

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 95
25 de Junho de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

BIOTERAPIA LÁCTICA



LACTOSAN

VITAMINADO

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

CALDO ■ COMPRIMIDOS



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

SUMÁRIO

	Pág.
BARAHONA FERNANDES — <i>Agonia doutrinal e ressurgir prático da psicanálise</i>	551
TAVARES DE SOUSA, MÁRIO — <i>Edemas por desnutrição</i>	553
SALCEDO, IGNÁCIO DE — <i>Tirotoxicose aguda</i>	558
MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS</i> — <i>Diagnóstico precoce do cancro do pâncreas baseado no estudo clínico e anátomo-patológico de cem casos autopsiados</i> ...	560

SUPLEMENTO

	Pág.
«Se foi e é fácil a acusação, também não custa a defesa» — M. da Silva Leal	497
<i>Ecos e Comentários</i>	499
<i>Termas do Carvalhal</i> — Constantino A. Carneiro	500
<i>A Prosperidade das Nações pela Profilaxia das Doenças Transmissíveis</i> — L. Cayolla da Mota	506
<i>O aviso prévio do Prof. Manuel Cerqueira Gomes</i>	516



MIOCILINA

Suspensão aquosa de procaína penicilina G em *frasco siliconado*
 Administração cómoda — Estável à temperatura ambiente por cerca de 1 ano

300.000 U.	Cx. 1	11\$00
500.000 U.	Cx. 1	13\$00
1.500.000 U.	Cx. 1	23\$00

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

NO SIGNO DE HIPÓCRATES

LIV

Agonia doutrinal e ressurgir prático da psicanálise

Prof. BARAHONA FERNANDES

Poucas doutrinas médicas têm feito correr tanta tinta e desencadeado tantas paixões como a psicanálise.

Tal como as teorias sobre o sistema solar, a evolução e outras, que põem em jogo a posição do Homem perante o cosmos e a vida, a psicologia freudiana veio abalar a quietude estática e enganadora das nossas convicções acerca da própria *natureza humana*. Mais: pareciam ruir algumas das melhores *convicções éticas e filosóficas*, em que assenta a vida do espírito! Que os valores do Homem adulto e consciente derivem da transmutação dos sentimentos do famigerado complexo de Oedipo infantil, a libido impregne todo o humano sentir e agir, o inconsciente seja a fonte caudalosa da vida psíquica — e tantas outras ideias deste jaez, se divulgassem de tal arte, com a difusão do freudismo, — bem se compreende que tão inconoclasta arremetida apaixonasse alguns, até ao proselitismo mais ardente e dogmático e levantasse, em muitos outros, as mais acerbas e veementes críticas.

Quando do falecimento de Freud, em 1939, tivemos ocasião, nesta série de crónicas, de comentar brevemente a nossa posição perante o problema. Enquanto os luminares da Psiquiatria académica europeia, mantinham severamente a reprovação *in limine* da grandiosa construção freudiana, não hesitámos então em reconhecer que devíamos ao genial psicoterapeuta de Viena os mais fecundos impulsos para a melhor *compreensão do sofrimento anímico dos neuróticos* e, muito principalmente, para o novo ressurgir e *progresso da psicoterapia na prática clínica*. Muito da teoria da psicanálise não era aceitável, sem dúvida. Mal ia porém a quem desprezasse o agudo método de *compreensão das motivações humanas*, que se ocultam sob o manto das razões aparentes e explícitas. A psicologia não podia perder o material nem o método das penetrantes observações feitas por Freud e os seus sequazes (como tão bem mostrou Dalbiez). Havia que as despir da chocante linguagem sexual, que as eriçava, verte-las em conceitos mais exactos, e valorizá-las de forma concreta, em face da realidade objectivável dos factos organo-biológicos, por um lado, e do ambiente oscial e dos valores éticos e culturais por outro.

Entretanto tomavam incremento os métodos biológicos de tratamento em Psiquiatria, as hormonas, as narcoses, o choque insulínico e convulsivante, a leucotomia. Passou a guerra e com ela grandes transformações socio-culturais. Ruíram então — também na ciência — as pechas racistas do III Reich, que estigmatizara candentemente o freudismo, como expressão da adulteração semita do pensar e sentir.

Fugida da Europa, havia no entanto a psicanálise criado já raízes na América do Norte — de tal maneira que acabou por invadir neoplásicamente a quase totalidade da psiquiatria de além-Atlântico. Um curioso fenómeno social e cultural em íntima conexão com a vida americana! A breve trecho impregna toda a psicopatologia, torna-se o método terapêutico de eleição das neuroses, a pouco e pouco extensivo também às psicoses. Acaba por abarcar a própria Medicina interna, nas correntes dominantes da «Psico-somática» de inspiração psicanalítica!

Nas mãos hábeis de Alexander e Karin Horney, entre outros, toma novas modalidades pragmáticas e sociais. Nas mentes estreitas de muitos epígonos simplifica-se, esquematiza-se e degrada-se, até à mais banal das vulgarizações jornalísticas, ou ao mais estreito e estereotipado dos dogmatismos.

O pensamento médico-filosófico europeu continuava, no entanto, a sua evolução, caldeado pelo sofrimento da guerra e das dificuldades humanas que se lhe seguiram.

Entre outros movimentos espirituais, como o existencialismo, por um lado, e, noutro plano, a maior eferescência religiosa, ressurgiu agora também de novo a psicanálise.

As condições sociais e morais da situação eram-lhe propícias, como previra Seabra Diniz no seu claro volume da «Cosmos» sobre a psicanálise. A doutrina vem porém agora muito transformada. A floração excessiva que as Américas estão vivendo, há muito que na Europa Central havia sido ultrapassada. Encontrava os espíritos mais críticos e com maior experiência. Mais abertos, também, à *compreensão anímica e à valorização da personalidade*. E — facto curioso — a psicanálise deixou de ser repudiada, como heresia perigosa, ignorada e negada pela ciência académica e a Medicina universitária. Voltámos à Alemanha depois da guerra. O panorama mudara por completo. Por toda a parte — excepto nos cenáculos clássicos, rigidamente fixados nas suas doutrinas — um maior interesse e espírito amplamente abertos às aquisições concretas da psicanálise, em particular no campo da psicoterapia. O mesmo se passa em França e noutros países. Os próprios patologistas do encéfalo, como por exemplo Lhermitte, mostram-se compreensivos para o fundo irracional, que a psicanálise mostra sub-tender o proceder humano. Não deixam, porém, de apontar os *erros e parcialidades da teoria*, pondo em relevo a *natureza espiritual* concomitante do homem, participe — numa trágica ambivalência — da baixeza do animal e da grandeza do anjo...

H. Ey procura integrar o dinamismo psicanalítico no fundo orgânico da evolução biológica (à maneira neo-jacksoniana). E assim tantos outros, afastando-se muito embora formalmente da ideologia freudiana. Se as críticas excessivas de Bumke parecem esfumadas, mantêm-se as objecções fundamentais de Jaspers no campo filosófico, e de Kurt Schneider na psicopatologia — que não vamos aqui repetir. Desenham-se mesmo posições curiosas, como por exemplo, Kolle, sucessor de Kraepelin, Bumke e Stertz, na clínica de Munich, que acaba de escrever uma obra sobre Psicoterapia de estreita inspiração psicanalítica, muito embora a dedique a Jaspers e se declare adepto da sua filosofia existencial. Assim também Matusek, o qual reúne a psicanálise à fenomenologia e cura, de forma sólida, dos «fundamentos metafísicos da psicoterapia», numa base espiritual. Assim também W. Wagner, ao procurar uma nova base nas ciências do espírito, na antropologia de Heidegger, sem deixar de fazer justiça às realizações práticas da psicanálise. Assim Zutt, adversário dos psicoterapeutas ortodoxos, confessando a utilidade da atitude psicoterápica na prática clínica. E o próprio hierático e sóbrio Kurt Schneider,

escusando-se a aceitar a génese sub-consciente das vivências mórbidas e os excessos do psicologismo (psicanalítico e outros) apoia, na prática da sua consulta, a colaboração do psicoterapeuta Wendt.

Bem conhecida é a posição, há muito definida por Kretschmer — a integração da psicogenese na base da constituição do indivíduo em evolução. A sua actividade psicoterápica eclética não deixa de aproveitar — quando indicados — os benefícios da análise profunda. Foge porém ao sectarismo de escola, negando o valor da análise lectiva dos próprios médicos e apontando os perigos do dogmatismo freudiano. É por isso muito combatido pelos mais ortodoxos, que na Alemanha se reúnem, aliás sob a bandeira da chamada «neo-psicanálise», numa tentativa de síntese das doutrinas de Freud, Adler e Jung. Schultz-Henke, embora o mais fecundo representante deste ramo, não tem a frescura realista e pragmática dos divulgadores americanos, nem a aguda subtilidade dos doutrinadores franceses da nova geração. Merece sim citar-se o movimento psicanalítico em França, com Lagache (tentando a síntese com a restante psicologia), Hesnard, S. Nacht, Boutonnier, Mâle, Lebovici, etc.

O mesmo curioso fenómeno de aumentado interesse crítico pelas possibilidades práticas da psicanálise vimos recentemente na Suíça, até da parte de constitucionistas, como M. Bleuler. Sem negar a herança da esquizofrenia (como tão incompreensivelmente o faziam os psicogenistas de antanho), Bleuler interessa-se a fundo pela psicoterapia colectiva e individual da velha demência precoce, que seu Pai — já influenciado por Freud — cognominou de esquizofrenia. No Burghölzli destina 2 assistentes exclusivamente para a psicanálise sistemática de doentes esquizofrénicos, guiados pela curiosa experiência de Madame Secheaye, psicanalista leiga, autora do curioso método psicoterápico da realização simbólica que nas suas obras descreve longamente a cura de uma jovem esquizofrénica.

É vivo e candente o movimento espiritual, que acompanha esta metamorfose. Por ventura tornaram-se os investigadores menos rígidos e mais compreensivos. Mais atentos também às realidades da vida e da clínica. Se pode haver resultados palpáveis, melhoras notáveis, por esta *influência directa do homem são sobre o homem doente*, se a psicoterapia reacende nos enfermos a chama dos afectos inibidos, atíça o amor pelo próximo e a simpatia humana, permitindo o contacto e atenção à vida e à realidade social, porque não explorar a fundo tal possibilidade?

Teòricamente não adoptamos as posições doutrinárias do freudismo — a universalidade do complexo de Edipo e a sua transmutação no Super-ego e respectivos valores morais, o império dos instintos e a transmigação da libido pelas várias aberturas viscerais e quejandas generalizações de chocante formulação. Não podemos no entanto recusar — no interesse dos doentes — o valor do método de observação que a psicanálise profundou, o rico manancial de dados psicológicos, que nos fornece e, muito particularmente, os efeitos curativos do liberar, sem restricções, do próprio pensar e sentir, transvertendo para outra personalidade os afectos em conflito. Mais fundo conhecimento da mente humana, novas possibilidades psicoterápicas!

A posição que tomámos há quase duas décadas, então inconoclastamente, de aliar a compreensão psicológica dos doentes e a sua análise anátomo-fisiológica, vai-se tornando progressivamente uma banalidade, tácitamente aceite — embora transgredida, a cada passo, na unilateralidade dos interesses pessoais, tanto na prática clínica, como na investigação.

A nossa íntima colaboração com os psicoterapeutas fez-nos ver o problema «de dentro». A própria experiência clínica da psicoterapia iluminou-nos mais compreensivamente. O que é muito diferente do simples comentário crítico do problema, visto através da literatura, ou do

exame dos doentes, na simples situação da observação clínica objectivante. Podemos assim falar do *ressurgir, na prática, da psicanálise*, com a esperança de *integrar* os seus achados no conhecimento da *psicopatologia geral* e do conjunto da *Medicina psicológica*, sem o perigoso e isotérico isolamento, em que se encontravam, de começo, os psicanalistas.

Em vários encontros internacionais com alguns psicanalistas temos esboçado um começo de entendimento. Em antes floriam os sorrisos misteriosos e incrédulos dos iniciados ante qualquer intromissão de estranhos. Pareceu-nos (quantas desilusões nos esperarão?) que é possível delimitar os respectivos campos de acção e encontrar um terreno de *colaboração* comum.

Discutimos pessoalmente o problema, há pouco, na clínica de Durand na Suíça, com clínicos e psicanalistas (entre os quais Saussure). E concordamos, em princípio, que embora nas longas análises a intervenção do psiquiatra clínico sobre a pessoa do doente se torne difícil, há um lato campo de conjugação de outras formas mais breves de psicotopia com as terapêuticas biológicas e sociais.

Suíça, com clínicos e psicanalistas (entre os quais Saussure). E concordamos, em princípio, que embora nas longas análises a intervenção do psiquiatra clínico sobre a pessoa do doente se torne difícil, há um lato campo de conjugação de outras formas mais breves de psicotopia com as terapêuticas biológicas e sociais.

Os que se apegam a uma posição estritamente espiritualista (esquecendo a natureza biológica do homem) estão ainda impermeáveis a esta compreensão mais fluida da psicanálise. Os que se intrincheiram na dialéctica materialista, combatem-na, com grande afinco, nos seus fundamentos e na sua aplicação social. Muitos outros procuram, porém, libertar-se de dogmatismos rígidos e estreitos e receber com compreensão — embora crítica e cautelosamente — o grandioso cabedal de *experiência dos psicoterapeutas*, para o articular e integrar no edifício mais vasto das *ciências do Homem*. A própria ortodoxia católica tem traçado os «limites» e feito «reservas» à prática da psicanálise. Não é porém já globalmente anatematizada, como em antes. Apenas restringida na sua aplicação e (mais severamente) na sua doutrinação desumanizante. Em Portugal e Espanha assistimos a uma tímida revalorização e maior interesse pela prática analítica na psicoterapia.

«Agonia», no sentido unamunesco de luta interna, chamou Lopez Ibor à situação da psicanálise. Dissociar desta arte, como o fazemos, a teoria e a aplicação prática é, sem dúvida, a maior condenação para uma doutrina. Parece ser este o destino de muito especular humano. Esfumam-se as ideias, vão ficando novos factos. Sem a teoria, ter-se-iam porém perdido no magma das observações do dia a dia. Torna-se necessária nova meditação sobre os fundamentos do nosso ajuizar e do nosso agir sobre esses novos factos. A prática psicanalítica carece de uma *nova antropologia*. Que não esqueça o valor e normas do espírito. Que não simplifique também em demasia os radicais biológicos do homem. Desde os extremos da reflexologia, até à antropologia existencial, estão brotando novas atitudes especulativas que procuram assimilar a experiência prática da psicanálise numa nova teoria e numa nova orientação pragmática.

Enquanto a dispersão dos conceitos e dos métodos não permitir um todo unitário, situemos a psicanálise na sua justa posição na escala do *conhecimento do homem*, — valorizando os instintos (não só o sexual!), a evolução infantil, o material psicológico não consciente, o dinamismo dos afectos — e usemo-la — quando indicada — na psicoterapia, sem olvidar que para além da superação dos «sintomas» mórbidos, há que reconstruir a *pessoa do doente*, abalada pela doença na sua existência e desmembrada pela «análise», facultando-lhe a busca de novas finalidades e um mais lato sentido da vida.

SERVIÇO DO PROF. LÚCIO DE ALMEIDA

Edemas por desnutrição

MÁRIO TAVARES DE SOUSA

(Assistente da Fac. de Med. de Coimbra)

Os problemas da nutrição, dada a sua complexidade e a dificuldade em recorrer à experimentação humana, a não ser em provas simples ou nalguns voluntários que a isso se prestam, encerram ainda grande número de pontos por esclarecer. Algumas noções e conhecimentos têm sido conseguidos pela observação de indivíduos submetidos a longos períodos de desequilíbrio alimentar e de fome, durante guerras ou demoradas convulsões sociais, o que explica o recrudescimento destes estudos nos períodos de após guerra. Surge assim, na verdade, toda uma patologia que, embora não sendo nova, se apresenta com uma intensidade nunca registada fora destas ocasiões, permitindo o seu estudo em condições que, infelizmente, podem ser consideradas como experimentais. Nem sempre, porém, são isentas de gravidade muitas das perturbações orgânicas originadas pelos desequilíbrios alimentares sofridos em tão longas privações. Assim, desde o simples emagrecimento até às formas de desnutrição mais acentuadas que se acompanham de fenómenos polinevriticos, de alterações ósseas, de diarreia incoercível e perturbações psíquicas, de edemas e acidentes cardíacos podendo terminar por morte súbita, de manifestações pelagrosas, de escorbuto, de arriboflavinose, etc., pode manifestar-se um conjunto de perturbações de gravidade diversa, como consequência da carência prolongada de alimentos e vitaminas.

Uma das noções estabelecidas de há mais tempo era a de que durante estes períodos de fome os edemas eram mais frequentes. PRINGLE tinha-o assinalado pela primeira vez, em 1742, nas tropas britânicas, durante a campanha neerlandesa e, desde então, têm-se multiplicado e enriquecido de pormenores as descrições de casos semelhantes. Acontece, porém, e é o facto para o qual queremos chamar a atenção, que independentemente dessas condições anormais e mesmo no seio de famílias remediadas, podemos observar em crianças, manifestações idênticas por desequilíbrio alimentar. Trata-se quase sempre do prolongamento exagerado de dietas de *restrição*, impostas por perturbações gastro-intestinais. Podem estas dietas estar perfeitamente indicadas de momento, mas não devem ser mantidas por tempo indeterminado. É preciso contar sempre com a possibilidade do aparecimento mais ou menos rápido de manifestações de natureza carencial, nomeadamente de xeroftalmia ou de tipo edematoso, nas crianças, dada a particular intensidade das suas exigências metabólicas.

Vejamos o que se passou com o nosso doentinho:

Carlos Alberto S. G., de 29 meses, natural e residente em Soure. Nascido a termo, de parto normal, pesando 3.200 gramas. Aleitamento misto, com Nestogeno e leite de cabra, desde os 8 dias. Disse as primeiras palavras aos 10 meses e começou a dar os primeiros passos pelos 12 meses. Primeiros dentes aos 11 meses. Antecedentes hereditários, sem interesse especial. Filho único. Sarampo aos 6 meses. Aos 18 meses, teve, durante uns dias, febre elevada, cuja etiologia desconhece.

Há cerca de 6 meses apareceu-lhe «*uma bolha*» no pé esquerdo e, ao mesmo tempo, febre elevada. Tomou sulfamidas durante 3 dias, sem obter qualquer resultado. Surgiu então uma erupção generalizada, constituída por pequenos elementos avermelhados, cujas características não sabe precisar. Medicado com penicilina, curou, ficando com pouco apetite, falta de vivacidade e, por vezes, febre irregular. Passados uns dias começou a ter diarreia que atribuíram à erupção dos dentes. Como a diarreia se mantivesse, consultaram um médico, que o mandou pôr durante 48 horas a dieta hídrica mitigada (1 litro de soro de Ringer, *per os* e Ceridigestina). Melhorou, passando a alimentação a ser constituída por: caldos de galinha, peixe com batatas e pão torrado, tudo em pequena quantidade, pois a diarreia reaparecia com frequência, cedendo, no entanto, com a ingestão de sulfamidas. Notaram depois que, ao surgir nova crise de diarreia, apareceram edemas generalizados. Nova restrição alimentar que melhorou a diarreia, sem conseguir fazer desaparecer os edemas por completo, apesar da supressão dos cloretos e da administração de teobromina. A anorexia já existente, acentuou-se, quase se recusando a tocar na dieta imposta. Ao fim

de uns dias voltou a diarreia e os edemas aumentaram. Tomou Irgafene, penicilina, teobromina, etc., mantendo sempre a dieta, sem conseguir agora debelar nem a diarreia, nem os edemas que cada dia eram mais volumosos. Tentado o tratamento com extractos tiroideus, foi igualmente abandonado ao fim de algum tempo, por se ter mostrado ineficaz.

Resolveu-se então a procurar internamento nos Hospitais da Universidade de Coimbra, tendo dado entrada nos Serviços de Pediatria em 19-X-949.

Criança com volumosos edemas generalizados, brancos, moles, indolores, lembrando os das nefroses. Fendas palpebrais muito reduzidas em consequência da intensidade do edema das pálpebras. Ao nível do pénis e do escroto os edemas eram também impressionantes. Palidez. Ascite discreta. Tons cardíacos velados. Discretos sinais de bronco-alveolite difusa. Diarreia intensa. Oligúria. Anorexia acentuada.

A análise das urinas não revelou a presença de quaisquer elementos anormais, sendo o sedimento igualmente normal (20-X-49). Tirou-se sangue para a dosagem das proteínas, injectou-se vitamina B₁ e 1 cc. de Esidron e fez-se uma trans fusão de 80 cc. de plasma.

O peso que era de 12,760 em 22-X, baixou em 24 para 11,650. Porém, a temperatura que oscilava entre 37°-38°, subiu para 39°-40° acentuando-se os fenómenos de bronco-alveolite. Não era possível medir a diurese em virtude das urinas se perderem na cama e haver diarreia.

As proteínas totais eram de 22 gramas por litro, sendo apenas 10 de serina e 12 de globulina, com um coeficiente albuminoso de 0,83.

Instituído um regime rico em protídeos, havia no entanto a contar com uma anorexia invencível que impossibilitava a sua aplicação. A radiografia do tórax não mostrou alterações sensíveis, nem aumento apreciável da sombra cardíaca. Administraram-se 200.000 unidades de penicilina e III gotas de digitalina por dia, durante 9 dias. Foram repetidas as transfusões de plasma, em 27 e 31 de Outubro.

Um electrocardiograma feito em 28-X revelou: taquicardia, baixa voltagem dos acidentes, T negativo em V₁, V₂, V₃ e V₄; positivo em V₅ e V₆, fazendo pensar na possibilidade da existência de um derrame pericárdico.

Administraram-se, entretanto, extractos hepáticos, vitaminas B₁ e C e gluconato de cálcio.

A situação foi melhorando lentamente e em 1 de Novembro a temperatura atingia a normalidade, o apetite melhorara um pouco, a diarreia desaparecera e a diurese aumentara. O peso baixou para 9,100.

Uma contagem de glóbulos vermelhos, feita em 3-XI, revelou: eritrocitos 3.696.000 por mm.³, com 50 % de hemoglobina. A reacção de Wassermann no sangue do doente e no da mãe, foi negativa (3-XI).

Poucos dias duraram estas melhoras, pois uma recaída do seu processo de bronco-alveolite começando em 8-XI, fez de novo perder o apetite, aumentar a diarreia e recrudescer os edemas, sem todavia terem atingido o volume inicial, não tendo o peso ultrapassado os 10 quilos. Nova administração de penicilina, repetição da transfusão de plasma no dia 15-XI (100 cc.), continuando as injeções de extractos hepáticos, de vitaminas B₁ e C, sendo desta vez as melhoras rápidas e definitivas. A análise das urinas, repetida em 11-XI, continuava a nada revelar de anormal. Em 2-XII o peso era de 9,240, os edemas tinham desaparecido por completo, a diarreia cessara, sendo agora o apetite insaciável o que justifica que o peso atingisse em 14-XII, data da alta, 10,120 sem quaisquer vestígios de edema.

Um exame parasitológico das fezes, mandado fazer com o fim de poder excluir a possibilidade de haver uma causa parasitária entretendo a diarreia e dando simultaneamente a anemia, foi negativo.

A taxa do colesterol sanguíneo era de 1,10 grs. por litro em 12-XII. Em 6-XII-49 as proteínas sanguíneas estavam

quase normalizadas, apresentando os seguintes valores: proteínas totais — 54,5 grs.‰; sendo 32 de serina e 22,5 de globulinas. Coeficiente albuminoso igual a 1,42.

É indiscutível que os edemas que apresentava o nosso doentinho, tiveram a sua origem na carência alimentar. A pequena quantidade de proteínas fornecida pela alimentação, a sua monotonia, a falta de apetite agravando as más condições existentes, a diarreia persistente e os episódios febris aumentando ainda a destruição das albuminas orgânicas, produziram uma tal baixa das proteínas plasmáticas, que só por si seria suficiente para explicar o aparecimento dos edemas. Verifica-se, na verdade, que no chamado edema experimental por inanição proteica, do mesmo modo que nas experiências de plasmaferese os animais se começam a edemaciarem quando as proteínas plasmáticas baixam a 4% ou a serina a 2,5%, apesar da maior parte dos animais utilizados nestas experiências e, em especial o cão, serem bastante refractários aos edemas. Esquemáticamente, deixando de lado outros factores a que nos referiremos em seguida, a transudação dos líquidos do plasma através da parede dos capilares é condicionada pela pressão no seu interior, contrabalançada pela pressão oncótica das proteínas plasmáticas e das proteínas do líquido intersticial. Experiências de LANDIS, medindo directamente a pressão nos capilares sob o controle de um microscópio de dissecação, permitiram verificar que, no estado normal, esta era de 34,3 mm. de mercúrio no extremo arterial e de 12,2 no extremo venoso do capilar. Sendo a pressão oncótica normal das proteínas plasmáticas de 26 a 28 mm. de mercúrio e se outros factores não intervissem, estaria assim assegurada a transudação na zona arterial do capilar e a reabsorção na zona venosa. Na prática as coisas são mais complexas. Assim, teoricamente, na insuficiência cardíaca os edemas deveriam aparecer quando a pressão nos capilares venosos subisse a 26 ou 28 mm. de mercúrio, porém, FAHR e ERSHLER verificaram que os edemas se estabelecem nos doentes em assístolia, desde que a pressão atinja 20 milímetros. Devemos notar que a pressão oncótica não é rigorosamente idêntica nas zonas arterial e venosa dos capilares, pois que a perda de água por transudação no sector arterial produz aumento da concentração e esta aumenta ainda pela acumulação de CO² vindo dos tecidos o qual faz deslocar cloretos e água para o interior dos glóbulos vermelhos, concorrendo assim para o aumento progressivo da concentração dos colóides plasmáticos ao longo da zona arterial dos capilares.

No doentinho que observamos, em vez do aumento da pressão venosa, há a considerar a diminuição da pressão oncótica das proteínas, resultante da hipoproteinemia acentuada, incidindo especialmente sobre a serina o que reduziria a pressão osmótica a cifras muito inferiores a 10 milímetros de mercúrio, (num caso de nefrite crónica, referido por MEYER, com 2,50% de albumina e 2,56% de globulina a pressão oncótica era de 16,4 centímetros de água), portanto nitidamente abaixo do valor da pressão no interior dos capilares venosos.

A desigual repartição dos edemas deve-se em parte à contextura dos tecidos a infiltrar, pois quanto mais apertadas forem as malhas mais difícil é de distender, sendo essa uma das razões da dificuldade em produzir edemas no cão, cujo tecido celular subcutâneo é formado por malhas muito densas. A maior intensidade nas extremidades inferiores é justificada pela maior pressão venosa a esse nível.

Como acabamos de ver, não oferece dúvidas o papel da pressão osmótica das proteínas plasmáticas, devido em especial à fracção representada pela serina, no equilíbrio sempre instável e, apesar de tudo, tão rigorosamente perfeito no estado normal, da circulação líquida do interior dos capilares para os espaços intercelulares e sua reintegração na corrente sanguínea. Acontece, porém, que pode haver edemas, regionais ou generalizados, sem que se verifique aquelas alterações das proteínas plasmáticas e também pode acontecer que, nas condições primitivamente referidas, os edemas venham a desaparecer sem que se corrijam, ou pelo menos, antes que se corrijam as alterações plasmáticas. Observações de MAASE e ZONDEK, SIMONART, etc., mostram a existência de casos com baixa da protidemia e sem edemas reconhecíveis clinicamente e casos em que a taxa dos protídeos era normal e havia edemas. KEYS, experimentando em 34 voluntários o edema da fome, verificou o aparecimento de edemas apesar da protidemia se manter normal. Forçoso é portanto invocar a concorrência de outros factores para explicar o aparecimento dos edemas nestes casos.

A isotonia dos líquidos orgânicos está em íntima dependência da taxa dos cristalóides dissolvidos e em especial do cloreto de sódio, cujo papel é, de há muito, reconhecido nas retenções aquosas. Segundo HOFMEISTER seria o catião sódio o que mais aumentaria o poder de embebição das proteínas. As experiências de LEPORE e MAC CORD, em concordância com a clínica, demonstram também o papel do cloreto de sódio na produção dos edemas, pois o seu aparecimento era mais difícil nos lotes de animais submetidos à plasmaferese e em que se reduzia ou suprimia o sal da alimentação.

As cargas eléctricas transportadas pelos iões dos electrolitos em dissolução, são também a considerar. Quanto mais perto do ponto isoelectrico menos água retém o colóide. Como o ponto isoelectrico das proteínas plasmáticas está situado na vizinhança de um pH de 4,62 a 4,7 para a serina e de 5,4 a 5,5 para as globulinas (segundo SCHADE) e o pH do sangue e dos tecidos oscila entre 7,1 e 7,4 compreende-se facilmente que o aumento da acidez, fazendo-as aproximar do ponto isoelectrico, promova a perda de água. A acção desidratante dos regimes ricos em carnes, de cloreto de amónio, das injecções endovenosas de ácido clorídrico diluído (método de VEYRE), etc., poderá ter esta explicação. Porém, em desacordo com o exposto, GOLWITZER e MEIER, com o método de Schade, encontraram em todos os edemas, menos nos de natureza inflamatória, aumento da alcalinidade dos tecidos. São igualmente bem conhecidos os edemas devidos à administração de grandes quantidades de bicarbonato de sódio. Estas noções podem até ter um certo interesse nos lactentes, onde a importância das variações do metabolismo hídrico atinge os graus mais elevados, que pela maior intensidade das trocas, quer pela existência de constituições especiais favorecendo a embebição dos tecidos e em que é de utilidade prática o conhecimento de que na alimentação ao seio há ligeira alcalose e tendência para a retenção aquosa e na artificial ligeira acidose com tendência à desidratação. As teorias que supõem a retenção de água na dependência da acidez tissular seriam sobretudo aplicáveis, como mostraram ELLINGER e FODOR, quando esta acidez provém de produtos do metabolismo dos tecidos, os quais actuariam mais em virtude da sua própria natureza do que pelas alterações do pH a que dariam lugar.

Desde os trabalhos de MAYER e SCHAEFFER ficou demonstrado que a facultade que possui um gel protídico de atrair água e aumentar a sua embebição se desenvolve tanto mais quanto maior for a proporção do colesterol presente nesse gel em relação aos ácidos gordos que aí se encontram. Isto é, quanto maior for o «coeficiente lipocítico» maior é a capacidade do gel para absorver água. Tem igualmente valor a relação colesterol-fosfolipídeos. Estes mecanismos podem, porém, ser influenciados pela presença de electrolitos.

Voltemos agora a nossa atenção para a membrana filtrante constituída pela parede do capilar. Sabemos do estudo das membranas semi-permeáveis, que a filtração pode ser influenciada por factores diversos de natureza físico-química e não devemos esquecer que, neste caso particular, se trata de uma membrana viva, sujeita também a factores metabólicos, nervosos e hormonais. Desde a própria constituição da parede, ao arranjo íntimo dos colóides e lipóides que a formam, ao seu estado eléctrico, talvez mesmo (segundo GIRARD), à polarização das cargas eléctricas na intimidade da parede, até ao seu maior ou menor grau de embebição, temos um conjunto de elementos, alguns dos quais já tivemos ocasião de referir, que podem modificar o comportamento da membrana. Assim, vimos a importância das variações do coeficiente lipocítico e a influência que a presença de certos iões, em especial o sódio e o cálcio, podem ter sobre os seus efeitos.

GIRARD, admite que quando uma membrana semi-permeável é atravessada em determinado sentido por uma corrente líquida com os seus electrolitos, as cargas eléctricas da parede sofrem uma orientação, uma polarização, que a ser perturbada dificultaria a passagem.

O grau de embebição da parede dos capilares depende, não só dos elementos que referimos a propósito da embebição dos colóides em geral, mas ainda de factores metabólicos que descreveremos em seguida. Um dos mais importantes é a anoxia, devida principalmente à estase, a qual permite um consumo mais prolongado do oxigénio pelos tecidos. Por outro lado, a acumulação em maior escala dos produtos do metabolismo produziria ainda agravamento da situação aumentando mais a per-

Um produto original "Delta"

HIDROBIÓTICO-H

Sulfato de Dihidroestreptomicina + Hidrazida do ácido Isonicotínico
em associação sinérgica

COMPOSIÇÕES:

NORMAL

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico	0,10 Gr.
Água bidestilada apirogénica	3 c. c.

FORTE

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico	0,20 Gr.
Água bidestilada apirogénica	3 c. c.

APRESENTAÇÃO:

NORMAL		FORTE	
1 Dose	Esc. 15\$00	1 Dose	Esc. 15\$50
3 Doses.	Esc. 43\$00	3 Doses.	Esc. 44\$50
5 Doses.	Esc. 70\$00	5 Doses.	Esc. 71\$50
10 Doses.	Esc. 138\$00	10 Doses.	Esc. 139\$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

HEPAMECOL

HIGIENE

XAROPE

LIPOTRÓPICO DE ALTA CONCENTRAÇÃO

CLORETO DE COLINA 13 %

ACETILMETIONINA 13 %

EXTRACTO DE LEVEDURA 10 %



LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE

meabilidade capilar. Estes metabólitos podem actuar de qualquer dos lados da parede do capilar, isto é, ser transportados pelo sangue, ou existirem em maior concentração nos tecidos e líquidos intercelulares. Igualmente, certas toxinas, extractos de tecidos, substâncias histamínicas, etc., directamente, ou por vasodilatação, podem alterar a permeabilidade dos capilares. Nestas circunstâncias, a filtração em condições anormais deixaria passar um maior número de moléculas albuminóides de pequeno volume e portanto de grande poder oncótico, para os espaços lacunares, onde viriam favorecer a retenção de água.

O sistema nervoso vegetativo e os centros diencefálicos pela sua importância na regulação do metabolismo da água, podem também interferir na produção dos edemas. Ao referi-los neste ponto da nossa descrição não queremos significar que a sua acção seja apenas devida a modificações da permeabilidade capilar, mas a um conjunto de acções muito mais complexo e ainda mal elucidado. Basta recordar os casos de «edema essencial» de FALTA, LICHTWITZ, FANCONI, etc., com ou sem «hipoproteinemia essencial», podendo haver ou não alterações hepáticas associadas, em cuja génese se invocam alterações subtalâmicas — os «edemas diencefálicos» de LICHTWITZ.

É também bastante obscuro o mecanismo de acção de certas hormonas (cortico-suprarenal, post-hipofise, insulina, foliculina, etc.) na constituição dos edemas.

Para uma determinada região do corpo, pode ainda ter influência na intensidade dos edemas, mas não na sua formação, a existência de um maior número de capilares a esse nível, do aumento do seu diâmetro e da extensão relativa da zona de filtração e de reabsorção dos capilares considerados.

Resta-nos, por fim, estudar o que se passa do lado de fora dos capilares, nos tecidos e espaços intersticiais. Encontramo-nos de novo, perante grande número de factores que já tivemos de referir no decurso desta exposição. Temos de ter em conta a resistência elástica dos tecidos devida à sua textura, a maior ou menor permeabilidade das membranas celulares e ao grau de hidrofília do protoplasma celular. No líquido intersticial, há a considerar as variações do pH, a concentração dos electrolitos, a existência de metabólitos (certos produtos de desintegração proteica teriam uma afinidade maior para a água do que as proteínas donde derivam, segundo HERZFELD e KLINGER; outros actuariam directamente sobre a permeabilidade das membranas), a presença de albuminas filtradas em quantidade anormal em virtude das alterações da permeabilidade dos capilares e as variações do seu grau de embebição mercê dos factores que descrevemos.

O líquido intersticial além de penetrar no interior das células e de ser reabsorvido pelos capilares venozos, é também parcialmente reabsorvido pelos capilares linfáticos, pelo que não é indiferente o estado das paredes destes e a pressão no seu interior. A esclerose local, que a simples permanência dos edemas num determinado ponto pode provocar ou agravar, acaba também, ao fim de certo tempo, por dificultar a reabsorção, na medida em que diminui a permeabilidade da parede dos capilares linfáticos.

Esboçado assim o esquema dos principais mecanismos patogénicos dos edemas, faremos notar mais uma vez que é da sua associação, interferindo-se em proporções maiores ou menores, que resultam os diversos tipos de edemas, com características clínicas até certo ponto diferentes e dependentes dos factores etiológicos particulares em cada caso.

No nosso doente, como vimos, era considerável a baixa das proteínas plasmáticas (22 grs. por litro, sendo 10 de albumina e 12 de globulinas), a tal ponto que, na literatura que podemos consultar, referente a edemas por desnutrição, não encontramos em nenhum valores inferiores. Apenas num caso de MORAWITZ foi encontrado o limite, considerado extremo, de 25 gramas por litro. Tínhamos, portanto, não só de restaurar a pressão oncótica enormemente abaixada, mas também de acudir ao déficit das proteínas. É que, na realidade, a importância das proteínas nos processos biológicos é fundamental, a tal ponto que modernamente há tendência para o estudo em conjunto das alterações das albuminas plasmáticas, descrevendo alguns autores as «doenças das proteínas», com a sua patologia e a sua classificação. As proteínas desempenham, de facto, funções importantes e especializadas, nas quais não podem ser substituídas. Além de contribuírem para manter o equilíbrio osmótico entre os líquidos orgânicos e as células, da sua acção «tampon» (possibilidade de combinar-se com ácidos ou alcalis), da sua função de transporte de água, de funções plásticas e

energéticas etc., contribuem também electivamente, as albuminas, para o transporte dos pigmentos biliares, sais minerais, medicamentos, certas hormonas, etc., e as globulinas, para o transporte do colesterol, da foliculina, dos carotenos, etc. As gama-globulinas teriam sido identificadas, em 1944, por ENDERS com os anticorpos que se produzem em muitas doenças infecciosas (parotidite, doença de Heine-Medin, varíola, coqueluche, o anticorpo H da febre tifóide, etc.). Na fracção I de COHN, do plasma, encontra-se ao lado do fibrinogénio uma pequena fracção globulínica dotada de propriedades anti-hemofílicas. Possui também a seroalbumina uma acção anti-hemolítica, segundo WUNDERLY.

No campo da patologia, verifica-se não ser menor o papel das proteínas. É o fígado o órgão que maior percentagem de proteínas perde, durante o jejum, segundo ADDIS, POO e LEW. No seguimento dos trabalhos de MILLER e WHIPPLE, puderam HIMSWORTH e GLYNN verificar que a administração de metionina evitava as graves alterações cirróticas e de atrofia amarela do fígado, que podiam ser originadas pela simples instituição de dietas pobres em proteínas. Admite-se que nas anemias há também um déficit proteico, mesmo sem ser nas «anemias carenciais» e que a administração de proteínas pode ter efeitos benéficos nestas situações. Da mesma forma, nos mais variados sectores da patologia, podemos verificar que as proteínas desempenham um papel de relevo.

Precisávamos, portanto, como dissemos, de levantar a pressão oncótica do plasma do nosso doente para lhe fazer desaparecer os edemas, utilizando não as soluções de resina de acácia, polivinilpirrolidina ou de «dextrona» (que não deixariam de ter a sua utilidade), mas elevando-lhe ao normal o nível das suas proteínas. O processo mais simples, visto tratar-se de um desequilíbrio alimentar, seria a administração de uma dieta rica em protídeos. A falta de apetite e a diarreia, não permitiam porém a ingestão e o aproveitamento das quantidades necessárias. Recordemos que, segundo o estabelecido pela Comissão da Sociedade das Nações, em 1936, as necessidades em proteínas dum criança normal entre o 1 e os 3 anos, seriam de 3,5 gramas por quilo de peso e por dia. Temos ainda a considerar que as albuminas não são substituíveis umas pelas outras nas mesmas condições. Assim, para POUWERENK, SLAVIN, KARIHER e WHIPPLE, seriam necessárias para reparar 1 grama de albuminas sericas, utilizando a via digestiva: 2,6 grs. de protídeos provenientes do plasma do boi; 2,7 a 4,6 grs. de protídeos do trigo; 5,3 a 6 grs. de protídeos do músculo do boi, de lactalbumina ou de ovalbumina; 21 grs. de protídeos do rim, etc. Os mesmos autores verificaram que, por via parenteral, o organismo do cão só pode utilizar os protídeos plasmáticos do cão. Não podendo ministrar por via digestiva as quantidades requeridas, utilizamos as injeções endovenosas de plasma humano. A sua acção é porém fugaz, desaparecendo rapidamente da circulação as albuminas assim fornecidas, pois que a molécula proteica, dotada de grande dinamismo, índice do seu elevado valor funcional, tem no organismo uma vida relativamente curta. Segundo ELMAN e DAVEY, seriam, sob este aspecto, mais eficientes os hidrolizados de caseína. Os hidrolizados ácidos de caseína, necessitam de um suplemento de 2% de triptofano, que não parece ser indispensável nos hidrolizados enzimáticos. A sua eficácia seria igual por via endovenosa ou oral, mas só os hidrolizados ácidos são aplicáveis por via endovenosa e o seu pH não deve ser inferior a 6,5.

Onde tem lugar a partir dos ácidos aminados a síntese das proteínas plasmáticas? Supõe-se que no fígado, na medula óssea, no sistema retículo-endotelial, etc. O lugar de formação das globulinas seria, para DOUGHERTY e SCHADE, nos gânglios linfáticos. O estudo deste problema, apesar da sua importância, afastar-nos-ia porém, muito do assunto que nos propuzemos tratar. Queremos apenas, para terminar, referirmo-nos ao valor e interesse prático dos estudos da escola de COHN, conseguindo separar 5 fracções proteicas do plasma e reconhecendo a existência de pelo menos 12 constituintes proteicos no soro. Tornou assim possível, por exemplo, o emprego de concentrações especiais da albumina plasmática, a utilização isolada das gama-globulinas na imunização contra algumas doenças infecciosas, etc., o que representa um notável progresso nos domínios da terapêutica.

REVISÃO DE CONJUNTO

Tireotoxicose aguda

IGNÁCIO DE SALCEDO

(Assistente do Serviço de Endocrinologia da F. M. do Porto
Bolsheiro do Instituto de Alta Cultura)

Os conhecimentos actuais sobre a Fisiologia e Clínica Endócrinas obrigam a que se considere o conjunto das glândulas de secreção interna como um sistema unitário e interdependente, cujos elementos permanecem ligados, na saúde e na doença, por mecanismos humorais, hormonais e nervosos.

Deduz-se, em primeiro lugar, que não existem síndromos ou doenças uniglandulares, e, ao mesmo tempo, que cada situação patológica se acompanha da presença, mais ou menos evidenciável, de sintomas pluriglandulares a traduzirem um desequilíbrio global.

Na clínica, não obstante, observam-se correntemente síndromos endócrinos que resultam do padecimento de uma determinada glândula com aparente minoração dos sintomas originados nas outras estruturas endócrinas, pelo que apenas se tomam em consideração as alterações principais, etiquetando-as de hipertiroidismo, doença de Addison, acromegalia, diabetes mellitus, etc.

Poderia pensar-se que nestas doenças apenas uma glândula é a responsável do estado patológico, mas tal suposição, aparentemente correcta e lógica, não traduz aquilo que na realidade se passa, particularmente sob o ponto de vista etiopatogénico.

A doença de uma glândula conduz sempre a um desequilíbrio total do sistema endócrino, mais ou menos objectivado pelos métodos diagnósticos actuais, impondo uma conduta terapêutica cujas bases derivam desta pluralidade patogénica.

A clínica já tinha deduzido há muito tempo que em algumas doenças, particularmente nas hipofisiárias, se encontrava com grande frequência sintomatologia de défice ou estímulo de outras glândulas endócrinas, considerando-se a hipófise como o fulcro do sistema glandular. Era certo, mas constituía apenas uma visão unilateral e trunçada do que na realidade acontece.

As outras glândulas, e nenhuma foge a esta regra, também se estimulam ou inibem entre si, de tal modo que não podemos, com rigor, falar de síndromos endócrinos uniglandulares.

Os exemplos poder-se-iam multiplicar à vontade. Está suficientemente provado, por exemplo, que a hipoglicémia — ou, melhor, o síndrome hipoglicémico — pode reconhecer inúmeras causas, endócrinas ou não, independentemente do valor final alcançado pela glicémia, importando, talvez mais, a amplitude da variação glicémica e a rapidez com que se opera. Quer experimentalmente, quer na clínica, encontram-se alterações endócrinas múltiplas, de tal modo que somos levados a admitir, para a regulação glicémica, uma participação endócrina praticamente pluriglandular.

Outros exemplos de pluralidade etiopatogénica são-nos fornecidos pelo síndrome de Cushing, doença de Basedow, diabetes mellitus, etc. Qualquer destes síndromos pode reconhecer, em princípio, mais do que uma etiopatogenia, embora se possa marcar alteração funcional preponderante de uma determinada glândula.

No entanto, considero fundamental a noção de que a alteração funcional ou orgânica duma glândula, traz como consequência a rotura do equilíbrio endócrino e, portanto, a provocação de alterações glandulares múltiplas.

A Patologia Endócrina, por constituir essencialmente um conjunto de síndromos e doenças que interessam a totalidade do organismo, quer sob o ponto de vista metabólico, quer como modificadores da constituição, apresenta com relativa frequência a necessidade de intervenção terapêutica urgente. Contudo, na maior parte dos casos, a doença glandular é compatível com a vida durante um tempo suficientemente dilatado, de modo a não tornar necessária uma intervenção imediata e, a usá-la, só como último e, portanto, desesperado recurso.

A acromegalia, por exemplo, é uma doença progressiva e geralmente fatal, mas evolue tão lentamente que só nos últimos estádios pode induzir a uma terapêutica de urgência, e mesmo assim, não para salvar a vida, mas uma função, a visual.

A doença de Addison, apesar da sistemática fatalidade que implica o seu diagnóstico, é compatível com alguns anos

de sobrevivência, mesmo na ausência de qualquer tratamento. Outras vezes, como na diabetes mellitus, a doença endócrina motiva tais alterações orgânicas que o *exitus* se verifica por outra causa superveniente, etiopatogénicamente alheia à doença fundamental.

Temos de admitir como síndromos de urgência, em Endocrinologia, aquelas situações, intercorrentes ou não, que por si sós ou por alterações secundárias são capazes de pôr em sério risco a vida do doente, e que, não sendo conveniente e urgentemente tratadas, conduzem, a curto prazo, a um desenlace fatal ou a uma diminuição importante das funções e potencialidades vitais.

Compreendida, assim, a totalidade do sistema endócrino e o conceito de urgência, vejamos uma das principais alterações endócrinas que obrigam o médico a uma terapêutica inadiável.

CRISE TIREOTÓXICA AGUDA

Podemos definir a crise tireotóxica como o quadro clínico agudo que resulta do aumento rápido e inesperado da sintomatologia tireotóxica, traduzindo a falência do organismo em suportar a sobrecarga metabólica da hiperfunção tireoidea.

A sua etiopatogenia é desconhecida. Diversas teorias pretendem explicar a etiologia da «tempestade tireotóxica» (*Myxos*), sem que nenhuma preencha os requisitos imprescindíveis para a sua total aceitação.

As intervenções cirúrgicas sobre a tireoidea ou outros sectores do organismo, as infecções, as emoções intensas e particularmente chocantes, a fadiga, a supressão do iodo ou o excesso de tioderivados, podem ser a causa, em determinadas e pouco previsíveis circunstâncias, do aparecimento do síndrome.

A crise surge com maior frequência nos doentes basedowianos do sexo masculino, não obstante a tireotoxicose ser mais comum nas mulheres. Não possuímos uma explicação para este facto, ainda que se possa pensar na diferenciação hormonal sexual e na maior «intensidade psíquica» do homem, como termo médio.

A frequência da crise tireotóxica oscila entre 1,5 e 2 por 100 de todos os casos de hipertiroidismo, parecendo evidente o seu aumento nos últimos anos.

A patogenia do síndrome é desconhecida, e desde Berard e Chvostek até aos conceitos actuais de crise hipotalâmica aguda, várias teorias têm surgido numa tentativa de explicar o síndrome e o seu aparecimento numa minoria dos doentes, enquanto noutros as mesmas aparentes condições não realizam a anormal evolução.

Não é o caso, por exemplo, da crise aguda na insuficiência suprarenal crónica, pois esta, mais tarde ou mais cedo complica ou termina a doença de Addison, ao passo que no hipertiroidismo a crise tireotóxica constitui uma excepção. Na doença de Addison, a crise resulta de um desmoronamento metabólico total, verdadeira acentuação aguda da sintomatologia anterior. Na tireotoxicose aguda surge uma nova sintomatologia de matiz fundamentalmente neurológico, hipotalâmico.

Portanto, a hipótese de um hipertiroidismo agudo defendida por Berard e Chvostek não nos parece totalmente válida, mesmo que na realidade se observe um recrudescimento notável do hipertiroidismo existente.

A teoria de uma iodopenia aguda defendida por Waldensdroem representa um avanço real, pois serve de base a uma das normas terapêuticas fundamentais: a injeção de iodetos. Pensa Waldensdroem que no decorrer de uma tireotoxicose grave ou de um «stress» que conduza a uma maior demanda funcional da tireoidea se verifica uma perda de iodo por hipertiroxinemia. A iodopenia aguda seria, segundo este autor, a causa fundamental da sintomatologia, particularmente neurológica. O aparecimento de crises tireotóxicas após a medicação por tioderivados levou Mahaux a formular a sua teoria de hipotiroxinemia. A crise não seria, pois, devida a um aumento do hipertiroidismo, mas sim a uma descarga súbita de hormona

tireotrófica, como consequência de uma descida crítica do teor tiroxinémico.

Outras teorias, como a da hiperadrenalinemia de *Goetsch*, a do hipertimismo ou de uma insuficiência hepática aguda não parecem reunir suficientes argumentos em seu favor. É evidente que o fígado se encontra lesado nos doentes tireotóxicos graves, mas não se pode concluir por uma alteração fundamental na sua patogenia. Pensamos que o estado hipermetabólico e o rápido esgotamento geral sejam a causa e não o efeito da acidose e exspoliação do glicogénio hepático que se verifica.

A morte tímica constitui uma especulação sem qualquer base científica. Não está provado que a hiperplasia do timo, por si só, condicione, agrave ou provoque uma evolução desfavorável de uma tireotoxicose. Dentro do conceito do síndrome de adaptação geral, a hiperplasia tímica constitui um epifenómeno incluído na totalidade do síndrome agudo. Por outro lado, existe um certo antagonismo entre a função tireoidea e a suprarenal, pelo que é de admitir uma certa hiperplasia difusa tímico-linfática nos casos de hipertiroidismo.

No que respeita à possível influência da adrenalina como factor promotor do síndrome, não existem provas que a justifiquem. É facto que os hipertiroideus são hipersensíveis à adrenalina, mas são-no, igualmente, a qualquer outro estímulo metabólico geral. Demais, essa sensibilidade é bem patente na tuberculose pulmonar. Neste mesmo sentido actuaria a insulina, as infecções ou as doenças graves intercorrentes, a desnutrição, etc.

Fica-nos, por fim, a hipótese de *Means*, que atribui a crise tireotóxica (*Storm*) a uma falência das defesas do organismo para suportar o estado de tireotoxicose. Seria, pois, um esgotamento motivado por variadas causas, seguindo-se-lhe uma resposta desproporcionada, exagerada, dos mecanismos defensivos. Parece-nos a possibilidade patogénica mais simples e mais aceitável. Contudo, e porque quase todos os sintomas se podem filiar em alterações hipotalâmicas, somos levados a uma interpretação mais vasta. Tal como *Selye*, o que importa é que a observação dos factos seja correcta; a sua interpretação pertence a outro domínio, não, alheio às inclinações ou paixões de quem os presencia.

É possível prever, com razoável margem de erro, qual o tipo de doente que reúne mais condições favoráveis para a eclosão de um síndrome de tireotoxicose aguda. São precisamente aqueles doentes mais inquietos, quase poderei dizer, anónimamente inquietos, que teimam em refrear-se, os que com mais facilidade caem no acidente agudo. Por vezes, são os mesmos que mais confiança inspiram, aqueles que nos falam de «um trémulo interno». Não há frase que melhor traduza a inquietação e a angústia do que esse «trémulo interno». Estamos convencidos de que a tireotoxicose aguda reconhece como causa, e esta é a nossa hipótese, a mesma que motiva a morte súbita e inexplicável de um operado gástrico ou apendicular em condições aparentemente perfeitas. Há um equilíbrio interno, de tonalidade superior, que se rompe. Não sabemos o que é, e à falta de melhor hipótese situámo-lo, por mera simpatia, numa zona que sob o ponto de vista funcional e orgânico interfere com o sistema endócrino: o hipotálamo.

Além da anatomia própria da doença fundamental, encontra-se nos doentes falecidos por crise tireotóxica certo número de alterações particulares. Em primeiro lugar, e como já dissemos, é constante o esgotamento do glicogénio hepático. As necessidades de glicogénio estão enormemente aumentadas na crise hipermetabólica, pelo que o parênquima hepático rapidamente se esgota. Estas reservas, já diminuídas pela doença primitiva, são metabolizadas em pouco tempo logo que aumentam as necessidades calóricas. Por outro lado, existe, quase sistematicamente, um grau variável de insuficiência hepática, contribuindo, não só para a diminuição da reserva alcalina como para maior alteração do metabolismo proteico.

Os outros achados anatomopatológicos, sobrepõem-se aos que se encontram na doença de *Basedow*, particularmente nos parênquimas glandulares. As suprarenaes merecem, contudo, especial atenção, encontrando-se quase sempre sinais histológicos de depleção hormonal grave, traduzindo uma hiperactividade compensadora do «stress» que se opera. São frequentes as zonas hemorrágicas, assim como a dissociação dos cordões celulares da zona fasciculada.

A sintomatologia do síndrome de tireotoxicose aguda é bastante proteomorfa, permitindo, contudo, um reconhecimento imediato.

O doente, que habitualmente já dormia mal, vê agravarem-se as suas insónias, ao mesmo tempo que se instala uma penosa agitação psicomotora, acompanhada de angústia, hiperemotividade e, por vezes, delírio.

Se não se institui uma terapêutica eficaz, ou se o síndrome evoluciona desfavoravelmente, surge miastenia intensa, fenómenos paréticos ou paralíticos, o doente entra em coma e morre. A hipertermia dos doentes é característica fundamental, na ausência de qualquer processo infeccioso, o que permite atribuir-lhe uma génese central, verosimilmente hipotalâmica.

Do lado do aparelho digestivo, surgem vômitos, cólicas abdominais violentas e diarreia.

A respiração torna-se arritmica, desigual, suspirosa.

Numa primeira fase pode verificar-se aumento da tensão arterial, para ser substituído, pouco depois, por uma queda tensional; o pulso está sempre acelerado, filiforme.

Na maioria dos casos, comprova-se hiperglicémia, diminuição do iodo proteico e acidose progressiva, com quadro electrolítico semelhante ao da insuficiência suprarenal crónica.

Vemos, pois, que, ao lado de uma sintomatologia que traduz o aumento do síndrome hipertiroideu pré-existente, se instala nova série de sintomas a evidenciar uma alteração metabólica de maior gravidade com participação importante do sistema nervoso.

Pode observar-se, contudo, uma evolução diferente, em que predominam os fenómenos de sideração nervosa, constituindo a chamada forma apática da crise tireotóxica.

A apreciação da personalidade pré-operatória do doente tem a maior importância, pois estamos convencidos de que a sua modalidade psicológica básica joga um papel fundamental no determinismo das crises; é raro que um doente de fundo emocional compensado dê lugar ao aparecimento do síndrome. Se este surge, a intervenção terapêutica terá de ser urgente e correctamente conduzida. Mesmo assim, a mortalidade é elevada.

Administrar-se-ão calmantes de maneira intensiva, ao mesmo tempo que sobre a cabeça se mantém o saco de gelo.

Como fulcro de todo o tratamento, e preenchendo uma indicação absoluta, injectar-se-á iodo por via endovenosa enquanto não ceder a sintomatologia.

Para quem adopte a teoria patogénica de *Mahaux*, poderá usar a tiroxina em injeções de Imgr. de 6 em 6 horas.

Os soros salino e glicosado isotónicos fornecer-se-ão consoante o caso clínico determine.

Últimamente, a cortisona e a ACTH preenchem uma óptima possibilidade terapêutica, tendo-se conseguido com o emprego, quase sempre simultâneo, a recuperação de estados desesperados. A ACTH por via endovenosa tem uma acção mais rápida e eficaz, com a vantagem de se usarem doses sensivelmente menores.

Embora a mortalidade do síndrome oscile, apesar das melhores atitudes terapêuticas, à volta de 60 por 100, é possível prever, na actualidade, uma notável diminuição mercê do uso destas hormonas, verificando-se mais uma vez que, se as glândulas endócrinas se interligam para a produção de um estado patológico, não rompem essa união quando se trata de recompor o estado funcional lesado.

(Trabalho do Serviço de Endocrinologia e do Centro de Estudos de Anatomia Patológica e Patologia Geral do INSTITUTO DE ALTA CULTURA — Faculdade de Medicina do Porto)

RESUMO

Depois de justificar a necessidade de considerar o sistema endócrino como indivisível, o A. faz uma revisão da tireotoxicose aguda, apresentando as teorias etiopatogénicas mais correntes e admitindo como mais válida a que situa no hipotálamo o fulcro do «storm». São apresentados os sintomas clínicos, laboratoriais e anatomo-patológicos do síndrome e a conduta terapêutica oportuna, chamando-se a atenção para as novas possibilidades fornecidas pela ACTH e pela cortisona.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, W. A. D.* — Synopsis of Pathology, Mosby Co. 1946.
Mahaux, J. — Les crises hypothyroxinémiques aigües provoquées par le thiouracil. — Acta clin. Belg. 1: 234, 1946.
Mc Arthur, J. W., Rawson, R. W., Means, J. H. — Thyroid crisis, an analysis of the 36 cases seen at the M. G. H. during the past 25 years J. A. M. A. 134: 868, 1947.
Means, J. H. — Thyroid and its diseases, 2nd ed. Lippincot, 1948.
Waldenström, J. — Acute thyrotoxic encephalo-or-myopathy, its cause and treatment — Acta Med. Scandinav. 121: 251, 1945.

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLINICAS E CIENTIFICAS

Diagnóstico precoce do cancro do pâncreas baseado no estudo clínico e anátomo-patológico de cem casos autopsiados

A importância do diagnóstico precoce do cancro do pâncreas tem aumentado desde 1935, data em que Whipple e seus colaboradores demonstraram ser possível extirpar a cabeça do pâncreas e a segunda porção do duodeno, sobrevivendo o doente à operação. Quando redigiram o seu primeiro relatório tinham operado dois casos de cancro da ampola de Vater. Sete anos mais tarde, Whipple informou que, cinco doentes seus ainda viviam 5 a 28 meses após esta intervenção radical.

Muitos cirurgiões praticaram, durante os últimos quinze anos, a ressecção pancreático-duodenal, em casos de cancro da ampola e cabeça do pâncreas. Whipple, em 1949, coligiu as estatísticas de cinco clínicas cirúrgicas. Só, sobreviveram cinco anos ou mais, oito doentes, após a extirpação do cancro da ampola de Vater e três doentes, nos quais a sede deste tumor maligno era a cabeça do pâncreas. Foi um resultado desanimador. Deve-se, no entanto, sublinhar que não foi por culpa dos cirurgiões, excepto naqueles casos em que se originou a produção de metástases, durante a operação, pela introdução de células cancerosas nos linfáticos ou vasos sanguíneos. Não resta, no entanto, dúvida, que na maior parte dos casos as metástases já se tinham formado antes da intervenção. Para que haja probabilidades de cura, a doença deve ser diagnosticada enquanto a neoplasia está localizada ao pâncreas ou à ampola; existem muitos meios para o seu diagnóstico, nesta fase; de outro modo, a operação não faz mais do que prolongar a vida e, geralmente, só por poucos meses. Em virtude do quadro clínico dos estados precoces, do cancro pancreático ser muito vago, está indicada uma laparotomia exploradora assim que sejam verificados, após um estudo cuidadoso, sintomas ou sinais sugestivos. Esperar por um diagnóstico definitivo pode permitir a evolução da doença até um estado para o qual toda a cirurgia não será mais do que um paliativo.

Empreendemos este estudo, na esperança de lançar, se possível, um pouco mais de luz no diagnóstico precoce do cancro do pâncreas e da ampola. A distinção entre os dois é como diz Brunschwig, somente «de interesse académico pois o tratamento é o mesmo».

ACHADOS EM 100 CASOS

Estudamos os sintomas e os sinais em 100 casos de cancro do pâncreas, autopsiados em cinco hospitais, dos quais quatro eram escolares.

Frequência. No Peter Bent Brigham Hospital, em Boston, só foram autopsiados 55 casos de cancro do pâncreas em 35 anos. Num período de três anos não houve oportunidade de examinar anátomo-patologicamente, um único caso. Esta incidência é, aproximadamente, a mesma em todos os hospitais. Por isso os internos vêm raramente estes casos e não se familiarizam com a doença. Em 7.932 autópsias, realizadas no Cook County Hospital, em Chicago, só apareceram 50 casos de cancro do pâncreas; isto é, cerca de 5 % de todos os tumores malignos. O cancro do estômago foi quatro vezes mais frequente (Hick e Mortimer).

Sexo. Todas as estatísticas mostram ser duas a três vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres.

Nestes 100 casos, 72 foram de homens.

Idade dos Doentes. É, essencialmente, uma doença das idades avançadas. Dos 100 doentes só 6 tinham uma idade inferior a 40 anos; 51 tinham 70 anos ou mais. Os mais velhos 86 e os mais novos 23. A maior incidência verificou-se na década dos 70, com 28 mortos. No Cook County Hospital, numa série de 75 autópsias, o maior número, 25, apareceu entre as idades de 50 a 59 anos. Seis de idade inferior a 40 anos (Arkin e Weisberg). Numa estatística de Hopkins o mais novo, foi um rapaz, de cor, com 18. Numa literatura mais antiga, coligida por Oser, 4 eram ainda mais jovens, sendo um, uma criança de 7 meses.

Duração da doença. A média de duração foi de 6 a 7 meses. A média de duração dos sintomas antes da entrada para o hospital foi de 1 a 4 meses. A duração média foi a mesma, fosse qual fosse, a região do pâncreas, sede da lesão. Passando em revista as histórias clínicas, verificámos que os sintomas eram, em 55 casos, sugestivos de cancro do pâncreas. Em 41 não havia sinais evidentes de doença pancreática, quer pela história, exame objectivo, ou análises, por ocasião do seu internamento no Hospital.

Em 73 casos, os achados da autópsia mostraram que a cura era impossível quando os doentes foram examinados, ou por causa das metástases ou porque o cancro tinha abrangido, localmente, uma tal extensão que se tornara inoperável.

A duração da doença desde o aparecimento dos sintomas até à morte foi de 1 mês ou menos, a 2 anos. Cinco só viveram um mês ou ainda menos; cinco, 4 a 5 meses; quatro, 5 a 6 meses; onze, 6 a 10 meses; oito, 10 a 12 meses; onze, 12 a 18 meses; um aproximadamente 2 anos; e um dois anos.

A duração dos sintomas antes da entrada no hospital, foi em 22 casos, de um mês ou menos; de 1 a 2 meses em 17; de 2 a 3 meses em 17; de 3 a 4 meses em 12; de 4 a 5 meses em 8; de 5 a 6 meses em 7; de 6 a 7 meses em 3; de 7 a 10 meses em 3; e de 10 meses a 1 ano em 7.

Localização. A lesão distribuiu-se pelas seguintes regiões: cabeça do pâncreas em 61 casos; corpo em 8; corpo e cauda em 7; cauda em 15; toda a glândula em 8; região não identificada num caso. É notável a semelhança das estatísticas de Leven e Duff com esta.

Dor. Setenta e três doentes queixaram-se de dores. Foi o sintoma inicial mais frequente; aparecendo em 52 casos e sendo o sintoma principal em 42. A dor é geralmente descrita nos livros de estudo, como intensa e profundamente localizada no epigástro e irradiando para as costas. Isto só foi verdade em 5 dos nossos casos. A principal característica da dor abdominal do cancro do pâncreas é a sua persistência, semana após semana, até ao fim da vida. Na maioria dos casos não houve nada de característico nem na sede, nem no aspecto da dor. De 70 casos, em que a intensidade e a sede da dor foram estudadas, só em 18 foi persistentemente intensa; em 52 moderada ou ligeira; nalguns ocasional ou paroxística e noutros constante. Em 3 aparecia depois das refeições. Num, a dor surgia imediatamente após a micção ou a defecção e noutra era acalmada por esta.

Eliminando a toxicidade da Estreptomicinoterápia...

Com partes iguais de sulfato de Estreptomicina e de sulfato de Dihidroestreptomicina (em lugar de um só destes sais)

— NEUROTOXICIDADE

CONSIDERÁVELMENTE REDUZIDA

— EFICIENCIA HABITUAL

ATRALMICINA

NORMAL:

0,25 g de sulfato de Dihidroestreptomicina
0,25 g de sulfato de Estreptomicina
400.000 U. de Penicilina

FORTE:

0,50 g de sulfato de Dihidroestreptomicina
0,50 g de sulfato de Estreptomicina
400.000 U. de Penicilina

FORTÍSSIMA:

0,50 g de sulfato de Dihidroestreptomicina
0,50 g de sulfato de Estreptomicina
800.000 U. de Penicilina

INFANTIL:

0,125 g de sulfato de Dihidroestreptomicina
0,125 g de sulfato de Estreptomicina
150.000 U. de Penicilina

LABORATORIOS ATRAL

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

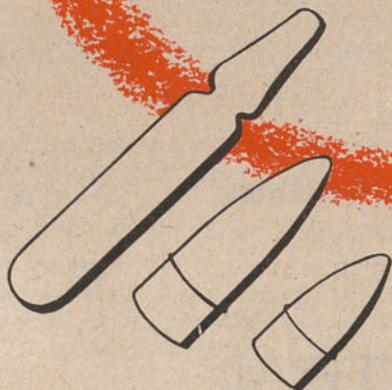
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



Em 5 a dor era mais intensa de noite e, em 3 destes, abrandava, levantando-se o doente e caminhando. Em 27 não houve dor.

O local em que a dor surge mais frequentemente é o epigástrico, mas este facto não é muito importante pois aparece também em grande percentagem quer no abdomen, costas ou tórax. Em 13 casos localizou-se no quadrante superior direito, em 13 no hipogastro, e outros nove tiveram dor abdominal generalizada. Em outros 9, ainda, começou nas costas, geralmente, na região lombar, tendo em 8 irradiado do abdomen para as costas. Alguns autores declaram que, no cancro do corpo ou da cauda, a dor aparece muitas vezes, à esquerda do abdomen. Esta sede, só foi verificada, em 4 dos nossos doentes, mas em 2 destes, era a cabeça do pâncreas, a porção atingida.

Icterícia. Apareceu icterícia, algumas vezes, durante a doença em 68 dos nossos 100 casos. Foi o sintoma inicial em 15 e o principal em 20, trinta e dois não tiveram icterícia. Estes resultados são idênticos aos encontrados por Berk ao rever 1.181 casos da literatura. Verificou que 31 % dos doentes não tiveram icterícia; o nosso resultado foi de 32 %.

Perda de peso. Todos os que estudaram o cancro do pâncreas concordam com Bard e Pic (os quais fizeram a primeira moderna revisão desta doença) em que a perda intensa de peso é um sintoma característico. Em 11 dos nossos casos, a perda de peso foi o sintoma inicial; em 26 não houve perda de peso. A sua causa não é bem conhecida. Não é, como alguns têm pretendido, causada por uma absorção deficiente dos alimentos, pois surge como um sintoma precoce, antes de qualquer outra perturbação digestiva.

Outros sintomas. Tiveram anorexia 66 dos 100 casos; astenia 59; náuseas e vômitos 49; diarreia só 11. Na insuficiência pancreática não aparece uma verdadeira diarreia pois as fezes não são líquidas, mas semi-sólidas. Na maioria dos casos, o termo de diarreia empregado pelos doentes deixava dúvidas e obrigava a um interrogatório mais pormenorizado.

Febre. Registou-se em 26 casos; em 15 superior a 38° C. Na autópsia não se encontrou outra causa de febre, que não fosse o próprio cancro do pâncreas, com as suas metástases. Este achado mostra o êrro de alguns, que afirmam ser a ausência da febre um dado para o diagnóstico diferencial do cancro do pâncreas.

Leucocitose. A frequência de leucocitose é digna de atenção. Encontram-se, na literatura, raras referências, mas Arkin e Weisberg encontraram leucocitoses superiores a 12.000 em metade dos seus casos, geralmente, naqueles com metástases.

Foram feitas contagens em 69 dos nossos casos, tendo sido superior a 10.000 leucócitos em 40, e em 8 foi mesmo superior a 30.000.

Exame objectivo do abdomen. Em 38 de 92 casos apalpou-se um tumor na região superior do abdomen, geralmente, no quadrante superior direito. Na autópsia, viu-se que o fígado estava aumentado em 50 casos. Nalguns exemplos, mas poucos, o tumor primitivo do pâncreas era palpável, mas só quando tinha crescido para os órgãos vizinhos ou, como num caso, tinha formado um grande quisto. À palpação verificou-se aumento do fígado em 44 casos e da vesícula em 15, o que foi confirmado na operação ou na autópsia. Na autópsia encontraram-se 27 casos de vesícula distendida, 18 destes não tinham sido palpados. Estes resultados confirmam a lei de Courvoisier: a vesícula está dilatada na icterícia obstrutiva provocada por tumor.

Ascite. Apareceu ascite em mais de 24 de 86 casos. Demonstrou-se que a causa de algumas foi a invasão da veia porta ou dos seus ramos.

Glicosúria. Apareceu em 20 dos 100 doentes. Era geralmente pequena ou transitória. Só dois doentes se tornaram, definitivamente diabéticos. Segundo 14 autores, a incidência é de 9,4 %.

Hiperglicémia. O açúcar no sangue foi determinado em 18 casos, estava acima do normal em 10. Fez-se a prova da tolerância para a glucose em 4, tendo sido positiva em 2.

Anemia. Em 94 casos examinados houve: anemia grave

em 15, ligeira em 48, e em 31 a contagem de glóbulos rubros foi normal.

Absorção deficiente de gorduras e proteínas. O exame, cuidadoso, das fezes é do maior valor para o diagnóstico das doenças pancreáticas. Ficámos perplexos ao reconhecer que os sinais característicos da insuficiência pancreática mereceram tão pouca atenção por parte dos autores americanos de livros de medicina ou de artigos sobre o pâncreas; o mesmo não sucede com os autores alemães. Encontram-se perfeitamente estudados por Brugsch e Herming, nos modernos livros de estudo alemães, os principais métodos de exame.

O volume das fezes, na insuficiência pancreática é maior do que em qualquer outra doença. Isto já foi sublinhado, por Oser de Viena, há perto de 50 anos. A digestão deficiente, escreveu ele, apresenta-se frequentemente com um sintoma, que não raras vezes surpreende o próprio doente, e «que é o enorme volume de fezes que parece não estar em relação com a quantidade de alimentos ingeridos. Vi uma série destes casos em que fui levado, por este sintoma, a conjecturar que existia uma afecção pancreática, o que foi confirmado pela evolução da doença». Observou-se este facto em experiências, em animais. Um cão de 6.500 g. de peso, desprovido de suco pancreático, pelo isolamento do pâncreas do duodeno, acumulou em 4 dias fezes que pesavam 2.700 g. quando secas; úmidas igualavam ou excederiam, provavelmente, o peso do cão.

O aumento de volume é devido à maior quantidade de gordura e carne não absorvida, pelo intestino, e que é expulsa.

Na oclusão dos canais pancreáticos, as fezes, não só, são mais volumosas, como também o peso delas, secas, é maior do que em qualquer outro estado patológico. Com a dieta de Schmidt, durante três dias, o peso das fezes, secas, num indivíduo normal, anda à volta de 54 g. Num caso de insuficiência pancreática, registado por um de nós, o peso das fezes, secas, do doente submetido à dieta de Schmidt foi de 438 g.; isto foi excedido em 2 casos da nossa série actual, nos quais o peso das fezes secas, com a mesma dieta e durante o mesmo tempo, foi de 456 g. num caso, e de 463 g. em outro. Foi o maior valor registado. Não há qualquer outra doença em que o peso das fezes secas exceda 269 g. com esta dieta; na icterícia obstrutiva provocada por cálculos, no colédoco, pesam muito menos. Num caso, com a mesma dieta pesavam só 131 g. Para determinar o volume das fezes é, somente, necessário juntá-las durante 24 horas e examiná-las com cuidado.

Kuntzmann parece ter sido, o primeiro a associar a presença de gordura macroscópica, nas fezes, com a doença pancreática. Esta observação, dum simples caso publicado num obscuro «jornal» passou despercebida até que Richard Bright em 1883 num artigo intitulado «Cases and Observations connected with Diseases of the Pancreas and Duodenum» chamou a atenção para as fezes com o aspecto de manteiga, como sendo um sinal de doença pancreática. Observou e descreveu o aspecto das fezes em 3 casos.

No 1.º Caso: «O doente começou a enviar uma quantidade de matéria gordurosa e amarelada, assemelhando-se muito a manteiga que tivesse sido derretida e se solidificasse novamente». No 2.º Caso: «A substância gordurosa formava uma película espessa que cercava uma dejeção semi-fluída, e formava também massas duras, de espessura de moedas à superfície das fezes». No 3.º Caso: «Vi dejeções muito abundantes, de consistência pultácea, muito pobres em bilis e horrorosamente fétidas. O recipiente estava completamente cheio e observava-se à sua superfície uma espuma como sendo uma membrana, que se reunia e coagulava mais especialmente nas paredes da vasilha». Nestes três casos, encontrou-se, na autópsia, um cancro do pâncreas.

Tileston, trabalhando no Massachusetts General Hospital, durante a primeira década deste século encontrou massas macroscópicas de gordura nas fezes, em 5 de 6 doentes de cancro do pâncreas. Para este exame, é só necessário, escreveu «que as fezes sejam observadas, frequentemente, enquanto o doente estiver submetido a uma dieta rica de gorduras (de preferência, em quantidades proporcionais de manteiga, nata, ovos e azeite) e que as fezes quando moldadas possam ser

cortadas com uma faca, porque a gordura está muitas vezes no interior quando se não encontra à superfície».

Só em 3 dos nossos 100 casos se encontrou gordura macroscópica nas fezes. No primeiro anotou-se: «Fezes muito abundantes, sólidas mas não moldadas, de cor amarelo-pálida. Observou-se, na sua superfície, uma massa de 1 cm. de comprimento, por 5 mm. de largura e 3mm. de espessura com o aspecto de manteiga. Ao microscópio verificou-se que era de gordura, sob a forma de grandes glóbulos». No 2.º Caso: Encontrou-se à superfície das fezes uma substância semelhante à nata, constituída, principalmente, por grandes gotas de gordura». No 3.º Caso: «Apesar da dieta pobre em gordura, aparecia porções desta na superfície das fezes; a gordura estava solidificada e era completamente solúvel em éter».

Houve 3 casos em que foram observadas massas de gordura com o aspecto de manteiga ou de nata. Sòmente 3 em 100 casos! Foi o número achado por Bright nos poucos casos que teve oportunidade de estudar e menos 2 que Tileston encontrou na sua série de 6 casos. Que melhor conclusão, se pode apresentar, do descuido da simples inspecção das fezes nos nossos melhores hospitais! Para muitos destes casos foram feitos complicados exames laboratoriais, de escasso valor para o diagnóstico do cancro do pâncreas; mas um simples sinal, que é patognomónico da doença pancreática, só foi observado raramente.

Não se julgue que os outros hospitais americanos tenham realizado, sobre este aspecto, melhores observações: em 3 artigos com as análises de 225 casos de cancro do pâncreas autopsiados nos hospitais de Johns Hopkins, Duke Cook County não se lê em nenhum, um único caso em que tenha sido observado este sinal de insuficiência pancreática. Mas Thayer de Johns Hopkins registou um caso evidente, observado na sua consulta: «As fezes eram em quantidades enormes, semi-sólidas, e em seguida, por vezes, líquidas; não tinham cheiro característico, mas sim o de manteiga rançosa e continham grandes quantidades de gordura».

A presença de gordura macroscópica nas fezes pode ser um sinal precoce do cancro da ampola ou cabeça do pâncreas. Em dois dos nossos casos foi o primeiro sinal, evidente, da doença.

Na doença pancreática não há, geralmente, gordura macroscópica na superfície das fezes quando se ingere uma pequena quantidade de gordura, mas a presença de gordura, ácidos gordos e sabões dão às fezes uma cor de argila. Se os ácidos gordos ou sabões estão em grande quantidade sob a forma de cristais, a cor lembra a de uma pintura de alumínio ou asbestos. Na icterícia, a cor das fezes acólicas é devida à presença de gorduras ou dos seus derivados.

Quando Fitz publicou, em 1903, a sua cuidadosa revisão da literatura acerca da doença pancreática crónica, só conseguiu encontrar 15 casos de cancro do pâncreas com gordura macroscópica nas fezes.

Na insuficiência pancreática há, geralmente, só duas ou três dejecções diárias a não ser que o doente ingira grandes quantidades de alimento; ele próprio contará que misturadas nas fezes aparecem massas com o aspecto de manteiga ou nata.

Aparecem nas fezes, gorduras neutras, ácidos gordos e sabões de cálcio e magnésio. Ao microscópico vêm-se sob a forma de gotinhas, ou cristais com o aspecto de agulhas. As fezes não foram estudadas cuidadosamente ao microscópico até quase ao final do século passado. Carl Gerhardt julgou que as massas de cristais em forma de agulha eram de tirosina, mas Müller, então assistente da sua clínica des-

cobriu a sua verdadeira natureza. Quando o laboratório declara que as fezes de um doente icterico «não têm gordura» ou «excesso de gordura» é claro que não sabe reconhecer a sua existência. Esta resposta negativa foi dada em 10 casos ictericos da nossa série. Müller achou que mesmo nos casos de «icterícia catarral» 43,9 % das fezes eram gorduras.

Para determinar, mesmo grosseiramente, a quantidade de gordura, deve juntar-se a uma porção de fezes uma ou duas gotas de ácido acético a 30 %. Depois aquecê-las até ao ponto de ebulição. Este processo transforma os sabões em ácidos gordos. Foi descrito há já 50 anos por Adolph Schmidt mas é raramente usado. Por outro lado, emprega-se muitas vezes o Sudan III para demonstrar a presença e a quantidade de gordura. É um erro, porque não se coram os sabões que constituem 50 % ou mais da gordura. Só, quando os sabões são primeiro transformados pela fervura com o ácido acético, em ácidos gordos, se pode usar, com bons resultados o Sudan III.

Encontra-se em grande quantidade gordura microscópica nas fezes, em casos de icterícia obstrutiva e no sprue, mas gordura macroscópica misturada com matéria fecal só se observa na insuficiência pancreática, e por isso é um dado de grande valor diagnóstico. Müller afirmou, há já muitos anos, que a gordura das fezes, encontrada no exame microscópico, era constituída principalmente por gorduras neutras, o que indica uma falha na digestão pancreática; este facto é confirmado nalguns livros. Mais tarde, verificou-se, no entanto, que a percentagem da gordura neutra não aumentava em muitos casos em que havia uma falta completa da digestão pancreática. Neste último caso, bactérias e enzimas tinham transformado em ácidos gordos. Müller admite isto na sua autobiografia.

Há oitenta e sete anos (1864) Fles, um médico holandês escreveu que tinha encontrado um grande número de fibras musculares, não digeridas, nas fezes de um caso de atrofia extrema do pâncreas. Friedreich citou esta observação na sua monografia da doença do pâncreas publicada catorze anos mais tarde em «System of Medicine» de von Ziemssen que é raramente lida quer na tradução inglesa quer no original alemão. Fez esta observação: «é digno de toda a atenção o facto de se encontrarem fibras musculares não digeridas nas fezes, o que tem valor diagnóstico na doença pancreática». Que se tem prestado pouca atenção à sugestão de Friedreich, foi provado por Fitz, num trabalho feito 30 anos mais tarde, no qual só conseguiu, encontrar, na literatura, 8 casos indiscutíveis de doença pancreática, em que as fezes tivessem sido examinadas cuidadosamente ao microscópio. Apesar de 3 dos 8 doentes não apresentarem gordura nas fezes, encontrou-se em todos eles fibras musculares não digeridas. Há trinta e nove anos um de nós escreveu, baseando-se na sua experiência pessoal, que num exame microscópico das fezes «o sinal de maior crédito da falta de suco pancreático, no intestino, é a presença de fibras musculares de limites nítidos e com a estriação bem conservada».

Observações posteriores confirmaram a verdade desta afirmação. A este achado Ehrmann deu o nome de creatoreia. Brugsch, no seu livro, salienta a importância da presença de fibras musculares não digeridas para o diagnóstico de doença pancreática.

O valor deste exame é também reconhecido pelos franceses (Cabral e Parmentier). Tileston em 1911 escreveu «é regra encontrar-se, quando o suco pancreático é deficiente, grande número de fibras musculares; não só, não estão digeridas, como conservam a estriação transversal». Este «test» não é geralmente usado no nosso país, é-nos afirmado numa

EM 1950: PROMICINA

EM 1953: ATOXIMICINA

Sinergismo de acção sem efeitos secundários

Nova associação de antibióticos:

Sulfato de dihidroestreptomicina — Sulfato de estreptomicina

Procaína penicilina G — Penicilina G potássica

Vantagens:

MAIOR EFICIENCIA

NEUROTOXICIDADE PRATICAMENTE NULA

Atoximicina

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

RECONHECIDO EFEITO TERAPÊUTICO

ADULTOS

FORTE

INFANTIL

Caixas com 1, 3 e 5 frascos

Caixa com 1 frasco

Caixas com 1 e 3 frascos

Instituto Luso-Fármaco • Lisboa

3 PRODUTOS "CIBA"

com indicações comuns

Carbantren

Entero-Viofórmio

Formo-Cibazol

Dispepsias fermentativas e pútridas

Enterite, diarreias estivais

Perturbações gastro-intestinais

e com indicações específicas

Síndrome entero-urinário

Disenteria bacilar, colite

Profilaxia da peritonite em cirurgia

Antes e após as intervenções no intestino

Formo-Cibazol*

Cibazol, aldeído fórmico e Sapamina*

Tubos de 10 e de 20 comprimidos

Disenteria amebiana

Entero-colite

Enterite e cistite tuberculosa

Entero-Viofórmio*

Iodo-cloro-oxiquinoleína e Sapamina

Tubos de 10 e de 20 comprimidos

Gastrite, meteorismo

Intoxicações alimentares

Perturbações digestivas

Carbantren*

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

Tubo de 20 comprimidos

* Marcas registadas

monografia recente, por um grande estudioso desta doença. «Pratt parece poder asseverar, que o achado constante de grande número de fibras musculares não digeridas, tendo os alimentos demorado um tempo normal nos intestinos, é base diagnóstica de algumas doenças do pâncreas». Apesar da doença pancreática ter sido estudada por nós com cuidados especiais, não podemos falar deste exame com conhecimento pessoal; é, realmente, de admirar que tenha atraído tão pouca atenção, nos hospitais gerais, onde reunimos estes 100 casos.

A presença ou ausência de músculo não digerido foi anotado em 18 destes casos; só se verificou em 15 deles e em 4 ocasionalmente. Não nos foi fornecido o valor da quantidade de carne que estes doentes ingeriam. Não apareceram fibras musculares em 3 casos, mas 1 dos doentes tinha uma dieta sem carne, se exceptuarmos «50 g. de proteínas» duas vezes por semana. Em 3 dos casos positivos, verificou-se que a estriação transversal das fibras musculares estava conservada, e em 2 as membranas intactas. Para a análise ter valor deve dar-se pelo menos, 100 g. diários, de carne de vaca ou de porco cortada em pequenos bocados, durante 2 a 3 dias. Por vezes podem encontrar-se fibras musculares numas porções das fezes e noutras não. Para um maior rigor da análise deve dar-se com a carne uma cápsula com 0,2 g. de carmim, pesquisando-se então, nas fezes coradas, as fibras musculares não digeridas.

A pesquisa de alguns casos de insuficiência pancreática exige métodos químicos. Recomenda-se uma dieta, de preferência, a modificação da dieta de Schmidt por Nothman. É mais adaptável aos hábitos alimentares dos americanos do que a original. Contém as mesmas quantidades de gordura, proteínas e hidratos de carbono. Deve fornecer-se durante 3 dias carmim para marcar as fezes. Depois das fezes secas, calcula-se, quantitativamente, o seu conteúdo em gordura e azoto. Esta análise só foi feita em 4 dos nossos 100 casos, mas em 2 destes verificou-se com evidência a doença pancreática. O resultado negativo num caso foi devido à existência de um pâncreas acessório com um canal excretor na parede do duodeno.

A necessidade de reconhecer o grande valor de diagnóstico do exame das fezes é o facto mais importante que tirámos do estudo dos nossos 100 casos. Não fizeram menção das fezes em 14; em 40 não se registou nenhum exame microscópico; em 15, o exame microscópico foi completamente inadequado. Por exemplo, a um doente icterico com fezes abundantes e de cor de argila só se analisou microscópicamente uma única dejeção e declarou-se ser «negativa» apesar do que já afirmamos de a cor de argila ser devida à presença de gordura ou dos seus ácidos gordos ou sabões e de estarem num total de 40 % ou mais, nas fezes, mesmo na icterícia não obstrutiva. E pediu-se a pesquisa de sangue oculto, que existia em todas, a vinte e duas dejeções deste mesmo doente! Na autópsia, tanto o canal pancreático principal, como o colédoco estavam ocluídos. Sòmente em 11 da série dos 100 casos se anotou que as fezes eram cor de argila ou branco-acinzentadas e só em 2 que eram volumosas. Em 69 ou não se fez análise ou não foi satisfatória.

Sangue Oculto. Pesquisou-se sangue nas fezes em 86 casos. Encontrou-se em 54 (67 %), o que nos dá ideia da sua importância no diagnóstico diferencial do cancro do pâncreas. Englemann no seu estudo de 53 autópsias afirma que «este sinal, nestes casos, é devido exclusivamente a alterações do tubo gastro-intestinal, apesar das radiografias negativas».

Diastase no Sangue. Determinou-se a diastase no sangue em 17 destes casos e estava aumentada em 7 (40 %).

Esta percentagem parece ser a mais elevada até agora, e chama a atenção para a vantagem de um maior uso desta análise.

Num caso, que parecia ser de úlcera duodenal deu-nos o diagnóstico de doença pancreática. O doente tinha sido internado com a história de astenia progressiva, períodos de vertigens e uma vaga opressão no epigastro.

Lipase no Sangue. Com a técnica de Cherry-Crandall, Comfort e Osterberg viram ser positiva em 40,5 % de 69 casos de cancro da cabeça do pâncreas e Johnson e Bockus em 53,3 % dos seus 30 casos de cancro do pâncreas. McCall e Reinhold, obtiveram um aumento da lipase em 12 de 16 casos. Infelizmente, esta análise só foi realizada em 2 dos nossos casos e foi negativa em ambos.

Prova da secretina. Este processo, usado de acordo com o método de Ågren e Lagerlöf foi levado a cabo só em 2 dos nossos casos. Verificou-se em ambos, uma diminuição do volume do suco pancreático, uma alcalinidade baixa, e deficiência da tripsina, lipase e diastase, por outras palavras uma evidente insuficiência pancreática. Segundo alguns, este «test» não é sempre positivo. No entanto Nothman, recentemente, verificou ser positivo em 4 de 5 casos seus.

Análise do Suco Gástrico. Heiberg não encontrou ácido clorídrico livre em 5 dos seus 10 casos de cancro do pâncreas; existia em 7 de 11 casos da nossa série. Não tem interesse diagnóstico.

Velocidade de Sedimentação. A velocidade de sedimentação dos eritrócitos estava elevada em 9 dos 10 casos em que foi observada, superior a 50 mm. ao fim de 1 hora em 5, merece que seja pesquisada quando haja suspeita de cancro do pâncreas. Há poucas referências sobre este assunto; mas Stern registou 2 casos confirmados pela autópsia, em que o diagnóstico se baseou numa perturbação do metabolismo dos hidratos de carbono e no aumento da velocidade de sedimentação.

Exame da função hepática. Quando existe uma nítida alteração hepática provocada por icterícia obstrutiva, devemos estudar com cuidado a causa da obstrução, tendo sempre em mente o cancro do pâncreas. Num caso, os médicos não se impressionaram com os exames da função hepática que mostravam, claramente, a existência de icterícia hepatogénica e em vez de fazerem uma operação, com urgência, adiaram-na por dois meses; nesta altura, apesar de não se terem formado metástases, o tumor tinha crescido localmente, numa tal extensão, que a cura se tornara impossível.

Radiografias. Em 10 de 36 casos em que foi feito exame radiográfico do tubo gastrointestinal encontraram-se dados sugestivos de doença pancreática: em 3 defeito de repleção do duodeno, em 2 obstrução duodenal evidente, e nos outros cinco, massas extrínsecas deslocando o duodeno ou uma porção do estômago. Estes achados do R.X. são de menor valor para o diagnóstico, do que os obtidos pela inspecção do volume das fezes, e da gordura livre, exame microscópico de fibras musculares, análise química das fezes com o doente submetido a uma dieta-test, test da secretina, e a existência de fermentos pancreáticos no sangue.

Operação. Fez-se laparotomias exploradoras em 11 casos. Dois morreram no dia da operação; um no dia seguinte; os outros viviam, ainda, 3 a 30 dias depois. Fizeram-se colecistogastrostomias, gastroenterostomias, colecistoduodenostomias e colecistojejunosomias, não se registando sobrevivências superiores a 15 meses.

A operação de Whipple em 2 casos: num a morte surgiu devido à perfuração do jejuno, o outro doente viveu 18 meses, foi a maior duração de vida post-operatória dos casos

desta série. Ao todo realizaram-se 36 operações nos nossos 100 casos; 10 morreram durante a primeira semana depois da operação, 10 viveram um mês ou mais; e 9, dois meses ou mais. Só 5 viveram mais de cinco meses. A hemorragia foi a principal causa de morte durante as primeiras semanas; devemos no entanto, acentuar, que, exceptuando um caso, todas as intervenções foram realizadas antes da era da vitamina K.

O cancro do pâncreas é muitas vezes envolvido por uma zona de pancreatite crónica, provavelmente causada pela oclusão de pequenos ramos dos canais pancreáticos, pela neoplasia. As biopsias podem revelar somente a pancreatite crónica. Num caso, ainda precoce, foi executado o primeiro período da operação de Whipple, mas como o anatómopatologista só encontrasse, na biópsia, pancreatite crónica, a intervenção não foi completada. Num caso em que foi feita uma pancreatoduodenectomia, o anatómopatologista, observou que a porção do pâncreas removida mostrava muita fibrose, mas não cancro; a autópsia revelou que os gânglios linfáticos à volta do pâncreas eram sede de cancro. Bauman descreveu um caso idêntico.

Anátomo-Pathologia. Obteve-se uma descrição pormenorizada do aspecto macroscópico do pâncreas em 86 casos. Em 16 verificou-se um aumento nítido do órgão. O pâncreas maior pesava 640 grs. e media 16 por 9 por 9 cm.; o tumor abrangia toda a glândula. Nenhum outro se lhe aproximou em tamanho. Outros pesos anotados, nos protocolos, foram de 300, 250, 160 g.; muitos tinham 6 cm. ou menos de diâmetro. Em 4 exemplos, o pâncreas parecia mais pequeno e em 1 era, de certeza, mais pequeno do que o normal. Em 1 caso, o tumor só media 1,5 cm. de diâmetro.

Vinte e nove dos tumores podiam ser classificados de cirróticos, nenhum foi descrito como mole ou medular. Entre 24 casos reunidos por Oser, 19 eram «fibrosos» e 1 medular; 3 cancros «gelatinosos» e 1 adenocarcinoma.

No exame microscópico do tumor do pâncreas em 73 dos nossos casos verificou-se que 21 eram acinosos e 12 tubulares. Em 11, as células eram cilíndricas ou cúbicas; 12 eram adenocarcinomas.

Trombose venosa. Diz-se que é muito mais frequente no cancro do pâncreas do que de outro qualquer órgão. A trombose ou a invasão da veia porta ou dos seus ramos ocorreu em 8 dos nossos casos. A veia cava inferior foi invadida ou comprimida em 3 casos. Apareceram metástases hepáticas em 54 % dos casos de cancro da cabeça e em 71 % dos casos de cancro do corpo e cauda. As metástases pulmonares ocorreram em 18 % dos casos de cancro da cabeça e em 33 % dos casos de corpo e cauda.

CONCLUSÕES

- 1) O diagnóstico do cancro do pâncreas deve ser feito precocemente, para que a cirurgia possa ter algumas probabilidades de êxito. Os pequenos resultados obtidos são devido principalmente à formação de metástases antes da operação.
- 2) Se os sintomas ou sinais são sugestivos de cancro do pâncreas deve ser feita o mais rapidamente possível, uma laparotomia exploradora. Esperar-se por um diagnóstico definitivo pode ser fatal. Se o doente vem sofrendo há semanas ou meses, de dor intensa, moderada ou ligeira em qualquer região do abdomen, quer paroxística ou constante, se

teve grande perda de peso e se os exames objetivos e radiográficos do tubo gastro-intestinal são negativos justifica-se um diagnóstico provável de cancro do pâncreas.

Nos casos precoces de cancro do corpo e cauda não há diminuição de suco pancreático.

- 3) O enorme aumento do volume das fezes indica ausência de suco pancreático no intestino, em nenhum outro estado patológico, as fezes são assim, em tão grande quantidade. O seu peso, quando secas é, muito superior ao normal.
- 4) A existência de gordura macroscópica nas fezes com o aspecto de manteiga ou de nata, quer à superfície, quer envolvendo porções líquidas é um sinal patognomónico. Isto é sabido desde Richard Bright, há mais de 100 anos. Para se diagnosticar, com segurança, a insuficiência pancreática, a dieta deve conter grandes quantidades de gordura. Gordura intimamente misturada com as fezes aparece na icterícia obstrutiva, provocada por cálculos, devido à absorção deficiente de gordura motivada pela ausência de biliar. A cor de argila deve-se à presença de grandes quantidades de gorduras, ácidos e sabões e não há ausência de biliar como se pensava anteriormente.
- 5) O achado de maior valor no exame microscópico é a presença de grande número de fibras musculares não digeridas. Os seus limites estão intactos e a estriação transversal bem conservada. Para que os resultados desta análise sejam dignos de confiança, o doente deverá, ingerir, diariamente, 100 a 150 g. de carne de vaca ou de porco partida em pequenas porções e cruas ou mal cozidas. A não ser que haja uma passagem anormalmente, rápida, dos alimentos pelo intestino, esta análise, quando positiva, serve de diagnóstico da doença pancreática. O tempo que a comida permanece nos intestinos, é facilmente determinado dando 0,2 g. de carmim com a carne. Na icterícia obstrutiva por cálculos, a carne é bem digerida.
- 6) O test da secretina, com a técnica de Ågren e Lagerlöf demonstra, claramente, se existe, a deficiência do suco pancreático.
- 7) Geralmente, não se encontra nem lipase, nem diastase no soro, no cancro do pâncreas, mas quando aparecem são importantes para o diagnóstico de doença pancreática.
- 8) Icterícia sem dor é geralmente devida à obstrução do canal biliar comum, por um tumor, como desde há muito se pensava. A vesícula está geralmente dilatada quando a obstrução é causada por cancro do pâncreas (Lei de Courvoisier), mas muitas vezes não é palpável. Há frequentemente, nesta doença aumento do volume do fígado.
- 9) Muitas vezes, há febre nos casos avançados do cancro do pâncreas. Aparece também, muitas vezes, uma leucocitose nítida.
- 10) Exames da função hepática e a demonstração de sangue oculto nas fezes desnorreiam e levam a demoras inúteis na operação. A icterícia obstrutiva produz uma rápida alteração da função hepática o que tem originado confusões com hepatite primária.
- 11) Apareceu sangue oculto nas fezes em 62 % dos nossos casos de cancro mas não tem valor para o distinguir das doenças gastro-intestinais.

(BROWN; MOSELEY, PRATT e PRATT. The American Journal of the Medical Sciences. 349; Abril de 1952).

S U P L E M E N T O

MOSAICOS NORTENHOS

XLVIII

“Se foi e é fácil a acusação, também não custa a defesa”

Tenho analisado com minúcia o último relatório publicado pelo Conselho Geral da *Ordem dos Médicos* e dele tenho transcrito largos bocados, com o fim de esclarecer a posição adoptada pelo nosso organismo corporativo em face do apaixonante problema do *seguro-doença*.

Interessado, desde há muito, pelo assunto, não se estranhará que o continue a ventilar, sempre com serenidade e a mesma intransigência. A razão do meu insistir reside, precisamente, na crença que aquento de ser possível realizar uma obra muito superior àquela que se está executando.

Não tenho por hábito criticar sem que aponte os motivos, nem tão pouco costumo deixar de expor a maneira como encaro a solução dos problemas que comento. Assim, a minha crítica não é demolidora, e embora seja persistente, tem um sentido construtivo que só a miopia da paixão não deixa ver nas suas reais proporções.

Circunscrito à fórmula doutrinária do problema, sempre tenho procurado cingir-lo às directrizes do Estado, de modo que *corporativismos, anseios de justiça social mais bem distribuída e ética hipocrática* consigam entrelaçar-se numa obra prestigiante e nunca degladiarem-se como elementos de tendências opostas e divisionárias.

Se hoje redigo o que bastas vezes já tenho afirmado, isso apenas significa que, por um lado, me satisfaz a confirmação de uma atitude isenta de interesse e, por outro lado, o contacto e conhecimento do meio, me ensinou que esse pregar se impõe, porque nem sempre há reciprocidade de boas intenções e de lealdade, quando se entrecrocam critérios divergentes e apaixonantes. O meio ambiente não está isento de hábitos maldosos e não permite que se prossiga no caminho rectilíneo, sem, de quando em quando, se bradar, que assim se procede por bem e a bem de todos.

EXPLICAÇÕES NECESSÁRIAS

Transcrevi no *Mosaico* anterior a parte do *Relatório* que denuncia a mágoa do Conselho Geral da *Ordem* por não ser aproveitada a colaboração que sempre ofereceu à *Previdência* e terminei aquele traslado pelos períodos que hoje volto a transcrever, para que os leitores, com facilidade, encontrem o fio da meada e possam, sem voltar atrás, entender o que a seguir aparecerá:

«Quase três anos dobraram já, sem que delas se partisse para uma nova resolução

definitiva. A Ordem foi insistindo por eles adiante, e a sua insistência, como sempre acontece, tornou-se enfadonha e tomou-se, em certos quadrantes, como hostilidade contra a própria Previdência».

Depois deste desabafo, que com razão e oportunidade se publicou naquele *Relatório*, logo segue o período que serviu para título destas minhas considerações:

«SE FOI E É FÁCIL A ACUSAÇÃO, TAMBÉM NÃO CUSTA A DEFESA».

E esta segue-se, incisiva e clara, de modo a não deixar duvidar, nem permitir teimosias:

«...a *Ordem* vai direita a ela, pelos caminhos claros em que sempre anda, e desfaz aqui, com toda a energia, a confusão de muitos, o equívoco de tantos e, até, a má vontade de alguns. Uma coisa são os princípios, os conceitos e os objectivos da *Previdência Social*, outra coisa são os sistemas ou os modos de realização da *Previdência Social*. Distinga-se, e distinga-se com nitidez, porque é na distinção que está o sentido e o valor das atitudes».

«Os princípios da *Previdência Social* foram sempre aceites e louvados pela *Ordem*. Quando a *Previdência* ia no auge, há quatro anos, em Fevereiro de 1949, o Conselho Geral mandou a todos os médicos uma circular — *SOBRE A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA MEDICINA* — em que se esclarecia o que era a *Previdência Social*, se lhe reconhecia uma «ideia nobre e alta», a «ânsia de justiça que palpita no seu fundo», se compreendia a posição por ela criada à medicina, «aceitando-a alegremente no que tem de enobrecedor para o homem, sacrificando ao bem comum muito do nosso bem individual», e se afirmou «o mais entranhado desejo de colaborar em obra tão vasta, tão difícil e ao mesmo tempo tão bela». Não se pode destruir o que está escrito e dele fica, iniludivelmente, a posição da *Ordem* quanto aos princípios da *Previdência Social*».

«Diferentemente, o nosso sistema de realização da *Previdência Social*, foi sempre condenado pela *Ordem* em alguns dos seus aspectos. Desde o princípio se disse, que a organização, nascida duma ânsia de justiça social, tornava «aflictivas as condições de vida duma classe social». E por estes anos fora se tem mostrado e explicado e repetido a situação de verdadeira excepção que a *Previdência Social* cria aos médicos portugueses. É evidente que à *Ordem* incumbe

— até por lei — a defesa primeira dos interesses dos seus associados. Mas, acentue-se com bom realce, nem só aos interesses médicos se dedicou atenção. Os estudos da *Ordem* ou dos seus membros directivos alargaram-se por todos os problemas da *Previdência Social*, e numa extensão e numa profundidade que não receia confronto com as de qualquer outro sector. Estudos que não foram de crítica inimiga, sistematicamente adversária, mas de crítica construtiva, apontando soluções ou iluminando caminhos novos. Ainda o ano passado, no *Boletim do Conselho Geral*, ao registar a presença do *Bastonário* na Comissão organizada para o estudo da *Previdência*, se dizia»:

«Não deixaremos, também, de propor, no mesmo lugar e ao lado dos direitos da medicina e dos médicos o que melhor entendemos para o interesse dos beneficiários, para a execução da assistência e para o funcionamento da própria instituição do seguro. Temos da nossa *Previdência* uma lição que os outros de certo não possuem de igual amplitude: acompanhámo-la intimamente, vivemos a sua vida, ouvimos as queixas, sentimos as insuficiências, partilhamos dos benefícios, doem-nos as faltas, tanto as nossas como as que afectam aqueles que em nós procuram alívio. Se isto nos impele para responsabilidades que não enjeitamos, a elas nos vincula ainda o muito que afinadamente temos estudado, a experiência dos outros, o que no mundo, e especialmente na nossa Europa, já vai feito e comentado pelo delicado caminho dos seguros sociais».

«A *Ordem* não é, como se vê, contra os princípios da *Previdência Social*. Nem, tão pouco, contra a *Medicina Social*. Lembra, no entanto, e lembra com a sua especial autoridade, que para saber o perfeito sentido da *Medicina Social*, não basta ser doutrinário ou técnico do social, impõe-se, também, ser médico. E a maior desgraça da *Medicina Social* é ter sido feita, legislada e posta em acção por quem não sabe de medicina e, ignorando-os, desarticula e mutila os princípios que formam a real essência da medicina».

E depois de mais algumas considerações, lê-se ainda, naquele *Relatório*:

«Apesar das explicações mais variadas,

das atitudes claras, das ofertas repetidas e, até, das esperanças teimosas, nada se conseguiu... Entende, no entanto, o Conselho que, mesmo não atendidos até agora, os problemas não podem ser abandonados; por maior que seja a sua mágoa, a Ordem tem o dever de os continuar a defender e a valorizar».

COLABORAÇÃO... E PORQUE NÃO?

Revisto o panorama actual da nossa *Previdência* e, a sua história destes últimos nos, acabamos por chegar a conclusões que desagradam e espantam.

Mas tudo quanto se vê e sente, impõe modificações profundas e a primeira será,

sem dúvida, no sentido de se estabelecerem laços de coordenação entre os diferentes organismos corporativos que estão ligados à *Previdência*.

Desconhecer a *Ordem dos Médicos*, actuando no campo da Medicina como se aquela não existisse, é prosseguir num caminho falso e impróprio das directrizes do nosso Estado.

Deixemos o passado — que sob este aspecto não é risonho — e aceite-se a colaboração tantas vezes oferecida. Só desta forma a *Previdência* poderá receber o impulso benéfico que a situe e imponha como uma realização grandiosa da hora presente, que nos orgulhe e enobreça.

M. DA SILVA LEAL

NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL REUMATISMO ARTICULAR, ETC.

IODO P₂

AMPOLAS — GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO
COM SOLU P₂

PREVENÇÃO DOS ACIDENTES
HEMORRÁGICOS. MELHOR
TOLERÂNCIA DO IODO

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

Instituto Português de Oncologia

No dia 23 de Abril, no I. P. O., o Dr. Américo Prates fez uma conferência subordinada ao tema «A propósito de um caso de degenerescência maligna de osteíte de Paget». Depois de evocar a primeira descrição feita por James Paget sobre a doença, descreveu os principais factos relacionados com a frequência, idade, características clínicas, anatómo-patológicas e radiológicas da doença de Paget. Finalmente, apontou as suas complicações, descrevendo um caso de observação pessoal em que houve a transformação maligna da doença de Paget.

No dia 30, o Dr. Neves de Almeida falou, ali, de «Tumores do véu do paladar», tema que desenvolveu de forma a despertar o maior interesse da parte do numeroso auditório e que documentou com a casuística do Instituto.

*

O Dr. Eurico Branco Ribeiro, director do Sanatório de S. Lucas, mestre do Capítulo de S. Paulo, do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e membro da comissão directora do Colégio Internacional de Cirurgiões, que veio a Lisboa no intuito de estreitar relações profissionais com os cirurgiões portugueses, fez, no dia 8, no I. P. O., uma conferência intitulada «Detalhes de técnica em cirurgia gástrica». Depois de calorosa saudação aos cirurgiões portugueses, o Dr. Eurico Ribeiro fez um convite aos mesmos para se fazerem representar, por numeroso grupo, no Congresso Internacional de Cirurgia que se realiza, em Abril de 1954, na cidade de S. Paulo. Prosseguindo, insistiu na necessidade de se intensificar o intercâmbio de ordem cultural entre médicos portugueses e brasileiros, afirmando que a melhor oportunidade para essa realização seria a da época das próximas comemorações do 4.º centenário de S. Paulo.

Passando a ocupar-se do tema da sua conferência, expôs exemplos da sua experiência pessoal, defendendo determinada técnica para o melhor êxito das gastrectomias. O conferencista documentou o seu trabalho com um esplêndido filme colorido.

Dr. Mário Damas Mora

De regresso de Copenhague, onde fora assistir ao II Congresso Europeu de Alergia, encontra-se em Paris o Dr. Mário Damas Mora, a quem foi oferecido pelo Prof. Pasteur Vallery Radot um almoço na Casa da América Latina, a que assistiram vários médicos do serviço deste professor e o Dr. X. Leclainche, director-geral da Assistência Pública de França. No final o Prof. Pasteur Vallery Radot ofereceu ao nosso compatriota a medalha de ouro do Centenário de Pasteur.

ECOS E COMENTÁRIOS

OS 25 ANOS DE SALAZAR

Estava em Barcelona no dia 27 de Abril, e então tomei parte, com numerosos portugueses, no Consulado de Portugal, na sessão de homenagem que comemorou o XXV aniversário da entrada do Dr. Oliveira Salazar no Governo. Depois, voltei a Espanha e estive em França e na Bélgica, onde assisti a várias reuniões, e não me foi possível, como desejava, há mais tempo, fazer referências a um acontecimento que me parece não serem descabidas numa revista de assuntos médicos e paramédicos, porque Salazar projectou a sua presença, como nenhuma outra pessoa até agora em Portugal, nos sectores relacionados com a vida médica.

Regressado ao país, quero deixar aqui expressas algumas palavras que traduzam a alta consideração, o respeito, a admiração e o reconhecimento que, como português e como médico, devo manifestar pelo Presidente do Conselho, fora de preocupações de regimes políticos. Estou certo de que nenhum leitor de «O Médico» — que é órgão de todos os médicos portugueses, independentemente de ideologias e de preocupações pessoais e de interesses profissionais de quem quer que seja — nenhum leitor se enfastiará com as breves palavras que vou dedicar ao Dr. Oliveira Salazar, associando-me assim à manifestação nacional que lhe foi tributada. Creio que ninguém achará descabido este «eco», porque foi o ilustre Presidente do Conselho quem, com a sua obra de estadista excepcional, deu lugar às múltiplas realizações que enchem de júbilo aqueles que, como nós, médicos, estão mais em contacto com as necessidades do sector da saúde pública.

Sentimos impaciências com a lentidão de certas realizações; indignamo-nos perante as injustiças com que a classe médica é, por vezes, tratada; queixamo-nos do abandono a que são, em certas circunstâncias, votados alguns assuntos de saúde pública; enfim, queríamos muito mais e melhor; mas temos de confessar que, sob a égide de Salazar, tem sido imenso e valioso o trabalho realizado no campo da assistência social. O nome do Dr. Oliveira Salazar, sejam quais forem as vicissitudes pelas quais o país venha a passar, há-de perdurar também, pelos tempos fora, quando se fale em hospitais, em dispensários, em assistência aos leprosos, aos doidos, às crianças, aos velhos, à maternidade, mesmo à tuberculose... E, a propósito, seja-me permitido aludir a uma conversa que tive com a Rainha D. Amélia, na primeira vez que a visitei após a guerra, em Versalhes, pouco depois de ter vindo a Portugal.

Quase tudo o que essa Senhora me

disse, nessas duas inolvidáveis horas que generosamente me reservou, ao falar de médicos, de medicina, de assistência — foi um hino de admiração pela obra de Salazar. Falamos de numerosos assuntos, e veio também a questão dos nossos tuberculosos e das insuficiências em que se encontravam os serviços da luta anti-tuberculosa. A Rainha D. Amélia lamentou que a sua grandiosa Obra da Assistência Nacional aos Tuberculosos não se tivesse desenvolvido como outros sectores da nossa administração pública e que estivéssemos ainda tão atrasados em relação à maioria dos

países da Europa — em Portugal, onde a tuberculose campeia enormemente. E a Rainha exclamou: — Salazar não tem tempo para tratar de tudo!

*

Há poucos dias, fui convidado para almoçar em casa dum ilustre colega de Bordeus. Éramos 22 os convivas, todos franceses, menos dois: um inglês e eu. À sobremesa, o dono da casa, dirigindo-se ao professor inglês — era a época da coroação — bebeu pela saúde da Rainha da Inglaterra. Depois, voltando-se para mim, disse que desejava a saúde de Salazar; e todos os assistentes, com evidente sinceridade e manifesto entusiasmo, levantaram as suas taças pelo nosso Presidente do Conselho, gritando, voltados para mim, três vezes: Viva Salazar!

*

Salientemos, pois, dois factos:

Por um lado, a larga série de realizações no campo da assistência social que foram possíveis graças à estabilidade e superior visão dos governos presididos por Salazar; por outro, o prestígio incontestável e sempre crescente do Presidente do Conselho de Portugal no Mundo. Quantas vezes, eu, ao ser carinhosamente recebido e tratado com manifestações de simpatia em muitos países, sinto que isso traduz o afecto e a consideração pelo nosso país, engrandecido aos olhos do Mundo pelo nosso Presidente do Conselho. Nós, médicos portugueses, sentimo-nos, lá fora, por assim dizer apoiados, na nossa participação em reuniões e no convívio com colegas estrangeiros, pela projecção e prestígio que gosa o nosso país, sob a égide de Salazar....

M. C.



LONGACILINA

N, N'-Dibenziletilenadiazina-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

DR. MÁRIO CARDIA

Regressou a Portugal o nosso director, Dr. Mário Cardia, que tomou parte no Congresso celebrado em Bordeus pela Sociedade Francesa de Ginecologia, a que pertence, e onde apresentou um trabalho e foi alvo de muitas homenagens, tendo presidido a uma das sessões. A seguir, como «convidado de honra», assistiu ao Congresso da Sociedade de Ginecologia e de Obstetrícia do Mediterrâneo Latino, que se realizou em Valência, com a assistência de médicos franceses, espanhóis e italianos. Esteve também em Paris e na Bélgica, assistindo ao Congresso Internacional da Imprensa Médica, e foi convidado a tomar parte nas Jornadas Médicas de Bruxelas.

TERMAS DO CARVALHAL

(Considerações derivadas da análise de 1951)



Termas do Carvalhal — Vista-Geral

INTRODUÇÃO

Em comunicação ao I.º Congresso Luso-Espanhol de Hidrologia, em 1947, procurámos descrever estas Termas «pouco conhecidas do público e dos médicos», como as classificava, em 1934-35, *Le Portugal Hydrologique et Climatique*, diligenciando assim torná-las menos ignoradas.

Baseámos a descrição nos dados conhecidos ao tempo, em particular os fornecidos na sua primeira análise, efectuada em 1928 pelo Sr. Prof. Charles Lepierre, em face da qual as havíamos considerado:

Hipotermas (21° a 29,5° C), hipossalinas, sulfúrias sódicas, alcalinas (carbonatadas sódicas), silicatadas, cloro-sulfatadas, ferruginosas e radioactivas, com rádio de constituição e doses ponderáveis de arsénio, fluor, manganésio, cobre, lítio, alumínio, manganésio, etc.

Em obediência às disposições legais e à determinação das estâncias superiores, iniciou, em Novembro de 1951, o Sr. Prof. A. Herculano de Carvalho, nova análise, cujos resultados vieram alterar bastante a classificação que passa a ser:

Águas hipotermas (20,2° a 23,9° C), hipossalinas, sulfúrio-fluoretadas, alcalinas, silicatadas, azotadas e muito radioactivas, com rádio de constituição e doses relativamente elevadas de bromo, cobre e céσιο.

Por isso, cumpre-nos, como director clínico da estância, dar sucinto conhecimento do que se veio a apurar nesta

última análise e que vem, de certo modo, justificar as propriedades terapêuticas que, de há muito, se vinham verificando.

Transcrevem-se do respectivo relatório, entre outras em que se alude à «excepcional qualidade das águas» e às «belezas da região», as seguintes conclusões:

«A água das Termas do Carvalhal é uma sulfúria-fluoretada alcalina bem caracterizada, apresentando o mais alto nível nos teores do fluoreto e do silicato».

«Estamos em face dum caso hidrológico interessantíssimo, bem merecedor de atenção...»

«Trata-se de águas irmãs...»

«A água das termas do Carvalhal apresenta-se como um caso de grande interesse: a diversidade das substâncias dissolvidas, os níveis elevados do pH e dos teores de fluoreto e do silicato, conferem-lhe um impressionante carácter de *droga composta* de acentuada complexidade...»

«...encontram-se por cima de trinta substâncias diferentes, notando-se entre elas alguns elementos raros...»

«O silicato que raras vezes existe nas nossas águas, mas cuja concentração na água das Termas do Carvalhal é notável...»

«Têm hoje fácil acesso pela estrada de Viseu a Lamego e situam-se numa

ELEMENTOS FORNECIDOS PELA ANÁLISE DE 1951

Eis alguns valores obtidos nesta última análise, em confronto com os obtidos na de 1928

FONTES	N.º 1		N.º 3		N.ºs 4 e 5		N.º 6	
	1928	1951	1928	1951	1928	1951	1928	1951
Temperatura.	15,8	20,2	25,2	22,4	24,5	23,7	25,1	22,
Resíduo (mgrs).	214	302	268,1	328,4	286,7	315,6	327,9	524,4
Sulfuração total	16,6	23,9	27,0	25,6	23	9,9	32,0	26,0
Alcalinidade	1,52	2,24	2,16	2,34	2,00	2,24	2,24	2,5

FONTE N.º 2 (S. Lázaro)		1928	1951
Temperatura		25°	23,9°
Resíduo seco		291,5 mgrs. (130°)	302,0 mgrs.
Condutibilidade eléctrica (18°)		34,10 ⁻⁵	37,10 ⁻⁵
Alcalinidade		2,16	2,22
pH		—	9,17 a 9,23
C O ₂ total		50,9	49,0
Si O ₂ total		74,1	92,5 (65,7 pelo método ponderal)
Silicato (Si O ₃ H ⁻)		61,4	65,8
Cloreto (Cl ⁻)		25,2	28,2
Brometo (Br ⁻)		—	0,15
Fluoreto (F ⁻)		0,10	24,1
Sulfato (S O ₄ ⁼)		13,2	2,4
Sulfureto (S H ⁻)		5,28	3,90
Tiosulfato (S ₂ O ₃ ⁼)		1,34	1,40
Sódio (Na ⁺)		88,3	93,7
Cálcio (Ca ⁺⁺)		2,4	3,6
Magnésio (Mg ⁺⁺)		0,55	0,05
Ferro (Fe ⁺⁺)		3,4	0,11
Manganésio (Mn ⁺⁺)		0,64	0,013
Alumínio ()		0,38	0,38
Cobre (Cu ⁺⁺)		0,005	0,019
Zinco (Zn ⁺⁺)		—	0,015
Césio (Cs)		—	vestígios acentuados
Rádio (Ra)		0,92. 10 ⁻¹²	< 1,10 ⁻¹¹
Radão (Em milimicrocurjes)		5,5	32,5

UMA NOVA PENICILINA

OBTIDA POR SÍNTESE NOS LABORATÓRIOS ATRAL

LENTOCILIN

(N,N'-dibenziletilenadamina dipenicilina G)

14 DIAS de níveis terapêuticos eficazes

16 VEZES menos de reacções alérgicas

Bastante mais estável

INJECTÁVEL:

LENTOCILIN - 600

LENTOCILIN - 900

ORAL:

LENTOCILIN - SUSPENSÃO

LENTOCILIN - CÁPSULAS

LABORATÓRIOS ATRAL

região de muito agradável paisagem e de excelente salubridade».

Acrescentaremos, fundamentando-nos ainda no referido relatório:

1.º=O ião silicato, raro nas águas portuguesas, encontra-se apenas nas de Cabeço de Vide, Vizela e Termas do Carvalhal;

2.º=A elevada alcalinidade torna, de certo modo, comparáveis as águas das Termas do Carvalhal às de Vizela (Médico) e Moledo (Piscina);

3.º=São 32 as substâncias existentes, em quantidade apreciável, nas Termas do Carvalhal, a saber:

a)=13 aniões (Cl⁻, Br⁻, F⁻, S H⁻, B O₃⁻, N O₃⁻, C O₃H⁻, Si O₃H⁻, C O₃⁻, S O₄⁻, S₂O₃⁻, P O₄H⁻ e AsO₄⁻):
b)=12 catiões (Na⁺, K⁺, Li⁺, N H₄⁺, Ba⁺⁺, Ca⁺⁺, Mg⁺⁺, Fe⁺⁺, Mn⁺⁺, Cu⁺⁺, Zn⁺⁺ e Cs⁺⁺).
c)=5 indissociados (Si O₂, Al O₂H, Ti O₂, N₂ e matéria orgânica); e
d)=2 radioactivos (Rádio e Radão).

4.º=Sendo de 12,1 mgrs. por litro a dosagem do fluorião nas águas do Gerez (3,6 % da mineralização total) e de 13,6 mgrs. nas águas da Cavaca (2,5 % da mineralização total), parece serem actualmente as águas das Termas do Carvalhal, com 24,1 mgrs. (7 % da mineralização total), as mais fluoretadas conhecidas, absoluta e relativamente.

Se a célebre água Spudel, de Karlsbad, oito vezes menos fluoretada que a do Carvalhal, invoca como título de nobreza o fluor que contém, que havemos de pensar e concluir das nossas!...

CONDIÇÕES GERAIS E DE AMBIENTE

Em face do exposto, somos levados a reconhecer que se trata de um valioso recurso terapêutico, que bem merece o interesse de todos, a Bem da Nação e da legião dos doentes e dos diversos deficitários orgânicos e heredo-distróficos que dele podem beneficiar.

O local é magnífico, situado à altitude de 500 metros numa das regiões mais belas de Portugal, numa larga bacia como não há em nenhuma do mesmo tipo. Rodeado de colinas bastante distantes e cobertas de pinheiros que o protegem dos ventos, principalmente dos de oeste, atravessado pela estrada Nacional de 1.ª N.º 2, de Chaves a Faro, a 29 quilómetros de Viseu, e com carreira de caminhetas entre esta cidade e a de Lamego, oferece as melhores condições para diversos tratamentos e tem acesso relativamente fácil para todo o país.

O clima é doce, seco, sem ventos (reduzidos a uma viração bastante constante e suave), sem os calores que se notam na maioria das outras estâncias e com pequenas variações de temperatura, ar puríssimo e embalsamado pelas essências resinosas e acção nitidamente sedativa.

De há muito, tem revelado esta estância acentuada eficácia no tratamento de doenças crónicas da pele (eczemas secos e húmidos, acne, seborreia, impetigo, sicose, liquen, pênfigo, prurigo, etc.), enterocolites espasmódicas com prisão de ventre e disepatia, ginecopatias de tipo catarral, anemias, intoxicações, reumatismo, sífilis, etc., não estando ainda, devido à data recente da última análise e à falta de determinados elementos de estudo, devidamente definida a sua especialização.

Ainda a valorizar a estância, existem próximo vários motivos de ordem turística, bastando citar, entre outros: o Templo das Siglas, na Ermida, coevo da fundação da nossa nacionalidade, em estilo românico e classificado monumento nacional, as igrejas matrizes de Castro Daire e de Reriz, a carvalha do Presépio, o Pôco dos Molgos, as cascatas da Pombeira, o panorama do Calvário (Castro Daire), os palácios das Carrancas (Castro Daire) e da família Amaral (Fareginhas), a Várzea de Reriz, a Veiga de Campo Bemfeito, as Portas de Montemuro, a inscrição bilingue de Lamas, etc. e, mais afastados, a região de Lafões e as cidades de Lamego e Viseu e seus arredores.

Há um estudo para as captagens e para a edificação dum balneário moderno e foi aprovado o plano de urbanização da estância.

Está já efectuada a ligação à rede telefónica (Telef. n.º 78.243) e estão iniciadas as obras para a iluminação eléctrica.

Abster-nos-emos de repetir várias outras circunstâncias e pormenores, já expostos na comunicação feita em 1947, ao 1.º Congresso Luso-Espanhol de Hi-

7 Laboratório Ulzurrun, L. da

O Laboratório ULZURRUN, LDA. apresenta à Ex.ª Classe Médica o seu preparado anti-tuberculoso

PASIDRAZIDA

associação de hidrazida do ácido isonicotínico
com o paramino salicilato de cálcio

Composição:

COMPRIMIDOS		GRANULADO	
Hidrazida	15 mgs.	Hidrazida	0,3 gr.
PAS cálcio	500	PAS cálcio	10
(por comprimido)		Excipiente aprapr. q. b.	100

Indicações:

Em todas as formas de tuberculose, especialmente na pulmonar

Apresentação:

Frasco de 100 comprimidos	70\$00
Frasco de 200 grs. de granulado	50\$00

Amostras e literaturas à disposição da Ex.ª Classe Médica

ZONA INDUSTRIAL DOS OLIVAIS TELEFONE, 39.9051

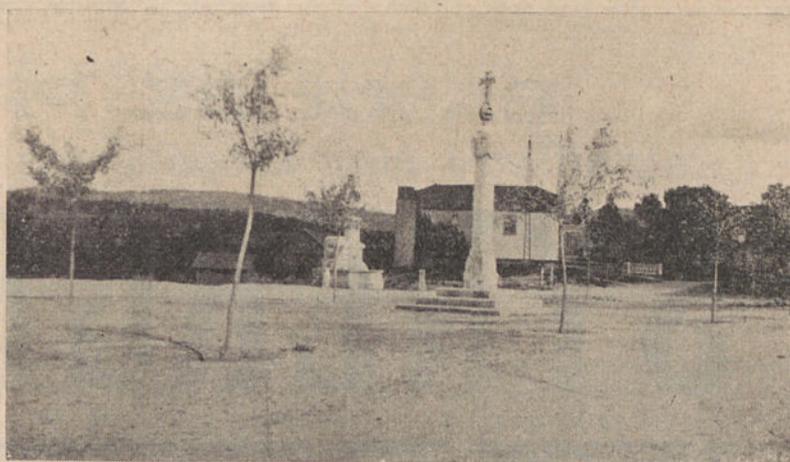
drologia, podendo quem o desejar reportar-se àquele trabalho que foi publicado, em 1943, no N.º 284 do «Jornal do Médico».

CONCLUSÃO

1.º — As Termas do Carvalhal têm as melhores condições para se tornarem um valioso recurso no tratamento de várias doenças e estados distróficos, em particular de doenças de pele e do aparelho digestivo:

2.º — Por isso, merecem que lhes seja dispensado, por quem de direito, o devido carinho, de modo a desenvolvê-las à altura dos seus méritos e possibilidades e se tornarem convenientemente conhecidas.

CONSTANTINO A. CARNEIRO.



Termas do Carvalhal — Avenida das Termas e Cruzeiro dos Centenários

APÊNDICE

**RELATÓRIO DA ANÁLISE DAS ÁGUAS DAS TERMAS DO CARVALHAL
CÓPIA PARCIAL**

Comparação das várias nascentes das Termas do Carvalhal

O quadro a seguir permite uma fácil comparação

Nascentes:	1	2	3	4-5	6	
	BUVETTE	S. LÁZARO	JUVÊNICA	DEPÓSITO	S.ª DA SAÚDE	
Temperatura	20,2.º	23,9.º	22,4.º	23,7.º	22,4.º	
pH	9,17	9,22	9,21	9,21	9,23	
Alcalinidade	2,22	2,22	2,34	2,22	2,30	mval
Cond. eléctrica (18.º)	36,4	37,0	37,3	37,0	37,0	ohm-1.cm-1:10 ⁻⁵
C/1.10 ⁷	83	84	83	82	82	
Resíduo	302,0	302,0	328,4	315,6	324,0	mg/1
Sulfuração	23,9	23,6	25,6	9,9	26,5	ml I ₂ N/100/1

Em 3 de Novembro do ano passado e para me desempenhar da honrosa incumbência que recebera da Câmara Municipal de Castro Daire, concessionária das respectivas nascentes por alvará de 25 de Março de 1916, fui às Termas do Carvalhal, com o meu colaborador João Duarte de Almeida, e ali procedi à execução de medidas físico-químicas e à colheita das amostras destinadas às análises química e bacteriológica e à determinação da radioactividade.

Existe já um estudo para as captagens e para a edificação dum balneário moderno e não se duvida da boa vontade nem do interesse da Câmara Municipal de Castro Daire, à qual no entanto, sem ajuda, devem faltar recursos para levar a cabo tais obras, reclamadas pela excepcional qualidade das águas e pelas belezas de região.

COMPARAÇÃO COM ANÁLISES ANTERIORES

A análise desenvolvida da água do Carvalhal é devida a Ch. Lepierre e tem a data de 1928.

Comparam-se a seguir alguns números então obtidos com os actuais, sendo as unidades as mesmas que já foram referidas.

Nascente de S. Lázaro

Análises	1928	1951
Temperatura	25º	23,9
Resíduo seco	291,5*	302,0
Condutividade eléctrica (18º)	34.10 ⁻⁵	37.10 ⁻⁵
Alcalinidade	2,16	2,22
CO ₂ total	50,9	49,0
SIO ₂ total	74,1	92,5**
Silicato (SiO ₂ H ⁺)	61,4	65,8
Cloreto	25,2	28,2
Sulfato	13,2	2,4
Fluoreto	0,10	24,1
Sulfureto (SH ⁻)	5,28	3,90
Tiosulfato	1,34	1,40
Sódio	88,3	93,7
Ferro	3,4	0,11
Cálcio	2,4	3,6
Magnésio	0,55	0,05
Alumínio	0,38	0,38
Manganês	0,64	0,013

(*) A 130º.

(**) Pelo método ponderal, que dá valores mais baixos nas águas fluoretadas, encontrei 65,7.

CLASSIFICAÇÃO E CONCLUSÕES

A água das Termas do Carvalhal apresenta-se como um caso de grande interesse: a

diversidade das substâncias dissolvidas, os níveis elevados do pH e dos teores de fluoreto e do silicato, conferem-lhe um impressionante carácter de «droga composta», de acentuada complexidade, cuja análise e respectiva representação constituem problemas difíceis. Nas tabelas com os resultados analíticos acima representados encontram-se para cima de trinta substâncias diferentes, notando-se entre elas alguns elementos raros.

A água das Termas do Carvalhal é uma sulfúria—fluoretada alcalina bem caracterizada, apresentando o mais alto nível dos teores de fluoreto e de silicato.

É hipotermal e fracamente mineralizada, muito radioactiva. Pelos gases dissolvidos é, como as suas congêneres, azotada. Entre os elementos mínimos da sua mineralização merecem destaque pela concentração relativamente alta, o brometo, o zinco, o cobre e o céσιο.

Estamos em face dum caso hidrológico interessantíssimo, bem merecedor de atenção, e é com os sinceros votos pelo progresso desta Estância e com os agradecimentos ao Ex.mo Presidente da Câmara Municipal de Castro Daire, concessionária da sua exploração, que desejo terminar esta minha modesta contribuição para o conhecimento das águas do Carvalhal.

Lisboa, 31 de Março de 1952.

(a) A. Herculano de Carvalho.

(Comunicação à Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica).

A presença do ião silicato é muito rara nas águas minerais portuguesas; à parte o caso da água de Cabeço de Vide, excepcionalmente al-

calina (pH = 11,38), só a encontrei até hoje na água de Vizela e na do Carvalhal.

BAIXA DE PREÇOS

SYNERGISTIN

Um produto de Consagração Mundial
3 Doseamentos 3 Exitos

Synergistin Normal—Sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a 0,5 gramas de dihidroestreptomicina base 300.000 U. O. de Procaína Penicilina G Cristalizada, 100.000 U. O. de Penicilina G sódica Cristalizada.

1 Dose	Esc.	19\$50
3 Doses	Esc.	55\$50
5 Doses	Esc.	90\$00
10 Doses	Esc.	175\$00

Synergistin Forte —É igual à dose normal na Penicilina mas om 1 grama de Dihidroestreptomicina base.

1 Dose	Esc.	27\$00
3 Doses	Esc.	78\$00
5 Doses	Esc.	127\$50
10 Doses	Esc.	250\$00

Synergistin Infantil—Metade da dose normal

1 Dose	Esc.	14\$00
3 Doses	Esc.	39\$00

Esta substância está protegida e registada na Secção 505 da U. S. Food Drug and Cosmetic Act.

Apresentada em Portugal pelos :



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ—Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24873
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604
Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º — Telef. 4556

DIA MUNDIAL DA SAÚDE (7 de Abril de 1953)

SAÚDE É PROSPERIDADE

A Prosperidade das Nações pela Profilaxia das Doenças Transmissíveis

Importância da saúde dos animais na saúde dos homens — caso particular das bruceloses (*)

I

«Saúde é prosperidade», «A Saúde é de ouro», «A Saúde não tem preço», são expressões que se podem encontrar em quase todos os países do mundo, tão verdadeiras elas são.

Foi, certamente, por este motivo, que a Organização Mundial da Saúde, as escolheu, como lema, para a celebração do Dia Mundial da Saúde, em 7 de Abril deste ano.

A Organização Mundial da Saúde, órgão supremo de coordenação de todas as actividades sanitárias internacionais e que tem por fim elevar todos os povos a um nível de saúde — física, mental, moral e social — o mais elevado possível, escolheu este dia para comemorar a data da entrada em vigor da sua constituição (em 1948) e, ainda e principalmente, para lembrar a todos que a saúde é, não só um direito, como também um dever fundamental de todos os homens e que a cooperação sanitária internacional é o único meio capaz de nos dar o mundo melhor que todos desejamos.

Sem saúde — em toda a acepção da palavra — o homem não pode produzir o necessário para satisfazer as suas necessidades mínimas e não consegue elevar o seu nível de vida, permanecendo escravo das condições, regra geral desfavoráveis, que o meio ambiente lhe impõe. Com saúde, pelo contrário, o homem consegue trabalhar bem, para si e para os seus, e pode aumentar o ritmo e a qualidade da sua produção e, com isto, contribuir para elevar o nível de vida e o potencial económico da sua nação.

Toda a acção sanitária tendente a prevenir a doença, pretende e consegue proteger o capital humano, aumentando assim as suas possibilidades de trabalho e de produção.

Por isto e porque é muito mais barata do que a Medicina Curativa, a Medicina Preventiva tem um valor económico e social muito superior e deve constituir a arma principal de todos os povos na luta contra a doença.

As doenças que podem ser evitáveis impõem à humanidade encargos financeiros muito pesados, não só pelas despesas que os tratamentos dos indivíduos que elas atingem acarretam, como também pelas perdas de vidas e pelos dias e anos de trabalho perdidos que elas ocasionam. Assim, tudo o que possa ser feito para aliviar a humanidade deste fardo, prevenindo, por muito menos dinheiro, aquelas doenças, contribuirá, não só para minorar os sofrimen-

tos dos doentes e prolongar a vida humana, como também para aumentar a produtividade e para assegurar a prosperidade futura das nações.

Todos os governos e todos os povos compreendem, cada vez melhor, que, na base de qualquer progresso económico, tem de estar, obrigatoriamente, uma população saudável, bem alimentada, bem alojada e produtiva. Todo o desenvolvimento económico começa com a saúde e detem-se com a doença.

Os programas sanitários de combate e de profilaxia das doenças transmissíveis, das deficiências alimentares, etc., constituem pois, não apenas um objectivo de preocupações humanitárias — o que, por si só, seria já mais do que suficiente para os justificar — mas também «um bom negócio», o que é certamente um argumento de peso na época em que vivemos.

Os rendimentos dos capitais judiciosamente investidos ao serviço da Saúde Pública, são sempre bastante elevados, como numerosos peritos médicos, económicos e estatistas o têm provado amplamente. Eles compreendem, não só o bem estar físico mental, moral e social e a felicidade dos povos, como também as suas produtividade e prosperidade.

O dia de hoje foi escolhido para se mostrar, em todo o mundo: que a «doença pode paralisar o desenvolvimento de nações inteiras», que «a Saúde Pública se pode comprar a um preço acessível», que «a prevenção da doença é, não só melhor, como até mais barata do que o seu tratamento» e que «saúde e prosperidade estão intimamente ligadas».

II

É evidente, para todos nós, que se é verdade que existem estreitas relações entre doença e miséria, elas existem igualmente entre saúde e prosperidade.

O bem estar económico de cada país está intimamente ligado e deve-se, em grande parte, à saúde da sua população.

Ora a saúde de todos os povos não pode, hoje em dia, ser assegurada senão por uma estreita colaboração internacional, visto que os males que parecem ameaçar só alguns povos, ameaçam, na realidade, todos os habitantes do globo.

Só a cooperação internacional permitirá estabelecer, hoje, a saúde e a prosperidade em todos os países do mundo, mesmo nos económicos e sanitariamente mais débeis, pelo que todos, a ela, se devem associar e participar, de uma maneira ou de outra, nos com-

bates a desencadear, em toda a parte, contra a doença e, bem assim, contra todos os factores — miséria, promiscuidade, alimentação insuficiente, etc. — que lhe andam associados.

Em tal campanha, ninguém pode permanecer neutral. O isolacionismo no domínio sanitário é, hoje em dia, inconcebível.

Como é, na realidade, possível ignorar-se e cruzar-se os braços perante as desgraçadas condições sanitárias em que vive a maior parte da Humanidade?

Só 1/5 da população mundial vive em regiões económica e sanitariamente bem desenvolvidas. Nestas regiões, o rendimento anual, por pessoa, daquela população, é de cerca de 15 mil escudos anuais e o nível médio de vida é de 63 anos.

Mas a maior parte da população do globo, 2/3 do seu total, vive em regiões sanitária e economicamente mal desenvolvidas. O rendimento individual anual médio, destes 2/3 da população mundial, não chega a 1.500\$00 e os indivíduos que a compõem vivem, perpétuamente, subalimentados (em quantidade, em qualidade, ou em quantidade e qualidade), em habitual promiscuidade, têm uma capacidade e um rendimento de trabalho muito inferior aos dos das outras regiões e são presa, muito mais fácil, de inúmeras doenças. O nível médio de vida destas populações não ultrapassa os 30 anos de idade!

Onde imperem a doença, a ignorância e a miséria, elas ameaçam não só uma região ou um país, mas sim todo o mundo. Combatê-las é um imperativo nacional, mas também internacional, através dos organismos próprios, que já hoje existem e que têm já uma larga e valiosa folha de serviços em prol do bem-estar físico, mental e social da Humanidade.

Exactamente como sob o ponto de vista político, também, sob o ponto de vista sanitário, só pode sobreviver um mundo uni e indiviso e que coopere para o maior bem estar de todos.

A doença é, justamente, um dos maiores e o mais antigo dos inimigos da Humanidade, pelo que deve ser combatida sem tréguas e, sobretudo, evitada, porque este último objectivo é, social e economicamente, muito mais vantajoso.

(*) Desenvolvimento do assunto de uma Palestra Radiofónica, proferida, no dia 7 de Abril de 1953, perante o microfone de uma Estação Emissora Portuguesa («Rádio-Clube Português»), como participação nas comemorações do Dia Mundial da Saúde.

Na luta, sem delongas e sem interrupções, que deve ser conduzida na profilaxia e no combate à doença, a neutralidade de qualquer povo é, hoje, uma quimera. Nenhum povo pode permanecer neutral neste esforço de cooperação sanitária internacional e nenhum homem deve ignorar quais são os perigos da doença, quais as vantagens médicas, sociais e económicas da saúde, nem desconhecer o que é, o que têm feito e o que se propõem fazer as Organizações Sanitárias Nacionais e a Organização Mundial de Saúde.

Todas estas organizações têm conduzido a luta por um objectivo comum que é, nem mais nem menos, do que a sobrevivência do homem na terra, nas melhores condições possíveis de saúde.

III

Saúde, segundo os mais modernos conceitos dos mais ilustres médicos e sociólogos contemporâneos, não é apenas a ausência de doença, mas sim um estado de completo bem estar físico, mental e social, como é precisamente definida pelos estatutos da Organização Mundial da Saúde, que, superiormente, coordena e orienta a luta internacional pela realização plena daquela definição ideal, em todo o mundo.

Aquela Organização, criada em 1946 (mas que só pôde iniciar as suas actividades em 1948), com o fim de proporcionar a todos os povos um nível de saúde o mais elevado possível, compreende, hoje, 82 Estados Membros, de que 3 são Membros Associados e 9 (países para lá da «Cortina de Ferro») estão presentemente «inactivos». É a ela que se deve a enorme cooperação internacional, hoje verificada no domínio sanitário e que tão preciosos resultados tem permitido nas regiões de mais atrasada higiene, civilização e economia, particularmente na Ásia, África e América Central.

Segundo a sua Constituição: 1.º) «A posse do melhor estado de saúde que é possível atingir-se, constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, qualquer que seja a sua raça, a sua religião, as suas opiniões políticas e as suas condições económica e social»; 2.º) «A saúde de todos os povos é uma condição fundamental da paz, da segurança e da prosperidade económica de todo o mundo»; 3.º) «Os resultados conseguidos por qualquer país na protecção da saúde e no progresso do nível sanitário são preciosos para todos os povos do mundo»; 4.º) «A desigualdade dos diversos países pelo que diz respeito ao progresso sanitário e à luta contra as doenças, em particular as doenças transmissíveis, é um perigo para todos»; 5.º) «É essencial a admissão de todos os povos ao benefício de todos os conhecimentos adquiridos pelas Ciências Médicas, Psicológicas e aparentadas, a fim de que todos possam atingir o mais elevado grau de saúde possível»; 6.º) «Uma opinião pública bem esclarecida e uma cooperação activa da parte do público são de capital importância para o pro-

gresso da saúde das populações»; etc., etc.

A leitura de alguns dos artigos da constituição da Organização Mundial da Saúde, revela-nos bem os objectivos e os modos de acção daquela admirável instituição internacional, que tanto já tem feito e tanto mais se propõe ainda fazer, a bem da saúde de todos os povos.

Indispensável é, entretanto, que todos conheçam melhor a existência daquela organização, os seus objectivos e as suas obras e, bem assim, os dos respectivos Serviços Sanitários Nacionais — entre nós representados pela Direcção Geral de Saúde — a fim de que a sua colaboração, a bem da Saúde Pública, com aquelas entidades, nacionais e

internacionais, seja mais completa e mais perfeita.

Como atrás se disse, tem o dia de hoje — 7 de Abril — sido escolhido, em todos os anos e desde 1950, para que, entre o grande público, se divulguem as obras e os fins daqueles serviços e organizações. Todos os anos se têm efectuado palestras radiofónicas e conferências, enviado artigos de divulgação para os jornais de grande circulação, etc., cada ano sob um lema diferente.

Assim, por ex., em 1950 o lema escolhido foi «Vive com saúde em um ambiente saudável», enquanto que o de 1951 foi «O teu filho — como todas as crianças do mundo — tem direito à saúde». Este ano, o tema a versar — «Saúde é Prosperidade» — permite-nos abordar, ainda que muito ao de leve, dada a escassez do tempo de que podemos dispor, a fim de não fatigar, demasiadamente, a paciência dos ouvintes, alguns problemas ligados com as doenças transmissíveis e as vantagens económicas — para já nos não referirmos a outras vantagens mais evidentes — da sua profilaxia.

IV

É evidente, entretanto, que a profilaxia das doenças infecto-contagiosas se prende com muitos outros problemas de Higiene, os quais, por muito numerosos e pela grande complexidade de alguns deles, não podemos abordar, nesta palestra, destinada a um público geral.

Queremos, contudo, frisar a importância fundamental de alguns daqueles problemas, na saúde geral de uma população, com a citação de alguns exemplos sugestivos.

A alimentação dos povos tem, por ex., uma importância decisiva no seu estado de saúde, no seu grau de capacidade de resistência à doença e, evidentemente, também na sua capacidade de trabalho e, pois, no seu rendimento económico.

Sabe-se, hoje, que uma alimentação deficiente, quer sob o ponto de vista quantitativo, quer sob o ponto de vista qualitativo, que se faça sentir nos primeiros anos de vida das crianças, pode ter graves repercussões sobre o estado geral de saúde — física, mental e, até, moral — dos futuros adultos e contribuir, assim, para frenar a produtividade, a elevação dos padrões de vida e todo o progresso económico e social de uma nação.

Fácilmente se compreende a importância que os governos das nações devem conceder aos estudos e tentativas de melhoria da alimentação das suas populações, quanto mais não seja pelo imediato interesse económico, presente e futuro, que representará, para cada nação, a existência de uma população bem alimentada, sob todos os pontos de vista.

«Não resistimos à tentação de citar um exemplo flagrante, por muito sugestivo, da importância económica de tais problemas». Durante a construção de uma estrada importante, em uma região insuficientemente desenvolvida, sob os

ANEMIAS

ASTENIAS

CONVALESCENÇAS

HEPARONO
FORTE

(Além dos princípios activos do *Heparono Normal*, com as doses de *Vitaminas reforçadas* e o extracto hepático com 15 U. *anti-anémicas*, por grama, contém ainda 5 γ de *Vitamina B₁₂* por 3 c. c.).

Frasco com rolha perfurável
de 15 c. c. (cinco doses)



LABORATÓRIO FIDELIS
Rua D. Dinis, 77 — LISBOA

NOVOS PRODUTOS



NEOSTERON

(metilandrostenediol)

— Esteroide de acção anabólica isento de efeitos virilísantes

Indicações:

- Estados de fraqueza e esgotamento
- Post-traumatismo e intervenções cirúrgicas graves
- Cancro mamário
- Perturbações do crescimento
- Dismenorreia funcional
- Tensão premenstrual

Tubos de 20 comprimidos a 10 mgr.
 Tubos de 20 comprimidos a 25 mgr.
 Frs. de 10 c. c. a 25 mgr. / c. c.

O NEOSTERON pode igualmente ser empregado sem inconvenientes nas mulheres e nas crianças

ESTANDRON

— Uma associação cuidadosamente equilibrada de *hormona estrógena* e *hormona andrógena*

Esta combinação está indicada nas perturbações que dependem da involução das gonadas (perturbações climatéricas, osteoporose, etc.). Confere uma marcada sensação de bem estar enquanto que o risco de sintomas indesejáveis (hemorragias, etc.) é reduzido ao mínimo.

Apresentação:

Para absorção oromucosal

Tubos de 20 comprimidos a 0,004 mgr. de etinil-estradiol e 4 mgr. de metiltestosterona por comprimido.

Para injeção intramuscular

Cxs. 3 ampolas a 0,5 mgr. de Benz. de estradiol a 10 mgr. de prop. de testosterona por ampola.

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

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

pontos de vista sanitário e económico, cuja localização não interessa referir, notaram, os engenheiros, que os trabalhadores locais pareciam bastante preguiçosos, fazendo muito pouco trabalho e que a obra avançava muito lentamente, tão lentamente que isso estava representando um tremendo prejuízo económico. Observações médicas do pessoal de trabalho, mostraram, entretanto, que o rendimento insuficiente do trabalho era devido ao facto de todos os trabalhadores locais viverem perpetuamente mal alimentados. Com a simples instalação, no local das obras, de uma cantina que passou a servir refeições, bem equilibradas, grátis, a todos os trabalhadores, constatou-se um aumento imediato do rendimento de trabalho — de 1m³ para 4m³, por homem e por dia de trabalho — verificando-se, ainda, que, apesar do aumento de trabalho individual, todos os empregados aumentaram entre 4 a 6 quilos de peso!

Este exemplo dispensa comentários.

É evidente, entretanto, que muitos outros factores, além do da alimentação — sob o seu duplo aspecto de quantidade e de qualidade — importam, de maneira fundamental, para a manutenção do estado geral de saúde de uma população e, secundariamente, para a sua defesa contra as doenças transmissíveis e para a elevação do seu progresso económico e social. De entre aqueles factores, destacam-se, por ex., os problemas das águas de abastecimento, os dos esgotos, os da habitação, etc., problemas estes que, como já atrás se disse, nem sequer podemos abordar.

Ainda hoje e em muitas nações, estão, aqueles problemas, ligados às situações económicas das diversas classes sociais e é evidente a impotência das economicamente débeis na luta isolada pela obtenção de melhores níveis sanitários. Cria-se, assim, um círculo vicioso, porque, mantendo as deficientes condições higiênico-sanitárias das classes economicamente mais débeis, elas não conseguem nunca melhorar nem elevar os seus padrões de vida, ou só o fazem muito lenta e penosamente.

Importa quebrar esse círculo vicioso, possibilitando, àquelas classes, uma assistência médico-social eficiente, melhorando a sua alimentação, os seus ambientes de vida e de trabalho, as condições das suas habitações, etc., porque, só assim, elas poderão elevar o seu nível de vida e, conseqüentemente, enriquecer as nações em que se situam.

Por terem compreendido a importância e a gravidade destes problemas, têm os governos das nações ajudado as suas classes mais pobres, no sentido que se indicou, e pode o nosso País orgulhar-se do que, nos últimos anos, se tem feito entre nós, em matéria de assistência médico-sanitária e social, aos economicamente mais débeis.

Como exemplo do que tem sido possível conseguir-se, no sentido de se diminuir as diferenças sociais sob o ponto de vista sanitário, podemos citar os estudos estatísticos, bem conduzidos, a propósito deste assunto, por peritos mé-

dicos e economistas, na Inglaterra e País de Gales. Tendo dividido a população estudada em 5 classes sociais, compararam as taxas de mortalidade da população adulta masculina dessas diferentes classes, de 10 em 10 anos; puderam, assim, constatar que, só no decénio de 1920 a 1930, se atenuara de cerca de 50 % para perto de 30 % a diferença entre as taxas de mortalidade geral entre as classes, social e economicamente, mais e menos favorecidas.

De então para cá, aquela diferença tem-se atenuado cada vez mais, especialmente na América do Norte e Europa Ocidental. Importa, entretanto, que os organismos, nacionais e internacionais, que se ocupam da melhoria das condições sanitárias das populações,

continuem na sua luta constante por um futuro cada vez melhor e colaborem no auxílio às regiões e aos países económica e sanitariamente mais débeis.

V

Em um país, como o nosso, absorvido pelo seu renascimento económico, ninguém pode, nem deve, esquecer qualquer doença que possa ser eficazmente prevenida, assim como não deve ignorar que não se pode nunca esperar um benefício total de qualquer renascimento económico sem uma população sã.

A título de curiosidade, queremos citar alguns exemplos que nos mostram, de maneira flagrante, o custo da doença e as vantagens económicas da saúde.

Assim, por ex., foi calculado, por economistas e estatistas, que a bilharziase — doença provocada por um verme e que se caracteriza por hemorragias da bexiga ou dos intestinos — causa ao Egipto, país onde é muito frequente, o prejuízo anual de 60 milhões de dólares (ou seja, cerca de 180 mil contos na nossa moeda).

O paludismo (malária ou sezonismo) é responsável, na Índia, por um prejuízo económico anual de 240 milhões de dólares, enquanto que, nas Filipinas, se calculou em 600 milhões de dólares (cerca de 18.000 milhões de escudos) o que custam anualmente, à nação, a tuberculose e o paludismo, que grassam entre os seus habitantes.

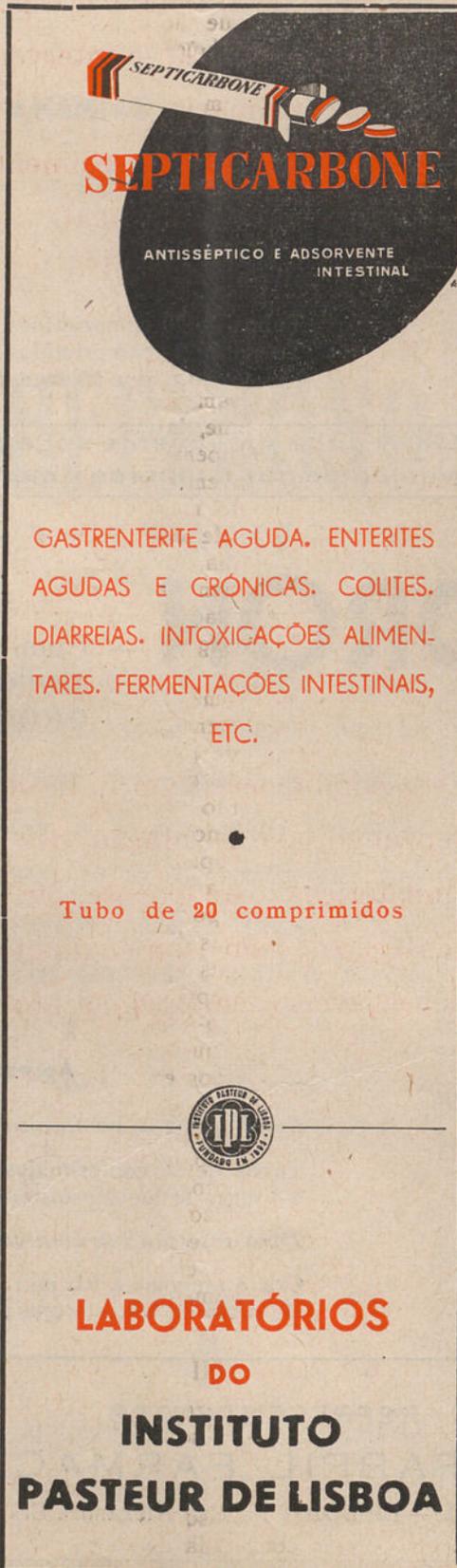
Todos os anos adoecem ainda, em todo o globo, 300 milhões de indivíduos com paludismo e, daqueles, 3 milhões morrem desta doença, cuja profilaxia é já bem conhecida e que é, certamente, mais económica do que os resultados que ela causa entre povos que ataca.

O tracoma, por ex., é uma outra doença infecciosa de fácil defesa, com cuidados mínimos de higiene geral. Embora não mortal, pode levar à cegueira e compreende-se bem o prejuízo económico que ela assim pode causar, uma vez que se sabe que se encontra espalhada por mais de 4/5 das regiões do globo. Na Tunísia, por ex., ela é a causa da perda de 20 milhões de dias de trabalho, por ano. O problema é ainda mais grave no Egipto, onde, entre cada 10 indivíduos, 8 sofrem desta terrível infecção ocular.

Esta temível infecção, tão contagiosa, especialmente entre as crianças, que são mais vulneráveis, aparece sempre associada à miséria, à promiscuidade e à ignorância, factores que importa igualmente combater, sempre que se pretenda elevar o nível de saúde de qualquer população.

A tuberculose é, ainda, um outro exemplo frizante do incalculável prejuízo económico que as doenças podem causar e da influência que, na sua difusão e perpetuação, têm a miséria, a promiscuidade, a superlotação habitacional, a sub-alimentação, o excesso de trabalho e a ignorância.

Calcula-se que, em todo o mundo, adoecem, anualmente, com tuberculose, cerca de 50 milhões de indivíduos, dos quais 5 milhões morrem todos os anos.



SEPTICARBONE
ANTISSÉPTICO E ADSORVENTE
INTESTINAL

**GASTRENERITE AGUDA. ENTERITES
AGUDAS E CRÔNICAS. COLITES.
DIARREIAS. INTOXICAÇÕES ALIMEN-
TARES. FERMENTAÇÕES INTESTINAIS,
ETC.**

Tubo de 20 comprimidos

**LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

Não se julgue, entretanto, que é só nos países económica e higiênicamente mais atrasados que estas e outras doenças evitáveis constituem problemas de Saúde Pública. Todos os países tem os seus problemas sanitários, mesmo aqueles económica e sanitariamente mais bem desenvolvidos; apenas, este últimos suportam melhor o peso económico da doença do que os outros.

Assim, por ex., nos Estados Unidos da América, só as mortes verificadas anualmente por tuberculose, custam, à economia da nação, 350 milhões de dólares, apenas em despesas com os tratamentos e, ainda, um prejuízo que foi estatisticamente calculado em 1 milhão de anos de trabalho futuro!

Neste mesmo país, um dos mais adiantados sob os pontos de vista económico e sanitário, constatou-se, por inquéritos bem conduzidos, que, em cada dia, há uma média de 9 indivíduos, entre cada 200, que estão incapacitados de trabalhar, por qualquer alteração física ou psíquica. Isto representa, para a população total dos Estados Unidos, 6.750.000 indivíduos incapazes, em cada dia, de tomar parte nas actividades produtivas do seu país, o que acarreta um prejuízo económico anual de cerca de 3 biliões de dólares, devido apenas àqueles estados de invalidez, temporária ou permanente.

VI

Muitas outras doenças evitáveis causam à Humanidade fantásticos prejuízos económicos, por vezes mesmo incalculáveis. Não podemos, entretanto, estar a referi-las por absoluta falta de tempo, mas cremos que os frizantes exemplos apontados servem bem para demonstrar a verdade das nossas anteriores afirmações.

Não podemos deixar de apontar, contudo, um importantíssimo grupo de doenças, comuns aos animais e aos homens — as antropozoonoses — em que os problemas económicos, por elas levantados, são ainda mais graves e se revestem de uma projecção e repercussão económico-social muito mais vincadas no progresso das nações.

Na realidade, como as principais antropozoonoses são doenças que atacam, sobretudo, os gados, valiosíssimo património económico e preciosa fonte de riquezas e de progresso das nações, somam-se, aos prejuízos económicos dos efeitos da doença entre os homens, os prejuízos derivados da sua acção entre os gados. Estes últimos prejuízos, estendem-se, desde a grande diminuição da capacidade útil de trabalho, ao serviço do homem, dos animais (doentes ou mortos), até à perda de couros e de carnes, de leites e de laticínios, que representam uma fonte preciosa de alimentação do homem, em todo o mundo. Este último aspecto económico é tanto mais grave, quanto é certo que a grande maioria da população do globo anda perpétuamente mal alimentada e com grande escassez de proteínas de origem animal, indispensáveis a uma saúde bem equilibrada, a uma boa capacidade de

trabalho e a uma resistência adequada a um grande número de enfermidades.

Daquelas doenças que podem atacar animais e homens, transmitindo-se, regra geral, daqueles a estes, quer pelo contacto directo, quer pelo indirecto (leites, laticínios, carnes, etc.), as principais, por serem certamente as mais espalhadas, são as *bruceloses* (vulgarmente conhecidas por febres de Malta, febres de Bang, etc.) e a *tuberculose de origem bovina*.

Por já termos referido alguns números a propósito da tuberculose, queríamos, apenas, dizer agora qualquer coisa acerca das *bruceloses*, antropozoonoses largamente espalhadas por todo o mundo e que, já há um quarto de século, e no dizer de um grande epidemiologista, eram consideradas como «as doenças do futuro».

As bactérias, que são a sua origem, podem infectar qualquer tipo de gado, especialmente bovinos, caprinos, ovinos e suínos, embora, em geral, as espécies pecuárias mais atingidas variem de local para local. Assim, por ex., em Portugal, como em todo o sul da Europa e região mediterrânica, é sobretudo a espécie caprina a mais atingida.

Os animais que sofrem destas infecções costumam abortar, mas podem, depois, parecer-nos completamente saudáveis.

Os homens podem contagiar-se, ou por lidarem directamente com os animais infectados (que, infelizmente, podem não parecer doentes), ou com os locais onde eles vivem e por onde passam, ou, ainda, de maneira indirecta, quer pela ingestão de leite crú, de queijos frescos, de água ou de outros alimentos acidentalmente conspurcados, quer ainda por inalação de poeiras infectadas (dos abrigos dos animais, etc., etc.).

Embora, no homem, esta infecção não seja habitualmente mortal (o que se deve, em grande parte, aos modernos tratamentos da doença), como se trata de uma afecção sempre arrastada, com marcada tendência à cronicidade e à recorrência, acompanhada de convalescença prolongada e em que, como consequências, temporárias ou permanentes, não são raras diversas impotências funcionais, mais ou menos importantes, ela tem sempre uma grave repercussão económico-social em todos os países em que é frequente.

Em Portugal, por ex., calculou-se, muito por baixo, que só as consequências da doença entre os indivíduos devem causar à nação, um prejuízo de cerca de 5 mil contos, todos os anos. Quanto ao prejuízo económico derivado da zoonose, ele é incalculável, por falta de dados completos, mas é, certamente, de algumas dezenas de milhares de contos.

VII

Outras antropozoonoses, também muito importantes, sob os pontos de vista médico, social e económico, são, por ex.: 1) A *raiva*, doença terrível e que dispensa quaisquer comentários, por já bem conhecida de todos; 2) O

carbúnculo, outra doença dos animais, facilmente transmissível ao homem, onde pode adoptar grande gravidade. Muitas vezes, e exactamente como as bruceloses e algumas outras infecções destes grupos, o carbúnculo constitui importante doença profissional, o que, juntamente com os prejuízos ocasionados pela zoonose, representa, para as nações, um fardo económico pesadíssimo, que bem vale o dinheiro de todas as suas campanhas de irradicação e de profilaxia, quando bem conduzidas; 3) A *febre Q.* doença de conhecimento relativamente recente, que se pode transmitir dos gados ao homem, onde costuma provocar, habitualmente, pneumonias atípicas; 4) As *leptospiroses*, infecções que se sabem serem hoje relativamente frequentes entre os animais domésticos e que podem provocar, no homem, quadros graves de meningite, ou de septicémia, com hemorragias urinárias e ataque do fígado, podendo, ainda, conduzir à morte ou deixar alterações irreparáveis; 5) A *psitacose* e *outras ornitoses*, doenças muito graves e de elevada mortalidade, que podem ser transmitidas ao homem, a partir de papagaios, pombos e outras aves, domésticas e selvagens; 6) A *hidatidose*, parasitose que pode ser muito grave pelas suas localizações, no fígado, nos pulmões, etc., e que, por outro lado, afecta gravemente os rebanhos de ovinos, constituindo um importante prejuízo económico em diversas partes do mundo, especialmente naquelas em que é grande a riqueza pecuária ovina; 7) Numerosas *parasitoses intestinais e hepáticas*, como as devidas às ténias (céstodos) e a diversos tremátodos e nemátodos; 8) A *bilharziase*, de que já atrás falamos, e que é uma das principais causas responsáveis pelo atraso económico, baixo nível de vida e fraco rendimento de trabalho de tantos povos africanos e do Extremo-Oriente; 9) As *encefalites por vírus*, gravíssimas infecções do sistema nervoso central, que podem ser transmitidas ao homem, a partir de aves e de equídeos doentes, pela picada de mosquitos ou de outros artrópodos; 10) *Diversas salmoneloses*, que, especialmente as devidas à *S. thiphymurium* à *S. pullorum* e à *S. cholerae suis*, são infecções habituais dos animais — ratos, porcos, galináceos, etc. — mas que podem transmitir-se, frequentemente, ao homem, dando origem a graves toxinfecções alimentares, por vezes colectivas; 11) *Algumas shigelloses*, que se encontram, com certa frequência, em cães, que as podem veicular aos homens, em que dão origem a desinterias bacilares; 12) O *mormo*, doença bem conhecida dos equídeos, mas que também se pode transmitir ao homem; 13) A *triquinose*, que habitualmente se encontra em roedores, pequenos carnívoros e em suínos e que, não raramente, se pode transmitir ao homem, por ex., pela ingestão de carne mal cozinhada de porco — ainda não há muitos meses se conheceu uma pequena epidemia desta grave parasitose no distrito de Castelo Branco —; 14) A *febre aftosa*, mais rara no homem, mas frequente entre os ruminantes domésticos; 15) A *tularémia*, doença ha-

bitual dos roedores selvagens e que pode, por diversas vias, transmitir-se ao homem, em que dá origem a infecções localizadas ou septicémicas; 16) *Numerosas rickettsioses*, doenças muito graves, do grupo do tifo exantemático, de que todos já ouviram certamente falar; 17) *Diversas disenterias por protozoários*, como as disenterias amibiana e balantidiana, que se podem transmitir ao homem a partir de cães, macacos e porcos doentes; 18) *As leishmanioses*, doenças habituais de cães, gatos e numerosos roedores selvagens, que podem provocar, no homem, desde lesões localizadas e, por vezes, mutilantes, até gravíssimas infecções gerais, de elevada mortalidade, especialmente entre as crianças; 19) *A temível doença do sono*, que, em África, se encontra, com frequência, em bovinos e em numerosos animais selvagens, a partir dos quais se pode transmitir ao homem, e que tem constituído e, em certas regiões, ainda constitui um dos maiores obstáculos à colonização e progresso económico e social do Continente Africano; etc., etc.

Conhecem-se, hoje, cerca de 100 doenças transmissíveis, causadas por agentes conhecidos, comuns aos homens e a alguns animais superiores, e em que a infecção daqueles se faz, regra geral, a partir destes últimos, por processos directos ou indirectos, entrando, por vezes, na efectivação destes últimos processos, outros animais, que se denominam vectores. Não queremos, entretanto, referir-nos a outras antropozoonoses, nem a outras doenças transmissíveis, a fim de não abusarmos, demasiadamente, da paciência dos ouvintes (*).

VIII

Fácilmente se compreende, depois desta breve exposição, quão importante será, para o progresso sanitário, económico e social da Humanidade, uma luta bem conduzida contra estes flagelos, que atacam a espécie humana e, bem assim,

(*) A título de curiosidade, fornece-se, em folha anexa, publicada no fim desta palestra, um quadro das principais antropozoonoses, transmitidas, por forma natural, ao homem, a partir de animais vertebrados. Tal quadro, tem por base a lista elaborada, a propósito, pelo «Comité de peritos das zoonoses», da Organização Mundial da Saúde. — L. C. M.

tantas espécies animais, que são extremamente úteis ao homem, sob os mais diversos pontos de vista. É também facilmente compreensível quão indispensável se torna a colaboração de médicos e de veterinários, nestas campanhas de estudo, combate e profilaxia às antropozoonoses.

De há muito que se conhecem as vantagens e os frutos desta preciosa colaboração, a bem da Saúde Pública, e a Organização Mundial de Saúde tem-na advogado, através da criação de numerosos comités mistos, de peritos médicos e veterinários.

Assim, por ex., com o intuito de organizar uma campanha internacional eficaz, de profilaxia e de luta contra as bruceloses, a Organização Mundial da Saúde, em estreita colaboração com a Organização para a Alimentação e a Agricultura e com o Ofício Internacional de Epizootias, criou, em 1950, um Comité de peritos, médicos e veterinários, que têm estudado, coordenado e divulgado tudo o que interessa, a propósito dos importantes e graves problemas levantados em todo o mundo por aquelas antropozoonoses. Ao mesmo tempo, criou, subsidia, orienta e coordena, superiormente, 15 centros de estudos laboratoriais, clínicos, epidemiológicos e de profilaxia das bruceloses humanas e animais, espalhados por todo o mundo, nos locais em que eles podem ser, estrategicamente, mais úteis.

Entre nós, o Governo da Nação, ao tomar conhecimento da importância sanitária, social e económica do problema das bruceloses, através dos inquéritos e de outros estudos da Direcção Geral de Saúde, mostrou uma nítida compreensão da gravidade do assunto, criando uma Comissão nacional de peritos médicos e veterinários, que têm estudado a questão, sob os seus múltiplos aspectos. Só assim se tornou possível a elaboração de uma campanha geral de irradiação e de profilaxia de tão temível infecção, campanha essa que, neste momento, se inicia.

Estamos seguros de que o que se vai despendar na campanha é bem pouco, comparado com o prejuízo que, anualmente, as bruceloses causam ao nosso país e de que já, anteriormente, se deu uma estimativa aproximada.

Na realidade, extinta a doença en-

tre os animais, ela desaparecerá também entre a espécie humana. Isto, que já por tantas vezes tem sido provado, foi, ainda muito recentemente, confirmado, mais uma vez, pela campanha realizada contra as bruceloses animais no norte da Jugoslávia, em 1951/52.

Como exemplo do que é possível conseguir-se com tais campanhas, é costume citar-se, ainda, o que ocorre, por ex., nos Estados Unidos da América do Norte e na Noruega.

Em alguns estados, da primeira daquelas nações, as campanhas, parciais, efectuadas contra a brucelose animal, permitiram uma economia anual de 50 milhões de dólares, pela limitação dos prejuízos económicos causados pela doença, entre os gados e entre os homens, só até 1950.

E, na Noruega, o custo total da campanha de irradiação da doença entre as espécies pecuárias, foi inferior às despesas anualmente suportadas pela economia nacional, em face dos casos humanos e animais.

IX

Na realidade, a saúde vale sempre a pena e é sempre mais barata do que a doença e do que as suas terríveis consequências sobre os meios familiar, social e económico. Ela não se traduz apenas pelo sofrimento, físico e mental, dos doentes e dos seus familiares, mas também pelo grau de miséria a que pode levar e à considerável perda de potencial económico nacional, o que sempre entrava a marcha geral do progresso das nações atingidas e, até, a do de toda a Humanidade.

Vimos atrás, em alguns breves exemplos, o que pode custar a doença. Vejamos agora, muito brevemente também, qual pode ser o preço da saúde e constataremos assim, mais uma vez, e através ainda de alguns exemplos que o preço da saúde é, na realidade, sempre muito inferior ao da doença.

Alguns dos exemplos mais frizantes das vantagens económicas da saúde e da Medicina Preventiva, podem ser dados a propósito das bruceloses (vulgo: febres de Malta), sempre que foi possível conduzirem-se campanhas de irradiação e de profilaxia bem orientadas, visto se tratar de uma das doenças infecciosas em que são mais evidentes os prejuízos económicos sofridos pela comunidade em que grassam. Entretanto, os exemplos, já atrás referidos, das campanhas da Jugoslávia, dos Estados Unidos da América do Norte e da Noruega, contra as bruceloses, são já suficientes para demonstrarem a verdade das nossas afirmações.

Esperamos que, dentro em breve, o nosso país se possa orgulhar com resultados semelhantes, uma vez que campanhas idênticas, organizadas pelas Direcções Gerais de Saúde e dos Serviços Pecuários e pela Comissão Nacional das Bruceloses, vão ser presentemente iniciadas, nas zonas do país em que a doença é mais frequente.

Outro feliz exemplo do que é possível conseguir-se, sob o ponto de vista económico, na luta contra as doenças evitáveis e na sua profilaxia, pode ser

MARTINHO & C. L.

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

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

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

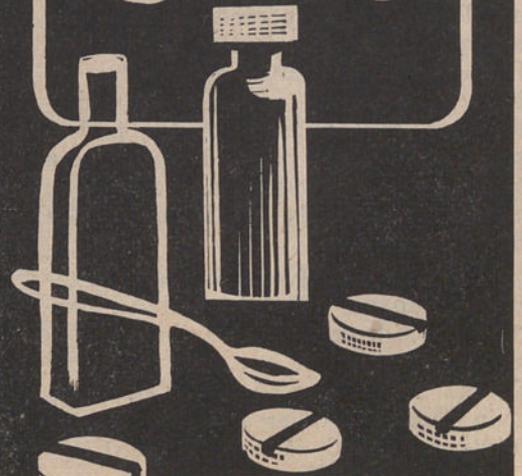
Com uma injeção obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue durante
CATORZE DIAS

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



ilustrado pelos efeitos da campanha antipalúdica, conduzida em certas regiões do Transvaal (África do Sul), no decurso de um período de 10 anos, de 1940 a 1950. Ao fim deste tempo de campanha, verificou-se que fora possível aumentar a superfície das terras cultiváveis da região de 700 (em 1940) para 12.000 acres (em 1950) e, ao mesmo tempo, quadruplicar a produção das colheitas por acre e fazer subir de 2 para 7 libras o rendimento das colheitas, por acre.

Entre nós, as campanhas antipalúdicas, conduzidas na base da luta contra os vectores (mosquitos) e no tratamento dos doentes e profilaxia dos sãos, permitiram-nos, em cerca de um quarto de século, ver baixar, de cerca de 80.000 para perto de 500, o número de casos de doença por ano e, bem assim, ver diminuir a mortalidade específica de 12,0‰, em 1901, para 0,2‰, em 1952. A estes resultados, que representam um progresso económico considerável, pelos milhões de horas de trabalho produtivo ganhos em todos os anos, juntam-se outros resultados, de grande interesse económico, como, por ex., o aumento de produção de arroz, em vista da aplicação de novos métodos, mais perfeitos, de irrigação dos arrozais, os quais foram especialmente adoptados por serem mais favoráveis à luta anti-mosquito.

A Grécia, que gastava, anualmente, 1.300.000 dólares, só com o tratamento dos doentes de paludismo, passou a gastar apenas 300.000 dólares por ano, com as despesas de compra e de aplicação judiciousa de insecticidas (D.D.T. principalmente), o que em vez do simples tratamento dos doentes, permitiu atacar directamente o agente vector do paludismo. Os resultados da campanha grega, muito mais barata do que as despesas anteriores, feitas só com tratamentos, podem facilmente constatar-se, ao verificar-se que, se em 1942 existiam, ali, 2 milhões de impaludados, o seu número baixou a 50.000 em 1950, o que, traduzido em linguagem económica, significa uma economia de mão de obra de 20 a 30 milhões de dias de trabalho por ano e, ainda, mais um aumento de mão de obra de mais de 100.000 trabalhadores «novos» por ano — sem que isso represente, note-se bem, qualquer aumento real do número de bocas a alimentar.

No Haiti, a acção de combate e de prevenção do pian ou boubas (doença devida a um agente muito semelhante ao da sífilis), empreendida pelo Governo local, sob a orientação técnica da Organização Mundial da Saúde, em 1951/52, permitiu que 100.000 trabalhadores, rapidamente curados, pudessem retomar, em pouco tempo, o seu trabalho, o que aumentou a produção económica do país em 5 milhões de dólares por ano.

Na cidade de Nova Iorque, a difteria ocasionava, à municipalidade, gastos anuais de cerca de 1 milhão de dólares, ou mais, por ano, até 1929. No decénio seguinte, e só com o gasto de meio milhão de dólares (o que dá uma média de 50.000 dólares por ano), foi

possível conduzir-se uma campanha de profilaxia da doença, que permitiu, pela primeira vez, uma diminuição apreciável do número de casos e de mortes por difteria, as quais, de 1.000, em 1929, baixaram a 22, em 1939.

Em um século (de 1852 a 1952), foi possível fazer baixar de 220‰ para 22‰ a taxa de mortalidade infantil média da Humanidade (considerada em globo), mercê dos enormes progressos conseguidos, nos últimos anos, na luta contra as infectopatias, na protecção materno-infantil, na melhoria das condições de salubridade geral, no aumento dos padrões médios de vida, etc. Note-se, entretanto, que muito há ainda a fazer — neste e em muitos outros campos da Higiene — uma vez que ainda se verificam, presentemente, em bastan-

tes países, taxas de mortalidade infantil superiores a 200‰.

Se dissermos que o cálculo feito sobre o prejuízo provável, causado pela morte de crianças com menos de um ano, está avaliado, estatisticamente, entre cerca de 25 e cerca de 1.000 contos, conforme os diversos países e regiões, facilmente se constata os incalculáveis benefícios económicos derivados da diminuição da mortalidade infantil, em todo o mundo.

Julgamos que todos estes exemplos são mais do que suficientes para nos provarem bem a anterior afirmação de que «a manutenção da saúde é sempre muito mais barata do que o tratamento da doença».

«Mais vale prevenir do que remediar», como muito bem diz a sabedoria popular.

X

«A doença é o imposto mais pesado que atinge os seres humanos», conforme diz, com toda a razão, o Prof. Winslow, da cadeira de Saúde Pública da Universidade de Yale. Na realidade, e como julgamos ter mostrado, a doença e a morte prematura não se traduzem apenas pelos sofrimentos físico, mental e moral dos doentes e dos seus familiares, mas também pela perda de um considerável potencial económico nacional, o que entrava a marcha do progresso das nações sanitária e economicamente mais débeis, para um mundo mais são, mais próspero, socialmente mais equilibrado e mais pacífico.

Os modernos conhecimentos das Ciências Médicas e Para-médicas devem e podem ser, hoje, acessíveis a todos os povos, no meio da mais íntima colaboração internacional. Só assim será possível que todos beneficiem das mais recentes e melhores técnicas sanitárias, possibilitando-se a elevação dos seus padrões de saúde e, secundariamente, do seu bem estar económico.

Na luta geral contra a doença e pela manutenção da saúde de todos, ninguém pode permanecer neutral, como antes dissémos. Todos podem e todos devem colaborar nessa luta gigantesca, em prol de uma saúde melhor e mais estável e de um futuro económico e social mais elevado.

Essa colaboração de todos, deve ser dada, em primeiro lugar, aos Serviços de Saúde Nacionais e, ainda, em todas as ocasiões em que, a cada um, se proporcionar qualquer contribuição, por mais insignificante que seja, a favor da defesa da saúde de todos. Em segundo lugar, aquela colaboração deve estender-se a todos os empreendimentos de carácter sanitário internacional.

Este gigantesco programa — já em acção desde 1948 — só é e pode continuar a ser possível, se todas as nações colaborarem sob o ponto de vista sanitário e se participarem activamente, com a Organização Mundial da Saúde, na edificação de uma sociedade que garanta, a todos os homens, uma saúde melhor e, assim, uma economia mais próspera.

L. CAYOLLA DA MOTTA



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

1 CC DE SOLUTO 35 GOTAS = 50.000 U. I. DE VIT. A
 CADA AMPOLA DE 1 CC (INJECT.) = 50.000 U. I. (FRACA)
 CADA AMPOLA DE 1 CC (INJECT.) = 300.000 U. I. (FORTE)

FRASCO DE 10 CC COM CONTA-GOTAS
 CAIXA DE 6 AMPOLAS (SÉRIE FRACA)
 CAIXA DE 3 AMPOLAS (SÉRIE FORTE)

LABORATÓRIOS
 DO
 INSTITUTO
 PASTEUR DE LISBOA

Anexo 1

Lista das Principais Doenças Naturalmente Transmitidas ao Homem por Animais Vertebrados

Lista elaborada pelo «Comité de Peritos das Zoonoses» da Organização Mundial de Saúde na sua 1.^a reunião, de Junho de 1951, e ligeiramente modificada pelo A.

Doenças	Agentes patogénicos	Principais animais vertebrados afectados, que podem transmitir a doença ao homem, de forma directa ou indirecta
I) VIROSES		
1) Encefalites por vírus transmitidos por artrópodos:		
a) encefalite de S. Louis	vírus da encefalite de S. Louis	aves
b) encefalomielite americana dos equídeos (E. E.)		
α) f. oriental	vírus da E. E. estirpe oriental	aves e equídeos
β) f. ocidental	vírus da E. E. estirpe ocidental	aves e equídeos
γ) f. venezuelense	vírus da E. E. estirpe venezuelense	equídeos
c) encefalite japonesa B	vírus da encefalite japonesa B	equídeos e outros mamíferos
d) encefalite do Extremo-Oriente russo	vírus da encefalite do Extremo-Oriente russo	mamíferos selvagens e aves
e) encefalomielite infecciosa dos carneiros («louping-ill») (*)	vírus do «louping-ill» (*)	ovinos
f) encefalite por vírus B (*)	vírus B (*)	macacos
2) Raiva	vírus da raiva	cães, gatos, lobos, chacais, raposas, morcegos e vampiros, ruminantes, etc.
3) Doença de Aujeszky (pseudo-raiva) (*)	vírus de Aujeszky	ruminantes, suínos e cães
4) Vacina («cow-pox»)	vírus vacinal	gado bovino
5) Febre aftosa (*)	vírus da febre aftosa (*)	ruminantes, suínos
6) Psitacose e outras Ornitoses	vírus da psitacose e de outras ornitoses	psitacídeos, galináceos, columbídeos e outras aves
7) Anemia infecciosa dos equídeos (*)	vírus da anemia infecciosa dos equídeos (*)	equídeos
8) Doença das unhas de gato ou Linfocitose regional benigna de inoculação	vírus da doença das unhas de gato	aves, gatos
9) Doença de Newcastle (*)	vírus da doença de Newcastle (*)	galináceos
10) Dermatite pustular dos ovinos ou Ectima contagioso (*)	vírus da dermatite pustular dos ovinos (*)	ovinos
11) Febre amarela selvática, ou florestal	vírus amarelo	macacos
12) Estomatite vesiculosa	vírus da estomatite vesiculosa	equídeos, bovinos e suínos
13) Gripe ou Influenza dos suínos	vírus da influenza dos suínos	suínos
14) Hepatite enzoótica do carneiro ou Febre do vale do Rift	vírus da febre do vale de Rift	ovinos
15) Coriomeningite linfocitária	vírus da coriomeningite linfocitária	ratinhos, cães, macacos
II) RICKETTSIOSES		
1) Febre escaro-nodular	<i>Dermacentor xenus conorii</i>	cães
2) Tifo endémico murino	<i>Rickettsia typhi (murium)</i>	ratos e outros roedores
3) Febre exantemática das Montanhas Rochosas	<i>Rickettsia rickettsii</i>	roedores selvagens e cães
4) Rickettsiose vesículo-papulosa (« <i>Rickettsialpox</i> ») (*)	<i>Rickettsia akari</i> (*)	ratinhos
5) Febre fluvial do Japão e Extremo-Oriente (« <i>Tsutsugamushi</i> »)	<i>Rickettsia tsutsugamushi</i>	roedores selvagens
6) Febre por mordedura de carraças (forma sul-africana)	<i>Rickettsia rickettsii</i> , var. <i>pipperii</i>	cães
7) Febre Q	<i>Coxiella burnetii</i>	bovinos, ovinos, caprinos, roedores selvagens, marsupiais, etc.
III) INFECÇÕES CAUSADAS POR BACTÉRIAS E ESPIROQUETÍDEOS		
1) Carbúnculo	<i>Bacillus anthracis</i>	mamíferos
2) Bruceloses	<i>Brucella melitensis</i> , <i>Br. abortus</i> e <i>Br. suis</i>	caprinos, ovinos, bovinos, equinos, suínos, etc.
3) Difteria	<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	vacas
4) Erisipelóide	<i>Erysipelothrix rhusopathiae</i>	suínos, aves, ratinhos, peixes
5) Leptospiroses	<i>Leptospira</i> , sp. ^s	suínos, cães, ratos, roedores selvagens, bovinos etc.
6) Listeriase (ou Listerelose)	<i>Listeria monocytogenes</i>	roedores, ovinos, bovinos, suínos
7) Mórmo	<i>Malleomyces mallei</i>	equinos
8) Melioidose	<i>Malleomyces pseudomallei</i>	roedores
9) Peste	<i>Pasteurella pestis</i>	ratos e outros roedores
10) Tularemia	<i>Pasteurella tularensis</i>	roedores diversos (domésticos e selvagens)
11) Pasteureloses pp. ditas	<i>Pasteurella multocida</i> ou <i>septicans</i> (diversas espécies ou estirpes?)	ruminantes, gatos, grandes felinos (feras), aves, roedores selvagens
12) Pseudo-tuberculose (*)	<i>Pasteurella pseudotuberculosis</i> (bacilo de Mallassez e Vignal) (*)	roedores, aves
13) Febres por mordedura de rato (Sodoku e Doença de Haverhill)	<i>Spirillum minus</i> e <i>Streptobacillus moniliformis</i>	ratos
14) Febres recorrentes	<i>Borrelia</i> , sp. ^s	ratos, outros roedores, suínos
15) Tuberculose	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> var. <i>bovis</i> var. <i>hominis</i> var. <i>avium</i> (*)	bovinos cães, macacos aves, suínos
16) Salmoneloses	<i>Salmonella</i> , sp. ^s	mamíferos e aves
17) Shigeloses	<i>Shigella dysenteriae</i> , var. ^s	cães
18) Estafilococcias	<i>Staphylococcus</i> , sp. ^s	mamíferos
19) Estreptococcias	<i>Streptococcus</i> , sp. ^s	mamíferos
20) Aborto infeccioso por vibríões (*)	<i>Vibrio fetus</i> (*)	vaca, ovelhas
IV) MICOSES		
1) Tinhas	<i>Trichophyton</i> , sp. ^s	equinos, bovinos
2) Linfangite epizoótica	<i>Microsporium</i> , sp. ^s <i>Blástomyces farciminosus</i>	cães, gatos equinos

V) INFECÇÕES POR PROTOZOÁRIOS

1) Amebíase	<i>Entamoeba histolytica</i>	cães, macacos
2) Balantídiase	<i>Balantidium coli</i>	suínos
3) Leishmaníases:		
a) leishmaníases viscerais ou kala-azar	<i>Leishmania donovani</i> (variedades chinesa, indiana, sudanesa, mediterrânica e sul-americana):	
	α) var. chinesa	cães
	β) var. mediterrânica	cães
	γ) var. sul-americana	roedores e pequenos carnívoros selvagens, gatos e cães (?)
b) leishmaníase cutânea ou botão do Oriente	<i>Leishmania tropica</i>	cães, roedores, pequenos felinos
c) leishmaníase muco-cutânea ou es-púndia	<i>Leishmania braziliensis</i>	cães, gatos, roedores selvagens
4) Tripanosomíases:		
a) Doença do sono	<i>Trypanosoma rhodesiense</i> (= <i>brucei</i> ?) <i>Trypanosoma gambiense</i>	mamíferos selvagens mamíferos selvagens e domésticos (ruminantes domésticos)
b) Doença de Chagas	<i>Trypanosoma cruzi</i>	gatos, cães, roedores

VI) HELMINTÍASES

1) Parasitoses provocadas por Tremátodos:	a) <i>Clonorchis sinensis</i>	gatos, cães, suínos
	b) <i>Dicrocoelium dendriticum</i> (*)	ruminantes, equinos
	c) <i>Echinostoma</i> , sp.*	gatos, cães, roedores
	d) <i>Fasciola hepática</i>	ruminantes (especialmente ovinos)
	e) <i>Fasciolopsis buski</i>	suínos
	f) <i>Gastrodiscus hominis</i>	suínos, ratos
	g) <i>Heterophies heterophies</i>	gatos, cães
	h) <i>Opistorchis felineus</i>	gatos, cães
	i) <i>Paragonimus westermani</i>	cães, gatos, suínos, roedores selvagens e domésticos, carnívoros selvagens
	j) <i>Schistosoma</i> , sp.* (especialmente <i>Sch. japonicum</i>)	ruminantes, suínos, equinos, cães, gatos
2) Parasitoses provocadas por Céstodos:	a) <i>Coenurus cerebralis</i> (*)	cães, ovinos
	b) <i>Cysticercus cellulosae</i>	suínos
	c) <i>Diphyllobothrium latum</i>	peixes carnívoros
	d) <i>Dipylidium caninum</i>	cães, gatos
	e) <i>Echinococcus granulosus</i>	cães, ruminantes (especialmente ovinos), suínos, carnívoros selvagens
	f) <i>Hymenolepsis</i> , sp.* (especialmente <i>H. nana</i>)	ratos, ratinhos
	g) <i>Sparganum</i> , sp.* (especialmente <i>S. mansonioides</i>)	gatos, ratinhos
	h) <i>Taenia saginata</i>	bovinos
	i) <i>Taenia solium</i>	suínos
3) Parasitoses provocadas por Nemátodos:	a) <i>Ancylostoma</i> , sp.* (especialmente <i>A. braziliense</i>)	} cães, gatos
	b) <i>Necator</i> , sp.*	
	c) <i>Capillaria hepática</i> (*)	roedores, macacos, cães
	d) <i>Diocetophyme renale</i> (*)	cães, peixes
	e) <i>Gnathostoma</i> , sp.* (e especialmente <i>G. spinigerum</i>) (*)	gatos, cães, carnívoros selvagens, peixes
	f) <i>Metastrongylus apri</i> (*)	suínos
	g) <i>Strongyloides</i> , sp.* (e especialmente <i>S. stercoralis</i>)	cães
	h) <i>Toxocara cati</i> (*)	gatos
	i) <i>Trichinella spiralis</i>	ratos, roedores selvagens, suínos e carnívoros selvagens
	j) <i>Trichostrongylus</i> , sp.* (e especialmente <i>T. colubriformis</i>)	ruminantes

VII) DOENÇAS PROVOCADAS POR INSETOS E OUTROS ARTRÓPODOS

1) Infecções secundárias devidas ao parasitismo por percevejos	<i>Cimex lectularis</i> (e outras espécies)	galináceos
2) Eczema pruriginoso devido ao parasitismo por gamasídeos	<i>Dermanyssus gallinae</i> (e outras espécies)	galináceos
3) Infecções secundárias devidas ao parasitismo por pulgas	<i>Xenopsylla cheops</i> <i>Ctenocephalus</i> , sp.* <i>Ceratophyllus</i> , sp.* <i>Tunga</i> , sp.* etc.	} ratos, cães, gatos, suínos, aves, etc.
4) Miasas	<i>Oestrus</i> , sp.* <i>Hypoderma</i> , sp.* <i>Gasterophyllus</i> , sp.* <i>Cochliomya</i> , sp.* etc.	
5) Infecções secundárias e outras afecções devidas ao parasitismo por carraças	<i>Ixodes</i> , sp.* <i>Dermacentor</i> , sp.* <i>Rhipicephalus</i> , sp.* <i>Boophilus</i> , sp.* <i>Haemaphysalis</i> , sp.* etc.	} roedores domésticos e selvagens, cães, ruminantes, equinos
6) Afecções derivadas do parasitismo por linguátulos	<i>Linguatula serrata</i>	

LUIZ CAYOLLA DA MOTTA

N. B. — As afecções, ou os agentes, marcados com o sinal (*), surgem, apenas, como casos esporádicos, ou são agentes que só raramente atacam o homem, não tendo, por isso, grande importância prática. Omitiram-se, por este motivo, algumas outras doenças infecciosas e parasitárias, que se podem transmitir dos animais vertebrados ao homem, mas que são, habitualmente, ainda mais raras. (Ver, por ex., qualquer bom livro de texto sobre o assunto, ou o artigo, a propósito, de Wright, W. H. (1947) in *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 48: 553; 1947.

QUIMIOTERAPIA DA TUBERCULOSE

SANIDRAZIDE

ISONIAZIDE 0,050 GR.

A dose recomendada é de 3 a 5 mgrs. por quilo de peso e por dia. A resistência do bacilo pode aparecer mas o seu significado clínico, não está completamente esclarecido. Retarda-se o seu aparecimento, combinando-a com outro tuberculostático.

APAS

P. A. S. CÁLCICO A 0,50 GR.

A dose recomendada é de 10 a 15 grs. diários. O ácido p-amino-salicílico, nesta dosagem é em regra bem tolerado. O ião cálcico melhora a tolerância, e uma vez liberto desempenha as suas funções remineralizante e anti-hemorragica.

CALCIDRAZIDE

ISONIAZIDE 0,015 GR.

P. A. S. CÁLCICO 0,50 GR.

Associação de 2 potentes tuberculostáticos que pelo seu sinergismo retardam o aparecimento da resistência e são mais rapidamente eficazes. 3 a 4 comprimidos por 10 quilos de peso correspondem à dose habitual de cada um dos constituintes.

NEOESTREPTOMICINA

ESTREPTOMICINA BASE (sob a forma de sulfato) . . . 0,5 GR.

DIHIDROESTREPTOMICINA BASE (sob a forma de sulf.) 0,5 GR.

NUM FRASCO

A associação dos dois sais de estreptomicina em partes iguais, melhora a tolerância local, reduz a toxicidade e aumenta a eficiência.

...Algumas espécies de bacilos de tuberculose, desenvolvem rapidamente resistência a esta droga parecendo vantajoso que esta seja com a estreptomicina, ou provavelmente a concorrente ministração das três drogas (Estreptomicina + P. A. S. + Isoniazide), que provou ser o regime terapêutico mais activo...

David T. Carr

J. A. M. A. 150:1170 (22 de Novembro de 1952)

...que a associação entre si destes três medicamentos (Estreptomicina - P.A.S. e Isoniazide) aumentava a sua eficácia e enfraquecia sensivelmente os riscos de resistência.

Fernand Cardis

Revue Médicale de la Suisse Romande, Fevereiro de 1953

LABORATÓRIO SANITAS

A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PREVIO DO PROF. MANUEL CERQUEIRA GOMES

Discurso do Deputado Dr. França Vigon

(Continuação do número anterior)

O Sr. França Vigon: — Sr. Presidente: não tinha tenção, até ontem, de intervir neste debate. Bem ao contrário razões especiais que não vêm para o caso tinham-me levado à disposição de ser mero ouvinte, mas ouvinte atento. E não duvidava de que, transportado o conhecimento dos problemas da Previdência e das suas soluções do domínio profissional de poucos para o interesse, meditação e estudo de muitos mais, haveria vantagem em ouvir, ouvir muito, ouvir bem.

A Previdência não se faz só com números e cálculos. Faz-se com anseios, com observação de factos, com tendências de espirito e com convicções sobre necessidades verificadas.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — E se os números e os cálculos condicionam as possibilidades e as exigências, ela é, sobretudo, a satisfação de necessidades humanas, que estão reconhecidas em toda a parte como imperativos da ordem social. A Previdência é, portanto, expressão de uma face da vida do homem, e por isso é evolutiva, e não estática.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — A tudo isto devem estar atentos, e estão-no, aqueles profissionais — eu não o sou.

Enfim, desta vez eu queria ouvir e queria aprender.

Ontem, momentos depois de acabar o seu esplêndido discurso, felicitei o Sr. Deputado Cerqueira Gomes. Felicitei-o sinceramente, mas felicitei-me mais a mim. Tinha ouvido e tinha aprendido. Ganhei este lucro, mas perdi alguma coisa: perdi a disposição de ficar calado. E poderá ao fim da minha fala alguém dizer que mais ganharia se calado ficasse. Não me atemoriza o comentário, porque ao vir a esta tribuna faço por ditame de consciência.

É possível, mas não é fácil, tomar-se o discurso inteiro do Sr. Deputado Cerqueira Gomes e fazer num só lance o comentário a todos os seus pontos. É de tal maneira extensa a matéria nele tratada, tão elevado o acervo dos problemas postos, tão grandes as dificuldades de toda a ordem que a sua exposição levanta, que só um longo trabalho abarcaria o conjunto. E, sobretudo, eu não conheço muitos desses problemas por modo a entregar-me à sua discussão. Entenda-se com isto que o meu officio não é, nunca foi, o da Previdência. Outro me ocupa o tempo, embora de paredes meias, na repartição do Estado que se ocupa do trabalho nacional.

Acresce que o debate se faz em condições de não poderem alongar-se as exposições dos que vieram à tribuna. Mais dois dias e a Assembleia fechará. E esses estão reservados a outros trabalhos, que não podem esperar.

Ainda bem que o Sr. Deputado Abrantes Tavares nos trouxe a sua meditada exposição sobre o problema da Previdência.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Todos nós, estou convencido, lhe agradecemos o largo esclarecimento que nos deu na calma e minuciosa lição que lhe ouvimos.

Quanto a mim, por tudo quanto atrás exponho, sou forçado a limitar-me a meros apontamentos, como costuma dizer o nosso querido leader. Trago para aqui alguns que me parecem de grande importância, mas só alguns. Dizem respeito a aspectos parciais do problema. A sua natureza e importância social e política explicarão a escolha que deles fiz para a minha curta intervenção no debate.

Nessas notas, a primeira diz respeito à preferência nitidamente dada pelo Sr. Deputado Cerqueira Gomes à exclusão no actual esquema da doença de curta duração.

O nosso colega entende que a doença longa deve substituí-la.

A situação actual é esta: durante os primeiros seis dias de doença o beneficiário tem assistência médica, mas não tem subsídio.

Só a partir do sétimo dia passa a tê-lo. Anteriormente isso acontecia apenas nos primeiros três dias, mas o prazo foi duplicado.

De futuro e pela tese do Sr. Dr. Cerqueira Gomes este prazo teria de se alargar ainda mais.

Para quanto? Para quanto, realmente? Não ouvi uma sugestão a esse respeito, mas tudo leva a crer que não seria pequeno o alargamento.

Creio que nenhum de nós deixará, em primeiro lugar, de conceber os perigos de adoptar um sistema de que resultará deixar-se avançar muito muitas doenças, para só as tratar medicamente quando oferecem graves perigos de progresso.

Em segundo lugar, todos nós sabemos como são hoje relativamente fáceis de curar um grande número de doenças que antigamente se arrastavam em longos períodos de tratamento e de convalescença. E são-no devido a terapêuticas de efeitos imediatos ou quase. Essas terapêuticas exigem, porém, a assistência do médico e o emprego de meios de cura potentes, mas muito caros.

A sugestão feita no desenvolvimento do aviso prévio isolará o doente do médico e atirá-lo-á para o recurso ao curandeirismo próprio ou de terceiros. Creio que isto seria um regresso e não um progresso.

Mas mais:

O homem como valor de produção é-o na medida em que conservar a sua saúde. Uma doença menos curta ou até prolongada. Não se compadece a vida de hoje com perdas frequentes de dias de trabalho. No aspecto económico o abandono da doença curta no esquema seria motivo de graves consequências daquela ordem.

Por último calculem-se outros graves reflexos de uma medida desta natureza.

É oneroso para o doente e grave para a família viver uma semana sem o salário do seu chefe. Pode prever-se o que aconteceria se se alargasse — e não se sabe até quanto — o prazo de inassistência. Prevê-se sem esforço a soma de privações e de outras doenças, do desamparado e da família, a que o sistema daria resultado.

Não duvido de que no aspecto de profilaxia das doenças o sistema traria desastrosos resultados.

Por mim não concebo que fosse admissível um país com um sistema de Previdência forçar os que perdem a saúde, sem ser nos casos de doença longa, à assistência pública, à caridade dos médicos e até à mendicidade da família, quando tudo isso se pode evitar com a prestação normal da assistência médica logo nos primeiros dias do mal.

Segurado apenas para a doença de longa duração e, fatalmente, sentindo apenas a partir de certo momento o benefício do seguro, isso provocaria a natural incompreensão e revolta contra um sistema que, para o socorrer, exigiria ao beneficiário uma longa espera na inassistência previdencial ou a desistência do que considera o seu direito. Pagando toda a vida, em todas as semanas — ele e o patrão — as contribuições para a Previdência, nem um nem outro compreenderiam que só contra certas doenças, felizmente muito mais raras na

Sifilis:

Bismogenol

Laboratórios
Tosse. Hamburgo

—Fama mundial—

Representante Geral:

SALGADO LENCART

R. Santo António, 203
Telefone, 21684
P O R T O

Sub-agente:

A. G. ALVAN

Rua da Madalena, 66, 2.º-E.
L I S B O A

Produto original apresentado sob as formas de "PÓ" e de "PASTA"



BASE:

ALBUMINA
DIATOMÁCEAS
COLOIDE SILÍCIO

INDICAÇÕES

LAURODERME "Pó"

Intértrigos - Eritêmas - Eczemas húmidos - Pruridos - Lesões dérmicas de toda a espécie - No tratamento da pele irritada e sensível - Nos recém-nascidos, principalmente em combinação com a "Pasta" - No tratamento vaginal sêco.

LAURODERME "Pasta"

Intértrigos - Eritêmas - Eczemas - Lesões dérmicas de toda a espécie - No tratamento da pele irritada e sensível - Queimaduras, etc..

NOTA - Em certos casos deverá aplicar-se a "Pasta", à noite, friccionando bem até completa absorção pela pele, e, para aumentar a sua acção, deverá pulverizar-se o local com o "Pó".



M. RODRIGUES LOUREIRO - Rua Duarte Galvão, 44 - Lisboa

generalidade e pelo menos até certa idade, fosse defendido.

O caso frequente é o da doença de curta e média duração. Esse é que atormenta o dia a dia da família. A ele acode a Previdência, por não poder acudir a todos. Quanto a mim o desejável é alargar esse sistema na medida possível e com o decorrer do tempo, embora sem mais encargos. Num sistema que excluísse as doenças de curta e média duração teria de acudir a estas a assistência pública ou teria o beneficiário de recorrer à clínica particular.

Outro ponto importante do desenvolvimento do aviso prévio consiste em se afirmar que a Previdência não deve abranger senão os economicamente débeis. E a afirmação situou-se, sobretudo — foi o que me pareceu — naquilo que respeita à prestação de assistência na doença.

O Sr. Deputado Cerqueira Gomes não andou longe de reconhecer as dificuldades da definição de «economicamente débeis».

Sugeri, porém, com certo à-vontade, que o conceito resultasse da fixação de um salário como limite máximo. E propôs 2.000\$ por mês ou 70\$ por dia.

O Sr. Moura Relvas: — V. Ex.^a dá-me licença para um esclarecimento?

Mas não se podia dar aos não economicamente débeis a liberdade de escolher se querem ou não ter essa faculdade, isto é, a obrigatoriedade da inscrição para esse efeito?

O Orador: — Não digo que não. Não digo que o caso desses possíveis beneficiários não possa tomar o aspecto de uma inscrição voluntária.

O Sr. Moura Relvas: — Isso é que nos daria a nota dos que eram ou não economicamente fortes ou débeis.

Por este processo nunca chegamos a concluir quem se sente economicamente dé-

bil e quem se sente economicamente forte. Entendo que deve dar-se o ensejo de inscrição àqueles que não se sintam economicamente débeis.

O Orador: — V. Ex.^a é suficientemente versado nestes assuntos para saber que as associações de socorros mútuos não vivem, vegetam, por causa do princípio da voluntariedade da inscrição. Isto entre parêntesis, porque não é esse o caminho das minhas considerações. Desejo apenas demonstrar que a fixação de um limite para se considerar um indivíduo forte é muito difícil. Até agora não vi apresentar aqui elementos que convencessem da ordem legítima desse limite.

Senão vejamos:

Em primeiro lugar levanta-se no meu espírito a dúvida sobre se pode considerar-se tão economicamente débil aquele que ganha 2.000\$ por mês e não tem filhos como o que ganha o mesmo e tem quatro ou cinco, ou como o que tem a seu cargo um tuberculoso ou mais na família. Isto além de considerar meramente arbitrário um tal número, por não se ter feito a demonstração de que ele resulta da consideração de todos os factores de cálculo de um salário suficiente.

É verdade que o Sr. Deputado Cerqueira Gomes lançou também a ideia da ordem dos 3.000\$, talvez por admitir já uma correcção daquele primeiro número. Gostaria de saber se, por exemplo, nós podemos em consciência aceitar que um chefe de secção das nossas repartições ou um capitão do nosso exército, um e outro com encargos de educação de filhos e da defesa da sua saúde, ganhando como ganham um pouco mais, sejam economicamente fortes de modo a poderem continuar fora do âmbito de uma organização de assistência na doença, assistência que, realmente, não possuem. E chamo o caso destes dois servidores do Estado por ser mais conhecida e sentida a sua situação, como paradigma da dos outros que, não sendo oficiais nem tendo diplomas de funções públicas, também têm filhos e doenças, suas e destes.

Aliás, suponho que andamos à volta de ideia já ultrapassada.

Senão vejamos:

No âmbito de 650.000 beneficiários, averiguou-se, em estudo do actuário, já citado, Dr. António Leão, haver 2,95 por cento que ganham 2.000\$ ou mais e 1,13 por cento que ganham 3.000\$ ou mais.

Disse o nosso colega que a diminuição de receita proveniente da exclusão destes não afectaria sensivelmente os créditos da Federação. É verdade, tanto mais que eles não trazem apenas receita; mas também dão despesa. Mas é caso de meditar se tão reduzida percentagem tem expressão que aconselhe, em face das suas conhecidas condições de vida, a colocá-los na situação de terem de pagar as radiografias, as análises, as provas laboratoriais e os honorários médicos.

Na realização do aviso prévio foi posto também — embora não completamente — o problema dos trabalhadores independentes.

Creio que convém um rápido esclarecimento a este respeito.

A política do actual Ministério orientou-se sempre no sentido de não abranger no âmbito da Previdência os trabalhadores independentes. E fê-lo dadas as gravíssimas dificuldades que a resolução do problema apresentava, muito embora reconhecesse que uma certa parte desses trabalhadores, por simples razão de justiça, devia estar também protegida. Refiro-me, sobretudo, ao artesanato.

É, porém, verdade que a certa altura, e em conformidade com a lei, se fez a experiência de incorporar no âmbito daquela os sócios gerentes que também trabalhassem como empregados das suas empresas. E só quanto a estes, repito, só quanto aos que, além das funções de gerência, trabalhassem como empregados.

Mas, como a generalização do sistema podia absorver os que tivessem grandes rendimentos, foram desligados os trabalhadores independentes do comércio por

PRODUTOS



DEUTSCHE NOVOCILLIN GESELLSCHAFT MUNIQUE

Especialidades farmacêuticas controladas permanentemente por uma clínica médica universitária, sendo cada carga examinada e aprovada oficialmente pelo Instituto de Investigação Científica ROBERT KOCH de Berlim.

PASIMICIN PÓ — (Fracos pulverizadores de 20 gramas)

Composição: 1 gr. de Pasimicin contém 10.000 U. I. de sulfato de dihidroestreptomina e 2.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalina.

PASIMICIN POMADA — (Tubos de 25 gramas)

Composição: 1 grama de Pasimicin pomada contém 1.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalina e 5.000 U. I. de Sulfato de dihidroestreptomina.

PASIMICIN INJECTÁVEL — Sulfato de dihidroestreptomina equivalente a 0,5 gr. de dihidroestreptomina base + 300.000 U. de Penicilina Procaínica G cristalizada + 100.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalizada.

PASICILLIN B INJECTÁVEL — 300.000 U. I. de Penicilina Procaínica G + 100.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalina.

TUBERCID (Hidrazida do ácido isonicotínico)

Fracos de 100 comprimidos de 50 mg. cada.

Os produtos acima encontram-se já à venda

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL E PROVÍNCIAS ULTRAMARINAS

SOCIEDADE FÁRMICA, LIMITADA

Praça Sidónio Pais, 287-4.º D.º PORTO Telefone, 29560

Um produto "ANDRÓMACO"

TALIPECTIN

ANDRÓMACO

**Para a quimioterapia das afecções intestinais
de origem bacteriana**

Ftalilsulfacetamida — Pectina

Caulino coloidal

**Em forma de emulsão. Isento de açúcar.
De fácil administração em medicina infantil.**

INDICAÇÕES:

Colites ulcerosas. Disenterias bacilares. Enterites disenteriformes infantis. Intoxicações alimentares. Salmoneloses. Fase pre-operatória cirúrgica, etc.

PREPARADO NOS

LABORATÓRIOS



ANDRÓMACO, L.ª

Rua Arco do Cego, 90

Lisboa — Portugal

despacho de 1949 e os das outras actividades dos despachos de aplicação geral de 29 de Março e de 15 de Maio de 1952. Hoje o seguro só abrange os trabalhadores dependentes, com excepção dos três casos que vou referir.

O primeiro é o da Ordem dos Advogados, que, por iniciativa própria e sob a protecção do Ministério da Justiça, pediu e montou a sua caixa de previdência. O segundo é o da Ordem dos Médicos, que já tinha desde 1926 uma instituição de previdência, criada pelo Decreto n.º 11.487, e que, requerendo, como era de lei, a sua regulamentação, a obteve em 1946 pelo Decreto - Lei n.º 35.513, decreto - lei que foi presente à Assembleia Nacional para ratificação.

Também a Ordem dos Engenheiros, depois de voto unânime do congresso nacional destes, realizado, salvo erro, no Porto, pediu a formação da sua caixa. Esta, porém, ainda não funciona.

Em último lugar, gostaria de pôr a VV. Ex.ª algumas breves reflexões sobre a alteração do esquema do seguro na doença, alteração que o Sr. Deputado Cerqueira Gomes propugnou com calor.

E há-de S. Ex.ª crer e VV. Ex.ª também — estou certo — que não andam alheios a esse desejo os homens que se têm dedicado a montar os esquemas da nossa Previdência. Têm sido eles frequentemente acusados de ousadia excessiva e até de... imprevidência. Não vá agora supor-se que pararam no caminho das aspirações e dos melhoramentos.

O desenvolvimento do aviso prévio feito pelo nosso colega atirou-nos para a ideia de o seguro na doença abranger a dos rurais, a tuberculose, a cirurgia, o internamento hospitalar, as doenças mentais, o cancro.

Ora vejamos um exemplo curioso:

O actuário Dr. António Leão fez com um seu colega e com dois ilustres médicos

— um da Assistência Nacional aos Tuberculosos e outro de uma caixa — um estudo sobre o seguro da tuberculose. Chegaram à conclusão de que, incluindo um subsídio durante três anos, ele custaria 2,8 por cento dos salários dos seus beneficiários. Com isto quero notar que, se juntar esta percentagem às de 3,8 e 1,2 que custam actualmente a assistência na doença e o subsídio de nove meses, chegaríamos a um total de 7,8 por cento. Eu ousaria propor que se fizessem estudos semelhantes para a doença nos rurais, o internamento hospitalar, a cirurgia, as doenças mentais, o cancro — para ao fim se fazer a simples operação de somar as respectivas percentagens no esquema do Sr. Dr. Cerqueira Gomes. E mesmo sem esses estudos parece-me de considerar o grave peso de ordem económica que tais soluções implicariam e a grave dúvida sobre se existe possibilidade real de encarar imediatamente tal encargo.

Naquilo em que excedem as possibilidades respectivas da organização da Previdência quem o assumiria? O Estado?

Ou, excedendo-as, diminuir-se-iam, como pretende o autor do aviso prévio, os outros benefícios da Previdência, para atender a estes?

Meditou-se bem na aceitação de soluções por parte dos interessados directos — os que pagam — soluções que envolvem o abandono do actual esquema da doença, para o substituir por um em que só uma parte dos contribuintes — a menor — vem a receber contrapartida?

Meditou-se bem na aceitação de soluções que reduzam as pensões de reforma e de invalidez?

E isto não é de considerar?

Sr. Presidente: foram breves e dispersas notas as que eu trouxe aqui. Pouco valor terão em face do trabalho completo do Sr. Deputado Cerqueira Gomes.

Creio, porém, que em alguma coisa poderão concorrer para uma grande reflexão sobre o tamanho problema proposto a esta Assembleia antes de se tomar uma decisão.

Tenho dito.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

GELDIAZINA

NO TRATAMENTO
DAS DIARREIAS
DE ORIGEM
INFECCIOSA



GELEIA AGRADÁVEL AO PALADAR

FÁCIL E PRÁTICO CONTROLE DE
ADMINISTRAÇÃO DA SULFADIAZINA
ESPECIALMENTE NAS CRIANÇAS

Sulfadiazina 5 grs. — Pectina — Vitaminas
do Complexo B — Pantotenato de cálcio —
Extracto de banana — Excipiente açucarado
não fermentescível — q. b. para 100 grs.

Uma colher das de chá raza equivale a 0,20 grs. de Sulfadiazina

Laboratório



Farmacológico

J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

II Congresso Europeu de Alergia

Terminou no dia 26 de Maio o II Congresso Europeu de Alergia, que se realizou em Copenhague sob os auspícios da UNESCO e o patrocínio do Governo dinamarquês, tendo a ele assistido setenta médicos, que representavam vinte países.

O nosso País foi reeleito por mais quatro anos para o «comité» permanente dos delegados. A França sugeriu que o III Congresso fosse realizado em Portugal. Anta a recusa do delegado português, candidataram-se a Espanha e a Itália. Apesar dos esforços do Dr. Damas Mora, que apresentou e defendeu a tese espanhola, a Itália foi preferida na votação de desempate pelo voto de qualidade do presidente (França).

Assim, o próximo III Congresso Europeu de Alergia realizar-se-á em Itália, no ano de 1957, efectuando-se, entretanto, em 1955, no Rio de Janeiro, o II Congresso Internacional, que se prevê venha a constituir um assinalado êxito.

BAIXA DE PREÇOS

Novamente os Laboratórios Delta, põem à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica, a

DELTACILINA em DOSES,

tornando-a assim, como já fora, a primeira penicilina preferida pela economia das suas embalagens.

Deltacilina	150.000 U. O.	1 Dose	Esc.	9\$50
		3 Doses	Esc.	22\$50
	300.000 U. O.		Esc.	11\$00
	400.000 U. O.	1 Dose	Esc.	12\$00
		3 Doses	Esc.	33\$00
		5 Doses	Esc.	52\$50
		10 Doses	Esc.	100\$00
	600.000 U. O.	1 Dose	Esc.	14\$00
		3 Doses	Esc.	39\$00
		5 Doses	Esc.	62\$50
		10 Doses	Esc.	120\$00
	800.000 U. O.	1 Dose	Esc.	16\$00
		3 Doses	Esc.	45\$00
		5 Doses	Esc.	72\$50
		10 Doses	Esc.	140\$00
	3.000.000 U. O.		Esc.	38\$00



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 15 a 21 de Junho)

Dia 15 — Reúne-se em Coimbra o Curso médico de 1933.

Às 10 horas, os componentes do curso ouvem missa na capela da Universidade, por alma dos condiscipulos falecidos, apresentando depois cumprimentos ao reitor da Universidade, Prof. Maximino Correia, considerado condiscipulo honorário, e ao director da Faculdade de Medicina, Prof. Novais e Sousa.

Visitam, em seguida, os novos edificios da Cidade Universitária.

— Em Coimbra, na sala nobre dos Hospitais da Universidade, reúne-se a Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica. Preside o Prof. Dr. Maximino Correia, secretariado pelos Drs. Cid de Oliveira e Prof. Dr. Celestino Maia.

O Dr. Cid de Oliveira, vice-presidente da Sociedade, faz a apresentação dos conferentes.

Em primeiro lugar fala o Prof. Dr. Rocha Brito, sobre «A posição da Curia na Crenoterapia Portuguesa».

Depois o Dr. Viana de Lemos, a propósito de «Considerações sobre Emanoterapia», exalta o valor da água do Luso, pelas suas propriedades radioactivas.

Por último, é apresentado um trabalho intitulado «Nota preliminar sobre o estudo dos radioelementos da série do Tório nas águas minerais», pelo Prof. Dr. Francisco Nazaré, catedrático de Física da Faculdade de Ciências.

— Em Lisboa, na Sociedade de Ciências Médicas, realiza-se, à noite, uma sessão científica que é presidida pelo Prof. Costa Sacadura. São oradores os Drs. Eugénio Mac Bride e Cristiano Nina. O assunto versado é a profilaxia do tétano.

— Reúnem-se em Lisboa os sobreviventes do curso de 1908, em número de 13. Entre

eles figuram os Profs. Adelino Padesca e Francisco Gentil, e os Drs. D. Fernando de Lencastre, Guilherme Brito Chaves, Tovar de Lemos, José Pontes, Couto Nogueira, Pires Pereira, etc.

— O Prof. Baraona Fernandes é nomeado para director interino do Hospital Júlio de Matos.

18 — Em Lisboa, na Junta da Provincia da Estremadura faz uma conferência o Dr. Munoz Braga, que se refere largamente às clinicas de diabetes e ao racionamento alimentar na Inglaterra.

Estrangeiro

No Brasil, prosseguindo na sua intensa actividade o Instituto de Estudos Portugueses que o Liceu Literário Português mantém está em plena série de lições do seu ano académico. A última lição esteve a cargo do eminente psiquiatra espanhol Prof. Mira y Lopez que versou o difícil tema de «Psicologia do Individualismo» desenvolvendo-o perante uma assistência numerosa e selecta e sob a presidência do Prof. Pedro Calmon, Reitor da Universidade do Brasil.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 12-6 a 18-6-953)

12-6

Dr.^a Maria Margarida Fernandes Brito, estagiária do Instituto Português de Oncologia — autorizada por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de médica ginecologista da União dos Sindicatos dos Ferrovários.

— Dr. Alvaro Mateus Ferreira Matos, adjunto, contratado, do delegado de Saúde do Distrito de Setúbal — autorizado a acu-

mular o cargo de assistente do Sanatório Marítimo do Outão, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— Prof. Aires Francisco Nicéforo de Sousa, professor da Faculdade de Medicina de Lisboa — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de médico radiologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas do Hospital do Ultramar.

— Dr. José Fernando Leite da Costa — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.^a classe do quadro médico comum do ultramar português, e colocado em Moçambique, na vaga resultante da promoção à classe imediata do Dr. Artur dos Santos Alves de Moura.

15-6

— Dr. José Augusto Dias da Costa Veiga da Fonseca, médico municipal e subdelegado de Saúde do Concelho de Gouveia — autorizado, por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de médico do Hospital de Nossa Senhora da Piedade, da Santa Casa da Misericórdia, e de director do Dispensário Antituberculoso de Gouveia, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— Dr. Alfredo Luazes Mayer — autorizado, por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de médico fisioterapeuta, contratado, dos Hospitais Civis de Lisboa e de médico fisioterapeuta da Misericórdia de Almada.

— A Câmara Municipal do concelho de Silves, por virtude de não observância de um preceito legal, anula e declara sem efeito o aviso publicado no «Diário do Governo» n.º 131, 3.^a Série, de 3 do corrente, respeitante à lista definitiva dos concorrentes e nomeação do médico para o 4.^o partido da freguesia de S. Marcos da Serra, do referido concelho. Tornando, para os devidos efeitos, pública a lista provisória dos concorrentes ao dito lugar:

Joaquim Afonso Pimenta Simões e Júlio Duarte de Sousa Calaça.

— Portaria nomeando o júri que faz parte do concurso para provimento do lugar de professor catedrático de Anatomia Descritiva (I parte) da Faculdade de Medicina do Porto, composto pelos seguintes senhores:

Presidente — Dr. Amândio Joaquim Tavares, reitor da Universidade do Porto.

Vogais: Drs. Hernâni Bastos Monteiro e António de Sousa Pereira, professores catedráticos do 1.^o grupo da Faculdade de Medicina do Porto; Maximino José de Moraes Correia, Armando Tavares de Sousa, professores catedráticos do 1.^o grupo da Faculdade de Medicina de Coimbra; Vitor Hugo Moreira Fontes e Augusto Pires Celestino da Costa, professores catedráticos do 1.^o grupo da Faculdade de Medicina de Lisboa.

18-6

— Dr. Vamona Shridha Prabhu Sinari, nomeado médico municipal do partido com centro e residência obrigatória, permanente, na vila de Odivelas, freguesia do mesmo nome, do concelho de Lourés.

AGENDA

Estrangeiro

Concursos

Estão abertos:

— Para o provimento do partido médico municipal do Norte-Velas, Ilha de S. Jorge - Açores, com residência permanente e obrigatória na sede e freguesia do Norte Grande, do mesmo concelho.

— Para admissão de médicos que pretendam frequentar os estágios de aperfeiçoamento para clinicos estagiários do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

NOVO E ORIGINAL

No

Reumatismo
Artrite
Dores musculares
Pleurodinias
etc.

algiDerma

CREME ANALGÉSICO ANTIFLOGÍSTICO
E ANTI-REUMÁTICO

DAVI
LISBOA

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. Lobafo Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos 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 Antitrombotosa do Disp. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.º António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.º António, José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.º António) — PORTO

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Deleg. de Saúde de Portalegre), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

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

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

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

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

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

Intogine

Bial

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

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