

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 92
4 de Junho de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

NAS DORES ANGIOCOLITICAS



BILAMIDE

SUPRIME: as causas da inflamação, pelos seus princípios anti-infecciosos; o estado espasmódico, pelas suas propriedades espasmolíticas.

BILAMIDE

CONTRA: hepato-colepatias
inflamações intestinais
fístulas de infecção mista



CILAG, -S. A. -SCHAFFHOUSE -SUÍÇA

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

SUMÁRIO

	Pág.
PAES, EURICO — Alterações metabólicas de origem cortico-supra-renal	487
BASTOS, JOAQUIM — Portografias no cão. Estados precoces da derivação venosa nas obstruções do sistema porta	495
XAVIER MORATO, M. J. e FONSECA, IVALDO — Síndromas digestivos de causa extrínseca	499

SUPLEMENTO

	Pág.
A expressão de um desejo... e a mágoa dos bem intencionados — M. da Silva Leal	439
Écos e Comentários	442
O aviso prévio do Prof. Manuel Cerqueira Gomes	443
Noticiário diverso	



LONGACILINA

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

LONGACILINA

Comprimidos para administração oral.

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

Boião de 12 comprimidos

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

LONGACILINA A

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

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

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

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Alterações metabólicas de origem cortico-supra-renal

EURICO PAES

Integrada neste ciclo de conferências que constitui a segunda parte do Curso Supra-renal, surge hoje o tema «Alterações metabólicas de origem cortico-supra-renal», sobre o qual nos recaiu a responsabilidade de dissertar. O entusiasmo com que temos abraçado a iniciativa da organização destes cursos, que se devem iniludivelmente à pertinaz tenacidade do nosso Ex.mo Secretário Geral e cuja utilidade e alcance seria ocioso estar a encarecer, esse entusiasmo, a honra que para nós representa a colaboração que nos pedem e que nunca nos furtamos de prestar, por vezes não sem algum esforço e até com sacrifício, numa palavra e em suma, toda a nossa boa vontade de servir não cremos seja bastante para suprir as dificuldades e dominar, de maneira simples e esquemática como nos é habitual, o assunto desta noite. É que, sem que nós próprios nos apercebessemos das dificuldades a vencer, ligámo-nos ao título que foi anunciado e que é; na realidade, além de demasiado extenso, bastante complexo, ainda que revestido do maior interesse científico e prático.

A complexidade dos variadíssimos problemas a que o metabolismo intermediário de cada um dos princípios imediatos pode dar origem é agravado no nosso caso pelas não menos complexas relações das hormonas do cortex-supra-renal com os mais íntimos processos enzimáticos de carácter metabólico. E assim, vimo-nos sem querer na presença dum problema, que mais do que da actualidade se pode francamente considerar do futuro e que consiste essencialmente na relação das hormonas, com as vitaminas, com os enzimas e com o sistema nervoso.

Encará-lo-emos, apenas nalguns dos seus aspectos, naqueles que considerarmos essenciais no decorrer da exposição pelas suas estreitas conexões com os assuntos que formos tratando.

Afirma SOPEÑA que a regulação metabólica tem as suas raízes no enzimático, começando a bioquímica a dar os seus primeiros passos neste terreno tão prometedor.

Na verdade, podemos considerar a célula com uma constelação enzimática, como um palco onde os ciclos da energia levam a cabo a sua representação numa série ordenada de actividades fermentativas. Dentro dum organismo unicelular, no interior da célula, os processos metabólicos decorrem independentemente do factor humoral. O humoral, no sentido de mensagem química, não tem cabimento no uni-celular, sendo privativo do estado pluri-celular.

É certo que cada dia mais se verifica em decadência o individual, o conceito da célula como unidade funcional, mas não é menos verdade que o organismo, considerado como um todo, representa soma das actividades funcionais de cada uma das células que o constituem. E se em cada célula é individualmente o que conta sobretudo é o enzima, a verdadeira unidade biológica é o enzima e os seres vivos devem ser considerados como um aglomerado enzimático organizado num sistema integrado, num sistema unificado.

As fronteiras entre enzima e substractum começam também a desvanecer-se. Um corpo que num dado momento é substractum pode pelo simples facto de entrar em acção passar a colaborar, que conferirá um significado especial a uma determinada fase da cadeia enzimática. Vejamos, por exemplo, a clara significação de catalizadores dos ácidos di-carboxílicos, do próprio ácido cítrico, da citrulina, etc. No ciclo de KREBS pode admitir-se o cítrico como produto intermediário ou como catalizador que num momento se submerge na reacção para reaparecer mais tarde disposto a fazer ressurgir o referido ciclo. Mais do que agente, o enzima é, em suma, acção, acção que, por ser biológica, é complexa.

A influência nos organismos pluri-celulares do sistema nervoso e do sistema hormonal sobre o enzimático é na reali-

dade um problema do futuro. O que por hoje parece já poder afirmar-se é que as terminações nervosas colinérgicas e adrenérgicas e a actividade sináptica em geral libertam factores humorais e que o nervoso é como um fluir de cargas negativas que conduz a uma modificação enzimática, isto é, fisico-química. Por seu turno hormonas, pelas suas acções químicas estão também focadas para os sistemas enzimáticos celulares, convergindo em última análise tudo para o enzimático.

Pelo que diz respeito ao não menos importante metabolismo da água e dos sais, particularmente do cloreto de sódio e sua regularização neuro-hormonal, sabe-se que não é o rim, que não é apenas um órgão, mas uma série de influências, de sistemas de coordenação, que de uma maneira extremamente complexa mantêm um equilíbrio hidro-salino normal.

Para assegurar uma conveniente distribuição de água e de cloreto de sódio no organismo três influências conhecidas intervêm fundamentalmente. É primeiro o factor nervoso, depois a influência hormonal e por fim o papel do filtro renal. O rim é o órgão de excreção submetido a ordens transmitidas por via nervosa ou química, órgão terminal deste complicado ciclo «Erfolgsorgan» como dizem os autores alemães, formando estes três factores *um todo* cuja integridade funcional é necessária para que esteja assegurada uma perfeita regulação do equilíbrio hidro-mineral. Uns rins absolutamente normais podem eliminar deficientemente se as funções nervosas ou hormonais estão desreguladas. Como se sabe, é um erro concluir pela existência duma afecção exclusivamente renal apenas por ser anormal a composição da urina.

Além destas influências neuro-hormonais poder-se-iam ainda considerar as outras substâncias que actuaem sobre os metabolismos, particularmente da água e do cloreto de sódio. O tipo destas substâncias é a histamina a qual, aumentando a permeabilidade dos capilares, desempenha um grande papel na hidrofilia dos tecidos. No shock histamínico verifica-se ao lado da alteração das funções de eliminação, considerável retenção de água e de sal.

Mas isso seria fugir ao espírito que aqui nos trouxe. Deixando, pois, propositadamente de lado a análise da influência do sistema nervoso sobre os processos metabólicos, a descrição dos numerosos trabalhos de fisiologia, alguns tão interessantes, que permitiram identificar aqueles centros hipotalâmicos que estão em relação com os processos metabólicos influenciados pelas hormonas corticais, em suma, qualquer dos caminhos apontados pois que isso nos tomaria quase todo o tempo de que dispomos e nos embrenharia num campo de pura fisiologia, o que por agora não pretendemos, e colocando-nos dentro do espírito que presidiu à organização desta segunda parte do curso — Clínica da Supra-renal — vamos descrever as alterações metabólicas de origem cortico-supra-renal nos três estados clínicos seguintes:

- 1 — Doença de Addison e duma maneira geral insuf. cortico-supra-renal.
- 2 — Estados de hiperfunção cortical, particularmente nos síndromes de hiperfuncionamento metabólico. E finalmente,
- 3 — Na clínica do sistema muscular, isto é, nas miopatias de origem cortico-supra-renal, as quais, pelas suas características fisio-patológicas peculiares, decidimos, merecerem ser tratadas isoladamente.

Começemos pela doença de Addison, ou mais genericamente, pelos estados de hipocorticismo. Esquemáticamente podem considerar-se três variedades clínicas da hipofunção corti-

cal: uma forma de hipofunção aguda, uma forma crónica absoluta — que é a doença de Addison — e num terceiro grupo todas as outras formas de hipofunção seja qual for a sua origem (insuficiência cortical constitucional, o frequente hipocorticismo que acompanha as doenças infecciosas, as intoxicações, o coma insulínico prolongado, o síndrome psico-dinâmico de MONG e FRANKL, a hipoadrénia gravídica, o síndrome de TURNER, etc.).

Todas estas variedades não são distintas insuficiências supra-renais mas sim um único síndrome que nos surge mais ou menos completo, porém sempre o mesmo, e no qual a importância das alterações metabólicas é enorme, como se verifica não só na observação quotidiana na prática clínica, através os elementos fornecidos pelo laboratório, mas também e principalmente pelos resultados colhidos a partir da insuficiência cortical experimental.

Grande número de investigações realizadas em animais após suprarrenalectomia bi-lateral demonstram que as alterações metabólicas se situam em primeiro plano no complexo quadro sintomático originado pela extirpação das cápsulas supra-renais.

Essas alterações dos processos metabólicos englobam o metabolismo geral, afectando individualmente cada um dos metabolismos parciais: dos hidratos de carbono, das gorduras, das proteínas, da água e dos electrólitos, etc.

A medição do metabolismo basal, feita pelo consumo de oxigénio, revela baixos valores nos animais suprarrenalectomizados, ainda que na doença de Addison, correntemente, o metabolismo basal esteja dentro dos limites normais. Só se observam números baixos do metabolismo basal no Addison quando aparecem as náuseas e os vômitos e durante as crises de insuficiência aguda. Como demonstraram os trabalhos de AVERY e VERZAR o consumo de oxigénio durante o trabalho é muito mais pequeno nos animais suprarrenalectomizados do que nos normais.

Pelo que diz respeito ao metabolismo dos hidratos de carbono estamos já hoje de posse de elementos que permitem afirmar que na insuficiência cortical o metabolismo dos açúcares se encontra profundamente alterado. Essas alterações revelam-se logo na absorção pelo intestino das lexoses alimentares, depois na difusão da glicose do sangue para os tecidos, nas reservas glicogénicas ao nível do fígado e dos músculos e por fim e até, na utilização da glicose pelos tecidos. Vejamos, em separado e de maneira sucinta, cada uma destas alterações.

Segundo os trabalhos de VERZAR e colaboradores, a absorção selectiva dos açúcares ao nível da mucosa intestinal só se realiza depois de prévia fosforilização, condicionada pelas hormonas corticosteróides que actuam como activadoras das fosfatases da mucosa. KUSCHER e WUST, empregando o método histológico de GOMORI, confirmaram em 1942 que as fosfatases da mucosa intestinal desaparecem depois da suprarrenalectomia bi-lateral.

Nos estados clínicos de insuficiência supra-renal vários trabalhos demonstraram igualmente que a absorção dos açúcares pelo intestino se encontra muito diminuída.

Actualmente muitos investigadores são contrários à hipótese da fosforilização intestinal dos açúcares. RUSSEL, CLARK e MAC KAY, sem que neguem a alteração da absorção dos açúcares na insuficiência supra-renal, atribuem-na, no entanto, a uma perturbação primária do equilíbrio hidro-mineral, pois que demonstraram ser possível a normalização da reabsorção dos açúcares pelo intestino nos animais suprarrenalectomizados, mediante abundante administração de cloreto de sódio.

A difusão da glicose para os tecidos, quer dizer, a passagem da glicose do sangue para os tecidos está também na

insuficiência cortico-supra-renal profundamente dificultada. Foi ainda VERZAR que mostrou manterem os animais suprarrenalectomizados muito mais tempo do que os animais normais a hiperglicemia que se segue à administração de glicose, gelactose e levulose.

As reservas glicogénicas nos doentes de Addison e nos animais sem supra-renais sofrem também consideráveis alterações.

O glicogénio hepático diminui muito na insuficiência supra-renal. A tendência para as graves crises hipoglicémicas que se observam nos addisonianos pelo jejum, e igualmente nos sensíveis diferenças do seu conteúdo glicogénico a verdade é diminuição da reserva glicogénica ao nível do fígado.

Ao nível dos músculos, ainda que nos animais desprovidos de supra-renais e quando em repouso se não tenham encontrado sensíveis diferenças do seu conteúdo glicogénico a verdade é que, com a fadiga o glicogénio muscular desaparece rapidamente não se repondo pelo repouso, como acontece normalmente.

A concentração da glicose no sangue está também frequentemente alterada na insuficiência cortical. Nos addisonianos e nos animais suprarrenalectomizados é corrente observar-se uma hipoglicémia mais ou menos nítida, sobretudo durante as crises e no jejum. Donde, o característico aumento da sensibilidade à insulina que se verifica nestes estados e que constitui para a doença de Addison uma prova de diagnóstico, de uso clínico, não isenta de perigos, a que nos referimos na lição sobre o assunto que fizemos no 1.º ciclo deste Curso.

A utilização da glicose, termo amplo que inclui todas as fases de oxidação ou retenção sob a forma de glicogénio ou de gordura, está também alterada na insuficiência cortical. Experimentalmente, tem-se medido a utilização da glicose observando a quantidade que é necessária para manter o nível glicémico normal em ratas evisceradas.

Há provas evidentes de que o cortex-supra-renal inibe normalmente a utilização hidrocarbonada. Por isso, na insuficiência cortical há um aumento da utilização da glicose realizando-se mais facilmente e em maior quantidade a oxidação. EVANS, entre outros, observou em ratas suprarrenalectomizadas apreciável aumento da velocidade de oxidação da glicose em relação às ratas normais. Experiências com cortes de fígado em perfusão mostram igualmente um aumento da glucogenólise nos animais sem supra-renais.

PRICE, CORI e COOWICK, em 1945, puzeram a hipótese, baseados em investigações experimentais, de que o cortex-supra-renal através as suas hormonas e em conjunto com a insulina e um princípio hipofisiário actuasse sobre a hexoquinase; a insulina activando-a, o princípio hipofisiário e os corticosteróides possuidores de oxigénio no carbono II, inibindo-a. A hexoquinase é, como se lembram, o enzima que inicia as transformações metabólicas da glicose.

Na primeira fase do metabolismo intermediário da glicose forma-se o éster de ROBISON, glicose — 6 — fosfórico, pela acção de uma fosfatase, a hexoquinase, actuando como dador de fósforo o ácido adenosino-tri-fosfórico este, cedendo à glicose uma molécula de ácido fosfórico transforma-se em adenosino-di-fosfórico.

O éster de ROBISON é pois a origem das sucessivas fases do metabolismo da glicose, quer quando esta se degrada no sentido de oxidação, fornecendo energia imediata, libertando calorías por desintegrações, umas após outras, quer no sentido da retenção, armazenando-se sob a forma de glicogénio por res-sínteses sucessivas.

Se se desintegra, o éster 6 fosfórico ou de ROBISON passa a éster fructose-6-fosfórico ou éster de NEUBERG, o qual, fixando mais uma molécula de ácido fosfórico se trans-

forma no éster 1-6-di-fosfórico da fructose ou éster de HARDEN-YOUNG, o qual se cinde em duas trioses fosforadas que por uma série de transformações sucessivas (15) dão ácido pirúvico, terminando aqui a fase anaeróbica ou glicólise. A fase aeróbica, que não vamos também pormenorizar aqui, leva à formação de CO_2 e H_2O , a partir do ácido tri-carboxílico, com libertação de energia.

Se o éster glucose-6-fosfórico de ROBISON se vai armazenar formando glicogéneo, então transforma-se no éster glucose-1-fosfórico ou éster de CORI pela acção do enzima «*fosfo-glucose-mutase*» que transfere o radical fosfórico da posição C_6 para C_1 . Finalmente, o éster de CORI, por polimerização devida a um outro enzima, a uma fosforilase, transforma-se em glicogéneo. Esta reacção é reversível.

A transformação dos açúcares em gordura é um facto perfeitamente averiguado, de observação clássica e de experimentação fácil. A maneira como o açúcar se converte em ácidos gordos é que é mal conhecida. Parece, no entanto, que o ácido pirúvico é o ponto de partida para a síntese da gordura, actuando enzima a cocarboxilase, fosfato de vitamina B_1 . Segundo uma teoria, das diversas propostas, o ácido pirúvico por descarboxilação formaria aldeído acético; uma molécula de aldeído acético condensando-se com outra molécula de ácido pirúvico formaria um ceto-ácido que por perda de CO_2 daria lugar ao aldeído crotonico não saturado. Este por redução produziria aldeído butírico o qual ao oxidar-se daria ácido butírico. Os ácidos gordos assim formados unir-se-iam com a glicerina formada no organismo a partir da glucose, via aldeído glicérico. O ácido oleico é o ácido gordo não saturado mais importante que se sintetiza a partir do açúcar.

Voltando de novo aos trabalhos de PRICE, CORI e COLOWICK em que estávamos a falar e que deram origem a esta digressão sobre o metabolismo intermediário dos hidratos de carbono e a ser verdade, com eles pretendem, que na relação das hormonas cortico-supra-renais com as vitaminas e os enzimas que intervêm nos processos metabólicos daqueles princípios imediatos, os corticosteróides supra-renais inibissem a hexoquinase, seria de esperar que nos estados de insuficiência cortical essa inibição se deixasse de exercer. Além desta acção inibidora sobre a hexoquinase, admitem CONWAY e INGHERTI que as hormonas do cortex-supra-renal e as hipofisárias inibem também a fosfoglucomutase. As experiências de INGLE recentemente publicadas mostram que o extracto cortico-supra-renal diminui nitidamente a tolerância à glucose somente naquelas ratas que receberam insulina. Sem a participação da insulina o efeito provocado pelo extracto cortical sobre a tolerância à glucose é duvidoso ou não se faz sentir.

Enfim, estes e outros dados experimentais, pelas dificuldades da sua correcta interpretação na época actual, vêm confirmar a nossa afirmação inicial de que os problemas suscitados por este tema se podem francamente considerar do futuro.

Passemos às gorduras. Vários autores, mas sobretudo a escola de VERZAR mostraram que a absorpção dos ácidos gordos pelo intestino diminui consideravelmente pós a suprarrenalectomia, atribuindo o facto, tal como para os hidratos de carbono, a uma alteração da fosforilização. A lipémia diminui ligeiramente pela suprarrenalectomia e aumenta pela acção dos extractos corticais, ainda que as observações sobre os lípidos sanguíneos após tratamento com esteróides sejam poucas e não muito convincentes.

A mobilização das gorduras dos depósitos para o fígado e outros lugares parece fazer-se com maior lentidão na insuficiência supra-renal do que normalmente.

A cetogénese, isto é, a formação de corpos cetónicos está muito diminuída na insuficiência supra-renal.

Pelo que diz respeito ao *cholesterol* e metabolismo das esterinas deve dizer-se que as supra-renais contêm *cholesterol* numa concentração maior do que a de qualquer outro órgão. Pensam alguns autores que o *cholesterol* possa constituir a substância precursora das hormonas corticosteróides, com as quais tem grandes analogias sob o ponto de vista da sua estrutura química, pois que têm todas o mesmo núcleo ciclo-penténico-per-hidro-fenantrénico. No entanto *in vitro* não foi ainda possível aos químicos obter sinteticamente a partir do *cholesterol*, por exemplo, os oxi-esteróides corticais por introdução de átomos de oxigénio nas posições 11 e 17. Mas é possível que a glândula possa sintetizá-los a partir do *cholesterol* sanguíneo. Experiências recentes realizadas com *deutério* demonstram que a supra-renal pode sintetizá-los partindo de ácidos gordos de curta cadeia.

Quanto ao *metabolismo das proteínas*, está demonstrado que na insuficiência supra-renal aguda é constante um aumento da urémia e do azoto residual do sangue. O que seria devido, por um lado, a uma diminuição da permeabilidade renal, e por outro, a um aumento da desintegração proteica que se segue às alterações concomitantes do metabolismo dos hidratos de carbono e das gorduras. A alteração do metabolismo proteico consiste essencialmente numa deficiente desaminação dos amino-ácidos e na conversão em glicogéneo do resto de ácido gordo que fica do amino-ácido depois da desaminação. Nos animais suprarrenalectomizados a desaminação está muito diminuída (experiências de SAMUEL, BUTS e BAL) e há uma menor quantidade de amoníaco formado pelo rim (experiências de JIMENEZ DIAZ confirmadas pelas de RUSSELL e WILHELM). Também se encontra diminuída a neo-glucogenia a partir dos restos dos amino-ácidos na insuficiência supra-renal experimental (experiências de LEWIS e KULHMANN).

Pelo que diz respeito às alterações do metabolismo da água e dos sais na doença de Addison e na insuficiência supra-renal experimental diremos que elas são tão importantes que, não só é possível manter em vida os animais suprarrenalectomizados desde que se lhes faça uma dieta apropriada no sentido de compensar o desequilíbrio iónico, mas também porque há quem defenda o critério, como HARROP, KENDALL, LOEB e numa maneira geral a escola americana de que o fundamental no hipercorticismismo seriam as modificações do equilíbrio hidro-mineral, que para eles são as que efectivamente provocam a morte na insuficiência supra-renal, quer experimental quer clínica.

Já em 1925, quando ainda não estavam descritas as alterações do metabolismo do NA CL na doença de Addison, ROGOFF e STEWARD notaram que as injecções endovenosas de soro isotónico e hipertónico em cães suprarrenalectomizados lhes prolongava a vida e os melhorava extraordinariamente. Desde então, muitíssimos trabalhos, quer experimentais quer clínicos, puseram cada vez mais em evidência a importância do metabolismo hidro-mineral nos estados de hipocorticismismo.

Entre nós foram também realizados trabalhos que o confirmam. Recordemos as interessantes experiências de MIRA e FONTES, de 1939, em que relatam os resultados da alimentação pobre em potássio e rica em cloreto de sódio em gatos suprarrenalectomizados, conseguindo deste modo maior sobrevivência após a operação. Também a partir de 1939, e depois da introdução na prática clínica diária da desoxicorticosterona, hormona por assim dizer específica sobre o metabolismo dos sais e da água, minerá-lo-corticóide de SELYE, quem está em contacto com addisonianos tem bem a noção da importância fundamental que o desequilíbrio electrolítico desempenha no hipocorticismismo pela espectacular transformação da evolução da doença de ADDISON após o tratamento pela desoxicorticosterona, que torna possível manter em vida indivíduos outrora condenados à morte.

Na insuficiência supra-renal, quer clínica quer experimental há uma exagerada excreção de cloreto de sódio pelos rins, que provoca uma série de alterações ao nível do sangue e cujo resultado final é um estado de desidratação intenso que condiciona a vida ou a morte no hipocorticismismo. Ao lado das alterações do equilíbrio do cloreto de sódio, existe a maior parte das vezes um aumento da concentração do potássio sanguíneo do magnésio, da calcemia e da urémia. Vejamos sucessivamente cada um deles.

A eliminação exagerada de cloreto de sódio pelos rins parece ser devida a modificações da permeabilidade das membranas celulares que teriam maior repercussão ao nível dos rins. Histologicamente observou-se uma degenerescência gorda ao nível dos tubos na insuficiência suprarenal. Este exagero da eliminação torna-se perfeitamente normal pela acção da desoxicorticosterona. E por outro lado, doses excessivas de desoxicorticosterona provocam aumento de peso dos rins e hipertrofia das células tubulares (observações de ANDERSON). Clinicamente, o indivíduo atingido de insuficiência supra-renal perde tanto mais cloreto de sódio pela urina quanto menos cloreto de sódio, absorve, ao passo que nos outros estados de carência cloretada o rim limita a sua excreção de cloreto de sódio. Isto explica-nos a razão da facilidade com que os addisonianos fazem edemas quando absorvem demasiado sal ou um excesso de desoxicorticosterona.

A excessiva eliminação de cloreto de sódio provoca ao nível do sangue uma série de alterações: hiponatremia, hipoclorémia e consequente desequilíbrio hídrico.

No homem os valores normais da natremia oscilam entre 137 e 142 mEq/l. Modernamente as concentrações iónicas dos humores do organismo exprimem-se em mil equivalentes, sendo um quivalente igual à relação do peso atómico do ião considerado, expresso em gramas pela sua valência; um mil equivalente é a milésima parte do cociente encontrado. Ainda que na doença de ADDISON a hiponatremia não seja constante casos há em que atinge números extraordinariamente baixos (de 11 mEq/l um pouco antes da morte no caso descrito por WILKINS e colaboradores). E se por vezes a hiponatremia não existe ou é pouco acentuada é porque simultaneamente há uma perda de água podendo portanto manter-se a concentração sensivelmente igual. Esta perda de água traz um desequilíbrio hídrico. Lembrem-se que os líquidos do organismo se podem considerar armazenados em dois grandes compartimentos, o extracelular (que equivale a cerca de 20 % do nosso peso), dentro do qual se inclui o plasma sanguíneo, e o intracelular (representando cerca de 50 % do peso do corpo). Estes dois grandes compartimentos estão separados entre si pelas membranas celulares e o equilíbrio osmótico obtém-se com composição iónica distinta entre os líquidos extra-celulares e os intracelulares. Nos líquidos extra-celulares o catião mais importante é o sódio; dentro dos protoplasmas celulares o principal é o potássio. A hiponatremia diminui a tensão osmótica dos líquidos extracelulares provocando uma transferência de água para o interior dos protoplasmas. As consequências deste fenómeno, como tão esquematicamente mostrou TURNER são: um aumento de hemoconcentração e uma diminuição do volume plasmático até a um estado que pode ser incompatível com a vida.

Pelo que diz respeito ao potássio no homem os valores normais oscilam entre 3,5 a 4,5 mEq/l. No ADDISON podem encontrar-se com frequência, mas não duma maneira constante, hiperpotassémia que pode atingir valores elevadíssimos, como no caso descrito por LLOBREGAT e JUANES que encontraram 93,3 mEq/l ou seja 3,64 grs./l. A origem da hiperpotassémia na insuficiência supra-renal é ainda complexa não podendo, em princípio, senão vir ou dos alimentos ricos em potássio ou

do que se encontra nos protoplasmas celulares. HARROP admite ainda que existiria uma diminuição na eliminação do potássio pelo rim e DARROW sugere um aumento da reabsorção, ao nível dos tubos, do potássio filtrado nos glomérulos. Para VERZAR as alterações iónicas do sódio e do potássio não seriam devidas a fenómenos puramente osmóticos. O ião potássio teria uma significação metabólica directamente ligada ao metabolismo dos hidratos de carbono, encontrando-se sólidamente fixado às estruturas celulares por fazer parte das moléculas complexas do glicogéneo e das proteínas. De facto, o glicogéneo ao desintegrar-se no fígado ou no músculo liberta potássio e, pelo contrário, ao resintetizar-se passa do plasma para o interior das células o potássio que se vai unir ao glicogéneo.

O aumento da ureia no sangue na doença de Addison é um facto de há muito conhecido. Este aumento de urémia, que oscila entre 0,30 e 1 gr., podendo atingir 1,5 gr. raras vezes mais, é consequência do excesso de eliminação do NA CL e da desidratação resultante. É uma urémia do tipo extra-renal bastando administrar sal ao doente para que ela se normalize.

Pelo que diz respeito ao magnésio plasmático as experiências de BAUMANN e KURLAND, confirmadas por outros investigadores mostram um aumento após a suprarrenalectomia.

Na insuficiência supra-renal podem ainda observar-se alterações do metabolismo do cálcio, seja hipercalcémia (experiências de TAYLOR e CAVEN), sejam alterações tróficas da dentina e da camada odontoplástica dos incisivos das ratas suprarrenalectomizadas (experiências de SCHOUR e ROGOFF e outras).

Outra alteração característica da insuficiência supra-renal é o atraso na eliminação da água, o que serviu a FINLEY para introduzir a prova da água para diagnóstico da doença de Addison.

As alterações que acabamos de expor aparecem agravadas tanto nos addisonianos como nos animais suprarrenalectomizados pelo aparecimento de vômitos e diarreias, que fazendo perder mais água e electrólitos contribuem para um círculo vicioso que pode levar à anúria terminal.

Passemos à segunda parte em que decidimos dividir a nossa exposição, ou seja, aos síndromes de hipercorticismismo metabólico.

Dos cerca de 30 corticosteróides até hoje isolados do cortex só alguns possuem actividade hormonal. Estes, como muito fez CAÑADELL, podem classificar-se em dois grandes grupos: os que intervêm na regulação dos metabolismos dos princípios imediatos, da água e dos sais e os que manifestam uma actividade do tipo sexual análoga às hormonas androgénicas ou estrogénicas. A hiperfunção cortico-supra-renal pode ser devida a um excesso de produção de hormonas de um ou de outro grupo, originando-se assim dois síndromes distintos: os hipercorticismismos por excesso de secreção de hormonas metabólicas, representados pela doença de Cushing, síndrome de ACHARD-THIERS, síndrome de MORGAGNI, obesidade pletórica, hipercorticismismo gravídico, diabetes de origem cortico-supra-renal e doença hipertensiva por hiperfunção cortical; e, segundo grupo, os hipercorticismismos devidos a um excesso de secreção de corticosteróides de actividade sexual representados pelo síndrome adreno-genital, que reúne os quadros de virilização e feminização cortical. Destes não trataremos e vamos, muito sumariamente, dedicar algumas palavras a cada um dos estados de hiperfunção metabólica.

Não queremos no entanto deixar de salientar que o assunto constitui uma das mais modernas aquisições da fisiopatologia e da clínica dos órgãos de secreção interna, pois que só há relativamente pouco tempo foi possível, com o isolamento dos diversos esteróides segregados pelo cortex-supra-renal e identificar

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 aprotogénica	3 c. c.

FORTE

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

APRESENTAÇÃO:

NORMAL

1 Dose	Esc.	15\$00
3 Doses.	Esc.	43\$00
5 Doses.	Esc.	70\$00
10 Doses.	Esc.	138\$00

FORTE

1 Dose	Esc.	15\$50
3 Doses.	Esc.	44\$50
5 Doses.	Esc.	71\$50
10 Doses.	Esc.	139\$00

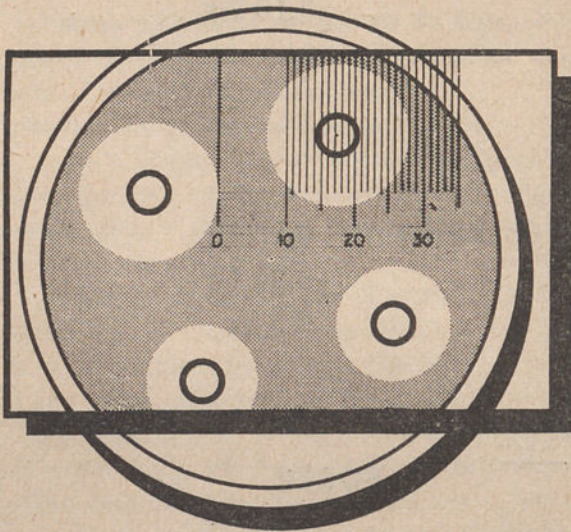


LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

PENICILCAÍNA ESTREPTOCAÍNA

MAIOR VERIFICAÇÃO - MAIOR GARANTIA



- VERIFICAÇÃO MICROBIOLÓGICA DE POTÊNCIA
- VERIFICAÇÃO DA ESTERILIDADE
- VERIFICAÇÃO DE TOXICIDADE
- VERIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PIROGÊNICAS
- DETERMINAÇÃO DA PERCENTAGEM DE HUMIDADE
- DETERMINAÇÃO DO Ph
- EXAME MICROSCÓPICO DOS CRISTAIS
- ENSAIO DA ESTERILIDADE AO CALOR

PENICILINA	100.000	200.000	500.000	1.000.000
PENICILCAÍNA AQUOSA E OLEOSA	100.000	300.000	3.000.000	
PENICILCAÍNA REFORÇADA	150.000 CXS. 1-3 e 5	400.000 CXS. 1-3-5 e 10	500.000	600.000
ESTREPTOCAÍNA	150.000 + 0,250	400.000 + 0,500	800.000 + 1 gr.	

LABORATÓRIO SANITAS

estes quadros clínicos, alguns deles já conhecidos destes recuados tempos, filiando-os patogênicamente numa hipersecreção cortical. E pelo mesmo motivo a classificação que estamos a seguir pode ser um tema de controvérsia e não está isenta da rectificação futura.

Deve esclarecer-se ainda que na prática clínica só raramente se encontram os grupos sindrômicos mencionados na sua forma pura, sendo, pelo contrário, frequentes as formas mistas, larvadas ou oligosintomáticas.

Começemos pelas alterações metabólicas do síndrome de Cushing.

Pelo que respeita ao metabolismo dos hidratos de carbono observa-se uma diminuição da tolerância ao açúcar, a qual pode inclusive atingir uma verdadeira diabetes de origem cortical resistente à insulina. Na maior parte dos casos, porém, não se observa mais do que uma discreta glicosúria post-prandial e uma curva de glicémia experimental por sobrecarga bastante alta e com difícil eliminação da glicose.

A exploração do metabolismo das gorduras revela na grande maioria dos doentes uma hiperlipémia e uma hipercolesterinémia.

As alterações do metabolismo das proteínas manifestam-se por um nítido aumento da eliminação do azoto residual e frequentemente por creatinúria.

Pelo que respeita ao metabolismo da água e dos sais observa-se retenção de sódio e aumento da eliminação de potássio e cloretos, donde, ao nível do sangue, se encontram hipersodémia, hipotassémia, hipoclorémia, tendência à alcalose, com consequente retenção de água, hipertensão e edemas.

A exploração do metabolismo do cálcio revela hipercalcúria, geralmente sem hipercalcémia e muitas vezes um aumento da eliminação urinária e fecal do fósforo, com o fósforo hemático normal.

Enquanto que a excreção urinária dos 17-cetosteróides pode estar normal, aumentada ou diminuída, a eliminação de material neo-glucogenético e de esteróides redutores de origem cortical está sempre muito aumentada; nalguns casos pode observar-se uma excreção patológica de esteróides fenólicos ou de pregnandiol.

A excreção de gonadotrofinas é em geral muito reduzida, indicando no entanto KEHRER a presença de hipergonadotrofinúria em alguns casos. Parece-nos interessante salientar que recentemente MAC FADZEAN e CHAMBERS publicaram dois casos de síndrome de Cushing devidos a carcinoma cortical, que apresentavam no entanto uma intensa gonadotrofinúria.

Na obesidade pletórica as alterações metabólicas são semelhantes às do síndrome de Cushing, havendo apenas entre elas diferenças de grau.

Na gravidez, o aumento de peso, a tendência à pletora, à retenção hidro-salina e ao aparecimento de edemas, o aumento da tensão arterial, a diminuição da tolerância aos hidratos de carbono, etc., podem fazer pensar na existência dum estado de hiperfunção cortical metabólica do tipo de síndrome de Cushing.

O síndrome descrito pelos franceses ACHARD e THIERS na mulher e caracterizado por hipertricose e diabetes devida a hiperplasia cortical, síndrome de ACHARD-THIERS ou diabetes das mulheres barbadas, é uma forma de transição entre o síndrome de Cushing e os quadros clínicos de virilização cortical e cujas alterações metab. são as mesmas do CUSHING. A diabetes pode não estar absolutamente desenvolvida e apenas representada por uma leve glicosúria post-prandial ou por uma curva de glicémia experimental do tipo diabético.

O síndrome de MORGAGNI ou crâniopatia metabólica de MOORE é uma tríade clínica constituída por obesidade, hirsutismo e cefaleias, associada a uma hiperostose frontal interna

atingindo a tábua interna ou o diploe, com umas alterações metabólicas pouco características, do tipo das observadas na hiperfunção cortico-supra-renal (diminuição da tolerância aos hidratos de carbono ou até diabetes mellitus em franca evolução, alterações da bioquímica muscular que se traduzem por miastenia e falta de forças, eliminação exagerada dos 17-cetosteróides e de material neo-glucogenético). Este síndrome pode ser ainda acompanhado simultaneamente de alterações psíquicas, constituindo então um outro quadro a que os psiquiatras e neurologistas denominam síndrome de STEWART-MOREL.

A existência de uma doença hipertensiva de origem cortico-supra-renal, cuja individualidade clínica é ainda hoje posta em dúvida por muitos autores, é de admitir em virtude duma série de observações, particularmente de carácter metabólico. Verificou-se que na hipertensão essencial é frequente a diminuição da tolerância aos hidratos de carbono e até uma hiperglicémia, sendo frequentíssima a associação, como todos sabemos, de hipertensão e diabetes; observou-se que existe muitas vezes uma colesterinémia e, pelo que respeita a alterações do metabolismo da água e dos sais encontra-se na maioria dos hipertensos hipersodémia, tendência à alcalose, hipoclorémia e retenção de água.

Quer dizer, na hipertensão têm-se observado alterações metabólicas semelhantes àquelas atribuídas à hiperfunção cortical e que podem ser experimentalmente reproduzidas, como até a própria hipertensão, pela administração em excesso dos corticosteróides metabólicos com actividade minerálo-corticóide.

Finalmente, e apenas em duas palavras, encaremos a interessante questão da diabetes mellitus provocada por hipercorticismo metabólico.

Experiências de INGLE e colaboradores mostraram que os animais submetidos à administração exagerada de ACTH e de 11-oxi-corticosteróides podem manifestar um estado diabético insulino-resistente com grande eliminação urinária de azoto residual. CONN e colaboradores confirmaram estes resultados no homem, actuando num grupo de indivíduos normais que voluntariamente se sujeitaram à experiência. SPRAGUE e colaboradores observaram o mesmo em doentes de reumatismo ou outras doenças tratados com ACTH e cortisona.

A diabetes por hipercorticismo metabólico, na sua forma pura, tem as seguintes características: insensibilidade à insulina, diminuição ou ausência de glicosúria durante o jejum, pouca tendência à acidose e forte eliminação urinária de azoto residual. É rara na sua forma pura. É para que surja parece necessário, em primeiro lugar que exista um factor endógeno, congénito, hereditário ou familiar, predisponente e em segundo lugar que intervenham factores exógenos que aumentam a actividade secretora do cortex.

Passemos à última parte em que dividimos a nossa exposição, às alterações metabólicas na clínica das doenças dos músculos de origem cortico-supra-renal, do que podemos chamar miopatias supra-renais.

Como todos sabemos, mas muitas vezes parece esquecer-se, o conjunto dos músculos esqueléticos voluntários constitui um grande órgão cujas funções são altamente importantes.

Recordemos que cerca de 50 % do peso do ser humano é representado por esse conjunto muscular, que colabora pela sua disposição anatómica na morfogenése, que é responsável pelos movimentos e pela locomoção, que através dos receptores nervosos intra-musculares nos dá a ideia da posição que ocupamos no espaço, que reflexamente intervém na função do equilíbrio e sustentação — missões todas elas já de apreciável importância — e que, sobretudo e principalmente, constitui um verdadeiro órgão onde têm lugar grande parte dos processos metabólicos que nos mantêm e condicionam a vida.

E assim, as glândulas cortico-supra-renais, cujas relações com os mais íntimos processos metabólicos são manifestos, como temos visto, não poderiam deixar de projectar a sua influência e até a sua patologia, sobre o sistema muscular.

Duas palavras apenas sobre alguns dos principais aspectos da complicada bioquímica da contracção muscular e isto para que possamos entender-nos no que respeita à projecção muscular que possamos entender-nos no que respeita à projecção funcional do cortex-supra-renal sobre os músculos.

A contracção muscular é devida a um encurtamento angular de moléculas proteínicas foliformes, o que consome energia. As proteínas existem nos músculos numa percentagem de 75-80%. A recuperação desta energia consumida na contracção faz-se, simultaneamente ou quase simultaneamente, por meio de uma série de reacções que libertam energia, com uma fase anaeróbia e outra aeróbia à custa dos hidratos de carbono e compostos fosforados.

SZENT-GIORYGI isolou no seu laboratório, da antiga «miosina» duas proteínas que unidas formam um composto. Chamam a um «miosina» — prestando deste modo homenagem aos primeiros investigadores — e à outra proteína, que STRAUB havia descoberto em 1942, denominou «actina». Nem uma nem outra tem a propriedade de se contrair por si só, mas as duas juntas constituem um complexo — a «actomiosina» — que tem a propriedade de se contrair. BAILEY, em 1946, descobriu uma nova proteína de fibra muscular a «tropomiosina» cuja intervenção nos fenómenos de contracção é duvidosa.

O glicogénio existe nos músculos numa percentagem de 2,5 a 5%, sendo o músculo muito pobre em glicose livre.

Quanto aos compostos fosforados, EGGLETON em Londres e quase simultaneamente FISKE e SUBBARROW na América isolaram do músculo a fosfocreatina ou fosfogénio, combinação lábil de ácido fosfórico como creatina ou ácido metil-gliandina-acético, o qual se hidroliza facilmente dando creatina e fosfato inorgânico, hidrolize muito fortemente exotérmica libertando 10.000 pequenas calorías por mol. de fosfato. Posteriormente, com os transcendentais estudos de MEYERHOF sobre o desdobraimento e síntese fosfogénica, descobriu LOHMANN o trifosfato de adenosina, adenosina-tri-fosfórica ou ATP, que pode ceder o seu fosfato a outros compostos dando lugar sucessivamente ao difosfato de adenosina (AIP) e ao monofosfato de adenosina (AMP), constituindo estes 3 compostos o sistema do ácido adenílico, o qual atua cedendo ou tomando fosfatos, no ciclo de intercâmbio dos fosfatos intracelulares. Além do fosfogénio e adenosintrifosfórico actua ainda como dador de fósforo na glicólise muscular o ácido fosfopirúvico, que se forma no decorrer da degradação anaeróbia.

Resumindo, podem considerar-se 3 períodos na maneira como se conceberam e concebem os fenómenos do químico muscular.

No primeiro período admitiu-se apenas que o glicogénio muscular se transforma em ácido láctico, o qual é em parte oxidado e outra parte, a maior, numa fase de restauração que se inicia imediatamente, convertido em glicogénio por um processo de ressíntese aeróbia. MMBDEN e outros demonstraram depois que o ácido pirúvico é precursor intermediário do láctico. O oxigénio actuará como um inibidor da formação de láctico só entrando no ciclo reaccional a partir do pirúvico.

Num segundo período e com a descoberta do fosfogénio é relegada a primazia do láctico. LUNDSGAARD demonstrou que a decomposição do glicogénio muscular pode levar à formação de fosfato de hexose ligado à decomposição de fosfato de creatina.

Mais tarde, num terceiro período, depois dos já citados estudos de MEYERHOF e LOHMANN no início desta era, que podemos chamar enzimática, surgem em primeiro plano as transformações do ATP, entrelaçando-se os conceitos do enzima e substrato, destacando-se a importância dos ácidos dicarboxílicos tetracarboxílicos e do ácido cítrico (Ciclo de KREBS).

Em relação à contracção pode levar-se a efeito pela acção do ATP e pelos iões constituintes da fibra muscular.

O ATP actua sobre a actomiosina de modo específico e como segue: se a actomiosina está em meio homogénio provoca suspensão e precipitação; se a actomiosina se encontra sob a forma de gel contínuo produz encurtamento e desidratação.

Quanto aos iões, parece mais importante o cloreto de potássio o qual provoca igualmente precipitação e desidratação.

No entanto a precipitação é em menor escala do que a que se produz em presença do ATP, razão porque há quem designe super-precipitação a esta para a distinguir da precipitação provocada pelo cloreto de potássio só.

A contracção da actomiosina está dependente da concentração do ATP e do cloreto de potássio, em cada momento.

A super-precipitação é um grau máximo de precipitação, do mesmo modo que a concentração é um grau máximo de encurtamento, sendo ambos os fenómenos expressões duma mesma reacção, devida à perda de cargas com a consecutiva aglutinação das partículas. A causa imediata da diminuição de volume é a expulsão da água.

O magnésio que o músculo contém em alta concentração, é ainda um outro factor regulador.

É muito mais e mais se poderia dizer sobre a bioquímica da contracção muscular. Cremos no entanto ter já focado os aspectos que interessavam para poder passar à influência do cortex-supra-renal sobre os componentes bioquímicos musculares.

Já de há muito se sabe que a extirpação das cápsulas supra-renais provoca fadiga fácil nos animais de experimentação. Os trabalhos de KUHLE, 1927, mostram-nos curvas de fadiga, em animais suprarrenalectomizados, dos músculos gastrocnémicos estimulados por corrente eléctrica.

Mas o estudo sistemático das alterações dos componentes fundamentais que intervêm na contracção muscular só há poucos anos têm surgido. A influência do cortex-supra-renal sobre o glicogénio dos músculos foi demonstrada em 1939 por BRITTON e SILVETTE. Por outro lado, os argentinos FOGLIA e FERNANDEZ e outros puseram em evidência o aumento do glicogénio muscular nos animais suprarrenalectomizados após a administração de hormona cortical e glicose. COLLAZO e colaboradores observaram no coelho que a administração de corticohormona e lactato de cálcio por via endovenosa provoca um aumento do glicogénio muscular de cerca de 200%.

Pelo que respeita à intervenção das hormonas corticais sobre os componentes fosfóricos do músculo, já o mesmo trabalho de COLLAZO e colaboradores mostra ao lado do aumento do glicogénio uma elevação do fosfogénio e do fósforo total naquelas condições, o que demonstra experimentalmente a função glucogenética e fosfogénica do cortex-supra-renal sobre os músculos. LANG já tinha observado que a extirpação das duas supra-renais leva em poucas horas a uma forte diminuição do fosfogénio. OCHOA e GRANDE COVIÁN, confirmando as experiências de LANG, estabeleceram com precisão que após a suprarrenalectomia a fosfocreatina muscular diminui em cerca de 50%, observando simultaneamente um aumento do fósforo inorgânico. CROXATTO e DE LA PARRA demonstraram experimentalmente em 1941 que o cortex-supra-renal intervém na fosforilização da creatina, mostrando que a desoxicorticosterona influencia activamente a ressíntese do fosfogénio. INGLE verificou existir uma relação directa entre a capacidade dos animais para o trabalho e o volume das supra-renais. CROXATTO observou que nos animais submetidos a um trabalho muscular intenso as supra-renais aumentam de volume podendo estas glândulas atingir o dobro do tamanho normal. PORGES, nas suas experiências, chegou à conclusão de que a piridoxina ou vitamina B₆ é capaz de evitar a hipertrofia naquelas condições. Por outro lado, a escassa resistência ao exercício muscular dos animais suprarrenalectomizados é de tal modo um facto positivo que constitui o princípio em que se baseiam as conhecidas provas de INGLE, EVERSE-DE FREMERY e GAARENSTROM para a avaliação e valorização da actividade dos estados corticais.

A esta projecção funcional das supra-renais sobre a fisiologia dos músculos não poderia deixar de corresponder uma repercussão no sistema muscular quer nos estados clínicos de hipofunção cortical, quer nos síndromes de hipercorticismo.

Assim, na doença de Addison, comunicaram MARAÑÓN e colaboradores a existência de creatinúria, fosfatúria e lactacidúria. COLLAZO e BARBUDO observaram também nos addisonianos uma hiperlactacidemia basal com reacção precoce alta e recuperação tardia, coincidindo com a fadiga. COLLAZO, ISABEL TORRES e BARBUDO, por exame biopsico do músculo deltóide de doentes de Addison, verificaram uma nítida baixa de fosfogénio e até do glicogénio nos casos graves, em comparação com as percentagens obtidas em indivíduos normais.

Esta miastenia supra-renal dos doentes de Addison, e duma

maneira geral a miastenia que acompanha os vários estados de insuficiência supra-renal pode distinguir-se doutras miastenias metabólicas, quer sejam fisiológicas, como o cansaço ou fadiga normal, quer sejam patológicas, como as que surgem nas cardiopatias em descompensação e na miastenia grave; como afirmam COLLAZO e BARBUDO além da sua singularidade metabólica trata-se no cortico-supra-renal dum cansaço já de repouso anterior a todo o exercício, como duma impotência motora que dificulta o início da contracção. Recentemente ALBRIGHT considerou a miastenia dos velhos como uma alteração de origem cortico-supra-renal; a fácil fadiga muscular das pessoas de idade seria condicionada pela crise hormonal cortical ou adrena-pausa e conseqüente alteração do metabolismo muscular.

Por seu turno, os síndromes de hipercorticismo têm igualmente repercussão sobre o sistema muscular; a hiperfunção do cortex provoca um estímulo funcional e morfogenético dos músculos que pode alterá-los profundamente. Naquele tipo de obesidade que JANINN denominou pletórica, hipofisária e que corresponde à adiposidade hipercortical descrita por PENDE, ao que ASKANAZY chamou obesidade hipertensiva e BAUER e MARAÑON denominaram obesidade supra-renal, na qual a adiposidade domina no tronco podendo respeitar os membros, tal como na doença de CUSHING, existe uma capacidade muscular bastante intensa e o sistema muscular é muito desenvolvido.

Nos processos tumorais do cortex-supra-renal o sistema muscular pode atingir graus de desenvolvimento monstruosos. Nos síndromes de macrogenitosomia precoce publicados com exames necrópsicos revelando tumores do cortex-supra-renal descrevem-se quase sistemáticamente consideráveis desenvolvimentos musculares, que permitiu aos autores franceses descrever um síndrome muscular que dá uma fisionomia biotipológica própria às crianças portadoras de tumores do cortex-supra-renal

e a que chamaram tipo «meninos héracles». Do mesmo modo os síndromes de virilismo supra-renal são as mais das vezes acompanhados dum grande aumento da força muscular.

Com FERNANDEZ CRUZ julgamos pois poder afirmar a «existência das miopatias supra-renais com singularidade bioquímica, morfológica e clínica».

Vamos terminar. Mas antes, seja-nos permitido apresentar num esboço de auto-crítica ao que fizemos, algumas justificações à orientação que decidimos imprimir à nossa exposição.

Não obstante termos a clara noção de que na segunda parte deste curso o cunho deveria ser predominantemente clínico não podemos fugir à fisiologia e à medicina experimental, talvez em demasiadas ocasiões, para dar realce ou facilitar a exposição.

Mas não nos foi possível trilhar outro caminho!

Em primeiro lugar, porque a maior parte da nossa preparação tem sido feita nos domínios da fisiologia, e esse é o factor subjectivo.

Em segundo lugar, e agora considerando a questão objectivamente, porque o tema apresentado tem relações estreitas — e mais do que qualquer outro — com os mais íntimos processos fisiológicos.

Eis, em síntese, a maneira como procedemos.

Partindo dos dados da observação clínica, das doenças que mais nos pareceram em directa conexão com o assunto, tentámos analisar os trabalhos experimentais sobre os fenómenos patológicos citados, procurando dar-lhes uma explicação fisiológica.

Para alívio da nossa consciência terminamos reproduzindo as palavras do grande CLAUDE BERNARD: «a base científica da medicina experimental é a fisiologia; têmo-lo dito muito frequentemente e é preciso proclamá-lo bem alto, porque fora disto, não há de modo algum ciência médica possível».

Portografias no cão. Estados precoces da derivação venosa nas obstruções do sistema porta ⁽¹⁾

JOAQUIM BASTOS

(Prof. Ext. da Faculdade de Medicina do Porto)

e

ABEL SAMPAIO TAVARES

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

Desde os primeiros trabalhos angiográficos que se verificou ser esse o método mais adequado para o estudo morfológico dos vasos sanguíneos no vivo e ainda aquele que mais facilmente deixava transparecer os distúrbios fisio-patológicos e as lesões anatómicas da árvore circulatória, fornecendo, além disso, dados de primordial importância para o correcto diagnóstico de formações patológicas de vária índole, quer por possuírem vascularização especial, quer por modificarem, pela sua presença, a distribuição sanguínea normal. Por isso, o seu uso se espalhou ao sistema arterial, ao sistema venoso e até mesmo aos próprios vasos linfáticos; o nosso Centro de Estudos deu já larga contribuição para o estudo experimental da linfangiografia no vivo.

A descoberta de substâncias de contraste menos tóxicas e menos irritantes veio facilitar, ainda mais, a difusão rápida do método e, o seu emprego, cada vez mais generalizado, nos diferentes sectores do organismo. Se a angiografia arterial é ainda discutível, dada a dificuldade de se encontrar um produto que não provoque reacções vasculares imediatas nem efeitos prejudiciais a distância, já a flebografia adquire foros de rotina quotidiana, visto podermos usar, na visualização do sistema venoso, derivados iodados não utilizáveis em arteriografia.

Todavia, a aplicação da flebografia ao estudo do sistema porta é de data relativamente recente se bem que as perturbações ligadas a alterações desse sistema, e particularmente o síndrome de hipertensão portal, tenham prendido há muitos anos já a atenção dos investigadores, que o estudaram, desde a sua génese à sua terapêutica, nos mais pequenos pormenores. Resulta isso da circunstância de se não atingirem com simplicidade vasos desse sistema que nos dêem a garantia de, injectados com uma substância rádio-opaca, nos facultarem contraste suficiente da árvore venosa portal. É necessário aproveitar uma laparotomia, ou realizá-la, para injectar uma radícula do sistema [como tem feito entre nós, o Prof. Sousa Pereira e seus colaboradores (1) e, em França, Santy e Marion (2), em casos de hipertensão portal, e Leger e seus colaboradores (3), em doentes operados por gastro e colecistopatias], ou então introduzir a substância de contraste no seio da polpa esplénica. Com efeito, com base nos trabalhos experimentais de Abeatici e Campi (4), conseguiram-se resultados animadores no

(1) Comunicação apresentada ao Congresso Luso-Hispano-Americano de Anatomia (Salamanca, 1953).

Homem, quer realizando a punção esplénica após laparotomia [Leger, Albot e Arvay (5)], quer através da parede abdominal [Boulvin e colaboradores (6), Dreyer e Budtz-Olsen (7), Leger, Albot e Arvay (5)].

O método é realmente muito valioso, não só no ponto de vista clínico (1) como ainda dentro do campo puramente experimental. Na verdade, os resultados conseguidos no animal não se limitam a permitir a aplicação do método ao Homem; dão-nos, também, a demonstração de alguns factos importantes de fisiopatologia do sistema porta e, por isso, se justifica a apresentação resumida de alguns resultados pessoais.

Já em trabalho anterior (8), pudemos demonstrar que a criação de obstáculos à circulação no tronco da veia porta determinava a formação de importantes vias derivativas, entre as quais avultavam as anastomoses porto-cava directas e as comunicações com a circulação parietal do esófago e com as veias que envolviam os nervos vagos. Verificamos a existência dessas vias, sacrificando os animais bastantes dias ou semanas após a criação do obstáculo circulatório, mas continuávamos a ignorar o que se passava logo a seguir à intervenção porto-compressiva. Leger e colaboradores (3), que executaram, também, flebografias portais, no Cão, após a estenose parcial e mesmo total (em dois tempos) da veia porta, e cujos resultados são concordantes com os nossos, só as praticaram decorridos 25 dias a 6 meses após o estabelecimento do obstáculo.

Por estes motivos, fomos estudar o que se passava logo a seguir à constrição do tronco da veia porta com dois fios de linho. Utilizamos cães, anestesiados com morfina e somnifeno e injectámos-os na mesa dos Raios X, após laparotomia, por uma das afluentes da veia mesentérica, com minio em essência de terebentina ou com «Opaxil», entre 5 minutos a 5 dias após a constrição do tronco portal.

Verificamos (Fig. 2) que, quatro horas decorridas sobre a constrição moderada da veia porta, não se notam alterações do preenchimento da árvore portal intra-hepática, nem se desenha o mais pequeno refluxo para as veias aferentes. Quer dizer: o aperto leve da veia porta não se manifesta por alterações flebográficas.

Executando, porém, uma constrição pronunciada, imediatamente se determinam, como é de esperar, perturbações importantes da circulação portal. Numa flebografia executada cinco minutos após a criação do obstáculo (Fig. 3), marca-se bem a zona e o grau do aperto, a pobreza da circulação venosa intra-hepática e o refluxo sanguíneo que permite visualização de algumas radículas do sistema e, particularmente, a do tronco coronário-esplénico e das suas duas afluentes, preenchidas pela substância rádio-opaca em considerável extensão.

Se se deixar passar mais tempo entre a obstrução e a flebografia, nota-se que estes últimos factos se tornam ainda mais pronunciados e que o refluxo sanguíneo atinge já as pequenas radículas da esplénica e as vénulas de origem do tronco da coronária. Estas veias do sistema porta encontram-se consideravelmente dilatadas.

(1) A este propósito, não resistimos a mencionar um caso demonstrativo que um de nós teve já ocasião de referir (Joaquim Bastos — Trabalho em publicação no «Arquivo de Patologia»), que prova ser muito verdadeira a afirmação de Santy e Marion (2) de que a verificação operatória duma cirrose esplénomegálica não permite a eliminação do diagnóstico de obstáculo extra-hepático no sistema porta.

Tratava-se dum doente com síndrome de hipertensão portal e hiperesplenismo, com insuficiência hepática, e que tivera várias crises graves de hemorragia de varizes esofágicas. Operado, verificou-se a existência duma cirrose hepática e pensou-se ser essa a explicação da totalidade dos fenómenos observados, por hipertensão portal intra-hepática. Meses volvidos, uma crise hemorrágica mais grave vitimou este paciente. Injectado, na autópsia, o tronco portal e os seus afluentes com uma massa rádio-opaca, verificou-se a existência duma piletrombose parcialmente obliterante (Fig. 1), que o exame histológico confirmou.

Tudo isto se demonstra, com evidência, na Fig. 4 (A e B), referente a dois animais estudados flebograficamente quatro horas após a obstrução incompleta do tronco portal.

Ao fim de 24 horas (Fig. 5, A e B), visualiza-se já, com nitidez, a via esofágica na derivação venosa portal e este pormenor notou-se, ainda com mais relevo, num cão sacrificado cinco dias após a constrição do tronco porta. Apesar de se ter injectado uma pequena quantidade de substância de contraste (10 c.c. de «Opaxil»), vê-se que ela tende a escapar-se do sistema porta pelas veias que seguem o esófago e que, na flebografia, se vêem em continuidade directa com a veia coronária estomáquica, tortuosa e dilatada (Fig. 6).

Se se compararem estas radiografias (das Figs. 5 e 6) com as da Fig. 3, obtidas mais precocemente (ao fim de 4 horas), nota-se que nas primeiras, isto é, naquelas em que já se marcam vias venosas derivativas, o aspecto da dilatação hipertensiva dos afluentes da veia porta é muito menos acentuado e compreende-se que assim seja, porquanto o estabelecimento rápido de vias colaterais conduz à normalização da pressão sanguínea dentro do sistema porta. Daqui resulta a impossibilidade prática, já apontada pelos autores que ao assunto se têm dedicado, de reproduzir experimentalmente por este método a hipertensão portal. Isto não significa, porém, que se não consigam decalcar nos nossos animais de experiência, e por simples constrição do tronco porta, certos aspectos importantes do síndrome de hipertensão portal do Homem. É o caso das varizes esofágicas. Como já acentuamos noutro trabalho (8), «o organismo, para combater a estase venosa, cria também vias derivativas através de anastomoses com os sistemas cava e ázigos, que aliviando de facto a hipertensão portal, originam realmente o desenvolvimento de varizes esofágicas e peri-esofágicas, isto é, um dos elementos da própria hipertensão portal».

Como conclusão deste singelo trabalho experimental, queremos apenas sublinhar a precocidade com que se começa a estabelecer a circulação derivativa e a importância que adquire, desde início, a via esofágica na derivação venosa. Este facto torna-se ainda mais saliente ao recordarmos a circunstância, já por nós demonstrada, de não se obter nos animais normais o preenchimento do sistema venoso esofágico e peri-esofágico ao injectar a rede venosa do estômago ou a árvore venosa portal.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Sousa Pereira, Melo Adrião e Lino Rodrigues — O estudo flebográfico do sistema porta. *Portuga Médico*, 33, 1, 1949.
- 2 — Santy e Marion — Portographies per-opératoires pour syndrome de Banti, *Presse Médicale*, 59, 221, 1951.
- 3 — Leger, Gally, Arvay Oudot, Auvert — La portographie; technique; étude expérimentale, anatomique et clinique, *Presse Médicale*, 59, 410, 1951.
- 4 — Abeatici e Campi — *Minerva Médica*, 598, Abril, 1951.
- 5 — Leger, Albot e Arvay — La phlébographie portale dans l'exploration des affections hépato-espléniques, *Presse Médicale*, 59, 1230, 1951.
- 6 — Boulvin, Chevalier, Galles e Nazel — Roentgenografia da veia porta por injeção intra-esplénica de substâncias de contraste; relato preliminar, *Acta Chir. Belgica*, 50, 534, 1951, abst. in *J. A. M. Ass.* 148, 1362, 1952.
- 7 — Dreyer e Budtz-Olsen (Cap. Town) — Splenic venography: demonstration of portal circulation with diodone, *Lancet*, 1, 530, 1952.
- 8 — Bastos (J.), Salvador Júnior e Tavares (A.) — Hipertensão portal, contribuição para o seu estudo experimental, *Gazeta Médica Portuguesa*, V, 358, 1952.

PORTOGRÁFIAS NO CÃO. ESTADOS PRECOSES DA DERIVAÇÃO VENOSA NAS OBSTRUÇÕES DO SISTEMA PORTA

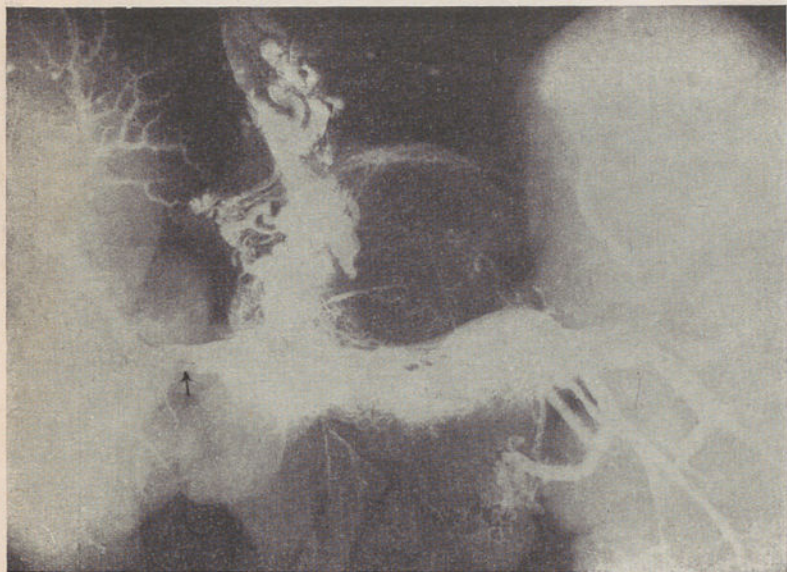


Fig. 1

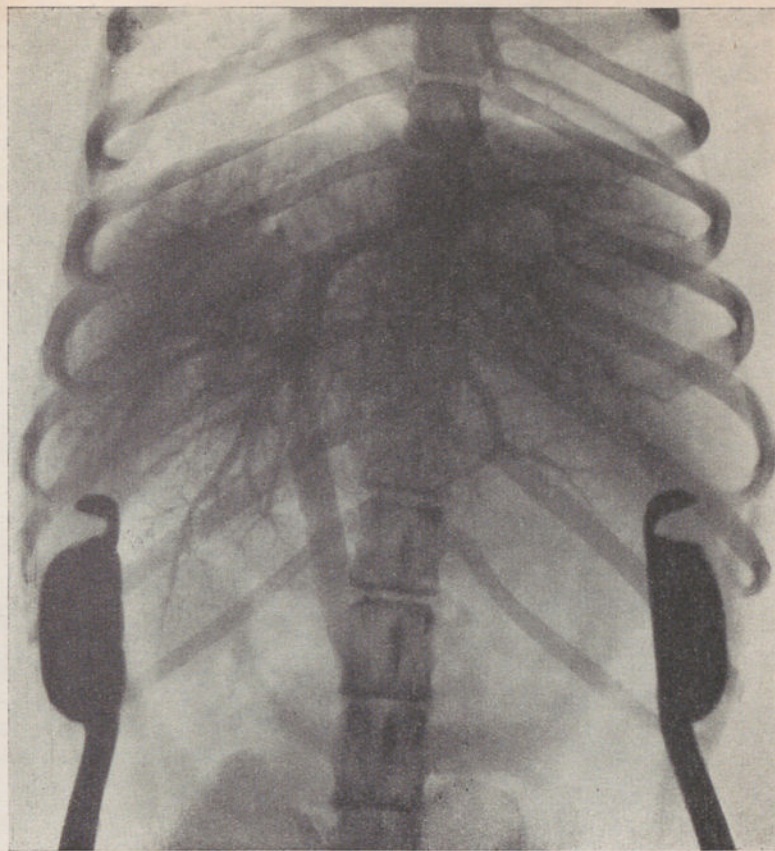


Fig. 2

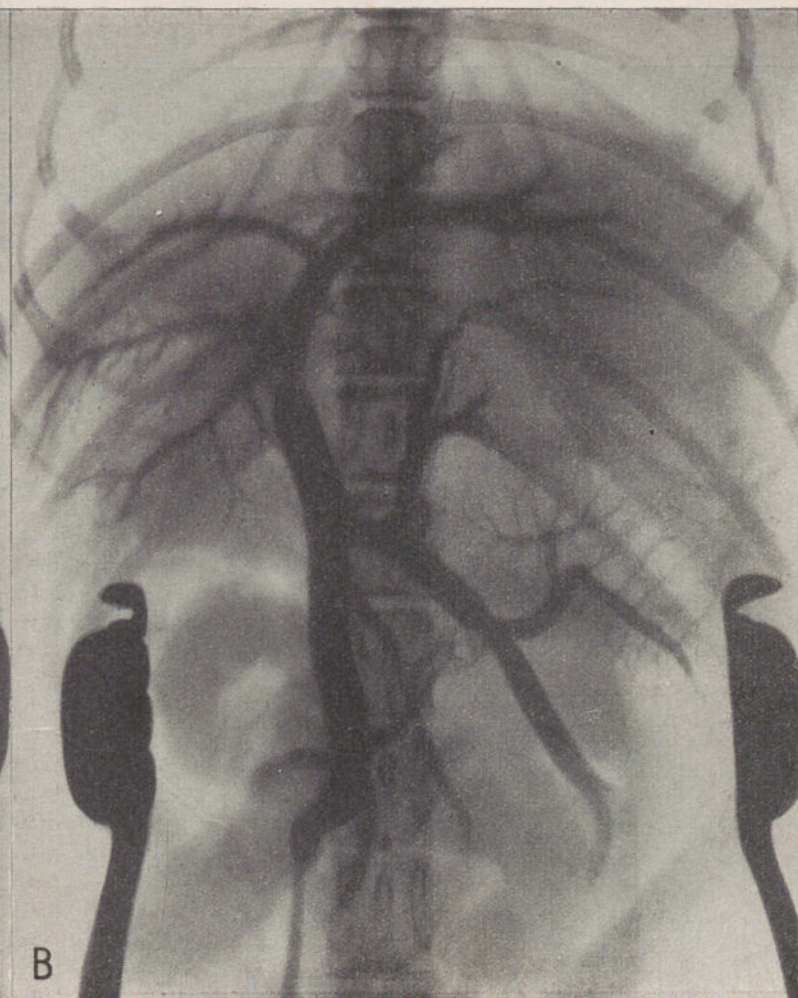


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

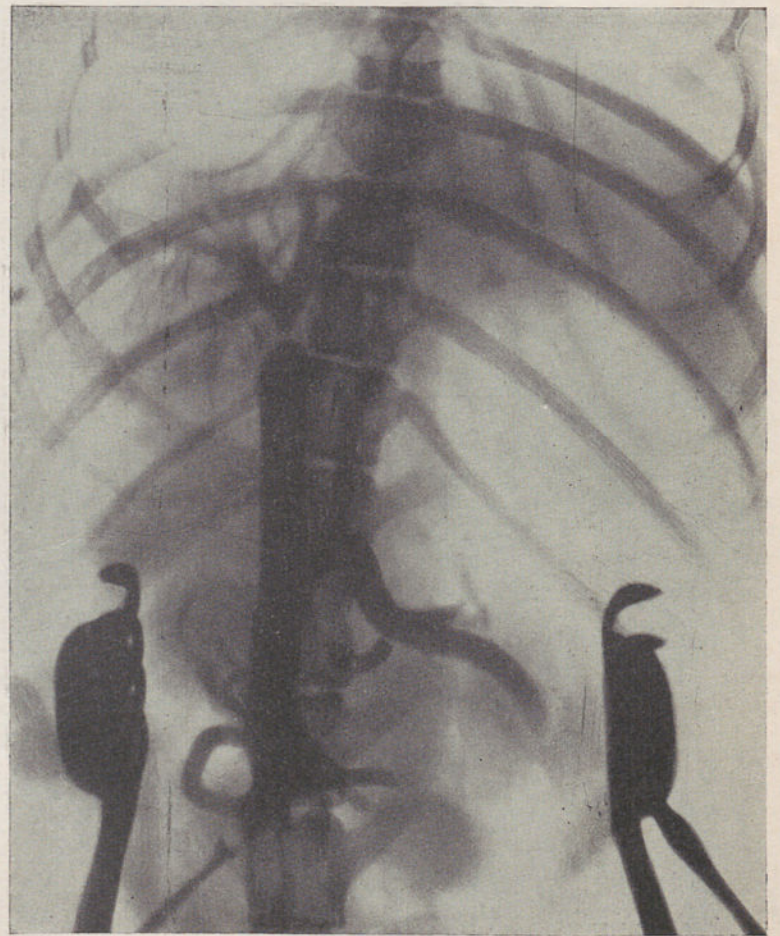


Fig. 3

REVISÃO DE CONJUNTO

Sindromas digestivos de causa extrínseca

M. J. XAVIER MORATO

(Médico dos Hospitais Cívicos — Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa)

IVALDO FONSECA

(Ex-interno dos Hospitais Cívicos de Lisboa)

I — GENERALIDADES

A prática clínica e a leitura dos tratados concordam na existência duma variada e numerosa sintomatologia digestiva em grande número de situações mórbidas cuja sede se encontra fora daquele aparelho. Por vezes, essa sintomatologia é a dominante e de tal forma exuberante que conduz a erros ou cria grandes dificuldades diagnósticas, erros e dificuldades que podem traduzir-se em terapêuticas intempestivas e perigosas ou em faltas que põem em risco a vida do doente e à prova a consciência do médico.

Esta sintomatologia de causa extrínseca encontra-se em todos os aparelhos, mas é mais importante, mais numerosa e mais variada para o aparelho digestivo por razões anatómicas e fisiopatológicas. São razões anatómicas a grande extensão do tubo digestivo, a importância das suas glândulas anexas e as numerosas relações deste tubo com os mais variados órgãos, ao longo de todo o seu trajecto.

As razões fisiopatológicas são também numerosas e importantes. Aqui, como em quaisquer outros órgãos, as alterações da circulação e do sistema nervoso podem criar uma sintomatologia própria. Além disso, o aparelho digestivo apresenta uma extraordinária aptidão para reagir como efector de reflexos e alterar a sua fisiologia sob a acção de estímulos vegetativos e psicógenos. Este capítulo deixá-lo-emos em branco, tão extenso ele se nos apresenta que nos absorveria todo o tempo de que dispomos; o que não quer dizer que o consideremos menos importante.

Além disso, as funções do aparelho digestivo são múltiplas: motilidade, secreção, absorção, eliminação.

Estas funções, além de estarem sob a dependência da circulação e do sistema nervoso, estão sujeitas à actividade directa ou indirecta das glândulas endócrinas e são muito sensíveis a causas carenciais e alterações metabólicas. Lembremos que a alteração das funções pode não ser nem paralela nem proporcional nem do mesmo sentido e compreenderemos como causas aparentemente simples podem criar sintomas digestivos exuberantes e variados.

Finalmente, a sua função de emuntório explica que, nas intoxicações endógenas, a eliminação de catabólitos anormais ou em quantidade anormal gere uma sintomatologia digestiva que pode anteceder ou sobrepor-se à sintomatologia fundamental.

Como se manifestam as alterações fisiopatológicas do aparelho digestivo que tenham causa extrínseca? Manifestam-se sem qualquer característica própria. As alterações mórbidas dos aparelhos, como as dos tecidos, em regra, não estão em relação com a causa, mas sim com a forma particular de reacção do aparelho ou do tecido.

A especificidade da sintomatologia, se ela existe, manifesta-se antes como especificidade do aparelho. Os diferentes sistemas e aparelhos são relativamente monótonos nas suas formas de manifestação patológica. É aqui que reside a dificuldade dos diagnósticos.

Por isso, nos sintomas digestivos de causa extrínseca, vamos encontrar os mesmos sintomas que caracterizam verdadeiras afecções do aparelho digestivo: sindromas dispépticos, disfagia, vômitos, diarreia, obstipação, dores, hemorragias.

As conclusões a tirar deste simples enunciado são de vária ordem, embora algumas sejam extraordinariamente banais e tenham sido milhares de vezes repetidas desde que a Medicina tomou carácter científico.

— Que o exame clínico deve ser o mais próximo possível

do exame integral. Ao doente que se queixa de dores epigástricas não basta palpar o ventre.

— Que a especialização, embora seja uma necessidade, pela extensão dos conhecimentos e pela particularidade das técnicas a empregar, não pode perder de vista o conjunto. Já passámos a época das doenças dos órgãos e dos aparelhos. A evolução actual das ciências médicas conduz-nos de novo na direcção duma medicina integral em que o Homem, restituído à sua verdadeira significação anatómica, fisiológica, patológica e social, é um todo indiviso com corpo e com espírito.

II — SINDROMAS DIGESTIVOS DE CAUSA TOXI-INFECCIOSA GERAL

Apenas faremos ligeira referência aos síndromas deste tipo, de todos conhecidos.

É bem sabido que o período de invasão de todas as doenças infecciosas se pode acompanhar de vômitos impertinentes e, às vezes, de vômitos e diarreia.

Este facto dá-se sobretudo quando aquela invasão é brusca e interessa ter presente esta possibilidade apenas para que, em presença dum doente que vomita e tem febre, nos não contentemos com o diagnóstico simplista de gastrite aguda. Pode tratar-se duma erisipela, duma pneumonia, duma escarlatina ou dum acesso palúdico, etc.

Citemos ainda, para não deixar de os referir, os vômitos das intoxicações.

Lugar um pouco à parte nos merece o caso do síndrome dispéptico dos tuberculosos pulmonares.

Uns doentes queixam-se de ardor ou dor epigástricos, com ou sem relação com as refeições, enfartamento post-prandial, pirose, vômitos, etc. Pede-se uma radiografia do estômago e é o radiologista que, na radiografia, descobre a tuberculose pulmonar. Se se trata duma forma inicial de tuberculose pulmonar, a terapêutica dirigida exclusivamente para esta última resolve o problema dispéptico.

Outras vezes, é um doente com uma tuberculose pulmonar ignorada ou já conhecida, crónica, avançada e em mau estado geral. Todas as terapêuticas falham.

Finalmente, num terceiro grupo, estamos em presença de tuberculosos em tratamento, em via de cura, com bom estado geral e certo grau de obesidade. Nestes casos, as queixas gástricas são quase sempre a consequência dum tratamento exagerado, da super-alimentação.

Os dois primeiros casos citados justificam um pouco de meditação. Dado que a tuberculose intestinal é tão frequente no decurso da tuberculose pulmonar, não deverá pensar-se que os doentes dos dois primeiros grupos possam sofrer de tuberculose gástrica? Essa deverá ser a última das hipóteses patogénicas admitidas: a tuberculose do estômago é uma das mais raras localizações daquela doença.

Em 734 casos de tuberculose do tubo digestivo, em autópsias, Cullen (1940) só encontrou 4 casos de localização gástrica; Browne, Mc Hardy e Wilen (1942) só encontraram 30 em 519.

A opinião geral é de que a sintomatologia gástrica é quase sempre devida à intoxicação geral ou a doença gástrica não específica. Para nós, neste momento, o que nos interessa sobretudo é chamar a atenção para a necessidade de não esquecermos que uma tuberculose pulmonar em qualquer dos seus períodos pode manifestar-se clinicamente por um síndrome dispéptico.

III — SINDROMAS DIGESTIVOS DE CAUSA CARDIO-CIRCULATÓRIA

Por mecanismos muito diferentes, alterações orgânicas do aparelho circulatório podem provocar síndromas digestivos.

Citemos, em primeiro lugar, a sensação de mal-estar epigástrico que tão frequentemente acompanha a dispneia e que leva o cardíaco a atribuir as suas queixas ao estômago.

Mas, além deste simples mal-estar, a insuficiência circulatória particularmente do coração direito pode provocar um estado dispéptico com vômitos mucosos, biliares, matutinos e hipocloridria. Deve ter-se em vista que muitas vezes esta dispesia precede os sintomas de descompensação. Atribui-se a uma estase gástrica e hepática.

Também a *angina de peito* é frequentemente acompanhada por sintomas de aerofagia, com flatulência e dor precordial que melhora com as eructações, induzindo facilmente em erro de diagnóstico e prognóstico.

Tal quadro, nos hipertensos e nos velhos impõe um electrocardiograma, além do exame radiográfico do estômago e vesícula. Dentro do quadro clássico da aerofagia pode ocultar-se um cancro do estômago, uma úlcera de pequena curvatura, uma colecistite calculosa, uma pancreatite crônica, uma insuficiência cardíaca latente ou uma insuficiência coronária.

A propósito, embora fora do tema da nossa exposição, lembremos a relativa frequência com que a hérnia gástrica do hiato esofágico do diafragma simula a angina do peito.

A dor da hérnia, de aparecimento post-prandial, aumenta com a posição de decúbito, melhora com a posição erecta, com a marcha, com as eructações e os vômitos. Não é desencadeada pelos esforços físicos nem se exacerba com eles; mas é paroxística, irradia para o dorso, para a região inter-escápulo-vertebral esquerda e pode acompanhar-se de palpitações, taquicardia e dispneia sem relação com os esforços. Caracteriza-se ainda, por vezes, por uma disfagia paradoxal, com dificuldade de trânsito para os líquidos e sem dificuldade para os alimentos sólidos. Quando esta disfagia existe, o diagnóstico clínico impõe-se.

Diga-se também e a propósito, que pelo contrário, sob a máscara de angina de peito, se pode ocultar um cancro da grande tuberosidade gástrica, como há anos tivemos ocasião de observar, numa doente que nos foi enviada por um colega.

A aortite abdominal e o aneurisma da aorta abdominal são situações de diagnóstico delicado que se acompanham de um quadro dispéptico e doloroso perturbador. Para o diagnosticar com probabilidades de certeza é necessário pôr de lado a hipótese de haver lesões gastroduodenais, intestinais e vesiculares capazes de o explicarem.

É necessário ainda que a palpação mostre que a aorta abdominal é anormal nas suas dimensões ou no seu calibre e que a sua palpação seja anormalmente dolorosa. É aqui que reside a extrema delicadeza do diagnóstico. Porque em certos indivíduos, especialmente nas mulheres múltiparas, de parede abdominal flácida, e nos indivíduos magros com erectismo vascular, a aorta palpa-se sempre e a sua palpação é sempre dolorosa. Na arterio-esclerose difusa da aorta, nos velhos emagrecidos, é possível perceber-se o alongamento da artéria pela sua nítida sinuosidade. É, pois, necessário conservar a memória do dados palpatórios da aorta abdominal normal, para se poder afirmar a sua anormalidade. Tal dificuldade não existe para os aneurismas de grandes dimensões, com corrosão das vértebras, com tumor pulsátil e expansão facilmente apreciáveis.

No aspecto gastro-enterológico, estas afecções da aorta abdominal podem manifestar-se por mal-estar epigástrico, flatulência e crises dolorosas epigástricas paroxísticas, por vezes com irradiação bilateral, desencadeadas pela marcha ou pelas digestões e acompanhadas de meteorismo. É a *dispragia intestinal arterio-esclerótica* de Ortner.

Se à ausência de lesões gastroduodenais e vesiculares se acrescenta uma aorta abdominal anormal e anormalmente dolorosa, hipertensão arterial evidente e lesões do fundo do olho, teremos fortes probabilidades de estarmos na presença duma situação vascular, tanta vez confundida com a úlcera do estômago e a colecistite.

Mas, uma das mais graves situações cardíacas que pode apresentar manifestações digestivas ou se pode confundir com afecções digestivas é, sem dúvida (todos o sabem), o enfarto do miocárdio.

Na verdade, muitas vezes, a oclusão aguda das coronárias

não se manifesta por uma dor precordial típica, com irradiação para os braços e para o pescoço. Mal dos doentes, se esperamos por essa sintomatologia dolorosa para suspeitarmos de tal diagnóstico. A dor do infarto pode ter todos os matizes de intensidade e apresentar sedes variáveis. Pode simular um espasmo do esófago pela sua localização dorsal, desenhar uma crise de aerofagia ou uma colecistite, se se apresenta no epigastro. Pode ainda, se for muito intensa, de sede epigástrica e se se acompanha de colapso imediato conduzir ao diagnóstico de pancreatite aguda ou de perfuração de úlcera gástrica.

Para mais, nesta forma digestiva do infarto do miocárdio, à sintomatologia dolorosa acrescenta-se frequentemente defesa epigástrica, certo grau de timpanismo e vômitos por vezes de carácter incoercível.

A persistência da maciszez hepática e a ausência radiológica de pneumo-peritoneu podem ser de grande valor para a exclusão do diagnóstico de perfuração gastro-duodenal. O electrocardiograma dirá a última palavra. Mas, na ausência destes últimos elementos de diagnóstico, o embaraço pode ser angustiante.

Em todo o caso é preferível que o médico se sinta embaraçado na solução deste grave problema diagnóstico do que não admitir a possibilidade do infarto do coração quando se encontra em presença dum doente com dor epigástrica e vômitos.

Um passado anginoso, a existência de esclerose arterial, a existência duma hipertensão arterial, concomitante ou anterior, a ausência de passado gástrico e a persistência da maciszez hepática são elementos clínicos bastantes para levantar a suspeita duma oclusão aguda das coronárias e não duma perfuração gastro-duodenal.

Como todos sabem, esse diagnóstico não é meramente especulativo: tem a maior importância prática, porque ao passo que o primeiro impõe doses fortes de estupefacientes e um repouso absoluto, o segundo veda o emprego daquelas drogas até ao diagnóstico definitivo e determina quase sempre uma laparotomia e uma intervenção cirúrgica laboriosa.

Diga-se, por último, que muitos doentes portadores de infarto do miocárdio têm sido, infelizmente, laparotomizados.

Herrick, em 1935, elaborou uma lista de 28 afecções com as quais viu confundir o infarto do miocárdio; das que hoje nos interessam, cita a litíase biliar, a úlcera gastro-duodenal, o carcinoma do estômago, a gastrite aguda, a colite espasmódica e a hérnia diafragmática.

IV — SINDROMAS DIGESTIVOS DE CAUSA URINÁRIA

Citemos em primeiro lugar a ptose renal. Encontra-se com relativa frequência nas mulheres magras e predomina à direita. Pode ser causa de síndrome dispéptica que muitas vezes simula a úlcera gástrica ou duodenal: azia frequente, ardor epigástrico, às vezes vômitos matinais ou post-prandiais, mucosos, biliosos ou alimentares. Algumas vezes crises dolorosas intensas de sede epigástrica com irradiação para o hipocondro direito e região lombar do mesmo lado, acompanhadas ou não de náuseas e vômitos, que simulam a cólica hepática.

A colheita da história pode fornecer-nos dados importantes:

- A sintomatologia aparece ou exacerba-se com o emagrecimento.
- A sintomatologia exacerba-se com a posição de pé e acalma com o decúbito dorsal.
- As crises dolorosas são acompanhadas de anúria, oligúria ou disúria e seguidas de diurese abundante, com urina pouco concentrada.

Quando a doente é observada em plena crise dolorosa, pode verificar-se que o máximo da dor à palpação é na região lombar e, algumas vezes, a palpação profunda do flanco e hipocondro direitos fazem cessar bruscamente a dor.

A sintomatologia urinária, quando existe, deve-nos fazer pensar nesta situação, sobretudo se já se tem repetido, mas não podemos esquecer que há apendicites, bem como afecções ginecológicas dolorosas que se acompanham daquela mesma sintomatologia.

A palpação abdominal, o exame ginecológico, a ausência de febre e de leucocitose, ajudam-nos no diagnóstico. A simples palpação dum rim muito ou pouco ptosado não é, só por si, elemento seguro.

De resto, no síndrome dispéptico simples, pseudo-ulceroso,

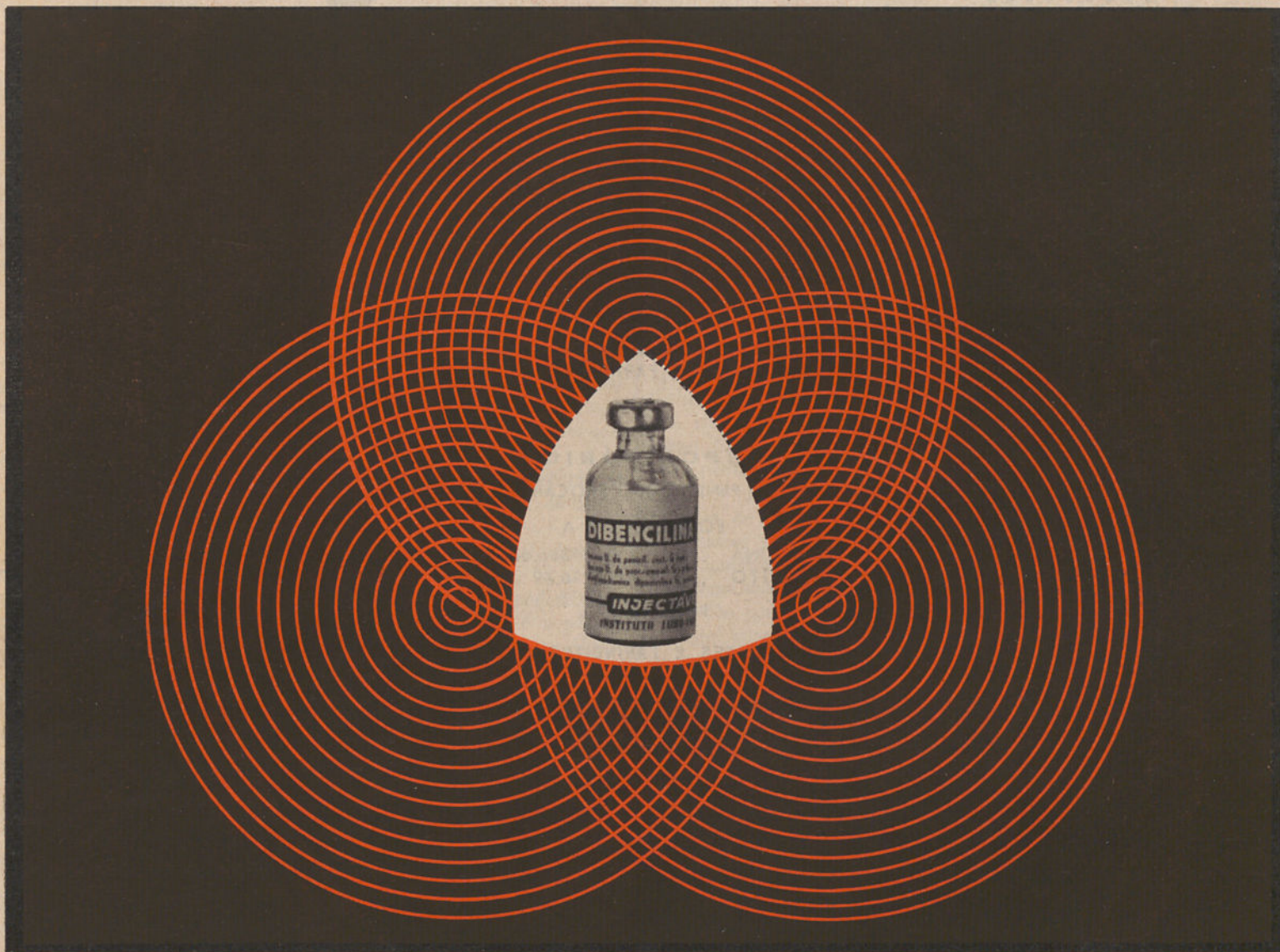
UM NOVO PROGRESSO NA PENICILINATERAPIA

Associação de

N, N' – dibenziletilenadamina dipenicilina G (Dibencilina)

Penicilina G potássica e Procaína - penicilina G

TRÊS FORMAS DE PENICILINA COM VELOCIDADES DE ABSORÇÃO DIFERENTES



ACÇÃO INICIAL DA PENICILINA POTÁSSICA (4 horas)

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

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

Dibencilina · P

INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA

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

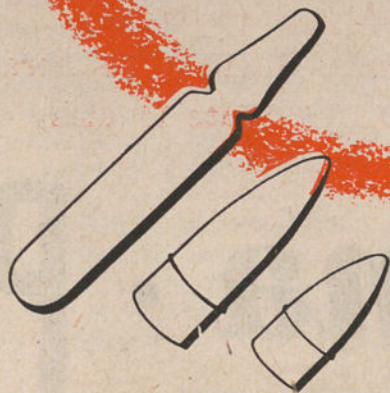
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



mesmo quando encontro uma ptose renal direita evidente, não deixo de submeter a doente ao exame completo: exame do suco gástrico, radiografia do estômago, duodeno e vesícula biliar.

O mecanismo desta sintomatologia é de há muito conhecido. O síndrome dispéptico é de causa reflexa; o repuxamento do pedículo renal e dos seus nervos está na base de toda a sintomatologia. Quanto às crises dolorosas intensas, essas representam períodos de hidronefrose intermitente por torção da porção inicial do uretero. Pode melhorar pela palpação quando, com esta, se desfaz essa torção e se coloca o rim numa posição normal.

À direita, a pielite, a pielonefrite e o fleimão peri-renal também podem gerar dificuldades de diagnóstico.

A dor pode ser mais intensa no hipocondro direito, a irradiação epigástrica muito evidente, os vômitos e a febre dominarem o quadro e os sintomas urinários serem escassos.

A dor lombo-torácica é tomada pela irradiação tão característica da dor da cólica hepática e o diagnóstico da colecistite aguda quase se impõe.

A história pode fornecer-nos elementos. Bem interrogado, o doente diz-nos que a dor se iniciou pela região lombar, que foi acompanhada de ligeira disúria; se for mulher e estiver grávida, devemos pensar logo na pielite; se for velho não nos esqueceremos de ver se há retenção urinária, hipertrofia da próstata ou aperto de uretra.

Pôr-nos-á na pista de fleimão peri-renal antecedentes de abscesso da amígdala, furunculose, sarna infectada, etc.

A palpação do hipocondro direito mostrar-nos-á que a dor só é habitualmente provocada por uma palpação mais profunda do que a que provoca a dor na colecistite aguda; a palpação da região lombar é muito dolorosa; o sinal de Murphy para a região lombar é positivo; a palpação suave da musculatura da região lombar com o doente sentado (slight touch palpation) mostra-nos que há contractura da musculatura da região lombar direita. A inspecção pode pôr-nos em evidência certo abaulamento ou até edema dessa região no caso do fleimão peri-renal.

Nesta última hipótese, com a palpação bi-manual, poder-se-á sentir um empastamento ou tumor que dê contacto lombar.

O exame da urina mostrar-nos-á nos três casos, ausência de pigmentos biliares; a existência de piúria e bacteriúria dá-nos o diagnóstico da pielite ou pielonefrite.

A cólica renal qualquer que seja a sua causa, calculosa ou não calculosa, sobretudo quando o doente é observado já tardiamente, também pode criar grandes dificuldades. A generalização da dor a todo o abdómen, a intensidade dos vômitos e a parésia intestinal, que por vezes chega a constituir um ileus paralítico, chamam muito mais a atenção para o intestino delgado do que para o rim.

A anúria concomitante, a colheita duma história cuidadosa com a evolução topográfica da dor e seu início lombar podem pôr-nos na pista da verdadeira doença.

Mas, as maiores dificuldades tenho-as tido na cólica renal direita baixa, isto é, na cólica por cálculo encravado no segmento inferior do uretero e cujo migração até aí se fez duma forma indolor e silenciosa.

Também a urémia pode provocar uma sintomatologia gastro-intestinal muito evidente que se manifesta ou por vômitos ou por diarreia e até mesmo por hemorragias.

Esta situação não põe habitualmente problemas de diagnóstico, se a insuficiência renal aguda ou crônica já é conhecida e a sintomatologia digestiva sobrepõe-se então à sintomatologia renal. Mas outro tanto não sucede se o sintoma que nos leva junto do doente é o sintoma digestivo. Os vômitos podem estar ligados à toxemia e à eliminação de ureia e produtos tóxicos pela mucosa gástrica ou traduzirem hipertensão craneana. Podem ainda incluir-se muitas vezes nos vômitos dos estados acidóticos. Também a diarreia urêmica, que deve respeitar-se, representa uma diarreia de eliminação. Quanto às hemorragias explicam-se por lesões vasculares malignas. Temos que salientar o facto curioso destas três complicações gastroenterológicas de afecções renais — vômitos, diarreias, hemorragias — serem por si só capazes de gerarem urémia extra-renal e de, portanto, ao encontrarmos-nos perante a associação de hiperazotemia e vômitos, hiperazotemia e diarreia, hiperazotemia e melenas, nos encontrarmos perante um ciclo sintomático vicioso que tem de ser diagnosticado com urgência e lançando mão de toda a argúcia clínica e de todos os dados semiológicos e laboratoriais.

Temos que distinguir quanto possível o que é causa e o que é efeito.

A colheita cuidadosa dos antecedentes próximos e remotos, a descrição da evolução dos sofrimentos, o valor da tensão arterial, a existência ou ausência de albuminúria e cilindrúria bem como o valor da densidade urinária, e os resultados do exame do fundo do olho, são tudo elementos a tomar em consideração na interpretação destes casos; mas, para complicar, não pode esquecer-se que há nefrites crônicas sem albuminúria e sem cilindrúria.

Por outro lado, tenham presente que a doença renal pode ter provocado urémia, que a urémia pode ter provocado vômitos, diarreias ou hemorragias gastro-intestinais e que estes sintomas podem acentuar e exacerbar a urémia inicial, contribuindo assim para o agravamento da doença. O efeito tornou-se causa.

Estas noções, de todos conhecidas, têm não só grande interesse patogénico, mas o maior interesse terapêutico.

Há que restabelecer o equilíbrio hídrico e electrolítico nos casos de vômitos e diarreias prolongadas, mesmo quando sejam de causa renal; há que combater rapidamente a anemia nas hemorragias do tubo digestivo, por meio de transfusões.

Situação rara, ainda ligada ao aparelho urinário, é a obstrução intestinal baixa por retenção vesical crônica e grandes tumores da bexiga e da próstata.

É, pois, fundamental que, em presença de obstipação pertinaz e acentuada, não nos esqueçamos de observar os órgãos pélvicos.

V — SINDROMAS DIGESTIVOS DE CAUSA ENDÓCRINA E METABÓLICA

Lembremos a acidose. Na verdade as perturbações do equilíbrio ácido-base do sangue no sentido da acidez, podem manifestar-se por sintomas muito variados e em que podem intervir os aparelhos respiratório, nervoso e digestivo. Os sintomas respiratórios e os nervosos são os mais frequentes, mas o conhecimento dos sintomas digestivos tem a maior importância. Acresce que quase toda a sintomatologia abdominal de causa endócrina tem uma patogenia acidótica.

O quadro clínico apresenta uma grande variedade, com aspectos de gravidade muito diferente: a simples anorexia súbita, os vômitos repetidos, diarreia prolongada, meteorismo, soluço, parésia intestinal e por vezes dor abdominal aguda com aceleração da frequência do pulso e hipotensão.

Do ponto de vista clínico, duas hipóteses se podem dar: ou se sabe antecipadamente que o doente é portador duma afecção de tendência acidótica (diabetes, doença de Addison, por exemplo) ou se ignora essa afecção.

No primeiro caso, o aparecimento de vômitos, diarreias, parésia intestinal e até mesmo cólicas deve sugerir imediatamente a ideia de crise acidótica a procurar confirmá-la e, no caso de se confirmar, tratar aquela situação antes de procurar fora dela a explicação de sintomatologia digestiva, mesmo que haja leucocitose e febre. Nada de poção de Rivière, de tanalbina, de purgantes, láudano ou laparotomias, num diabético ou addisónico que vomita tem obstipação, diarreia, ou dor aguda na fossa ilíaca direita ou epigastro.

É claro que, como é óbvio, o diabético não está impossibilitado de ter uma apendicite aguda; nestes conceitos opostos é que estão as dificuldades da clínica.

Por isso a colheita da história, o exame clínico e os exames laboratoriais são, como sempre, da maior importância.

Na segunda hipótese, em que nada se sabe do doente, o caso é evidentemente mais difícil e nem sempre a possibilidade acudir-á ao espírito.

A respiração de Kussmaul, o hálito, desidratação dos tecidos, o frequente emagrecimento do doente, a astenia predecesora podem pôr-nos no caminho do bom diagnóstico, no caso de se tratar de acidose diabética. A pequenez do pulso, a hipotensão acentuada e a pigmentação da pele e mucosas, chamar-nos-ão a atenção, no caso de insuficiência supra-renal.

Devemos, pelo menos, ter presentes estes dados, sempre que um doente apresente sintomas digestivos e simultaneamente a sua história progressiva relate uma daquelas causas habituais de acidose, como intervenções cirúrgicas, mesmo de pequena gravidade, diarreias profusas, jejum prolongado, gravidez, afecções hepáticas, hipertiroidismo, etc.

Não podemos terminar esta curta exposição sem fazer referência, também aqui, à existência de ciclos viciosos da acidose.

Assim, da mesma forma que a acidose pode desencadear diarreia, também a diarreia, por seu turno, é causa frequente de acidose.

VI — SINDROMAS DIGESTIVOS DE CAUSA CARENIAL

Pode dizer-se que não há órgão ou tecido que não possa sofrer alterações anatómicas e funcionais em consequência de carências alimentares.

Os quadros clínicos que se geram são extraordinariamente diferentes uns dos outros, umas vezes extremamente pobres de sintomatologia, outras vezes extraordinariamente ricos e complexos.

O diagnóstico baseia-se numa história clínica e alimentar cuidadosa, numa observação clínica profunda e na coexistência de vários sinais de carência, quando a há. Os estados de carência surgem por vezes com carácter epidémico ou existem endemicamente.

Há métodos clínicos uns, laboratoriais outros, a pôr em prática para o seu diagnóstico, mas o tempo não me permite alongar-me a esse respeito.

Poderemos dividir os sinais digestivos dos estados carenciais em dois grupos, o buco-faríngeo e os gastro-intestinais.

As lesões dos lábios e das commissuras labiais, alterações da língua, das gengivas e dos dentes, bem como disfagia, tudo pode resultar de causas carenciais.

Dispepsia gástrica, acloridria, diarreia, cólicas abdominais e até situações de ventre gudo — tudo isso pode também resultar de causas carenciais.

VII — SINDROMAS DIGESTIVOS DE CAUSA NERVOSA

São muito numerosos os síndromas neurológicos que se acompanham de manifestações digestivas. Entre eles, merecem referência especial a meningo-radículo-mielite posterior ascendente, vulgarmente conhecida pelo nome de tabes dorsalis, o síndrome de hipertensão craniana, o síndrome de Ménière, a enxaqueca, o glaucoma, o herpes zoster e as perturbações funcionais do sistema nervoso. Sintomatologia gastro-intestinal acompanha ainda o quadro clínico da epilepsia, das lesões medulares graves, da seringomiélia, da esclerose em placas, da esclerose lateral amiotrófica, dos síndromas bulbares, etc..

Começemos pela tabes dorsales. É sabido que esta doença, no seu período inicial, quando ainda se não instalou a esclerose dos cordões posteriores, se acompanha de sintomatologia de tipo irritativo, que está inteiramente relacionada com o processo de meningo-*radiculite*. Nesta sintomatologia irritativa (dores lancinantes, hiperestésias, etc.) avultam as crises tabéticas, que se localizam em diversas vísceras abdominais ocas, bem como no aparelho uro-genital, laringe, faringe, esófago e diafragma. Assim se distinguem as crises gástricas, intestinais, rectais, vesicais, laríngeas, etc.. Estes acidentes sobrevêm de forma paroxística, adoptam o tipo duma cólica visceral e acompanham-se de perturbações motoras e secretoras muito variadas.

As crises gástricas, que são as mais frequentes, caracterizam-se pelo aparecimento súbito de epigastralgias intensas e acompanhadas de náuseas e vômitos, que surgem à mais ligeira tentativa de ingestão de alimentos. Estes sintomas persistem por vezes, durante horas, dias ou semanas, impedindo o doente de fazer o mais pequeno movimento.

Os vômitos são de natureza mucosa, biliar ou hemorrágica e, neste último caso, o diagnóstico diferencial com a úlcera gastroduodenal pode tornar-se extremamente difícil, tanto mais que os tabéticos podem ter úlceras gástricas que sangram e perfuram.

Uma anamnese minuciosa é fundamental e deve focar, em especial, as características da dor, as suas relações com as refeições e a sua irradiação. É, também, da maior importância um exame neurológico pormenorizado que deve incidir sobre as manifestações tabéticas mais importantes, como sejam, o sinal de Argyll-Robertson, a abolição dos reflexos patelares e aquilianos, as perturbações atáxicas, etc..

Em todo o doente portador de sintomatologia gastro-intestinal, em especial crises dolorosas abdominais, é absolutamente necessário um exame completo do sistema nervoso. Bennet, citado no tratado de Bergmann, afirma que cerca de 10% dos tabéticos são laparotomizados por erros de diagnóstico, pois as crises gástricas constituem, às vezes, o primeiro sintoma da doença.

Além das crises gástricas, mencionaremos ainda as crises faringo-esofágicas, que se revelam por disfagia penosa e persistente; as diafragmáticas, que se acompanham de soluços; as vesi-

culares que podem simular o quadro da cólica hepática embora sem icterícia; as intestinais, com obstipação nuns casos, diarreia noutros; e finalmente as rectais, que se caracterizam por tenesmo, rectorragias e prolapso rectal. Todas elas suscitam, como é óbvio, problemas de diagnóstico diferencial, de resolução por vezes difícil.

É muito provável que as ulcerações gastro-intestinais, observadas na tabes, sejam de natureza trófica, o que as aproxima dos processos ulcerosos do tubo digestivo encontrados em afecções cerebro-medulares ou após intervenções sobre a caixa craneana e que Cushing atribua a lesões dos centros vegetativos do diencéfalo.

Dos casos deste autor extraímos dois casos bem demonstrativos. O primeiro caso, refere-se a um angioblastoma sub-cortical do hemisfério cerebeloso direito. Após a enucleação do tumor surgiram sintomas abdominais agudos e a morte ocorreu 24 horas após a intervenção. A autópsia revelou perfurações múltiplas do estômago.

O segundo caso era um astrocitoma do cérebro. Três dias após a operação, manifestaram-se sintomas abdominais agudos, com morte ao quarto dia. A autópsia evidenciou perfurações múltiplas agudas do duodeno.

Outras perturbações digestivas ocorrem menos frequentemente na tabes. Citaremos, entre outras, a queda indolor dos dentes, o aparecimento duma úlcera perfurante bucal, a obstipação espástica ou atónica, por alteração do mecanismo nervoso que regula a motilidade intestinal.

O síndrome de hipertensão intracraniana pode aparecer em situações múltiplas, mas esquematicamente dividirem os as hipertensões cranianas em primitivas e secundárias.

As hipertensões secundárias constituem a manifestação local, intracraniana, dum processo geral ou a distância. É o caso do meningismo das doenças infecciosas e da hipertensão craneana nas doenças renais.

As primitivas têm como causa primária uma alteração de qualquer dos elementos que se encontram na caixa craneana (tumores, hidrocefalia, hemorragias cerebrais e meníngeas, fracturas do crânio). Caracteriza-se este síndrome por um conjunto de sintomas, dos quais os mais importantes são as cefaleias, os vômitos, a bradicardia e a estase papilar.

Os vômitos da hipertensão craneana — os chamados vômitos cerebrais ou vômitos em jacto — ocorrem súbitamente, sem estado nauseoso prévio e sem qualquer relação com as refeições. É preciso notar, contudo, que na hipertensão craneana podem aparecer vômitos com outras características e que os vômitos em jacto não são exclusivos do estado de hipertensão intracraniana.

Em determinados casos, os vômitos de tipo cerebral são precedidos duma ligeira sensação nauseosa ou de acessos de tipo vertiginoso, e coincidem quase sempre com o aparecimento das cefaleias e são provocados por mudanças de posição.

O diagnóstico diferencial mais importante é com as crises de enxaqueca, que também se acompanham de cefaleias e vômitos, mas as crises de enxaqueca caracterizam-se habitualmente por um cortejo de manifestações visuais que, à parte a amaurose, não fazem parte do quadro da hipertensão craneana.

Os vômitos cerebrais são também muito característicos do síndrome meníngeo e, às vezes, surgem como primeiro sintoma da afecção. É o caso da meningite tuberculosa, nas crianças.

A hemorragia cerebral inicia-se, em alguns casos, por vômitos intensos e como o acidente hemorrágico pode ser precipitado por uma refeição abundante, o primeiro diagnóstico que se faz é de gastrite aguda. O aparecimento de outros sintomas de hemorragia cerebral, corrige o erro de diagnóstico.

Das afecções que conduzem a um estado vertiginoso estão, em primeiro lugar, as doenças do labirinto; mais propriamente do labirinto posterior ou vestibular, que originam um síndrome caracterizado por vertigens, zumbidos, surdez, náuseas e vômitos e que é designado pelo nome de síndrome de Ménière. Trata-se de um síndrome muito frequente nos indivíduos idosos, portadores de arterioesclerose.

As perturbações digestivas, em especial os vômitos, são muito importantes; podem preceder o estado vertiginoso e simular assim uma afecção gastro-intestinal, ocorrer no momento do acesso ou anunciar a sua terminação. Em contrapartida, muitas situações gástricas e intestinais (obstipação, colecistites, gastrites, neuroses gástricas), acompanham-se de vertigens.

A crise de enxaqueca manifesta-se por uma cefaleia violenta, de aparecimento súbito, habitualmente unilateral a que se associam perturbações digestivas e visuais bastante marcadas. As manifestações digestivas mais importantes são as náuseas, os vômitos e a

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

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

sialorreia. Os vômitos podem ser mucosos, alimentares ou biliosos e, quase sempre, acompanham a crise, mas esta pode terminar com um ou mais vômitos alimentares e mais raramente de suco gástrico hiper-ácido, que contém sangue.

Em determinados casos, aos vômitos associa-se a diarreia, uma sensação de peso ou dor na região epigástrica, obstipação e dores abdominais generalizadas. Em determinados casos, esta sintomatologia digestiva predomina, passando os sintomas cefálicos da enxaqueca a um plano secundário.

Estas manifestações abdominais da enxaqueca são muito frequentes nas crianças e têm a sua explicação num piloroespasmo, que se pode considerar um equivalente abdominal da afecção. Muitas crises dolorosas abdominais infantis não são mais do que enxaquecas abdominais e podem ocasionar erros de diagnóstico e laparotomias desnecessárias.

Os sintomas cefálicos da enxaqueca, são da mais alta importância, pois permitem diferenciar a hemicrânea doutras cefaleias, em especial das devidas à hipertensão craneana. Consistem aqueles em palidez da face (enxaqueca branca), outras vezes vermelhidão, com lacrimejo e injeção conjuntival (enxaqueca vermelha), edema palpebral de tipo angioneurótico, zumbidos nos ouvidos, fotofobia e outros fenómenos visuais, como escotomas, escotomas cintilantes, hemianopsia e amaurose.

Descessário é dizer que toda esta sintomatologia é reversível, o que não acontece, por exemplo, com a amaurose dos estados de hipertensão craneana, que progride inexoravelmente, se a causa não for convenientemente debelada.

O glaucoma é uma afecção ocular determinada por um aumento de tensão intraocular. A sua forma aguda ou congestiva traduz-se, clinicamente, por perda súbita de visão, diminuição marcada do campo visual, especialmente do lado nasal, dor violenta no globo ocular que irradia ao longo dos ramos do trigémio, náuseas, vômitos, febre e mau estado geral. O exame objectivo revela congestão muito marcada da conjuntiva ocular, tumefacção e edema das pálpebras, e aumento da tensão intraocular e por vezes um reflexo esverdeado da pupila, que deu o nome à afecção. Em alguns casos as manifestações dolorosas são pouco marcadas, com predomínio da sintomatologia digestiva. A semelhança com a cólica hepática pode ser flagrante, mas um exame cuidadoso do globo ocular, esclarece a verdadeira natureza das perturbações digestivas.

O herpes zoster abdominal, na fase pre-eruptiva, pode simular afecções digestivas, pois, como é sabido, origina dores abdominais, de tipo nevítico; logo que a erupção herpética surge, todas as dúvidas se dissipam.

E para terminar esta matéria, apenas uma referência muito breve às manifestações digestivas que ocorrem nas afecções do foro psiquiátrico. Citaremos: A aerofagia dos nevropatas, a hiperorexia dos histéricos e dos esquizofrênicos, a anorexia das neuroses e das psicastenias, a diarreia das neuroses e dos estados emocionais; os vômitos da neurose gástrica e da histeria, as dispepsias nervosas, a incontinência de fezes dos doentes mentais, por falta de inibição cerebral no acto de defecação, etc..

VIII — SINDROMAS DIGESTIVOS DE CAUSA GANGLIONAR

As afecções do sistema linfático podem originar síndromas digestivos, por compressão ganglionar ou por obstrução linfática.

Tal sucede nas ascites, quase sempre de natureza quilosa, resultantes de compressão da veia porta por massas ganglionares tuberculosas, linfogranulomentosas, leucémias e neoplásicas, ou provenientes de obstrução dos grandes vasos linfáticos que conduzem ao canal torácico.

Gânglios patológicos podem também comprimir o colédoco e gerar, assim, quadros de icterícia. Patogenia semelhante tem a disfagia por compressão de gânglios cervicais — quase sempre de localização retromaxilar e mediastínicos. É bom notar que as grandes adenopatias cervicais, de origem leucémica ou linfogranulomentosa, não produzem, em geral, disfagia.

Um quadro abdominal agudo pode resultar dum processo de linfadenite mesentérica, que, se for de natureza tuberculosa, tem o nome de tabes mesentérica ou tabes mesaraica.

A tuberculose dos gânglios mesentéricos é uma afecção grave, muitas vezes fatal, que atinge sobretudo as crianças e que dá lugar a um quadro clínico complexo, no qual predominam as dores abdominais de aparecimento súbito, que duram cerca de 15 a 20 minutos e que se repetem duas a três vezes durante o dia.

Habitualmente a dor é generalizada, mas outras vezes localiza-se na fossa ilíaca direita, sede frequente desta afecção, e acompanha-se de vômitos e obstipação.

A linfadenite mesentérica inespecífica origina também um quadro de ventre agudo muito semelhante ao anterior e que se confunde com a apendicite aguda. O diagnóstico diferencial é sempre extraordinariamente difícil e, a maior parte das vezes, faz-se durante o acto operatório.

IX — SINDROMAS DIGESTIVOS DE CAUSA GENITAL

As afecções da esfera genital que podem dar lugar a sintomatologia digestiva são, no homem, estrangulamento dum testículo ectópico e na mulher, a ruptura de gravidez extra-uterina, a ruptura dum folículo de de Graaf, a torsão do pedículo dum quisto do ovário e, menos vezes, a pelviperitonite aguda, as salpingites agudas e as metrites.

Um testículo criptorquídico, quando cresce excessivamente na altura da puberdade ou quando é sede dum processo inflamatório, como, por exemplo, na parotidite epidémica, pode determinar uma cólica testicular muito violenta, acompanhada de tumefacção da região inguinal afectada, que é extremamente sensível à pressão, de vômitos, de náuseas e de outros sinais de irritação peritoneal. O exame das bolsas permite fazer o diagnóstico, com relativa facilidade.

Na mulher, a ruptura de gravidez ectópica, com inundação peritoneal, origina um quadro de hemorragia interna, que é precedido de sintomatologia abdominal aguda. Esta pode simular uma apendicite ou uma oclusão intestinal e caracteriza-se por dor abdominal, de início súbito, quase sempre localizada no baixo ventre, vômitos e sintomas de hemorragia interna (palidez, sensação de lipotimia, pulso frequente e pequeno, hipotensão), que se vão acentuando progressivamente.

O exame do abdome mostra um ventre sem contractura marcada, com ligeira defesa, às vezes mesmo sem defesa, mas principalmente com dor viva à descompressão nas fossas ilíacas, devida à irritação peritoneal pelo sangue derramado. Ao toque há dor viva à pressão no de sacó de Douglas, que arranca um grito à doente (grito do Douglas).

O interrogatório permite descobrir, quase sempre, um atraso menstrual e menos vezes, uma tentativa infrutífera de aborto, por suspeita de gravidez intra-uterina.

Quadro semelhante ao da ruptura de gravidez ectópica é o da ruptura dum folículo de de Graaf, que se dá, como é natural, no momento da ovulação, isto é, 14 dias após o início da menstruação anterior.

Nalguns casos, a ruptura do folículo acompanha-se dum quadro doloroso abdominal pouco acentuado, mas noutros a intensidade de dor é maior e o quadro dificilmente se distingue do da ruptura de gravidez ectópica.

A torsão do pedículo dum quisto do ovário produz também um quadro de ventre agudo, com dor intensíssima ao nível do baixo ventre, vômitos e irritação peritoneal.

Quando o quisto é do lado direito, a semelhança com a apendicite aguda é flagrante, mas o diagnóstico diferencial deve fazer-se também com a perfuração da víscera oca e com a ruptura de gravidez extra-uterina.

O exame ginecológico permite, em certos casos, a palpação da massa quística.

A pelviperitonite aguda e as salpingites agudas raramente dão lugar a situações de abdomen agudo, mas acompanham-se, quase sempre, de febre alta, vômitos, náuseas, pulso pequeno e frequente, reacção peritoneal, com dor à descompressão.

Os antecedentes ginecológicos e o toque vaginal são de grande auxílio para o diagnóstico.

Para terminar este assunto, referiremos ainda as manifestações rectais por propagação ao recto de tumores malignos do útero, a compressão do recto por tumores ováricos ou uterinos ou por um útero em retroversão, que pode gerar quadros de oclusão baixa ou criar estase dos plexos venosos perirectais, com formação de hemorróidas.

Por último, uma breve referência à dismenorreia de forma cólica, que se manifesta por um episódio doloroso intensíssimo, que ocorre periodicamente e que, quando se localiza na fossa ilíaca direita, se confunde com outros processos dolorosos da região.

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

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 com 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

SUPLEMENTO

MOSAICOS NORTENHOS

XLVII

A expressão de um desejo... ...e a mágoa dos bem intencionados

Referi-me há poucas semanas ao voto que a Assembleia Geral da *Ordem dos Médicos* concedeu ao *Relatório* apresentado pelo Conselho Geral e salientei a unanimidade daquela votação, depois de citar e trasladar uma parte importante e significativa do referido relatório.

Acalento há anos a esperança de ver resolvidos certos problemas que surgiram no nosso meio e tenho traduzido essa esperança num trabalho de crítica quase permanente, que não tem sido compreendida. Infelizmente é habitual rotular-se de hostilidade aquilo que não coincide com uma concordância tácita e daí, tomar-se como impertinente a insistência — impertinente e incómoda.

Não é de louvar que assim se proceda, mas o tempo se encarregará de mostrar a razão deste insistir, já que no presente ele não é aceite como uma colaboração activa, franca e leal.

Nos problemas da *Previdência Social* infiltraram-se narcóticos que impedem a sua resolução natural e fácil. A vaidade de uns, a paixão de outros, os interesses de muitos — são factores que pesam e não deixam que os problemas da execução de uma ideia justa, se resolvam dentro dos limites doutrinários que os desinteressados visionam e preconizam.

Mas a serenidade dos que pregam e teimam por uma fórmula doutrinária mais consentânea com a organização corporativa, mostrará que na crítica não há rebeldia, nem animosidade; a crítica que se vem fazendo é apenas o reflexo dos anseios a favor de uma obra que pode ser melhor e que está muito longe de ser sofrível.

Afirmar o contrário, será mascarar a realidade, sem vantagem alguma, buscando-se com essa atitude uma sanção para erros anteriores, quando melhor seria — e mais sensato — estudar e proceder à sua correcção, agora bem fácil, tão grandes são os ensinamentos que a prática evidenciou nestes últimos anos.

Nestas horas de luta, por vezes áspera e movimentada, há uma qualidade que reivindico avaramente e que continuarei a manter: — o desinteresse pelas pessoas, para só as ideias e a doutrina me preocuparem.

No entanto, nem mesmo assim é fácil fugir às labaredas das paixões que chamuscam e ferem a sensibilidade de quem trabalha e luta com intenções rectas e claras.

A ORDEM... E OS OUTROS

A *Ordem dos Médicos*, porque tem mostrado um constante interesse pelos problemas do *Seguro Social* e, principalmente, porque se não tem mostrado conformada com as directrizes adoptadas — tem sido discutida e criticada nestes últimos tempos.

A reacção da *Ordem* surgiu e a resposta a quantos a diminuem por ter uma opinião formada e saber defende-la, deu-a aquele organismo no «*Relatório das actividades do Conselho Geral*». Assim, afirma-se, logo na primeira página daquele documento:

«*Bem esperava o Conselho, ao anunciar no ano passado a constituição duma Comissão Oficial para o estudo da reforma da Previdência, onde estava o Bastonário, como representante da Ordem, que se atenderiam, finalmente, as mínimas reclamações tantas vezes expostas. Tudo continua na mesma e o Conselho Geral só pode dizer aos médicos do país que nesta sua grande mágoa tem a consciência perfeitamente tranquila. Não se poupou a nenhum esforço, nem ele nem o Bastonário da Ordem, que constantemente insistiu na mais franca colaboração.*»

«*Por entre tanto desalento, dói, de modo especial, a visível incompreensão da Ordem em certos meios oficiais. Custa que se inferiorize a Ordem só porque ela teima em reivindicar à Previdência Social o direito de prestar serviços para todos os médicos e uma remuneração dos médicos em função dos serviços prestados.*»

E mais adiante, lê-se ainda o que continuo a transcrever:

«*Era fácil, se houvesse vontade, resolver estas simples reclamações da Ordem. Tão curiais, tão abertas de sentido, que já foram substancialmente aceites pela Comissão que, em 1950, nomeou o Senhor Subsecretário das Corporações e da Previdência Social, para estudo do «problema dos quadros, categorias e remuneração do pessoal médico da Federação», e da qual fizeram parte um representante da Direcção Geral da Previdência, outro dos Serviços Médico-Sociais e outro da Ordem dos Médicos. São do relatório da Comissão estas sugestões que vale a pena tornar a extrair:*

«*Desde que obedeçam aos demais requisitos regulamentares, podem ser admitidos ao serviço da Federação, e*

em relação a cada Posto, todos os médicos com residência e consultório na área do Posto.»

«*Utilização dos consultórios particulares, como se faz em toda a Europa continental, onde o seguro não possui qualquer apetrechamento sanitário.*»

«*Não transformar os consultórios dos médicos das cidades em delegações da Federação. O beneficiário continuará adstrito ao Posto da sua área. É aqui que virá adquirir a senha de consulta depois de se ter identificado e provado o seu direito. É ao Posto da sua área, ao seu Posto, que virá depositar as eventuais reclamações, fazer a escolha do seu médico, etc. No consultório do médico, o preenchimento de impressos fica reduzido ao estritamente indispensável, pois com este mesmo objectivo se remodelarão ou vão remodelar os serviços da estatística médico-social.*»

«*O Posto continua a ser o centro administrativo local.*»

«*A todos os beneficiários ou familiares com direito a assistência médica deve ser dada a faculdade de escolha do seu médico assistente de entre os médicos de clínica geral da Federação, da área a que estão adstritos.*»

«*Como consequência directa da possibilidade de escolha de médico e do princípio da continuidade da assistência médica traduzida no médico assistente, tem-se por mais indicado o sistema de remuneração «per capita», sempre que o permita o número de pessoas a assistir. Caso contrário, adoptar-se-á a remuneração por serviço ou acto médico, dentro de limites previamente estabelecidos.*»

Adormeceram, se não retrocederam, as sugestões desta Comissão. Quase três anos dobraram já, sem que delas se partisse para uma 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 Social.

CONSIDERAÇÕES À MARGEM

O Conselho Geral da *Ordem dos Médicos* ao expor com clareza a sua mágoa,

prestou um valioso esclarecimento e prestigiou altamente a classe perante aqueles que têm a dura incumbência de dirigir a governação pública; aquele relatório teve ainda o mérito — pela larga divulgação que lhe é dado — de derrubar a argumentação emanada de certos meios, fazendo vingar a verdade em substituição dos devaneios que se forjaram com facilidade e audácia estonteante.

Os médicos querem colaborar na obra do *Seguro Social*, de forma activa e útil; repugna-lhes fazê-lo como simples executantes de um figurino mal talhado e mal cerzido, visionado sem talento e sem originalidade.

Além disso, é de estranhar que elementos ligados e integrados no corporativismo, tão mal compreendem a função da nossa *Ordem* e procurem, através de comentários, nem sempre bem cabidos, deslustrá-la e diminuí-la, não pensando que ao fazê-lo, cavam um fosso profundo, onde o próprio prestígio do organismo pode sofrer com a sombra para que o pretendem remeter.

O *Estado corporativo* só lucra com órgãos conscientes e activos e muito vantajoso seria que os organismos encarregados de executar o *Seguro-doença*, procurassem e aproveitassem a colaboração que tem sido oferecida. A avalanche dos erros que se vão acumulando não teria as proporções que lhe conhecemos e respiraríamos um optimismo que se reflectiria com proveito no próprio *Seguro Social*.

M. DA SILVA LEAL

Sociedade Portuguesa de Pediatria

Organizado pela Sociedade Portuguesa de Pediatria, realizou-se na sala de conferências da Maternidade Alfredo Costa, nos dias 19, 20 e 21 de Março, um «simposium» para o estudo dos Prematuros, no qual colaboraram os pediatras estrangeiros Drs. A. Tebler, professor da Universidade de Berne; Lelong, director da Escola de Puericultura da Faculdade de Medicina de Paris, e Rossier, seu assistente, e A. Ravera, professor da Universidade de Turim, que, a convite da S. P. P., vieram a Lisboa, a fim de tomar parte nesta reunião.

Na primeira sessão falou o Prof. Lelong, sobre «Organização moderna de um Centro de Prematuros». Na segunda sessão, o Prof. Tobler dissertou acerca de «A alimentação do Prematuro», findo o que foi passado um filme sobre «A vida dos mais pequenos prematuros», comentada pelo Dr. Rossier, discípulo e colaborador do Prof. Lelong, o qual fez, também, uma conferência intitulada «O cérebro do prematuro». Na última sessão, o Prof. Ravera falou de «Etiopatogenia da Prematuridade».

Sobre todos os temas referidos houve largas trocas de impressões, nas quais tomaram parte numerosos pediatras portugueses que assistiram à reunião.

Antes de se encerrarem os trabalhos, o Dr. Cordeiro Ferreira agradeceu aos colegas estrangeiros e portugueses a sua colaboração ou presença neste «simposium», que, afirmou, foi das mais importantes

reuniões realizadas em Portugal, pelo elevado nível científico dos trabalhos apresentados.

*

Sob a presidência do Dr. Cordeiro Ferreira, realizou-se no dia 10 uma sessão de trabalhos científicos da Sociedade Portuguesa de Pediatria. «Considerações acerca de um caso de icterícia hemolítica constitucional», era o título da primeira comunicação, feita pelos Drs. Fernando Sabido e Herculano Coutinho, que apresentaram um caso por eles seguido durante seis anos, e no qual, após esplenectomia, se obtiveram excelentes resultados clínicos, não corroborados pelo laboratório, pelo que discutiram os resultados das reacções serológicas. A Dr.^a D. Maria de Lourdes Levi mostrou o valor do electroencefalograma nos prognósticos do hipotiroidismo, demonstrado no estudo de três casos na Clínica Pediátrica do Hospital Escolar. Seguidamente, o Dr. Ferreira Gomes falou da escassa frequência das hemorragias meníngeas na criança, estudou o seu aspecto clínico e chamou a atenção para a virulência da crise, tão documentado com radiografias. Por último, o Dr. Nuno Cordeiro Ferreira estudou o tratamento da escarlatina pela associação penicilina-soro, concluindo que se o soro antiescarlatinoso tem acção marcada sobre a toxímia, não consegue, mesmo associado à penicilina, prevenir o aparecimento de complicações renais na escarlatina.

ACETILCOLINA- -PAPAVERINA BARRAL

CLORIDRATO DE ACETILCOLINA NAS DOSES DE 0,10 GR. (DOSE MÉDIA) E 0,20 GR. (DOSE FÓRTE) ASSOCIADO A UM SOLUTO DE CLORIDRATO DE PAPAVERINA A 5 %.

AS MESMAS PROPRIEDADES DA ACETILCOLINA BARRAL REFORÇADAS PELA ACÇÃO HIPOTENSORA, ESPASMOLÍTICA E SEDATIVA DO CLORIDRATO DE PAPAVERINA.

CAIXAS DE 12 AMPOLAS (6 DOSES)

ACETILCOLINA BARRAL

SOLUÇÃO EXTEMPORÂNEA DE CLORIDRATO DE ACETILCOLINA

VASO-DILATADOR ARTERIOLAR — ANTI-ESPASMÓDICO VASCULAR — ESTIMULANTE DO PARA-SIMPÁTICO.

3 DOSAGENS:

0,05 GR. / 0,10 GR. / 0,20 GR.

CAIXAS DE 12 AMPOLAS (6 DOSES)

ACETILCOLINA- -MICRIL B₁ BARRAL

CLORIDRATO DE ACETILCOLINA NAS DOSES DE 0,10 GR. (DOSE MÉDIA) E 0,20 GR. (DOSE FORTE) ASSOCIADO A UM SOLUTO DE ANEURINA RESPECTIVAMENTE A 0,75 % E A 3,75 %.

AS MESMAS PROPRIEDADES DA ACETILCOLINA BARRAL ASSOCIADAS À ACÇÃO ANTINEVRÍTICA E NEUROTÓNICA DO MICRIL B₁ (VITAMINA B₁ BARRAL).

CAIXAS DE 12 AMPOLAS (6 DOSES)

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, LDA.

O «  **ORGANON** » apresenta

a mais completa gama de **Hormonas**

ANDROGENEAS

Neo-Hombreol — Testosterona e derivados
Neosteron — Metilandrostenediol

ESTROGENEAS

Dimenformon — Benz. estradiol
Dimenformon-Emulsão — Benz. estradiol (emulsão aquosa)
Lynoral — Etilnil-estradiol
Kolpon — Estrona (comp. vaginais)
Menformon — Estrona

HIPOFISÁRIAS

Ambinon — Extr. do lobo anterior
Cortrophine — A. C. T. H.
Gestyl — Gonadotropina sérica
Pregnyl — Gonadotropina coriônica
Piton — Extr. do lobo posterior

LUTEÍNICAS
(corpo amarelo)

Progestine Organon — Progesterona
Progestine Organon-Emulsão — Progesterona (emulsão aquosa)
Progestoral — Pregneniolona

SUPRA-RENAIS

Cortine Organon — Extr. total
Doca — Ac. desoxicorticosterona

TIROIDE

Thyranon — Extr. de tiroide

Associações de hormonas

ESTROGENEAS + ANDROGENEAS

Estandron — (comp.) — Etilnil estradiol + metil testosterona
Estandron — (amp.) — Benz. estradiol + prop. testosterona

ESTROGENEAS + LUTEINICAS

Di-Pró — (comp.) — Etilnil estradiol + pregnenolona
Di-Pró-Emulsão — Benz. estradiol + progesterona

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

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

ECOS E COMENTÁRIOS

O REGIME DE AVENÇA

No n.º 90 de «O Médico», dizia o Dr. Constantino A. Carneiro que devemos cooperar lealmente com os Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência, ajudando-os a reformar o seu sistema assistencial. Publicando mais um artigo daquele presado colega, demonstro novamente que assim continuo a proceder. As opiniões daquele nosso distinto colaborador são, como se tem visto, divergentes das que eu defendo. É possível, porém, que essas divergências não sejam tão profundas como pode parecer e que o Dr. Constantino Carneiro concorde, no fundo, com as minhas doutrinas; simplesmente, tem receio de que, aplicadas pela «Federação», prejudiquem os médicos, sem benefício para os doentes.

Vejamos.

Tenho afirmado:

O actual sistema de serviços médicos na «Federação» — vencimentos iguais para todos os chefes de serviço, por um lado, e, por outro, iguais também para os restantes clínicos que trabalham em regime de avença (isto é, excluindo os radiologistas e os analistas) — considero-o injusto, desprestigiante e incapaz de provocar o necessário estímulo profissional. Não conheço outro país em que se adopte tal sistema.

Acho preferível o regime de capitação: o clínico receber um tanto por cada pessoa ou cada família segurada (podendo a família, dentro dum condicionalismo estabelecido, escolher o médico que prefira, por exemplo, no princípio de cada ano); é o sistema usado em Espanha e é a base do sistema britânico (no primeiro destes países, só para os economicamente débeis no seguro obrigatório; no segundo, todos os cidadãos o poderão utilizar).

Argumenta o Dr. Constantino Carneiro que esse sistema, aplicado a todos os médicos (por exemplo, a 700 ou 800 do Porto), em vez dos 100 que agora trabalham para a Federação, daria uma insignificância a cada um. Há aqui manifesta confusão. Confunde-se o regime (de capitação ou de avença fixa) com a extensão dos serviços a todos os médicos. O que eu tenho afirmado é que (evidentemente dentro do mesmo número de médicos) o sistema português, como doutrina e na aplicação prática, não tem qualquer argumento sério em sua defesa. Pelo menos, os dois defensores mais categorizados que têm escrito sobre o assunto (os Drs. Pacheco Neves e Constantino A. Carneiro), apesar da clareza e da sagacidade de que são dotados, não me forneceram quaisquer argumentos que levem a modificar a minha opinião. Evidentemente, se a «Federa-

ção» não quer aumentar substancialmente as despesas globais com os serviços clínicos que actualmente paga em regime de avença (a cerca de 2 contos mensais por cada médico), também me parece que é preferível não alargar à grande maioria dos clínicos a faculdade de poderem trabalhar para a «Federação». Mas julgo que é possível gastar, como é de inteira justiça, muito mais com aqueles serviços, poupando ou reduzindo outras despesas, como a da manutenção de postos e serviços pró-

prios que se poderiam dispensar, despesas administrativas e possivelmente também com alguns funcionários, médicos e não médicos, que, em boa verdade, se consideram perfeitamente dispensáveis.

M. C.

ESCOLHA LIVRE DE MÉDICO

Quando me convenci de que era possível gastar muito mais com os serviços clínicos da «Federação» (desde que se façam as reformas necessárias, mesmo que isso prejudique algumas pessoas) passei a preconizar o sistema utilizado na maior parte dos países para cá da cortina de ferro, isto é, escolha do médico (de entre os que o queiram) e pagamento por unidade de serviço (como sucede actualmente com os radiologistas e os analistas). O Dr. Constantino A. Carneiro chama a esse sistema adoptado nos países de mais florescente medicina: «mais motivo literário do que assunto prático»! Considera, então, prático que o ilustre colega ande aí a calcurriar muitas ruas da cidade, trabalhando infatigavelmente, com visitas numerosas, e receba pelos seus serviços os 2 contos mensais? Eu, se trabalhasse para a Federação (refiro-me, evidentemente, à «arraia miúda», como os colegas—não chefes de serviço — se intitulam a eles próprios) preferiria a «literatura» mesmo que fosse assaz barateira de receber, por cada serviço, os honorários duma tabela que, segundo parece ao Dr. Constantino Carneiro, teria de ser inferior ao que se paga em França (onde declara aquele colega que a contribuição para a segurança social é 34,5 % e em Portugal apenas 20,5 %). Simplesmente, esquece o intemperato defensor das avenças fixas de dizer que, em França, os beneficiários dos seguros não recebem apenas, como é o caso mais vulgar em Portugal (na «Federação»), o presente de se dizer aos doentes que têm isto e aquilo e que, quanto a terapêutica, médica e cirúrgica, se arranjem como poderem. Em França, a Segurança Social paga, na sua maior parte, o internamento hospitalar, as operações (que são regularmente pagas a quem as executa), toda a medicação necessária, etc., etc. Já vê o colega Constantino Carneiro que este assunto dá pano para muitas mangas. A questão é eu ter tempo para escrever sobre estas coisas. Mas continuarei.

M. C.



ALGINEX

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

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

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



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PRÉVIO DO PROF. MANUEL
CERQUEIRA GOMES

Afirmações do Deputado Dr. Manuel Lourinho

(Continuação do número anterior)

O Sr. *Presidente*:— Continua em discussão o aviso prévio do Sr. Manuel Cerqueira Gomes, sobre a Previdência Social. Tem a palavra o Sr. Deputado Manuel Lourinho.

O Sr. *Manuel Lourinho*:— Sr. Presidente: poderá parecer estranho a alguns que me encontre nesta tribuna disposto a tomar parte na discussão de um problema que a todos se afigura tão complicado para desenvolver e tão difícil nas soluções.

E mais estranho poderá parecer que, tendo limitado as minhas intervenções neste período legislativo a um único assunto tão grato ao meu espírito, agora me abalance a analisar um outro bastante distante do primeiro no espaço onde se aplica, que não nos objectivos de que se informa.

Espero em Deus não ser acoimado com justiça de abelhudo, e, se o for, que me sirva de desculpa ser o canto do cisne das minhas intervenções, inúteis, dentro das paredes desta Assembleia.

A simples circunstância de ter exercido durante anos a função de médico-chefe de uma caixa de previdência de um grande núcleo industrial deu-me um certo volume de ensinamentos que permite trazer aqui alguns dados da experiência que colhi durante esse tempo.

E vamos ao assunto.

Sr. Presidente: quero apresentar antes

de tudo o mais os meus cumprimentos de alta admiração ao Sr. Deputado Cerqueira Gomes, que brilhantemente nos expôs um trabalho de pensamento e cultura que distinguiria o seu autor, se necessitasse de tal, para ser considerado um alto—o mais alto—defensor da profissão que tem a honra de o contar entre os seus mais ilustres cultores.

Vozes:— Muito bem!

O *Orador*:— Assim, seria agora nascida a minha admiração se ela não estivesse já cimentada desde a primeira hora que me foi dado conhecer o Prof. Cerqueira Gomes.

Vozes:— Muito bem-

O *Orador*:— No aviso prévio que foi posto figuram dois problemas distintos na sua essência, embora se possam ligar, porque um efectiva-se em parte por intermédio do outro.

Um é o problema do seguro social.

O outro é o problema da prestação dos serviços médicos a determinadas modalidades do primeiro.

Foram ambos porém postos em causa, e assim, no desenvolvimento das minhas considerações, tratarei do primeiro colocando-me na posição de observador do que

vai pelo Mundo neste sector e do segundo abstraindo-me da minha qualidade profissional.

Sr. Presidente: todo o indivíduo que não tem como capital mais do que a força dos seus músculos ou o valor da sua inteligência e perde uma ou outra, quer temporária quer permanentemente, necessita que a colectividade tome para si, no todo ou em parte, os encargos que estavam a cargo do sinistrado.

No Mundo actual o indivíduo desapareceu como capital humano. A máquina desumanizou o homem.

O homem tornou-se máquina. A técnica tudo brutalizou, no sentido mesquinho e materialista que despersonalizou o trabalho do homem. A máquina automatiza tudo e o homem ignora a finalidade do seu esforço. Daí o desinteresse pelo trabalho, filiado na ignorância do fim a atingir.

O homem que trabalha na oficina moderna não raciocina, não transmite a menor feição pessoal à obra que realiza, não sabe para que executa o seu trabalho.

Cada homem é uma unidade-trabalho, estandardizado, e uma multidão de homens na moderna sociedade é uma soma de unidades iguais, automaticamente iguais, tecnicamente iguais, materialmente iguais, animalmente iguais.

Vozes:— Muito bem!

METIOCOLL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSES VASCULARES

LABORATÓRIO



SAÚDE, L.ª

RUA DE SANTO ANTÓNIO Á ESTRÊLA, 44—LISBOA

O *Orador*. — Só há dissemelhanças na forma exterior, no mais a colectividade impõe-lhe obrigações tipo rotina, que vão desde a determinação da sua razão alimentar até à mais insignificante manifestação do homem no meio social.

O homem moderno é um autómato. A sociedade actual comanda-lhe todos os movimentos, todos os pesares, todas as alegrias, pensa por ele, age por ele e não lhe deixa a mínima possibilidade de autodeterminismo.

Assim acontece desde que a técnica tudo dominou. A rã atómica, a boneca atómica, não são especulações infantis da moderna cibernética.

Não virá longe que o homem autómato tome lugar com cada qual na disputa dos bens da civilização, e nessa altura o homem-pessoa nada poderá fazer para se revalorizar em relação ao seu *ersatz* feito em série.

Mas, Sr. Presidente, se a sociedade dirige e impõe ao homem obrigações que limitam a sua personalidade com tendência para o manejar como se fora um manequim, pergunta-se: que lhe dá a sociedade em troca da sua servidão?

Se o homem se apaga para servir a colectividade, não é legítimo, mais, não é humano que ele exija dela protecção contra os riscos que o podem atingir, independentemente da sua vontade?

Mas, supondo que esta verdade não estava na base da actual organização social, poderíamos apresentar outras razões que nos levassem à mesma conclusão.

O capital organiza-se industrialmente para a exploração de um determinado ramo de produção. Procura as matérias-primas capazes e necessárias para a sua laboração.

Promove a instalação dos seus meios de produção, máquinas, oficinas, energia, etc.

Planifica a sua acção por intermédio dos técnicos responsáveis.

Organiza a sua administração e contrata a mão-de-obra.

Deixemos de parte todos os elementos que ficam referidos e estudemos apenas o caso da mão-de-obra.

A organização tem interesse manifesto em que o trabalho de cada operário seja o mais rendoso possível, isto é, que o número de unidades-trabalho seja o mais elevado em cada dia.

Por outro lado, a organização tem o maior interesse em que o operário perca o menor número de dias de trabalho. Ainda à organização interessa que a vida útil de trabalho de cada operário seja o mais duradoura no tempo.

A organização tem ainda o maior interesse em que o operário no rendimento do seu trabalho seja o mais perfeito possível.

A organização tem ainda o maior interesse em que o quadro da sua mão-de-obra seja renovado o menor número de vezes, isto é, que a aprendizagem não seja frequente e demorada.

Todos estes factores referentes à mão-de-obra, no caso exemplificado — sector industrial — podem tornar-se extensivos a todas as formas de trabalho manual ou mental: à indústria, ao comércio e à agricultura.

Assentes estas premissas, fácil é concluir que o seguro social é um factor económico, espiritual e psicológico que contribui para a solução da questão social.

Parece pois que a sociedade tem por dever cobrir os seus concidadãos economicamente débeis contra todos os riscos.

Sr. Presidente: como foi encarado o problema nalguns dos grandes países do Mundo, sem importar as fórmulas políticas que os governam nem a organização económica dentro da qual gravitam.

A Inglaterra adoptou o plano Beveridge, tendo sido precedida na solução do problema antes da última guerra pela Rússia e pela Nova Zelândia.

A estes países seguiram-se os Estados Unidos, o Canadá, os países da América Latina e ultimamente a Bélgica, a Checoslováquia e a Suécia.

A maior parte destes planos tinha a sua base na protecção contra o desemprego, dando lugar à abertura de grandes obras de interesse público capazes de absorver um grande volume da mão-de-obra; pouco importou que tal processo tomasse o passo ao seguro propriamente dito.

Acontece porém que nesta forma de absorção da mão-de-obra fica excluída toda a que ultrapasse um certo limite na idade, isto é, os velhos.

Assim, a velhice fica fora da protecção que a colectividade dispensa à massa trabalhadora. Claramente que um seguro de protecção contra a velhice traz também toda uma série de medidas de ordem sanitária, tais como protecção à criança e protecção à natalidade.

Quantias cada vez maiores são investidas em obras de protecção à gravidez, ao parto, à maternidade, à educação, à saúde, à invalidez e às famílias numerosas, com prejuízo do consumo de bens sumptuários, que não têm interesse sob o ponto de vista social.

rios, que não têm interesse sob o ponto de vista social.

Nos Estados Unidos foi a crise de 1935 que lançou o grito de alarme contra a miséria. O Governo deste país pôs em execução um larguíssimo programa de trabalhos de interesse público no programa da política social proclamada pelo presidente Roosevelt. Em 1935 o Social Security Act institui o primeiro seguro contra o desemprego, possuindo cada um dos estados da federação a sua legislação própria.

O abono atribuído a cada desempregado variava de estado para estado, obedecendo contudo a uma uniformidade relativa, imposta pelo governo federal, de modo a que o beneficiário recebesse um quantitativo tanto quanto possível igual ao seu nível de vida anterior ao desemprego, variando de 15 a 20 dólares por semana.

Algumas profissões foram excluídas — as agrícolas e as domésticas — tendo também sido excluídas do pagamento da taxa federal para o seguro social as que não empregavam mais de oito assalariados. A taxa é de 3 por cento sobre o salário semanal.

Ainda no Social Security Act se inscreveu o seguro contra a velhice na indústria e no comércio, com uma taxa de prémio igual para beneficiários e empresas, começando em 1 por cento e elevando-se cada três anos até atingir 3 por cento.

A pensão é dada aos 65 anos, não podendo ser inferior a 10 dólares nem superior a 85. No caso de morte a viúva recebe 75 por cento da pensão atribuída ao marido. Com o projecto Wagner Murray foram incluídos os trabalhos agrícolas, os domésticos e os marítimos, excluídos na legislação anterior.

Os abonos são distribuídos durante seis meses a um ano sobre a base de 50 por cento do salário, nunca mais de 30 dólares. As prestações variam com os encargos de família, acrescidos de abono de maternidade.

Em resumo, a tendência actual é para o alargamento dos serviços de higiene pública e protecção à mãe e à criança mais do que para o seguro na doença. São distribuídos créditos avultados para a montagem de estabelecimentos hospitalares regionais e locais e centros de higiene que protejam toda a população. A profissão médica está sujeita a larga legislação, que determina uma repartição dos médicos e pessoal médico em ordem às necessidades públicas.

Por toda a parte o Governo procura melhorar e alargar os cuidados médicos públicos para as pessoas necessitadas, colaborando os médicos com este propósito e procurando o Governo dar à classe médica condições de vida convenientes em relação com o elevado custo da sua formação profissional e necessidade permanente de aperfeiçoamento.

Há nos serviços médicos um grande desenvolvimento de previdência livre; contudo parece desenhar-se uma forte tendência para a cobertura dos riscos sociais.

Na Inglaterra a legislação de seguro social reside na instituição em todo o país do plano William Beveridge, que se resume, segundo a fórmula sintética do seu autor, na abolição da miséria.

A característica principal é pertencer ao Estado o papel de segurador contra todos os riscos, ou seja doença, maternidade, acidentes de trabalho, desemprego, viuvez, morte e velhice, senão protegidos pela legislação todos os trabalhadores do comércio, indústria e agricultura.

O financiamento do seguro é igual para todos e por uma taxa única, variável apenas com a idade e o sexo.

A prestação de abono fornece um mínimo vital, pertencente à previdência livre melhorar o sistema de abonos.

O beneficiário paga mais que o empregado. O plano britânico, está, no ponto de vista financeiro, ligado ao orçamento geral do Estado, constituindo uma espécie de orçamento social.

Aparece aqui a obrigação do pagamento de três anos de quotização para receber os benefícios do seguro no caso de doença. O beneficiário recebe em dinheiro

Reg-Acil

REGULADOR DA ACIDEZ
E DA SECREÇÃO GÁSTRICA

COMPOSIÇÃO POR COMPRIMIDO

Glicocola	0,15 g
Carbonato de Cálcio	0,35 g
Beladona (extracto seco)	0,0025 g

Excipiente q. b.

APRESENTAÇÃO

Caixa com dois tubos contendo cada um 20 comprimidos, permitindo assim o fácil acondicionamento ambulatório.

Sociedade Química Leseque, L.^{da}

VENDA NOVA
A M A D O R A

O INSTITUTO LUSO-FARMACO
SEMPRE NA VANGUARDA

Dibencilina

UM NOVO CAPÍTULO
NA HISTÓRIA
DA PENICILINA

DIBENCILINA

N, N'-dibenziletilenadiazina 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



semanalmente uma certa quantia, com a qual procura os cuidados médicos e farmacêuticos e os alimentos necessários à sua manutenção — é uma espécie de seguro-desemprego, com um quantitativo variável por categorias: idade e situação familiar.

Contudo o Governo mantém um serviço nacional de saúde modelar, ao qual podem recorrer todos os cidadãos sem distinção de idade, de recursos, profissão ou residência, desde que estejam filiados no seguro social.

Todos os médicos podem tomar parte na aplicação do plano e ter clientela privada, desde que esta não esteja inscrita no Serviço Nacional de Saúde. O doente escolhe livremente o seu médico de entre os que aderiram ao sistema.

Na Rússia é ao Estado que pertence o papel de seguro de todos os riscos que podem afectar os trabalhadores.

Os beneficiários e suas famílias têm assistência médica gratuita e recebem abono em espécie independentemente da causa que deu origem à perda do salário. Somente as empresas pagam taxas em função dos salários atribuídos ao pessoal.

A taxa varia para cada ramo da economia nacional. Assim a indústria de produtos químicos paga 10,7 por cento e as empresas mineiras 9. O orçamento dos seguros sociais paga todas as despesas, à excepção da assistência médica, que está a cargo do orçamento geral do Estado e é gratuita.

A administração está inteiramente nas mãos dos segurados, por conselhos de seguros sociais eleitos e comités sindicais das empresas, aos quais pertence estabelecer a taxa dos abonos em espécie nos diferentes riscos.

O direito ao abono é concedido ao fim de dois meses de prestação de trabalho na empresa e o seu quantitativo vai de 50 a 100 por cento do salário médio. Há suplementos de abonos para os eleitos — politicamente, é claro. Os operários que tenham incorrido em penas disciplinares perdem o direito à prestação do abono, que lhe é outorgado novamente depois de um estágio suplementar de seis meses de seguro. Os operários que não estão sindicalizados não ultrapassam metade da prestação normal.

O Governo tomou medidas para melhorar a assistência às grávidas, às mães e às crianças.

A pensão de reforma é atribuída aos 60 anos, com 25 de serviço, sendo a percentagem de abono à roda de 50 a 60 por cento do salário normal. Não são abrangidos os trabalhadores agrícolas, que se encontram agrupados em mutualidades.

Sr. Presidente: o que se faz em Portugal? Qual é actualmente o sistema de segurança social entre nós?

- 1.º Protecção contra o desemprego e estabilidade do trabalho.
- 2.º Abono aos beneficiários a cargo de quem estejam os filhos ou enteados e netos com idade inferior a 14 anos. Abono ainda aos ascendentes do trabalhador ou do seu cônjuge que estejam a seu cargo e sustentação;
- 3.º Protecção nos acidentes de trabalho e doenças da profissão;
- 4.º Protecção contra outros riscos sociais — doença, invalidez, velhice e morte.

As instituições de previdência social constituem três grupos:

Instituições de seguro obrigatório, associações de socorros mútuos e instituições de previdência privadas dos servidores do Estado e dos corpos administrativos.

Ao primeiro grupo pertencem as caixas de previdência, as Casas do Povo e as Casas dos Pescadores.

As caixas de previdência dividem-se em caixas sindicais de previdência e caixas de reforma ou previdência.

As primeiras são a solução corporativa, que absorvem os indivíduos de uma mesma profissão; as segundas constituem organismos de empresa. São, portanto, instituições

idênticas, representando os órgãos fundamentais do seguro social obrigatório.


Compõem-se os inscritos nas caixas de previdência de sócios beneficiários, contribuintes e honorários, pertencendo uma quotização determinada na lei ao primeiro e ao segundo grupo dos inscritos.

A administração das caixas pertence aos beneficiários, sistema aconselhado pela Organização Internacional do Trabalho. A sua composição é diferente para as caixas sindicais e para as caixas de empresas.

Há uma federação de caixas de previdência denominada Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência, criada por portaria de 15 de Junho de 1946.

Compete à Federação:


- 1.º Assegurar assistência médico-social aos sócios efectivos das caixas federadas e pessoas de suas famílias;
- 2.º Melhorar as suas condições físicas e morais;



HALODEX

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

TUBO PLÁSTICO DE 10 GRAJEIAS



**LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

- 3.º Empreender a realização de obras de carácter social de que resulte a diminuição dos encargos da previdência;
- 4.º Assegurar, sem prejuízo da acção curativa, a recuperação das vítimas de acidentes de trabalho e dos inválidos, e bem assim a prevenção das doenças profissionais;
- 5.º Montar serviços de inspecção sanitária e de acção médico-social;
- 6.º Promover a propaganda da higiene e das mediads de profilaxia junto dos beneficiários e das suas famílias;
- 7.º Efectuar inquéritos à alimentação e à habitação e outros que interessem ao conhecimento das condições de vida.

A Federação funciona com uma direcção e um conselho geral. Os beneficiários recebem serviços médicos e farmacêuticos e abonos em espécie, variáveis os dois primeiros de caixa para caixa; uniforme, porém, na Federação.

Não vale a pena especificar em pormenor os benefícios dados pela organização, visto que a pluridade nos levaria à confusão. Isto relativamente às caixas.

Podemos, porém, sintetizar:

- 1.º O Estado Português intervém no problema simplesmente como orientador e fiscalizador;
- 2.º A administração das caixas exerce-se por via de estatutos regulamentares, obedecendo a um mínimo de regras impostas na lei geral e actualmente com latitude discricionária;
- 3.º A quotização em taxa é diferente para beneficiário e empresários e incide sobre os salários pagos; o abono é de 60 por cento do salário e durante os primeiros 270 dias de doença;
- 4.º A invalidez pode ser atribuída após dois anos de inscrição e a reforma aos 65 anos, não podendo aquela ser no mínimo superior a 20 por cento e exceder 80 por cento, ambas sobre o salário médio;
- 5.º O subsídio de sobrevivência tem como limite máximo normal seis meses de salário, não podendo exceder 5.000\$, sendo o prazo de garantia de cinco anos.

O nosso esquema tem um carácter de novidade; não se pode enquadrar em qualquer das fórmulas usadas noutros países.

Como actua este sistema? Tem defeitos de origem? Não preenche os seus fins?

Em minha opinião o sistema não é tão mau como o pintam. Mais, o sistema não é muito mau.

Actuar bem talvez que não actue. Mas isso não é propriamente por culpa do sistema, mas sim daqueles que o põem a funcionar, por incapacidade, incúria ou derroísmo. E não sei se não terá havido disto tudo, ou haverá, dentro da nossa actual organização de seguro social.

A não aceitar o actual esquema, como seria? Caixa única, na qual estariam todas as outras federadas? Caixas regionais? Caixas de empresa ou sindicais? Não caixas? Assistência pelo Estado?

Sr. Presidente: em minha opinião o esquema de seguros seria este:

Caixas regionais ou agrupamentos de caixas, que incluiriam todos os operários residentes na região, independentemente da empresa a que pertencessem ou do contrato colectivo de trabalho que os obrigasse. Uma caixa nacional de seguros sociais, que actuaria como organismo de compensação, permitindo a possibilidade de instalar uniformidade nos benefícios a receber e incluir alguns dos riscos.

Esquema dos benefícios a distribuir:

- A):
- 1) Doença;
 - 2) Desemprego;
 - 3) Invalidez;
 - 4) Viuvez;
 - 5) Morte;

Nebulização

COM

ANTISTINA - PRIVINA*

Uso local

na coriza dos fenos,
na rinite e na
rinite alérgica

Frasco de 10 cc de soluto

Nebulizador de 9 c c de soluto

* Marca registada

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

grupo a que eu chamaria dos riscos primários;

B):

- 1) Casamento;
- 2) Gravidez;
- 3) Filhos;
- 4) Férias;

grupo a que chamarei dos riscos secundários ou de benefícios acessórios.

Nas suas linhas gerais considero a legislação que regula todo o sistema susceptível de fornecer resultados razoáveis ou, melhor, de servir de ponto de partida para melhores resultados.

As alterações ao sistema, em minha opinião, não podem ou, antes, não devem ser introduzidas senão depois de inquéritos rigorosos e extensos e dos quais seja possível tirar elementos bastantes para estruturar uma determinação.

Alterar o prazo de garantia, diminuir a idade de reforma, aumentar ou diminuir a percentagem de invalidez, alargar ou diminuir os benefícios, aumentar ou diminuir as percentagens de quotização, tudo isto feito, refeito ou desfeito com base subjectiva não me parece o melhor caminho para construir um seguro social útil e possível dentro da economia dos empresários e com vantagem para o beneficiário.

Toda a prudência e lentidão não são demais. E todo o excesso de velocidade e uso de fórmulas novas tem de ser pensado maduramente e controlado, como já disse, com inquéritos elucidativos, que nos indiquem a melhor possibilidade. Nada de pressas, mas não estacionar.

O assunto é vasto e daria margem a considerações muito prolongadas. É difícil porque a divergência de interesses é manifesta, profunda e irredutível. Não é portanto fácil expor em pormenor tudo quanto haveria a fazer para melhorar o sistema. Destruir nunca! Vale mais nada fazer. Nem era possível destruir, dado que estamos ligados por compromissos internacionais que nos obrigam.

Sr. Presidente: parece-me ter indicado

em traços rápidos e largos o pensamento sobre o que entendo deverá ser o seguro social em Portugal.

Tenho muitos elementos e números que poderiam ilustrar modificações a introduzir na prestação de benefícios, mas eles interessariam mais a quem se propusesse apresentar um projecto de estatuto. Ainda o tentei; mas não me foi possível, por falta de tempo, concluí-lo em jeito de o apresentar à Assembleia. Melhoremos o que está; só depois poderemos partir para novos benefícios.

Sr. Presidente: consideremos agora o outro problema que o aviso prévio põe. A prestação dos serviços médicos no sistema português de seguros sociais.

Não quero dizer que outros problemas não devem ser projectados, tais como a prestação de serviços farmacêuticos, a enfermagem, o abono de família, etc.

Como eles não foram enunciados no aviso prévio parece-me preferível tratar apenas dos serviços médicos.

O serviço médico faz a sua prestação de serviços de modo diferente de país para país, como tivemos ocasião de ver ao enunciar o esquema existente em três grandes nações.

Como se realiza entre nós?

Cada caixa e os Serviços Médico-Sociais têm um quadro de médicos privativos, que trabalha em regime de contrato, livremente aceite entre o médico e a administração.

Por esse contrato o médico obriga-se a observar, em consulta dada em postos também privativos, os beneficiários da organização onde presta serviço. Há um horário previsto e é ilimitado o número de beneficiários a observar. Algumas caixas têm serviço domiciliário e de socorros urgentes, também com médico privativo.

O serviço médico de especialidades é também, em regra, por contrato, sendo os doentes umas vezes observados no posto privativo, outras nos consultórios do respectivo titular. A terapêutica prescrita so-

fre restrições maiores ou menores ou é completamente livre.

No primeiro caso as restrições são função do médico-chefe; no segundo, determinadas pela direcção da caixa de previdência.

Está bem? Está mal? Tem uma quota de bem e uma de mal.

Que apresenta o aviso prévio como fórmula a adoptar? Que a escolha do médico seja livre? Que a terapêutica seja livre? Que se respeite o segredo profissional.

Permito-me esquematizar cinco hipóteses, que serão publicadas no *Diário das Sessões*, se V. Ex.^a, Sr. Presidente, o autorizar, onde mais facilmente se poderá ver o desenvolvimento do meu pensamento.

1.ª hipótese:

Livre escolha do médico. Liberdade terapêutica. Segredo profissional. Pagamento pelo próprio. Não há fiscalização técnica nem administrativa. Não há arquivo, e portanto não há elementos para instituir reforma ou sequer invalidez. Anarquia total.

2.ª hipótese:

Não há fiscalização administrativa e a fiscalização técnica é fornecida pelos elementos trazidos pelo beneficiário. Não pode haver arquivo nem os elementos referidos na 1.ª hipótese. Situação indefensável em todos os pontos de vista: técnico, profissional e moral.

Verifica-se portanto nas duas hipóteses que não é possível funcionar com eficiência e seriedade um esquema de prestação de serviços nestas condições.

3.ª hipótese:

Posto privativo. Médico privativo. Médico-chefe. Liberdade terapêutica. Segredo profissional. Fiscalização técnica eficaz. Fiscalização administrativa. Arquivo. Elementos bastantes para solucionar todas as situações. Não há *contrôle* de fornecimento de medicamentos.

4.ª hipótese:

Posto privativo. Médico privativo. Terapêutica parcialmente condicionada. Há fiscalização administrativa. Não há fiscalização técnica. Não há segredo profissional. Há elementos para resolver todas as situações. Arquivo.

5.ª hipótese:

Posto privativo. Médico privativo. Terapêutica parcialmente participada. Há segredo profissional. Arquivo. Fiscalização administrativa. Há elementos para resolver todas as situações.

De todas as hipóteses apresentadas, seguramente me parece a melhor esta última, a 5.ª. Mas ela, a hipótese, não acautela os interesses médicos... Isso é outro aspecto da questão.

E não acautela porquê?

- 1.º Porque não só não absorve os médicos todos, como retira da clientela um volume muito grande de indivíduos;
- 2.º Porque não remunera condignamente o trabalho do médico, dado que é ilimitado o número de doentes por consulta;
- 3.º Porque não dá garantias de segurança do exercício da função;
- 4.º Porque permite a intromissão em assuntos técnicos de indivíduos incompetentes e irresponsáveis perante a lei;
- 5.º Porque não dá ao médico liberdade terapêutica absoluta.

Tudo isto é verdade. Mas tudo é susceptível de ser regulado em ordem a corrigir abusos e meter cada qual dentro do seu ambiente funcional próprio. Dispensamo-nos de pormenorizar, pois nos levaria muito tempo e possivelmente nos arrastaria para

Ontem...

~~BALSAMO ANALGÉSICO~~

LABORATÓRIO Davi LISBOA

Hoje...

algiDerma

Dores reumáticas, artríticas, pleurais, musculares, intercostais

Creme analgésico, anti-flogístico, e anti-reumático

PROGRESSOS NA TERAPÊUTICA HORMONAL!

METORMON

(metilandrostenediol)

Novo esteróide de síntese activador do aproveitamento das proteínas, sem acção androgénica.

INDICAÇÕES:

DEBILIDADE GERAL. ESGOTAMENTO. EMAGRECIMENTO. ASTENIA. ATRASOS DO CRESCIMENTO. DEBILIDADE ÓSSEA. MENOPAUSA. TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL. DISMENORREIA. DISFUNÇÕES HIPOFISÁRIAS. OLIGOESPERMIA. AZOOSPERMIA. NEOPLASIAS DA MAMA.

Tubo de 10 comprimidos a 25 mg.
Frasco de 10 c. c. contendo 500 mg.
em suspensão aquosa microcristalina.

O METORMON tem indicações em adultos de ambos os sexos e nas crianças.

DIORMON

Associação sinérgica em proporções óptimas de hormona estrogénea, hormona androgénea e vitamina da fertilidade.

INDICAÇÕES:

NA MULHER: MENOPAUSA. FRIGIDEZ. MENOMETRORRAGIAS. DEPRESSÃO FÍSICA E PSÍQUICA.
NO HOMEM: CLIMACTÉRIO VIRIL. DEPRESSÃO.
EM AMBOS OS SEXOS: PSICONEUROSES. PERTURBAÇÕES CIRCULATÓRIAS PERIFÉRICAS.

AMPOLAS: Benzoato de estradiol . . . 2,5 mg.
Progesterona 12,5 mg.
Vitamina E 20 mg.
por c. c. (sol. oleoso)
Caixa de 4 ampolas de 1 c. c.

COMPRIMIDOS: Anidro-oxi-progesterona 10 mg.
Etinil estradiol 0,05 mg.
Vitamina E 20 mg.
por comprimido
Tubo de 20 comprimidos

LABORATÓRIO UNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

longe do carácter geral em que é posto este meu desenvolvimento.

Analiseemos porém o n.º 1. Apenas esse, porque me parece aquele que pode ser aceite por toda a gente como sendo o que necessita de mais cuidado no estudo da possível má projecção do actual esquema de previdência.

O curso de Medicina é inegavelmente um curso longo e exigente na prestação de provas para sua conclusão. Obriga a uma larga preparação para que se possa adquirir o diploma respectivo. A profissão médica impõe também uma preparação constante, que é cara e fatigante de adquirir.

O exercício da profissão obriga a um esforço físico grande, além do risco que resulta dos contactos que a profissão determina.

Não é pouco vulgar o médico ser vítima da sua dedicação profissional. Infelizmente, também aparecem casos, graças a Deus raros, de falta de decoro e de probidade profissional.

Tudo isto posto, e que o grande público nem sempre tem presente, torna inegavelmente injusto que o médico seja levado à proletarização. Mas daí até à hipótese de fazer do seguro social um sistema de aproveitamento material para o exercício da profissão vai um abismo, Sr. Presidente.

Eu afirmo categoricamente que a classe médica não deseja tal. Quer ser respeitada nos seus interesses e na sua dignidade profissional, mas deseja ardentemente não menosprezar os interesses materiais e morais da grande multidão dos que sofrem. A classe médica sabe bem que não foram os doentes que se criaram para seu uso.

Ojus utendi et abutendi repugna à sua sensibilidade e à ética da sua formação profissional.

Como seria então, Sr. Presidente, em meu entender?

Todos os médicos teriam o direito de se inscrever em qualquer caixa de previdência para efeito de prestação de serviço. Esta inscrição seria feita por intermédio da Ordem dos Médicos no Instituto Nacional do Trabalho e Previdência.

As caixas de previdência requisitariam ao referido Instituto o número de médicos de que necessitassem para a prestação dos seus serviços, quer gerais quer de especialidade.

Cada médico prestaria serviço pelo prazo de seis meses. A Ordem dos Médicos indicaria aqueles que iriam prestar serviço em cada caixa, estabelecendo um roulement para tal fim.

A remuneração dos serviços seria regulada por contrato colectivo de trabalho a combinar entre a Ordem e a caixa de previdência, sob a arbitragem do Instituto Nacional do Trabalho. Quando não houvesse médicos voluntariamente inscritos para prestação de serviços nas caixas de previdência, estas poderiam contratar quaisquer outros à sua escolha, que exerceriam a função pelo prazo de um ano, podendo ser reconduzidos por prazos iguais não havendo voluntários inscritos.

Os médicos que prestassem serviço seriam responsáveis tecnicamente perante o médico-chefe da caixa de previdência, que seria nomeado pelo Ministro das Corporações pelo prazo de dois anos, podendo ser reconduzido. A Ordem dos Médicos poderia opor reservas junto do Ministro à nomeação ou recondução do médico-chefe.

Eis um sistema. Está completo? O que daria na prática? Talvez possa ser útil aos interesses dos médicos e útil a boa prestação de serviços para os beneficiários.

Um facto porém tem de ser admitido, e duma forma incontroversa, pela classe médica. A medicina na sua independência antiga morreu. Em seu lugar tem de viver e prosperar a medicina de *équipe* e a medicina social.

O doente caso clínico não mais poderá ser admitido. A despersonalização do homem, e por conseguinte do doente, não pode ser admitida pelo médico moderno.

Creio que a classe médica atravessa um período de adaptação, que lhe parece mais doloroso e inaceitável do que real-

mente é. Eu penso que o seguro social tem de trazer benefícios para a sociedade em geral e também os trará para os interesses materiais do exercício da profissão, com a mais intensa e urgente procura dos cuidados do médico por parte duma multidão que até há pouco não sabia o que era ter cuidados com a saúde.

O assunto é muito vasto e muito difícil — já o disse no começo das minhas considerações.

Outros problemas estão ligados ao seguro social, Sr. Presidente. Eu também teria desejo de os abordar e sobre eles pôr um pensamento, uma directriz. Isso levar-me-ia muito longe.

O volume dos meus apontamentos é muito grande e a explanação das consequências que deles eu poderia tirar arrastar-me-ia certamente para fora dos limites do aviso prévio.

Assim: como se encara o risco do acidente de trabalho e da doença profissional?

Tratamento das ENTERITES

COLITES E ENTEROCOLITES

Sem provocar AVITAMINOSES B

LACTANO

(Cloridrato de tiamina + Riboflavina + Vitamina PP + Lactobacillus bulgaricus e acidophilus + Streptococcus lactis)

MODIFICADOR DA
FLORA INTESTINAL

APRESENTAÇÃO:

Frascos de 150 c. c. de caldo

Tubo de 20 comprimidos

Caixa de 3 tubos de 20 comprimidos



LABORATÓRIO FIDELIS

Rua D. Dinis, 77 — LISBOA

Qual o esquema da prestação dos serviços de enfermagem?

Como é encarada a segurança de emprego dos funcionários administrativos das caixas de previdência?

Quais as atribuições das direcções das caixas de previdência, sua responsabilidade e forma de fiscalização de actividade?

Qual o esquema da prestação de serviços farmacêuticos?

Nada disto tem uma resposta?

Tem, Sr. Presidente. Não é chegado o momento para a dar.

Ela existe no meu pensamento. Se nunca for ocasião azada para a ditar, outros o farão por mim e certamente com mais acerto e conhecimento de causa e efeito.

Finalmente, desejo apresentar os meus cumprimentos de simpatia e cordeal admiração ao Sr. Ministro das Corporações e Previdéncia Social pelo alto espírito de que tem dado provas ao arcar com as ingratas responsabilidades dum sector do Governo sobre o qual todos dão opiniões, mas onde não é fácil encontrar soluções. É inegavelmente a sua posição um posto de sacrificio, de sacrificio da sua viva inteligência e do seu dinamismo, que muito terão sofrido e não-de sofrer por não ser possível em tal assunto caminhar depressa, conseguir a perfeição e dar a cada qual mais do que as possibilidades permitem.

Tenho dito.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

(Continua no próximo número)

Hospitais Civis de Lisboa

Posse de internos

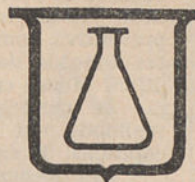
Tomaram posse, no dia 11 de Abril, dos cargos de internos graduados dos H. C. L., para que foram aprovados em concursos de provas públicas, os Drs. Pedro Pais de Vasconcelos, Peixoto de Meneses, Gomes Rosa, Lopes Alpoim, Graça Moraes, Homem Cristo, Gomes da Silva e D. Maria Irene Amigo de Figueiredo. Os cinco primeiros são internos de clínica cirúrgica; o sexto, de urologia; e os dois últimos, de pediatria médica. O Dr. Emílio Faro, enfermeiro-mór, dirigiu-lhes palavras de saudação e felicitou-os pelas brilhantes provas dadas no concurso.

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

A convite da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, o Dr. Adalbert Zink, bacteriologista e investigador dos Laboratórios Lederle, fez no dia 5 de Abril, em português, uma comunicação intitulada «Os enzimas dos estreptococos e a sua importância na terapêutica».

O presidente interino da Sociedade, Prof. Xavier Morato, apresentou o conferencista como investigador bacteriologista e serologista de extraordinários méritos. O Dr. Zink, escutado por numeroso auditório, desenvolveu o tema da sua conferência e respondeu a várias interpelações, documentando o seu interessante trabalho com dois filmes.

IBERFAR



TERPICILINA

Penicilina G-procaína + Essência de terebentina
+ Quinina básica + Vitaminas A e D
em solução oleosa pronta a injectar

Caixas de 1 e 3 ampolas

AGENTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL:

FERRAZ, LYNCE, LDA.

Travessa da Glória, 6-2.º - LISBOA

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 23 a 31 de Maio)

Dia 23—O Dr. Ludgero Lopes Parreira, do Porto, profere no Clube Fenianos a sua conferência sobre «Vacinação pelo B. C. G., nas escolas primárias». Esta iniciativa está integrada nos trabalhos da «Semana da Tuberculose». A notável conferência é ouvida com muito interesse e coroada com vivos aplausos.

25—Notícia de Guimarães informa que a Comissão Municipal de Assistência recebe comunicação que o Ministro do Interior encarrega a Comissão de Construções Hospitalares de estudar a construção do Pavilhão destinado a tuberculosos, a erigir na quella cidade.

—Em Coimbra reúne, para festejar o 29.º aniversário da sua formatura, o curso médico de 1924. Depois dos seus componentes ouvirem missa na capela da Misericórdia, por alma dos professores e discípulos falecidos, apresentam cumprimentos ao reitor e ao director da Faculdade de Medicina.

Reunem-se depois num almoço de confraternização, no jardim da Manga.

—No Porto, no Salão de festas do Coliseu, onde funciona a 1.ª Exposição Internacional de Tiflologia, realiza-se a conferência do vogal do Conselho Superior de Cegos e seu delegado especial em Saragoça, D. Primitivo Perez Ruiz. Esta por impossibilidade imperiosa do autor se deslocar, é lida por um seu amigo e colaborador, e refere-se à «Tiflologia em Espanha».

—A 1.ª Exposição Tifológica Internacional, aberta ao público no Porto, é constantemente enriquecida com novos espécimens, vindos do estrangeiro, e é apreciada por muita assistência, que a ela concorre diariamente.

27—Chega a Lisboa o Dr. John N. Barron, cirurgião do Centro de Cirurgia Plástica e Facial de Odstock, do Hospital de Salisbury, a convite do Instituto Português de Oncologia. Vem fazer conferências e demonstrações práticas de cirurgia plástica relacionadas com o cancro.

29—Em Lisboa, no Hospital D. Estefânia, é entregue à enfermeira-chefe, D. Felicidade da Costa, o «Prémio Dr. Lobo Alves», destinado ao funcionário que durante o ano mais se distinguiu pelo seu trabalho e zelo profissional.

31—Notícia-se a próxima partida para Roma do Dr. Manuel de Lemos, director do Serviço de Oftalmologia do Hospital de Santo António, como bolsheiro do Instituto para a Alta Cultura, aonde vai assistir ao I Congresso Latino de Oftalmologia. Em Paris toma parte no Congresso Francês de Oftalmologia.

Estrangeiro

Começou, em Londres, o 8.º Congresso Internacional dos Hospitais com a participação de delegados de numerosas nações. O professor George Portman, decano da Faculdade de Medicina e de Farmácia de Bordeus, numa tese intitulada «A medicina preventiva como uma das mais importantes funções do hospital», declarou que é difícil «fazer compreender que um programa de medicina preventiva constitui na realidade um proveitoso investimento de capitais». E explicou:

«As doenças que se evitariam ou curariam, as mortes prematuras que deixariam de se registar e os muitos inválidos que poderiam ser salvos a tempo, representam agora um enorme prejuízo para a sociedade em todo o mundo. Mas um programa de medicina preventiva tem de ser acompanhado por progresso económico que assegure trabalho ao número cada vez maior de pessoas que se mantêm vivas. Se o mundo quisesse renunciar à loucura do ódio e destruição, os recursos assim disponíveis dariam os meios de dar felicidade e saúde à Humanidade».

—Em Bordeus, há poucos dias, na Faculdade de Medicina, começou o Congresso Nacional de Ginecologia.

Os trabalhos, que durarão vários dias, serão seguidos por muitos especialistas estrangeiros vindos, nomeadamente de Inglaterra, Bélgica, Espanha, Alemanha, Portugal, Austria, Itália, Suécia, Jugoslávia e Turquia.

—Realizou-se em Madrid a 1.ª Assembleia de Bromatologistas Espanhóis organizada pela Sociedade de Bromatologia e pelo Departamento de Investigações Científicas. A informação de Madrid diz que entre os estrangeiros que assistem estão os portugueses Barros, Cunha e Nunes de Oliveira.

—Publicou-se um livro de homenagem ao Prof. Dr. Teófilo Hernando. Mais de meia centena dos seus trabalhos estão aí coligidos. Abordam assuntos de medicina geral, com predomínio de temas sobre farmacologia, terapêutica e gastroenterologia, da especial simpatia daquele professor. Entre vários artigos de amigos nacionais e estrangeiros, destacam-se entre os primeiros os de Jimenez Diaz e Gregório Maraño.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 21-5 a 27-5-53)

Dr. Joaquim Moreira Fontes, professor catedrático da Faculdade de Medicina do Porto — reconduzido, por mais um biénio,

no cargo de secretário da mesma Faculdade.

22-5

Dr.ª Rosinda dos Santos Silva Guimarães, médica de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocada em Angola — promovida à classe imediata, indo ocupar um dos lugares criados e ainda não provido do referido quadro.

—Dr.ª Edwiges Sebastião Remédios Rodrigues, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocada em Moçambique — nomeada definitivamente no referido lugar.

—Dr. Jorge Vieira de Lemos Pacheco Viana — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado na Guiné, na vaga resultante de ter sido nomeado, em comissão, lente efectivo do 2.º grupo da Escola Médico-Cirúrgica de Goa o Dr. João Filipe António Ferreira.

—Dr. Rui Álvaro Vieira, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado na Guiné — nomeado definitivamente para o referido lugar.

—Dr. Alberto Candeias Guitana — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, e colocado em Moçambique, na vaga resultante da exoneração concedida ao Dr. Francisco Lopes da Silva.

—Dr. Jaime Simão Dias Matos — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Angola, na vaga resultante da promoção à classe imediata do Dr. Florentino Ramalho da Rocha.

26-5

Dr. António José Brás Regueiro, médico municipal do coacelho de Paredes de Coura — promovido em comissão de serviço, no cargo de director do Sanatório das Penhas da Saúde.

—Dr. Avelino Cavalheiro de Ferreira Gonçalves Rapazote, oftalmologista dos H. C. L. — autorizado a ausentar-se do País durante o próximo mês de Junho, equiparado a bolsheiro do Instituto de Alta Cultura.

27-5

Drs. Mário José Gomes Marques, João Sá Nogueira e Pedro Eurico Correia Lisboa — contratados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato complementar dos Serviços Gerais de clínica médica, além do quadro (internos graduados), dos H. C. L. — Drs. Orlando Ribeiro de Carvalho e Eduardo Moradas Ferreira — contratados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato complementar do serviço clínico da especialidade de neurologia, além do quadro (internos graduados), dos H. C. L.

—Dr. Francisco da Silva Pinto, médico de 1.ª classe do quadro comum do ultramar, desligado do serviço para efeitos de aposentação.

—Dr. António Luís de Sousa Sobrinho, médico-chefe do quadro médico comum dos serviços de saúde do Império Ultramarino, natural da Metrópole, com mais de 2 anos de exercício no último lugar — desligado do serviço para efeitos de aposentação.

AGENDA

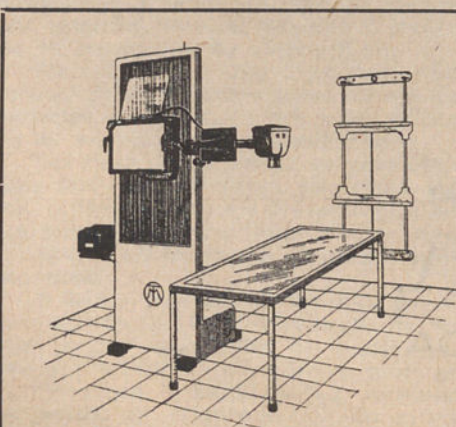
Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para o provimento de vagas de médicos (sexo masculino) de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português.

— Para o provimento do lugar de mé-



10 NOVOS MODELOS

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

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.

A maior organização de Raios X em Portugal

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

HEPAMECOL

HIGIENE

XAROPE

LIPOTRÓPICO DE ALTA CONCENTRAÇÃO

CLORETO DE COLINA 13 %

ACETILMETIONINA 13 %

EXTRACTO DE LEVEDURA 10 %



LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE

dico do 3.º partido municipal, com sede e residência obrigatória em S. Pedro do Esteval (Proença-a-Nova), e cuja área abrange as freguesias de S. Pedro do Esteval e Peral do mesmo concelho.

— Para o provimento de dois lugares de médico do 1.º partido municipal, com sede e residência obrigatória em Vermoil, e cuja área abrange as freguesias de Vermoil, Albergaria dos Doze, Carnide e S. Simão de Litém, e do 4.º partido municipal, com sede e residência obrigatória em Vila Cã (Pombal), e cuja área abrange as freguesias de Vila Cã, Abiul e Santiago de Litém, todas do mesmo concelho.

— Para o provimento do 2.º partido médico municipal, com sede na freguesia de Santa Margarida de Coutada (Constância).

Dr. Adalbert Zink

O Dr. Adalbert Zink, investigador dos Laboratórios Lederle, que veio a Lisboa a convite da Sociedade das Ciências Médicas, esteve no dia 14 de Abril no Hospital de Arroios, em cujo Serviço n.º 1, fez uma conferência intitulada «Antibióticos. Novos aspectos de terapêutica».

O conferencista, que falou em português e foi apresentado pelo director-interino daquele serviço, Prof. Xavier Morato, respondeu, no final, aos esclarecimentos que lhe foram pedidos por alguns dos clínicos presentes.

Prof. Maurice Tubiana

A convite da Sociedade de Geografia e da sua Comissão de Estudos de Energia Nuclear, veio a Lisboa, a fim de realizar duas conferências naquela colectividade, o Prof. Maurice Tubiana, director do Laboratório dos Isótopos do Instituto Gustave Roussy (Villejuif). A primeira conferência, efectuada no dia 20 de Abril, versou o tema «A aplicação dos isótopos radioactivos no tratamento dos tumores malignos».

O conferencista, depois de recordar noções físicas fundamentais, expôs as razões pelas quais se pode esperar que os isótopos radioactivos permitam em certos casos fornecer mais radiações a um tumor do que a radioterapia clássica. O método necessita — disse — de centros especialmente equipados e de pessoal altamente especializado. As aplicações práticas estão ainda limitadas — acrescentou — mas são grandes as suas possibilidades. A conferência foi acompanhada de projecções luminosas.

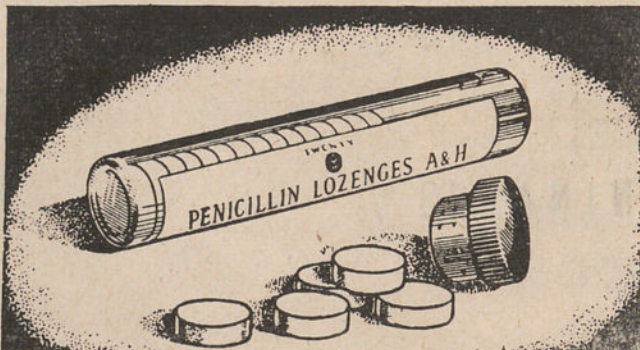
No dia imediato, sob a presidência do Prof. Mendes Correia, como já havia sido na véspera, o Prof. Tubiana realizou a sua segunda conferência, desta vez versando o tema «A utilização dos isótopos radioactivos como meio de investigação clínica». O conferencista afirmou que tendo os isótopos radioactivos as mesmas propriedades químicas e biológicas dos ele-

mentos naturais, aquêles comportam-se como «espiões» no interior do organismo e permitem explorar o metabolismo deste ou a actividade funcional duma glândula endócrina. Os resultados destes estudos — disse — conduzem à necessidade da revisão de certas noções clássicas, introduzindo-lhes a concepção duma renovação perpétua da matéria viva, de modo a poder medir-se a velocidade dessa renovação, que não é a mesma em indivíduos sãos e doentes. O Prof. Tubiana apresentou depois os resultados de vários estudos pessoais sobre as matérias expostas.

Dr. Manuel Hermenegildo Lourinho

No gabinete do sr. ministro do Interior, tomou posse, no dia 14 de Abril, o novo governador civil de Portalegre, tenente-coronel médico Dr. Manuel Hermenegildo Lourinho.

O empossado, que vai substituir o Dr. Joaquim Pires dos Santos Júnior, exonerado, a seu pedido, do referido cargo, é deputado à Assembleia Nacional; foi presidente da Câmara Municipal de Portalegre; tomou parte na guerra de 1914-1918, em França, e tem desempenhado várias outras funções públicas.



As Pastilhas de Penicilina «A & H» fornecem-se em tubos de vidro para evitar a inactivação da Penicilina pela humidade atmosférica.

O número de Pastilhas em cada tubo (vinte) constitui a mais adequada embalagem para satisfazer as necessidades do tratamento individual prescrito pelo médico, evitar desperdício e dar certeza ao clínico de que as pastilhas não se tornam inactivas antes de completado o tratamento.

As pastilhas de Penicilina «A & H» estão indicadas para o tratamento local e eficaz de infecções bucais devidas a organismos sensíveis à penicilina.

Tubos de 20

Pastilhas de Penicilina «A & H»



Em todos os ramos da cirurgia os Pensos de Penicilina «Nonad Tulle» são apreciados como bacteriostático em feridas operatórias, incluindo as dos olhos, ouvidos, nariz e em enxertias dérmicas.

Estes Pensos de Gaze de malha larga não são aderentes, têm uma base de 1.000 un. int. de Penicilina por grama, tiram-se facilmente sem magoar nem destruir a granulação ou os tecidos epiteliais no processo de formação.

Embalagens: 36 Pensos de 5×5 cm. 10 de 10×10 cm. 36 de 10×10 cm. Tiras de 1^m,82×10 cm.

Pensos de Penicilina «Nonad Tulle»

Impressos aos Ex.^{mos} Clínicos

Representantes: Coll Taylor, L.da — Rua dos Douradores, 29-1.º — Lisboa



FHARMACEUTISCHE FABRIEK **ROTER**
HILVERSUM-HOLANDA

*Tem o prazer de comunicar que nomeou seu Representante
em Portugal a Firma:*

NÉO-FARMACÊUTICA, L.^{DA}

Avenida 5 de Outubro, 21 — Lisboa

e que os novos preços dos

Comprimidos Ulcero-Estomacais

ROTER

são:

Caixa de 40 comprimidos de 1,1 g	Esc.: . . .	30\$00
> > 120 > > 1,1 g	> . . .	80\$00
> > 640 > > 1,1 g	> . . .	395\$00

Literatura e Amostras à disposição da Ex.ma Classe Médica.

As Farmácias encontram-se devidamente abastecidas.

O «Dia Mundial da Saúde»

Passando no dia 7 de Março o V aniversário da entrada em vigor da Organização Mundial de Saúde, realizaram-se em Lisboa, Porto e Coimbra várias solenidades destinadas a evocar aquele acontecimento e integradas no programa das comemorações do «Dia Mundial da Saúde», à semelhança do que se efectuou nos outros países filiados, em número de 80. O tema geral escolhido para este ano foi: «A saúde é a prosperidade», tendo a Direcção Geral de Saúde organizado um programa preenchido por conferências, alocações pela rádio e comentários adequados na Imprensa.

Em Lisboa, no Instituto Superior de Higiene «Dr. Ricardo Jorge», o Dr. Arnaldo Sampaio proferiu uma conferência versando aquele tema, em que começou por fazer considerações sobre as relações do homem com o meio que o cerca e a influência deste no seu estado de saúde ou de doença.

Depois de um resumo histórico sobre a evolução da Medicina, chamou a atenção para dois dos factos que mais contribuíram para o conceito da saúde pública moderna: os trabalhos sociais de Chadwick e de outros pioneiros dos meados do século passado, que demonstraram as relações que havia entre pobreza e doença, e as descobertas do fim do século XIX e as do século XX, que permitiram que essas ideias, ao serem aplicadas, dessem um rendimento económico extraordinário, tornando assim possível que regiões insalubres e pobres se transformassem em saudáveis e ricas.

Chamou depois a atenção para a necessidade da criação duma escola de saúde pública, em que, ao lado dos problemas meramente técnicos, se ensinasse mais desenvolvidamente a ciência da administração, de modo que os programas de saúde pública sejam elaborados dentro da mais pura ortodoxia administrativa. Disse que havia necessidade de formar médicos administradores, porque, para elaborar um programa de saúde pública, não é só necessário estar na posse dos conhecimentos médicos, mas também dos de administração. Falou também das funções da medicina curativa e preventiva, dizendo que nos programas a elaborar deve ser dada preferência à medicina preventiva, não só por ser mais barata, mas também por só ela poder diminuir, signifi-

ficativamente, o índice de morbilidade e preparar, assim, as possibilidades futuras duma boa medicina curativa.

Depois de falar nas taxas de mortalidade em Portugal devidas a doenças infecciosas, referiu-se aos resultados alcançados, que tanto influíram na baixa da mortalidade global. Os programas de saúde pública, visando o ataque a essas e outras doenças evitáveis, devem — disse — ter a primazia sobre todos os programas, porque não faria sentido que encarrássemos só o doente e deixássemos os focos de infecção em plena actividade ou desprezássemos causas evidentes de doenças.

No Porto e em Coimbra, respectivamente, no Hospital Geral de Santo António e no Parque Infantil Dr. Oliveira Salazar, os Drs. Alcino Pinto e José dos Santos Bessa falaram sobre «O tracoma, sua importância social e sobre «O valor da medicina preventiva na prosperidade da Nação».

Nesta prelecção, o orador, depois de historiar a criação e o funcionamento da O. M. S., ocupou-se da evolução dos problemas da saúde através dos tempos e da intervenção que neles passaram a ter os Estados com a construção dos vários estabelecimentos assistenciais. Mais adiante, o Dr. Santos Bessa fez o elogio da Escola Normal Social de Coimbra e falou da colaboração entre os Serviços de Saúde, Serviço Social e Instituto de Assistência à Família. Prosseguiu, dizendo que a duração da vida humana tem uma expressão económica de extrema importância. Na Rodésia do Sul, por exemplo, o paludismo impõe uma redução de 5 a 10 por cento da mão-de-obra total do país; na Índia e no Peru acarreta perdas calculadas em 28 e 27 milhões de dólares, respectivamente, em cada ano; o bilharziose origina no Egipto prejuízos que andam à roda de 7 milhões de dólares. A tuberculose, causando anualmente a morte de 12.000 pessoas no nosso país, segundo os cálculos do Prof. Lopo de Carvalho e Dr. Simões Ferreira, em conformidade com os salários de há dois anos, acarreta prejuízos avaliados em 800.000 contos. O orador analisou a obra assistencial levada a efeito no distrito de Coimbra, que classificou de modelar, concluindo por dizer que aquela cidade e a sua região se podem ufanar de possuir as mais bai-

xas cotas de mortalidade infantil de todos os distritos portugueses. E acrescentou que o nome de Salazar e de Trigo de Negreiros, a quem o País fica devendo a maior parte da obra nacional de defesa da saúde, que está em curso, e ao do Dr. Ribeiro Queirós, actual Subsecretário da Assistência, é de justiça juntar o do Prof. Dr. Bissaia Barreto, o pioneiro e o grande realizador da magnífica obra de assistência do centro do País.

Instituto Português de Oncologia

O Dr. René S. Mach, professor da Faculdade de Medicina de Genebra, fez no dia 30 de Março, no I. P. O., uma conferência na qual estudou os «Efeitos biológicos da Cortisona e do ACTH». O conferencista fez um breve resumo da fisiologia da supra-renal e considerou a função da Cortisona e do ACTH, analisando os efeitos destas duas hormonas sobre o metabolismo, as células orgânicas, os fenómenos psicomotores, os fenómenos endócrinos, etc. Falou, por último, das indicações e contra-indicações daquelas poderosas armas terapêuticas, salientando que se são preciosos agentes no tratamento de certas doenças, em que predomina a reacção do organismo, é perigoso o seu uso em certos tipos de inflamações que, por efeito destas hormonas, encontram o terreno propício às suas acções nefastas.

A conferência foi ilustrada, profusamente, com elucidativos esquemas, representando os efeitos biológicos daquelas hormonas.

Ratary Clube de Lisboa

Na reunião do Rotary Clube de Lisboa, efectuada no dia 13 de Abril, fez uma conferência o Prof. Carlos Santos, que, recordando que no século XV um sábio italiano, persuadido de ter conseguido assimilar toda a ciência do seu tempo, chegou a defender novecentas teses sobre os assuntos então conhecidos, afirmou que a tendência actual se dirige para a especialização. E pondo em equação os problemas que o assunto sugere, discutiu-os inteligentemente e analisou especialmente a evolução da Medicina e da Cirurgia, acentuando que antigamente os clínicos tratavam as mais variadas doenças, ao passo que hoje as diversas actividades médicas estão repartidas pelos especialistas, enumerando as trinta e sete especialidades que actualmente existem. Observando que, assim como a especialização é um facto irresistível, o limite do infinito para que ela tende é um absurdo. E ponderando os prós e os contras da especialização, concluiu por dizer que o hábito da especialização exclusivista é altamente prejudicial para a mentalidade especialista e que pode ser eficazmente evitado adoptando o trabalho por equipas com a colaboração de vários especialistas.

Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

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

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

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

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS
BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM
GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

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

BAlXA 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 — 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

HOMENAGENS

À memória do Dr. A. Mac-Bride

No salão nobre da Liga dos Combatentes da Grande Guerra foi evocada, no dia 29 de Abril, a figura do Dr. Alberto Mac-Bride. Constituiu uma verdadeira consagração à memória do ilustre cirurgião, recentemente falecido, a conferência que ali realizou o Dr. António Luís Gomes. Numerosa assistência encheu aquele e os salões anexos, para onde a conferência era retransmitida por alto-falantes.

Presidiu à sessão o sr. tenente-coronel Santos Costa, ministro da Defesa Nacional, ladeado pelos srs. general Abranches Pinto, ministro do Exército; cons. Dr. Sampaio e Melo, presidente do Supremo Tribunal de Justiça; tenente-coronel Salvação Barreto, presidente da Câmara Municipal de Lisboa, e general Daniel de Sousa, presidente da L. C. G. G., que fez a apresentação do conferencista. Em lugar de honra, o sr. bispo de Priene.

Começou o orador por afirmar o seu sentimento de enternecida devoção pela figura ilustre do Dr. Alberto Mac-Bride e pela casa onde se encontrava — Casa-Lar dos Combatentes da 1.^a Grande Guerra. A propósito recordou a participação de Portugal naquele conflito mundial e disse ter sido com o maior entusiasmo que acompanhou a preparação realizada entre nós para que pudessemos cumprir com o nosso dever. Esse entusiasmo levou-o a alistar-se voluntariamente.

O orador analisou, depois, a figura do Dr. Alberto Mac-Bride sob diversos aspectos, evocando a infância e a mocidade do estudante Mac-Bride, que nos últimos anos do seu curso médico já cuidava de doentes em Valada do Ribatejo; a sua entrada para o hospital de S. José até à sua mobilização para o C. E. P., o que o levou a França. Aí assinalou a sua personalidade no Hospital Canadiano e mais tarde no hospital de Ambleteuse, de tal forma que por várias vezes foi citado pelos seus superiores. A acção do Dr. Alberto Mac-Bride como membro de várias sociedades científicas, continuando as brilhantes tradições de seu pai, também constituiu uma das mais interessantes passagens da conferên-

cia do Dr. António Luís Gomes, que ainda o apresentou como homem de pensamento e com uma larga folha de serviços à sociedade e à Pátria. O orador falou, por último, do Dr. Alberto Mac-Bride como grande apaixonado de Lisboa, a cidade dos seus encantos, que ele amou e serviu como poucos.

O sr. ministro da Defesa Nacional encerrou a sessão, felicitando o Dr. António Luís Gomes pela sua brilhante conferência, associando-se, também, à homenagem prestada a quem tão devotadamente havia servido a Ciência e a Pátria.

memória do Prof. Ferreira de Mira

O Instituto de Investigação Científica «Bento da Rocha Cabral» prestou, no dia 7, homenagem à memória do seu antigo director Prof. Ferreira de Mira. De manhã, com simplicidade, foi descerrado o retrato do ilustre cientista, na sala do conselho administrativo daquela instituição, onde se encontra o do benemérito Bento da Rocha Cabral.

À tarde, efectuou-se, sob a presidência do sr. subsecretário de Estado da Educação Nacional, uma sessão solene. Ladeavam-no os Profs. Luís Pinto Coelho, Gustavo Cordeiro Ramos e Joaquim Fontes. Ao abrir a sessão, o sr. coronel Craveiro Lopes de Oliveira, presidente do conselho administrativo do Instituto, usou da palavra para fazer o elogio do Prof. Ferreira de Mira. Ao iniciar o seu discurso, enalteceu a figura do Prof. Oliveira Salazar, recordando os principais passos da obra do que é hoje considerado lá fora «um dos grandes homens de Estado do Mundo, neste século, tal como há 300 anos, em todo o orbe, ecoou o nome do marquês de Pombal».

Falou, em seguida, de Ferreira de Mira, tecendo-lhe grandes louvores como publicista, jornalista, político, parlamentar e orador. E enalteceu também a sua acção

notável, utilíssima, nos vários cargos que exerceu. Como cronista literário, citou dois dos seus livros «Cartas de Longe» e «Em Viagem», modelares quanto à forma, brilhantes quanto ao espírito. Do jornalista lembrou, com louvor, os seus artigos na «Luta» e os que publicou no «Diário de Notícias». Falou da maneira por que ele fundou e dirigiu o Instituto de Investigação Científica Bento da Rocha Cabral, que muito ficou a dever à sua alta competência e ao seu inexcedível zelo. Citou vários actos da vida de Ferreira de Mira, descreveu o panorama político da época em que ele nasceu e disse, a terminar, que o homenageado fora sempre, ao longo da sua existência de 80 anos, um homem de grande actividade, um homem ilustre e um homem de bem.

Falou, em seguida, o Prof. Joaquim Fontes, que fez o elogio de Ferreira de Mira como cientista, assinalando o alto mérito da sua actividade e da sua obra. Evocou, com louvor, as qualidades pedagógicas de Ferreira de Mira, evidenciadas nas doutrinas que expendeu e na maneira por que foi professor na Faculdade de Medicina. Referiu-se depois, circunstanciadamente, aos esforços de Ferreira de Mira e à sua acertada direcção, que permitiram àquela instituição cumprir, de maneira notável, os altos fins para que fora criada.

O sr. subsecretário da Educação Nacional, ao encerrar a sessão, declarou que o sr. ministro da Educação Nacional não fora ali, como desejara, devido a uma reunião do Governo, a que tivera de comparecer. Depois de aludir às palavras de louvor a Salazar feitas, em nome do Instituto, pelo sr. coronel Craveiro Lopes de Oliveira, referiu-se, em termos encomiásticos, a Ferreira de Mira. Lembrou, a propósito, os artigos notáveis sobre ensino publicados por Ferreira de Mira no «Diário de Notícias», pelos quais, apesar de não o conhecer pessoalmente, o havia felicitado. E ao prestar homenagem a Ferreira de Mira afirmava a sua admiração, em especial, pelos seus grandes méritos de pedagogo e cientista.

A sessão foi, em seguida, encerrada.

Ao Dr. Rui de Almeida de Eça

Por ter atingido o limite de idade, o Dr. Rui de Almeida de Eça, médico dos serviços de Saúde e Sanidade da A. G. P. L., foi homenageado no dia 10, no decurso dum almoço servido no Pavilhão dos Desportos Náuticos, em Belém, e que lhe foi oferecido pelos funcionários das diversas repartições da Administração Geral do Porto de Lisboa. O distinto clínico, que exerceu as suas funções no Porto de Lisboa durante quatro décadas de anos, foi festejado por todos os assistentes, cujo número ultrapassou a centena. Diversos oradores fizeram o elogio do Dr. Rui de Almeida de Eça, pondo em foco as suas excelentes qualidades profissionais e de carácter. O homenageado agradeceu, no final, as manifestações de amizade e simpatia que lhe foram prestadas.

MARTINHO & C. L.

Tudo o que interessa a medicina e cirurgia

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

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos 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.), Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomática do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António, José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.to António) — PORTO

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de 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.ºr (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

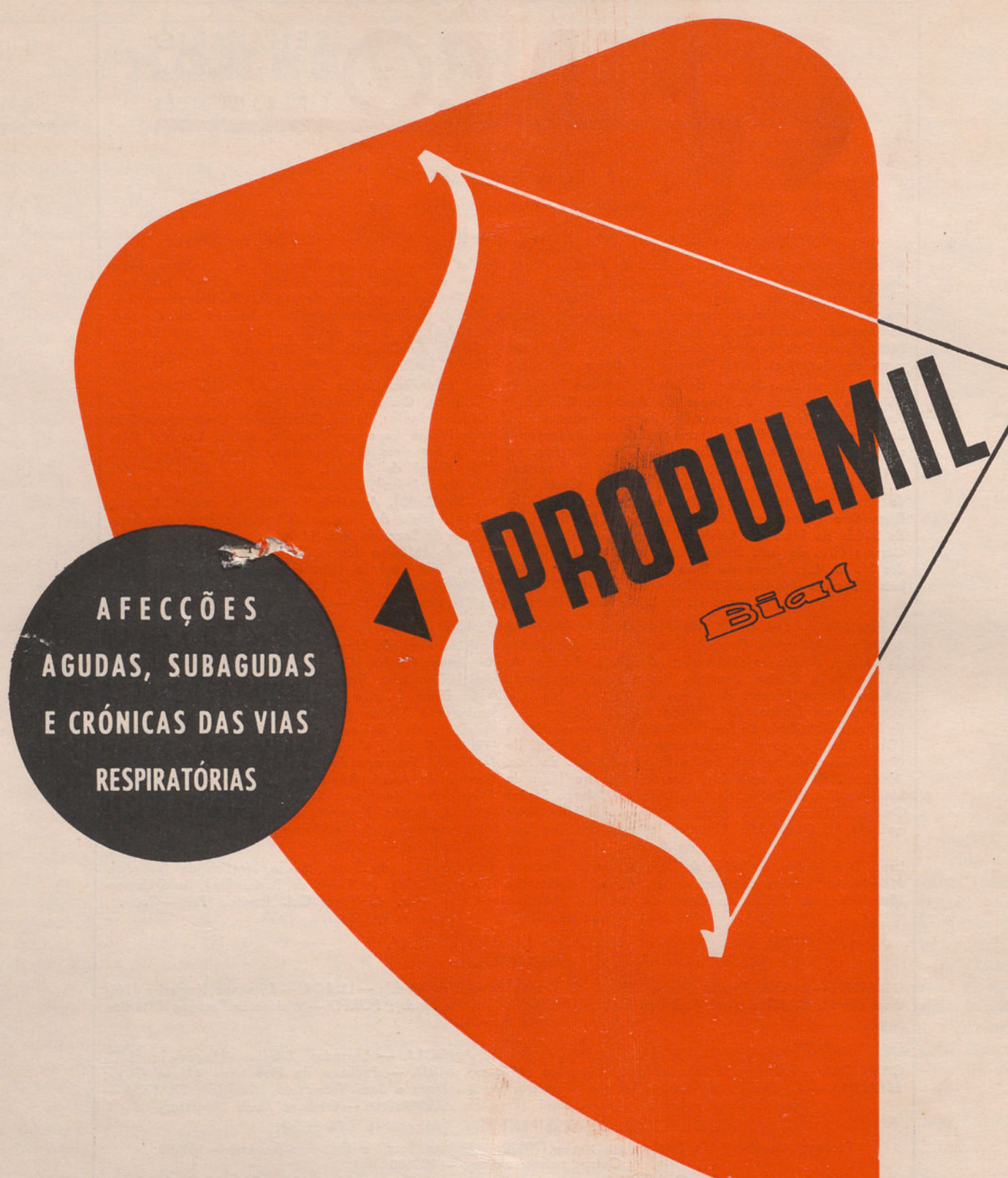
Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynaecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

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

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

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

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



**AFECCÕES
AGUDAS, SUBAGUDAS
E CRÓNICAS DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS**

PROPULMIL INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I.
QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr.
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

PROPULMIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,1 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,2 gr. EUCALIPTOL 0,2 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por supositório.

PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D₂ 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.