectados.

ARTIGO 91

A chegada, todos os navios ou aeronaves se consideram indenes, ainda que a bordo se encontre alguma pessoa infectada, mas podem-se-lhes aplicar as disposições do artigo 38 e todos os suspeitos podem ser desinfectados. Os locais ocupados pela pessoa infectada e pelos suspeitos, bem como o vestuário de seu uso, as bagagens e todos os outros objectos susceptíveis de transmitir o tifo, podem ser desinfectados e, sendo necessário, desinfectados. O navio ou a aeronave são desde então admitidos à livre prática.

ARTIGO 92

Se à chegada de um comboio ou veículo rodoviário se verificar algum caso de tifo, a autoridade sanitária pode aplicar-lhe as medidas indicadas nos artigos 38 e 91.

(Conclue no próximo número)

MARTINHO & CIA.

Tudo o que interessa à
medicina e cirurgia.

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

A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PRÉVIO DO PROF. MANUEL CERQUEIRA GOMES

Discursos dos Deputados Dr. Carlos Moreira e Dr. Mário de Figueiredo

(Conclusão)

O Orador: — Mas toda essa gama de problemas, o campo da incidência dos encargos sociais, taxas de incidência, capitalização e distribuição, benefícios, etc., não inoportunas e exige uma longa observação e um aturado estudo — caminho traçado, aliás, nas considerações do documento ministerial a que nos temos referido.

Alude o aviso prévio a acções socializantes do sistema em vigor.

Respondem cabalmente a essa arguição ou receios as seguintes palavras, que destacamos, do mesmo discurso:

Só um regime político conduzido por princípios socialistas ou socializantes pode admitir que o Estado se considere financeiramente obrigado a realizar, de modo normal ou a simples título supletivo, os fins específicos a que se destinam os encargos sociais aqui referidos.

E prossegue:

Nós, que nos governamos por princípios e devemos logicamente governar-nos pelos nossos próprios, entendemos que a missão do Estado, neste domínio, é assegurar que se não frustre a realização de tais fins, pelos meios a eles naturalmente adequados.

Sr. Presidente: porque me vou alongan-

do, e mais haveria para dizer, é tempo de passar ao último ponto do aviso prévio:

e) A prestação dos serviços médicos. Constitui esta matéria a pedra de toque do mesmo aviso, mas tem, talvez por isso mesmo, especial melindre.

Devo, Sr. Presidente e Srs. Deputados, antes de mais, declarar que não pretendo, nem ao de leve, envolver nas considerações que vou proferir pessoas ou entidades, a não ser que estas, e se for necessário, tenham funções ou atribuições de natureza pública e que digam respeito ao bem comum.

Só me interessam factos e realizações, para deles poder deduzir as naturais e lógicas conclusões que os mesmos comportem.

Posto isto, vejamos rapidamente os pontos fundamentais versados nesta alínea do aviso prévio.

Aí se afirma essencialmente:

- 1.º Que a Federação das Caixas quer agora impor a criação de serviços de radiologia;
- 2.º Que a ameaça de serviços privados radiológicos e analíticos pesa sobre importantes sectores e agrava a crise da classe médica;

E assim:

- 3.º Todos os médicos devem ter o direito de prestar serviços no seguro

doença, como todos os segurados devem ter o direito de escolher o médico da sua confiança; também os médicos devem receber vencimentos, como nos outros países, segundo os serviços que prestam: uns remuneram por capitação, outros por unidade de serviço.

Ora vejamos cada um destes pontos: 1.º Julgo, pelos elementos colhidos, que a Federação não pretendeu impor a criação de serviços de radiologia.

Em presença de verbas, por vezes avultadíssimas, com serviços radiológicos, é natural que se tentasse organizar os serviços de forma a conseguir um preço mais barato por unidade.

Esta economia redundaria, além do mais, em alargamento de benefícios.

Perante contas altas e critérios de custo tão variados como os que apareciam impunha-se um proveitoso critério de uniformidade. Para isso se procurou organizar, com prévia consulta e acordo, uma tabela de preços para os serviços.

Sabe-se que ela foi aceite em Coimbra e noutros pontos da provincia, o que não foi conseguido em relação ao Porto e a Lisboa.

Também se não ignora que, confiado o assunto à Ordem, esta acabou por informar as instâncias competentes de que en-

REUMATISMO?

A experiência demonstra que



CREME ANTI-REUMÁTICO,
ANALGÉSICO E ANTIFLOGÍSTICO

dá bons resultados

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

DAVI
LISBOA

tregara a resolução do mesmo assunto nas mãos do seu ilustre bastonário.

Verificado o facto, se não estou em erro, em meados de Dezembro do ano findo, outro conhecimento, que eu saiba, houve acerca da matéria que não fosse o anúncio do aviso prévio.

2.º Quanto ao pretendido agravamento da crise da classe médica, não nos esqueçamos do seguinte: grande parte dos laboratórios de raios X e de análises clínicas foi instalada contando com os serviços a prestar aos subsidiados pela Federação.

Não se citam casos, mas são sobejamente conhecidos. E é elucidativo que, em 1949, os serviços radiológicos chegaram a absorver 10 por cento da despesa total.

Em boa verdade, pois, a crise da classe médica não foi agravada por este motivo, antes pelo contrário.

3.º Antes de mais, quanto ao princípio, preconizado no aviso prévio, de que todos os médicos devem ter o direito de prestar serviço no seguro doença, refiro, por me parecer não ser descabida, a seguinte opinião, expressa no jornal *O Médico*, de 12 do corrente, em carta aberta ao Ex.º Sr. Dr. Cerqueira Gomes:

Todos os médicos devem prestar serviço no seguro doença. Simplesmente V. Ex.ª esqueceu-se de que o seguro se limita aos economicamente débeis e que, ao pretender para todos os médicos o mesmo direito, deveria pedir a integração de toda a população no mesmo seguro. A fórmula deveria ser esta: todos os médicos para toda a população. Tal como V. Ex.ª pretende, passa a ser um benefício dado pelos médicos de situação económica difícil aos que não têm quaisquer dificuldades. É uma dádiva dos que precisam aos que podem. Mas é, sobretudo, um desprezo pelos direitos adquiridos e pelos concursos efectuados que define um sentido de justiça.

Esta é a opinião de um médico.

Quer-nos parecer que, em princípio, deve ser facultado a todos os médicos prestarem serviço no seguro doença. Mas harmónicamente com as ideias que defendemos, é indispensável que exista um determinado condicionamento e a competente fiscalização.

Isto exige, evidentemente, uma inscrição prévia dos médicos que pretendam prestar tais serviços à Previdência, o que aliás, tem sucedido.

Em relação ao direito que o segurado tenha de escolher o médico, é evidente que só poderá usá-lo dentro das naturais limitações, como sejam a natureza da doença, a localidade onde resida, o hospital ou casa de saúde onde se encontre internado, etc.

A liberdade do beneficiário não ficará assim mais cerceada do que está a de qualquer não beneficiário sem avultados meios de fortuna que lhe permitam gastar quantias somas com a sua doença. É que, para esses, a liberdade de escolha reside praticamente nas consultas externas dos hospitais ou das policlínicas.

Quanto à forma de retribuição ao médico, duas soluções têm sido adoptadas: o pagamento por vencimento, que, aliás, é o preconizado pelo ilustre autor do aviso prévio, e o de pagamento por acto médico.

A este respeito, e por elementos colhidos, verifica-se que, de 711 médicos que presentemente asseguram os serviços médico-sociais da Federação, 633 recebem vencimento e 78 são pagos por acto médico.

Simplesmente, tendo sido fixado um limite máximo para estes últimos, só três de entre eles o não atingiram. Isto demonstra que praticamente o sistema generalizado é o de pagamento por vencimento.

Sr. Presidente: vou concluir: o que se apura afinal de positivo deste aviso prévio?

Um desejo de aperfeiçoamento e de melhoria através de uma revisão, aliás já prevista e iniciada antes do anúncio do mesmo aviso.

Não se demonstrou — alegar não é demonstrar — que as linhas fundamentais não estivessem certas, que a execução não

fosse a mais aconselhável em face das circunstâncias do tempo, das exigências do Plano de Fomento em que o Governo se lançou e da necessidade comprovada de corrigir desvios e limitar gastos excessivos.

Se o Governo se propõe tomar para si certas actividades, papel que os particulares podiam desempenhar, foi só porque estas entidades individuais ou colectivas interessadas se não mostraram dispostas a fazê-lo.

Não se viu que fossem absorvidas pelo Estado actividades particulares ou livres e que este fosse além do seu papel orientador e supletivo.

Sempre se atendeu ao critério de uma tributação compatível com as possibilidades dos beneficiários e de um dispêndio suportável pelas receitas obtidas, sem se esquecer que a distribuição ou repartição não deveria absorver as possibilidades de uma capitalização para o futuro, nem esta, por demasiado excessiva, deixaria de respeitar aquela em devido grau.

Mas essa ânsia de aperfeiçoamento e de melhoria a que nos referimos, traduzida no aviso prévio do Sr. Deputado Cerqueira Gomes, é de todos, e não o é em menor grau, por certo, da parte do Sr. Ministro das Corporações.

Supérfluo será, pois, concluir por pedir a sua atenção para o problema e afirmar a confiança nas medidas que sejam reputadas necessárias ou convenientes.

Por mim, e em face do caminho percorrido neste sector da Administração, não cheguei bem a compreender o alcance do aviso prévio, nos termos em que foi formulado.

Salvo o devido respeito, pareceu-me mais uma questão tocante essencialmente a certo campo da classe médica, e num aspecto muito específico, do que a uma política da Previdência Social, tão extensa e ainda oscilante, como se compreende, e por isso tão melindrosa para que possa julgar-se terem-se encontrado as soluções seguras e definitivas.

Há que ser cauto e moderado.

Aliás tem sido essa a política seguida.

Podemos, julgo eu, continuar confiantes no estudo aturado, inteligência esclarecida, vontade construtiva e sã doutrinação do ilustre Ministro das Corporações, a quem tributo, ao terminar estas considerações, o preito da minha admiração, no que, estou certo, sou acompanhado por esta Câmara, onde ele deixou bem vincados o acerto e o brilho das suas intervenções.

Tenho dito.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

Discurso do Deputado Dr. Mário de Figueiredo

O Sr. Mário de Figueiredo: — Sr. Presidente: quero começar a minha intervenção no debate por apresentar os meus cumprimentos e as minhas felicitações ao Dr. Cerqueira Gomes. Apresento-lhe os meus cumprimentos pela maneira como desenvolveu o seu pensamento sobre a matéria do aviso prévio, colocando-o numa altura digna de S. Ex.ª...

Vozes: — Muito bem!

O Orador: —...e digna desta instituição.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Não lhe digo esta palavra a lembrar velho companheirismo nas lutas pelo mesmo ideal: digo-lha porque sinto que é verdadeira, mesmo que não tivéssemos tido o ensejo de nos encontrar na vida em pensamento e acção.

Cumprimento, portanto, pessoalmente V. Ex.ª.

E quero cumprimentá-lo ainda por ter trazido à Assembleia o ensejo de se fazer aqui um debate sobre um dos maiores problemas da vida moderna. Pela altura em que o debate foi feito, tudo correu de-

pressa, mas tudo correu bem. Não se estranhará, creio, que eu distinga no conjunto do debate a bela peça — eu ia a dizer parlamentar, mas não sei se só parlamentar — que produziu nesta tribuna hoje o Dr. Abrantes Tavares.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Ninguém estranhará que eu, depois de referir de um modo geral a altura em que foi posto e em que decorreu o debate, tenha esta referência particular a respeito da oração do Dr. Abrantes Tavares.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Divergências de pensamento quando se olha para o fundo do problema, não houve aqui. Houve divergências, afirmaram-se divergências de pensamento, menos quanto aos princípios dominadores da questão em debate do que quanto a formas particulares de execução desses princípios.

Não houve, dizia, divergências profundas de pensamento no que respeita às posições fundamentais do problema, mas, se as houvesse, isso não significaria que delas resultasse qualquer demonstração de menos consideração por aqueles que as tinham afirmado.

Estamos já num momento bastante avançado das relações de conveniência humana para não imputarmos a divergências de pensamento a marca de desatenção pessoal.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Por mim afirmo que, se gosto que concordem comigo estando convencidos de um pensamento igual ao meu, gosto, do mesmo modo, que discordem de mim quando não participem do meu pensamento.

Horrorizaria, o que não é possível nesta Casa, que alguém manifestasse concordância, quando no fundo discordava do pensamento afirmado. Creio mesmo que a afirmação de discordância é ainda uma afirmação de consideração pela pessoa de cujo pensamento se discorda.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Até aqui foi assim... (risos). Agora também tenho de que me queixar. Nesta altura do debate já estamos todos bastante fatigados, e todos desejarão que eu acabe quanto antes...

Não apoiados.

Esclareço o meu pensamento quando afirmava, há pouco, que também tinha de que me queixar. E tenho. É de que, se fosse indispensável fazer um discurso grande, para marcar uma posição parlamentar, eu, neste momento do debate, já não o podia fazer porque a matéria para o preencher já, de um modo geral, foi aproveitada pelos oradores que intervieram no debate.

Não tenho, pois, só que cumprimentar, tenho também de que me queixar...

Não tocarei então senão poucas questões, que, suponho, carecerão, ainda nesta altura do debate, de uma nota de esclarecimento.

Farei uma primeira nota de esclarecimento ao problema posto pelo Sr. Deputado Cerqueira Gomes ao referir que há duplicação entre os serviços das caixas e os serviços da Federação, no que respeita à medicina.

Disse-o, e por forma impressionante. Quem não tenha com a vida da Previdência uma convivência muito íntima é inclinado a crer que há realmente uma duplicação nos serviços médicos das caixas e nos dos Serviços Médico-Sociais.

Entretanto, analisando bem as coisas, eu creio que não há, na verdade, duplicação, e vou dizer porque o creio.

Como VV. Ex.ªs não ignoram, e sabem mesmo melhor do que eu, as caixas têm uma multiplicidade de funções, umas já efectivas e em ser e outras em potência.

Têm como função: arrecadar as recei-

tas; fiscalizar folhas de férias dos trabalhadores; pagar o subsídio na doença e na invalidez e, quando já for caso disso, as pensões de reforma; assegurar a identificação e registo dos contribuintes e dos beneficiários; inverter os capitais acumulados para efeito de reservas técnicas; e assegurar os serviços de acção médico-social.

As caixas federadas transferem para a Federação a sua acção médico-social. Não ficam por isso sem função, porque têm de desempenhar todas as outras que aponte; e não há duplicação, porque a acção médico-social deixou de ser exercida por elas, para passar a sê-lo pela Federação.

Compreendo que se seja inclinado a pensar, em casos particulares, que, na verdade, há duplicação, principalmente quando as caixas mantiverem certos serviços médicos mesmo na área onde existem serviços da Federação.

Mantêm-nos, que eu saiba, em duas hipóteses. Uma é a de a acção médico-social da caixa se desenvolver, não simplesmente dentro do esquema de benefícios específicos da Previdência, mas também para além desse esquema.

Há caixas que têm também serviços de assistência, e, como estes serviços estão para além do esquema de benefícios próprio das caixas de previdência, não podem ser tomados pela Federação, devendo aquelas, para o exercício da sua acção assistencial, manter um ou outro médico.

Outra hipótese é a das chamadas, no calão dos serviços «zonas brancas». É o caso, por exemplo, dos conserveiros.

A caixa está federada, e nas zonas de Lisboa e Porto transferiu para a Federação os seus serviços médicos; mas no Algarve, onde a Federação não tem serviços — é uma zona branca —, continua a caixa de previdência com os seus serviços médicos.

Isto dá-se com várias actividades e não significa, é claro, que haja própria-mente, ao contrário do que afirmou o Sr. Dr. Cerqueira Gomes, uma duplicação.

Outra nota que desejo fazer respeita à questão da racionalização da medicina. Foi um problema dos que foram aqui largamente debatidos. VV. Ex.^{as} verão adiante porque é que, não obstante isso, entendo ainda dever falar nele. Eu não sei se alcanço bem o significado da fórmula «racionalização da medicina», usada, pelo Sr. Dr. Cerqueira Gomes.

Vou dizer o que lhe atribuo, e peço ao Sr. Dr. Cerqueira Gomes que, se realmente não coincidir com o seu pensamento, me corrija.

Suponho que, quando se fala da escolha livre de médico, ninguém pensa em atribuir ao trabalhador o direito de escolher qualquer médico, seja qual for o estalão dos seus honorários. O que se quer dizer é que pode escolher qualquer clínico residente em determinada área e que se obrigou para com a Federação ou as caixas a prestar os seus serviços conforme determinada tabela.

Pode escolher livremente qualquer de entre os médicos da Federação.

Quando digo médico da Federação, quero dizer, na ordem de ideias em que me movo, de entre os médicos que aceitaram — é com repugnância que nesta matéria emprego a palavra preço — uma certa tabela de preços.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Se há tabela, esta é o primeiro momento de racionalização da medicina.

Agora podemos continuar. Há momentos de racionalização mais apertados e menos apertados, mas o dizer-se que os trabalhadores podem escolher de entre os médicos que aceitaram determinada tabela corresponde a dizer-se que se está já num momento de racionalização da medicina.

Não vou agora discutir se a racionalização deve fazer-se mais larga ou mais apertada. Basta-me afirmar que estamos num primeiro momento de racionalização da medicina: só prestam serviços à Federação os que aceitaram determinada tabela.

Quem fixa a tabela?

Claro que a fixação da tabela pressupõe uma série de estudos ou trabalhos preliminares, direi mesmo, negociações preliminares.

Uma vez esclarecido o problema, considerados os elementos de informação que se julgaram necessários, fixa-se a tabela.

Se esta for aceita pelo número suficiente de médicos para se realizar o serviço, não há problema.

Ponhamos a questão no seu momento de crise: suponhamos que ninguém aceita a tabela.

Como proceder então?

Eu creio que mesmo num regime impetavelmente liberal se não deixaria, em matéria como esta, de intervir, ainda que contra os fundamentos em que assenta. No regime em que felizmente vivemos é-se, por virtude dos seus próprios fundamentos, obrigado a intervir: os serviços não-de ser prestados; não importa agora determinar a forma.

Outra nota: vou referir-me ao esquema de benefícios sugerido pelo Dr. Cerqueira Gomes. Suponho que pude reter os seus números; não o afirmo, porque os ouvi ontem aqui e não tive tempo para os ler depois. Se me enganar, peço me corrijam.

Disse o ilustre Deputado Sr. Dr. Cerqueira Gomes que, uma vez que está votado por esta Assembleia e promulgado o Plano de Fomento, deve manter-se o sistema de capitalização na medida em que isso é exigido por este Plano. Simplesmente, para mostrar que o seu esquema de benefícios era possível não obstante o Plano, supôs que a contribuição que nele se pedia à Previdência era de 1.400 mil contos. Mas não é; é de 2.900 mil contos.

Compreende-se que se tenha deixado enlevar pelos 1.400 mil contos, porque essa importância se refere no Plano como correspondendo aos investimentos a fazer directamente pela Previdência; mas, além destes, há mais 1.500 mil contos a colocar

LABORATÓRIOS SICLA

DIGISTANDAR — Comprimidos

Tube de 15 comprimidos equivalendo a 0,1 gr. de pó de dedadeira (Padrão Internacional de 1936).

GEOBAINA — Gotas

Frasco de 10 grs., contendo por 50 gotas 4 miligramas de g-estrofantina (ubaína).

GEOBAINA — Injectável intramuscular

Caixa de 6 ampolas de 2 c. c., contendo por ampola, 1/2 miligr. do g-estrofantina.

GEOBAINA — Injectável intravenosa

Caixa de 6 ampolas de 1 c. c., contendo por ampola, 1/4 miligr. de g-estrofantina.

OLIODÁTUM — Injectável (1 ou 2 c. c.)

Caixas de 10 ampolas de 1 c. c. ou de 2 c. c., contendo óleo iodado a 20 % (F. P. 1946) — 20 % de iodo em peso.

SALIDRIL — Injectável (1 ou 2 c. c.)

Caixas de 5 ampolas de 1 c. c. ou de 2 c. c., contendo soluto injectável a 10 % de acetato mercúrico salicil-alilamido o-acetato de sódio a 5 % de Dimetiloxantina.

SOCIEDADE DE INDUSTRIA CHIMICA, LDA. — LABORATORIOS SICLA

Campo Grande, 298 — LISBOA

Direcção Técnica — PINTO FONSECA

em títulos do Estado para financiamentos a fazer por este. Compreende-se que isto tenha escapado ao Dr. Cerqueira Gomes.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Não me escapou. Simplesmente não queria ir para a gravidade dessas afirmações. Então o que está no Plano deve ser posto ao contrário.

O Orador: — Mas V. Ex.^a reconhece que não estou a raciocinar precipitadamente.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Isso é outra coisa. Se o que aparece em nome do Estado há-de sair da Previdência, então não seriam 1.400 mil contos, mas sim 3 milhões.

O Orador: — Pois é isso mesmo.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Mas eu não fui até onde V. Ex.^a foi...

O Orador: — Na ordem de considerações que V. Ex.^a produziu ontem, estavam bem os 250 mil contos de capitalização; mas, como as coisas não se passam assim, como o que o Plano pede à Previdência são 2.900 mil contos, e não 1.400 mil, é preciso capitalizar 500 mil contos por ano.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Folgo com a declaração de V. Ex.^a.

O Orador: — Então agora continuo. A verba que eu referi vem lá no Plano de Fomento.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Como V. Ex.^a a apresentou não vem.

O Orador: — Diz-se lá que é à Previdência que se vai buscar essa verba.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — O Estado aparece lá com capital dele, mas, afinal, desses 3,5 milhões de contos, 1,5 vão-se buscar à Previdência.

O Orador: — Nesta Assembleia esclareceu-se bem onde o Estado vai buscar os meios de fazer os financiamentos. Portanto, não temos dúvidas a esse respeito.

Isto é suficiente para mostrar que não podemos organizar o esquema de benefícios tal como o desenhou aqui o Sr. Deputado Cerqueira Gomes.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Mas se as coisas têm de ser assim, não discutamos mais.

O Orador: — Se V. Ex.^a me consente, desejo considerar outro aspecto. O esquema, como V. Ex.^a o desenhou, apresenta-se assim: doença, invalidez e subsídio por morte, 9,5 por cento; reforma, 3,5.

Não considero já a questão no aspecto do Plano de Fomento, mas independentemente dele.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Muito bem.

O Orador: — Administração, 0,5 por cento. Não vou distinguir agora o problema da administração.

O esquema vigente atribui para a reforma 6-7 por cento. V. Ex.^a 3,5.

Ora a reforma baseada na percentagem actualmente prevista é uma reforma pobre, que teoricamente, ao fim de quarenta anos de trabalho, atribui 80 por cento dos salários. E digo teoricamente porque, ao que me informaram, efectivamente pouco se ultrapassarão os 60 por cento.

Então em que condições ficariam amanhã os reformados se fizéssemos baixar a percentagem a aplicar à reforma de 6 ou 7 por cento para 3,5, como V. Ex.^a sugere? Suponho que a simples aproximação destes números é bastante elucidativa.

Mas eu pergunto ainda: que estudos

há sobre essa matéria? Poderemos, na verdade, antes de se estudarem todos os reflexos que ela traria em relação ao estado actual, aceitar uma sugestão dessas.

Aqui têm VV. Ex.^{as} as questões essenciais que, não obstante o debate, julguei de certa utilidade esclarecer. Tenho ainda aqui uma noa final: o interesse dos trabalhadores.

Com ela queria aludir a que quem está na posição de ter de resolver e administrar tem de procurar permanentemente administrar e resolver de modo a dar maior soma de benefícios aos trabalhadores.

Para isso tem de procurar as fórmulas que, sem quebra da justiça, conduzam a mais forte economia.

Procurando-as assim trabalha como deve trabalhar, e não no intuito de agravar qualquer classe; defende apenas os interesses que nós todos desejamos ver defendidos — os interesses dos trabalhadores.

Não trabalha *ad odium* ou em espírito de ser desagradável a qualquer classe e, designadamente, à Classe médica, classe à qual não quero, ao terminar, deixar de afirmar o maior respeito e que não deixa de ficar igual a si mesma pelo facto de, como sucede em todas as classes, alguns daqueles que a compõem aparecerem manchados de nódoas que sempre caem em quem não observa a moral da profissão.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — E é saudando-a na pessoa do seu bastonário...

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — ...que quero, a terminar, saudar outra vez o Dr. Cerqueira Gomes. Tenho dito, Sr. Presidente.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Sr. Presidente e Srs. Deputados: quero agradecer as palavras bondosas e amigas que aqui me foram dirigidas por todos os ilustres Deputados que participaram neste debate.

A todos afirmo a minha maior gratidão.

Deixem-me, em todo o caso, que destaque aqui o Prof. Mário de Figueiredo; primeiro, pela ternura verdadeiramente emocionante com que se me dirigiu; segundo, porque nela evocou uma velha camaradagem nossa, de lutas e de acção.

Venho, com o Prof. Mário de Figueiredo, de uma velha trincheira, e pertenci, como ele, a uma geração académica, doutrinária, afirmativa, idealista, cheia de fé, geração de que faziam parte Salazar, Cerqueira, Dinis da Fonseca, Mário de Figueiredo e tantos outros que ainda vivem pelo País ou que a morte já levou.

Bons tempos de luta. Apetece recordá-los hoje. Recordar horas como as daquela célebre sessão da Acção Católica do Porto, em que falámos o Prof. Salazar e eu; ainda estou a vê-lo na sua batina de estudante, desenvolvendo a formosa sucção de raciocínios que já faziam dele nesse tempo o nosso melhor doutrinário; estou a ver a sala invadida pelo Grupo Civil da Vitória, a quebrar as cadeiras e a maltratar as pessoas, aos vivos à liberdade.

Estou a ver aquela reunião da Juventude Católica que realizámos, há trinta e cinco anos, em Viseu, e na qual falámos Salazar, Zuzarte de Mendonça, Mário de Figueiredo e eu e em que na madrugada seguinte eu tinha de fugir à pressa porque os liberais da terra — assim diziam os jornais — tinham ido pedir ao governador civil a minha prisão, em nome da liberdade de opinião.

Foi o seu fermento que deu aquela massa de cadetes que Sidónio Pais levou para o Parque Eduardo VII. E depois o punhado de bravos de caçadores n.º 9 que em Braga se levantou no 28 de Maio. Todos dessa geração.

Muito obrigado, Sr. Prof. Mário de Figueiredo, pelas suas palavras. Tenho o maior prazer, a maior alegria em afirmar neste lugar a minha grande consideração pela sua inteligência, pelo seu apurmo, pela dignificação que traz a esta Casa a sua inteligência brilhantíssima.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Não tenho propriamente que responder às pessoas que intervieram neste debate. Afinal entre nós há questões de pormenor e a diferença de pormenor, de um modo ou do outro de realizar, não é diferença pela qual valha a pena estar a terçar armas.

Só se o Sr. Prof. Mário de Figueiredo me permite, como me pediu, para concretizar o problema da liberdade de escolha do médico, eu lerei meia dúzia de linhas, onde me parece que o problema é posto de maneira a elucidar convenientemente VV. Ex.^{as}.

A medicina coloca a liberdade de escolha do médico dentro do condicionalismo das outras liberdades de escolha; não a crê ilusória só porque o doente não pode escolher de entre todos os médicos do País; considera-a real, efectiva, quando o doente vai até ao médico que, por uma ou várias razões psicológicas, escolheu de entre os que estavam ao alcance da sua escolha.

E é esta razão ou razões psicológicas que interessam à medicina; é a sua existência e a sua importância como factor activo, de real actuação no jogo terapêutico, que a medicina quer defender.

O essencial é que o doente chegue ao médico com ambiente interno de confiança; nos lugares em que há vários médicos, chega melhor se pode ir até àquele que preferir; onde há só um médico, também chega em bom ambiente, porque a sua confiança está livre de querelas.

E depois disto passaria a ter de responder à ilucidação que o Sr. Ministro das Corporações mandou a esta Câmara. No sentido perfeito das minhas responsabilidades, entendo que não devo responder. Nesta elucidação são gastas algumas páginas a procurar demonstrar à Câmara e ao País que é difícil encontrar uma linha contínua de ideias minhas e que através destes anos, nos problemas que pus à Previdência, há mais do que flutuação: há verdadeiras contradições.

Eu podia, se lesse os textos donde foram desarticuladas estas passagens, demonstrar o contrário. Mas renuncio a fazê-lo, e renuncio pelo respeito que me deve a função. A função não é património de um homem; está para cima dos homens. Qualquer Deputado teria o direito de se sentir, e eu também me sinto, porque, além de tudo, repito, venho da velha trincheira, tenho servido o regime o melhor que sei e posso, e saio desta tribuna, como sempre tenho estado, com as mãos limpas de pedir e vazias de receber.

Tenho dito.

Vozes: — Muito bem!

O Sr. *Presidente*: — Dou por encerrado o debate sobre o aviso prévio do Sr. Deputado Cerqueira Gomes.

Vou encerrar a sessão. A próxima será na segunda-feira dia 23, às 10 horas e 30 minutos, tendo por ordem do dia o debate sobre as Contas Gerais do Estado e as contas da Junta do Crédito Público, que já estava marcado para a sessão de hoje, a apreciação do Protocolo adicional ao Tratado do Atlântico Norte, que já tem parecer da Câmara Corporativa, e o projecto do Sr. Deputado Abel de Lacerda, que altera o artigo 5.º do Decreto n.º 38.906 (defesa da riqueza do nosso património artístico).

Está encerrada a sessão.

Eram 21 horas.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia

A convite da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, esteve em Lisboa o Prof. Duchosal, vice-presidente da Sociedade Internacional de Cardiologia, que, nos dias 16 e 24 de Março, realizou duas conferências no Hospital de Santa Marta. Entre uma e outra, o Prof. Duchosal efectuou no Instituto de Cardiologia de Coimbra outra conferência.

Em Lisboa, na primeira conferência, em que falou da «Vecto-cardiografia clínica», o conferencista começou por expor os fundamentos teóricos da vecto-cardiografia, apontando, em seguida, os resultados da comparação entre derivações escalares determinadas directamente e as homólogas, deduzidas dos vecto-cardiogramas. Depois, fez considerações sobre os casos excepcionais, em que se verificam discordâncias, analisando os possíveis erros, causas dessas discordâncias, nomeadamente nos casos de bloqueio de ramo e hipertrofia ventricular. O Prof. Duchosal expôs, em seguida, os resultados da experiência, ainda não publicados, da análise vecto-cardiográfica de corações em perfusão, colocados em meios eléctricamente homogêneos e, após algumas noções acerca de métodos novos de determinação do hodograma vectorial, comentou as várias técnicas de obtenção do vecto-cardiograma e as suas discordâncias. A terminar, fez uma síntese do valor actual do método. Segundo o Prof. Duchosal, uma das maiores autoridades mundiais no assunto, a vecto-cardiografia, fértil em verificações de alta importância no campo da fisiologia e da patologia, está longe de poder substituir a electrocardiografia escalar como método de aplicação clínica.

Na sua segunda conferência, no hospital de Santa Marta, o Prof. Duchosal versou o tema «Fonocardiografia». O orador começou por salientar a importância da semiologia cardíaca e, em particular, da auscultação, aumentada, agora, desde que se iniciou a era do tratamento cirúrgico das doenças valvulares, dizendo depois que é particularmente neste campo que se nota, actualmente, a importância prática da aplicação directa de todos os fenómenos desta semiologia, postos em evidência pelos antigos mestres da clínica. Focou o interesse dos registos gráficos dos fenómenos acústicos, método que, frisou, não é destinado a substituir o ouvido humano, mas sim a facilitar a sua educação.

Na segunda parte do seu trabalho o conferencista alongou-se na descrição das características da auscultação das doenças valvulares mais comuns, nomeadamente do aperto mitral, revalorizando as noções já ministradas pelos mestres da semiologia franceses Gallavardin e Potain, e, a rematar, analisou, em síntese, o valor clínico da fonocardiografia.

A conferência foi acompanhada de projecção de numerosos e muitos elucidativos gráficos, e, no final, em nome da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, o Prof. Arsénio Cordeiro agradeceu ao

Prof. Duchosal a sua notável lição. À noite, aquela Sociedade, homenageou o conferencista com um banquete, no qual tomaram parte muitos clínicos da especialidade.

Prof. Joaquim Fontes

Foi nomeado, por concurso, director do Instituto de Investigação Científica Bento da Rocha Cabral, o Prof. Joaquim Moreira Fontes, que substitui naquelas funções o Prof. Ferreira de Mira, recentemente falecido.

O Prof. Joaquim Fontes, que exercia as funções de subdirector daquele Instituto, é catedrático da Faculdade de Me-

dicina, obstetricista dos H. C. L. e director da Maternidade de Santa Bárbara. Formado pela Escola Médica-Cirúrgica de Lisboa, com 18 valores, tem exercido várias missões, entre as quais as do Magistério na Faculdade de Medicina. Tem dedicado grande parte da sua actividade aos estudos dos problemas da biologia, sobre os quais tem publicados numerosos trabalhos, o que o não impediu de enriquecer a sua vasta bibliografia, com muitas publicações sobre assuntos que à fisiologia não dizem respeito. Um ano depois de se ter fundado o Instituto Rocha Cabral, em 1927, iniciava ali os seus trabalhos de investigador e em 1929 era galardoado com o primeiro prémio daquele Instituto, atribuído a um dos seus valiosos estudos.

NA MODERNA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»

DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-TIAZOL

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-KAPA

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 5 a 12 de Julho)

Dia 5 — Em Coimbra organiza-se uma excursão de estudo à Leprosaria Rovisco Pais, na Tocha, com os componentes do Curso de Aperfeiçoamento. São recebidos pelo Director, Dr. M. Santos Silva, que os acompanha na visita e profere, depois, uma lição integrada no Curso de Férias. Numa merenda oferecida discursam o Dr. Santos Silva e os Drs. Manuel Seabra e Mário Tarpes de Sousa, estes últimos em nome dos

visitantes, enaltecendo a obra do Dr. Santos Silva.

7 — Em Lisboa, no gabinete do Sr. Ministro do Ultramar, realiza-se uma cerimónia, a que assistem o Subsecretário de Estado e altos funcionários, de homenagem ao coronel médico Dr. Elísio da Fonseca, chefe da Repartição de Saúde que deixa aquelas funções por ter atingido o limite de idade.

O comandante Sarmento Rodrigues elogia as suas qualidades pessoais e de trabalho e salienta a cooperação valiosa dele sempre recebida pelo Ministério do Ultramar.

— Reúne-se, à noite, a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, que é presidida pelo Dr. Xavier Morato, ladeado pelos

Drs. Eugénio Mac Bride e Francisco Martins. Antes da ordem da noite é anotado o falecimento do sócio correspondente, o Prof. Dr. Kreis, de Estrasburgo, que nos últimos anos se instalou com uma maternidade em Pau. Faz larga resenha elogiosa daquele falecido professor francês, o Prof. Dr. Costa Sacadura. Este apresenta seguidamente uma comunicação na qual faz a história duma rara espécie bibliográfica médica (Zodiaco Lusitano). A seguir o Dr. Fernando da Silva Correia fala sobre «Um sanitaria português — Dr. Carlos Arruda Furtado», de quem traça a biografia clínica e de publicista médico.

— Regressa de Itália e de França, onde em missão oficial tomou parte no Congresso Internacional de Oftalmologia, o Dr. Henrique Moutinho, que, bem como o professor italiano Bietti, foi nomeado para o Conselho Internacional de Tracoma.

9 — Em Lisboa, realiza-se, às 21 e 30, na sala de conferências do Instituto Maternal, uma sessão promovida pela Sociedade Portuguesa de Pediatria, com a seguinte ordem de trabalhos: «As relações entre pediatras e psiquiatras da infância. (Reunião de uma comissão especial da O. M. S., que tratou do problema), pelo Prof. Vítor Fontes; «A Isoniasida no tratamento da meningite tuberculosa», pelos Drs. Manuel e Nuno Cordeiro Ferreira; «Estudo da Fibrinolise no recém-nascido», pelo Prof. Carlos Salazar de Sousa e Dr.^a Júlia Crespo Ferreira e Drs. A. Ferreira Gomes e Armando Estrela; e, «Considerações sobre o pequeno mal epilético», pela Dr.^a D. Maria de Lourdes Levi.

10 — No Por.o, a quinta e última reunião, do presente ano académico, da Sociedade Portuguesa de Pediatria, realiza-se pelas 21 horas e meia, na sede da Secção Regional da Ordem dos Médicos, com a seguinte ordem da noite:

Dr. Ayres Pereira — «Mostarda nitrogenada e doença de Hodgkin». Apresentação de um caso; Dr. Carlos Areias — «Considerações sobre um caso de rigidez articular congénita (Artrogryposis)», e Dr. Armando Tavares — «Problemas de patologia clínica do umbigo do recém-nascido» (Notas de revisão à margem de algumas observações).

11 — Em Coimbra termina o XVI Curso de Férias da Faculdade de Medicina e o III de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, que, desde o dia 1 do corrente se estava realizando nos Hospitais da Universidade e que decorreu com o maior interesse.

De manhã, o Prof. Dr. Luís Raposo e os seus colaboradores, fazem demonstrações sobre a cirurgia da mão na prática corrente, seguindo-se uma visita às enfermarias da 2.^a M, onde o Prof. Dr. Vaz Serra, faz a apresentação de vários casos clínicos.

As 15 horas, o Dr. António de Almeida e Sousa, disserta sobre «Possibilidades de anestesia na clínica rural», realizando-se depois a conferência do Prof. Dr. Michael Mosinger, que versa «Sobre a inflamação, mesenquimopatias e tratamentos anti-flogísticos».

As 21 horas e meia, efectua-se a sessão de encerramento com uma lição do Prof. Dr. Almeida Ribeiro, que fala, largamente, sobre «Responsabilidade médica».

O Prof. Dr. Novais e Sousa, director da Faculdade de Medicina, que, em seguida, usa da palavra, congratula-se com o êxito obtido por mais este Curso de Férias da Faculdade, dirigindo agradecimentos aos que lhes deram a sua colaboração, saudando os que vieram de longe assistir às proficuas lições ali promovidas e enaltece esta iniciativa que tem honrado a Faculdade de Medicina e a Universidade.

Estrangeiro

Noticiam de Londres que cientistas britânicos aperfeiçoaram um coração artifi-

Sulfotalil

WANDER

O NOVO DESINFECTANTE INTESTINAL
QUE, GRAÇAS AO FTALILSULFATIAZOL
E AO LACTATO DE ETOXIDIAMINOACRIDINA, ACUSA UMA ACÇÃO RÁPIDA
E SEGURA NAS INFECCÕES INTESTINAIS DAS MAIS VARIADAS ETIOLOGIAS.

A REABSORÇÃO MÍNIMA DO SULFAMIDADO ASSEGURA UM EFEITO LOCAL PODEROSO, ENQUANTO O DERIVADO DA ACRIDINA ATACA OS AGENTES PATOGÉNICOS QUE JÁ TENHAM PENETRADO NA PAREDE INTESTINAL.

DOSES REDUZIDAS

GUSTO REDUZIDO

SULFOTALIL

TUBOS DE 20 COMP.

DELTAMICINA

2 estreptomicinas e 2 penicilinas em associação sinérgica para anular os efeitos tóxicos e exaltar o seu poder antibiótico

COMPOSIÇÕES

ADULTO

Cada dose contém :

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,25 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,25 Grs.
Procaína Penicilina G Cristalizada	300.000 U. O.
Penicilina G potássica cristalizada	100.000 U. O.
Soro fisiológico apirogénico	3 c. c.

INFANTIL

Cada dose contém :

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,125 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,125 Grs.
Procaína Penicilina G Cristalizada	300.000 U. O.
Penicilina G potássica cristalizada	100 000 U. O.
Soro fisiológico apirogénico	3 c. c.

APRESENTAÇÃO

Embalagem de 1 dose Adulto	Esc. 19\$50
Embalagem de 1 dose Infantil	Esc. 14\$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. Fernão de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

cial em grau tal que poderá ser utilizado em seres humanos e cujas possibilidades se antevêm consideráveis.

O B. M. J. (jornal médico britânico) declara que o invento está altamente aperfeiçoado, tendo por agora sido experimentado em 30 cães. Nenhum morreu como resultado directo das experiências, se bem que, por outras razões, quatro não tenham sobrevivido. Os outros estavam normalmente activos depois de dois ou três dias e não sofreram quaisquer consequências.

— Os médicos que trabalham para a Campanha do Cancro no Império Britânico sugerem que o fumo do carvão e do tabaco podem ser uma das causas do cancro, quando actuem simultaneamente.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 1-7 a 8-7-953)

1-7

Dr. José Paulino Pereira — nomeado, guarda-mor do quadro do pessoal técnico das circunscrições de defesa sanitária dos portos marítimos e aéreos, para serviço na Estação de Saúde de Setúbal.

2-7

Dr. Alípio Albano de Abreu, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 4 da Guarda Nacional Republicana (Bragança).

— Dr. José Alves de Figueiredo, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 4 da Guarda Nacional Republicana (Régua).

— Dr. Luís Ibérico Nogueira, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 4 da Guarda Nacional Republicana (Valença do Minho).

— Dr. Luís José de Pina Guimarães, professor de psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto — nomeado para reger a disciplina de Psiquiatria Forense do curso superior de medicina legal do Instituto de Medicina Legal do Porto.

— Capitão de mar e guerra Dr. Marcelo Gomes Rebelo Barbosa — nomeado para o cargo de vogal da Junta de Revisão, vago pelo falecimento do capitão de mar e guerra Dr. Francisco da Fonseca.

— Dr. Teófilo Figueiredo de Moura Dinis Sampaio — contratado, para a prestação de serviço eventual no Instituto de Medicina Tropical como assistente da 3.ª cadeira (Zoologia Médica), enquanto durar o impedimento do proprietário do lugar, Dr. Álvaro Franco Gândara, que, por portaria de Novembro de 1951, foi nomeado para desempenhar, em comissão, as funções de médico da missão ou brigada móvel de prospecção e investigação das endemias da província de Angola.

3-7

Dr. José de Azinheira Pral — aprovada, a sua demissão do lugar de director clínico da Estância Termal das Caldas da Cavaca, sob proposta do concessionário da referida Estância.

— Dr. José Borges da Gama — nomeado, subdelegado de saúde privativo do quadro do pessoal técnico das delegações de saúde, com colocação na subdelegação de Saúde do concelho de Vila Real de Santo António.

— Dr. Álvaro de Carvalho Andreia — nomeado, para tomar parte como representante do País, no I Congresso Internacional da Confederação Mundial de Terapia Física, que se realiza em Londres de 7 a 12 do próximo mês de Setembro e efectuar visitas de estudo a centros, hospitais e outros estabelecimentos de recuperação de

deficientes físicos na Inglaterra, Bélgica e França.

6-7

Dr. Kirio Vigeant Gomes da Silva — autorizado, por despacho do Conselho de Ministros, a acumular, os cargos de médico, contratado, da Manutenção Militar e de médico, contratado, do Instituto Maternal.

— Dr. Amândio Martins Leitão — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular, os cargos de médico municipal do concelho da Covilhã e de médico oftalmologista do Posto Antitracomatoso do Dispensário de Higiene Social da mesma cidade.

— Dr. Domingos Bentes Pimenta — autorizado, por despacho do Conselho de Ministros, a acumular, os cargos de cirurgião contratado dos H. C. L. e de médico do Sanatório de Santana, na Parede, dependente da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

— Dr. Armando José de Oliveira Madeira, médico inspector do quadro médico comum do ultramar português, colocado na Angola — promovido a médico-chefe do mesmo quadro, e colocado como director dos Serviços de Saúde do Estado da Índia, na vaga resultante da desligação de serviço, para efeitos de aposentação, do Dr. António Luís de Sousa Sobrinho.

— Dr. Leonel Lopes de Sant'Ana Marques, médico de 1.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado na Repartição dos Serviços de Saúde e Higiene do Ministério do Ultramar — promovido a médico inspector do mesmo quadro, indo ocupar a vaga resultante da promoção a médico-chefe, do Dr. Armando José de Oliveira Madeira.

8-7

Dr. António Fernandes da Fonseca — aprovado o termo do contrato para o desempenho das funções de segundo-assistente da Faculdade de Medicina do Porto.

LOUVOR

O «Diário do Governo», n.º 156, II Série, de 6 do corrente mês, publicou o seguinte:

O coronel médico Dr. Elísio Dias da Fonseca, atingido pelo limite de idade, vai passar à situação de reforma depois de trinta anos de serviços prestados ao Ultramar. Como médico, e em funções que chegaram a ser no Ultramar as de director de serviços e no Ministério as de chefe da Repartição de Saúde, mostrou sempre a maior dedicação e obteve os melhores resultados na profilaxia das doenças, especialmente nas formas palustres, na prática e no ensino da cirurgia e no estudo de problemas de organização. Como presidente da Câmara Municipal da Praia e provedor da Assistência em Cabo Verde dirigiu a realização de importantes obras de saneamento e urbanização, prestando assim bons serviços à população e um apreciável auxílio ao Governo. Nestes termos, o Ministro do Ultramar, usando da competência que lhe é conferida pelo n.º 11.º do artigo 159.º da Reforma Administrativa Ultramarina, louva o coronel médico Dr. Elísio Dias da Fonseca pelo constante zelo, excepcional dedicação e notável competência demonstradas no desempenho das funções próprias da sua carreira de médico dos quadros do Ultramar e de outros que lhe foram concedidos na administração das províncias ultramarinas.

Ministério do Ultramar, 1 de Julho de 1953. — O Ministro do Ultramar, *Manuel Maria Sarmento Rodrigues*.

Para ser publicada no Boletim Oficial de todas as províncias Ultramarinas. — *M. M. Sarmento Rodrigues*.

Acórdão

O «Diário do Governo», n.º 156, II Série, de 6 de Julho corrente, publicou o seguinte Acórdão:

— Dr. Artur Soares Coimbra, casado, médico, residente em Penacova, recorreu da sentença da Auditoria Administrativa do Porto que lhe negou provimento ao recurso interposto das deliberações da Câmara Municipal daquele concelho, de 25 de Setembro e 24 de Novembro de 1948, que o haviam demitido, por abandono de lugar, do cargo de médico municipal de Figueira de Lorvão.

Alega, como fundamento do recurso, a nulidade do auto de abandono de lugar em que se baseia aquela demissão, auto que deveria ter sido levantado no Centro do partido onde o recorrente exercia as suas funções, e não, como foi, na sede do Concelho e edifício da Câmara, violando-se desta maneira o disposto no artigo 608.º do Código Administrativo.

A recorrida sustenta a legalidade da decisão e afirma que não há preceito legal a obrigar que o auto de abandono seja levantado no lugar onde o funcionário devia exercer as suas funções.

Foi negado provimento ao recurso.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para o provimento do cargo de médico municipal do partido n.º 2, com sede no lugar e freguesia de Figueira de Lorvão, (Penacova) onde terá a residência obrigatória.

A 19 do corrente será inaugurado o Hospital Sub-Regional de Macedo de Cavaleiros. Assistem os Ministros do Interior, Obras Públicas e Finanças, o Prelado da Diocese e outras individualidades de representação.

— Em 8 de Dezembro deve inaugurar-se o Sanatório do Monte Alto, em Valongo, da Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal, agora em fase adiantada da construção.

FALECIMENTO

Dr. António Augusto da Veiga e Sousa

Em Lisboa, faleceu o tenente-coronel-médico Dr. António Augusto da Veiga e Sousa, que contava 75 anos e era natural de Alijó. Formou-se, com distinção, pela Faculdade de Medicina do Porto. Em 1911, foi nomeado médico do Colégio Militar e, no ano seguinte, do Hospital Militar de Belém, de que, mais tarde, foi director, funções estas que desempenhou largos anos, com muita competência. Na primeira guerra mundial fez parte das expedições militares ao sul de Angola, em cuja campanha tomou parte, e a Cabo Verde. Nesta última província foi reitor do liceu local. Pertenceu, ainda, ao corpo docente do Instituto dos Pupilos do Exército. Foi vereador da Câmara Municipal de Lisboa e director do Montepio Geral. Possuía, entre outras, as seguintes condecorações: comenda da Ordem de Aviz; o oficialato da Ordem Militar S. E.; as medalhas de bons serviços em campanha e de comportamento exemplar.

O funeral realizou-se para o cemitério do Alto de S. João, tendo o seu corpo ficado sepultado no Talhão dos Combatentes da Grande Guerra.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos 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 Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), 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 Antitrombotomática 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.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.to 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 Matosinhos), 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.ºr (Lourenço Marques); INDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

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

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

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

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

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

Intogine



ÓVULOS

COM INTERMÉDIO HIDROSSOLÚVEL

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

Por óvulo

Caixas de 6 e de 12

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

3742