

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 90
21 de Maio de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

UM COMPLEXO B DIFERENTE!

BÉCOMVITE AZEVEDOS

6 FACTORES VITAMÍNICOS EM DOSES
TERAPÊUTICAMENTE ACTIVAS

3 FORMAS FARMACÊUTICAS:

INJECTÁVEL

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

DRAGEIAS

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

XAROPE

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



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.
SAMPAIO TAVARES, AMÂNDIO — <i>Subsídio para o estudo da epignatia</i>	441
BRANCO, FRANCISCO — <i>Tratamento das leucémias</i>	451
MOVIMENTO MÉDICO — <i>Resumos da Imprensa Médica</i>	460

SUPLEMENTO

	Pág.
<i>Ainda acerca da segurança social</i> — Constantino A. Carneiro	397
<i>Ecos e Comentários</i>	398
<i>Presença do Dr. Alberto Mac-Bride</i> — A. Luís Gomes	399
<i>O aviso prévio do Prof. Manuel Cerqueira Gomes</i>	410
<i>Noticiário diverso</i>	



LONGACILINA

N,N'-Dibenziletilenadiazina-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

Subsídio para o estudo da epignatia ⁽¹⁾

AMANDIO SAMPAIO TAVARES

(Assistente de Anatomia Patológica e Patologia Geral
na Faculdade de Medicina do Porto)

Os teratomas ou disembríomas complexos têm manifesta predilecção pelas glândulas sexuais, não sendo frequente o seu aparecimento fora desta zona. De facto, SOUSA SANTOS, ao apresentar recentemente um novo caso de localização sacro-coccígea, declara ter encontrado na literatura portuguesa apenas nove observações idênticas — duas devidas a PIRES DE LIMA, uma a ALMEIDA GARRETT, duas a FONSECA E CASTRO, outra a JÚLIO FONSECA e ainda outra a ÁLVARO MOITAS. GERALDINO BRITES descreveu um caso de tumor desenvolvido para dentro da ampola rectal e SILVA HORTA publicou uma observação referente a um tumor caracterizado pela existência de peças ósseas articuladas entre si.

Recentemente, já depois da publicação do trabalho de SOUSA SANTOS, novo caso de teratoma sacro-coccígeo se registou no Serviço de Anatomia Patológica: extirpara-o na Casa de Saúde da Boavista o Dr. SALIS AMARAL a uma criancinha de três meses de idade. De aspecto irregular, revestida de pele numa das extremidades e com um quisto do tamanho de ovo de galinha e de conteúdo seroso, na outra, a peça apresentava, na superfície de corte, aspectos variados, a que corresponde grande diversidade de imagens microscópicas: largo predomínio de tecido nervoso central, tecido fibroso e muscular, no seio do qual se notam maciços epiteliais e minúsculas cavidades císticas de revestimento cilíndrico ou pavimentoso estratificado. Não se encontram formações organóides nem sinais de desenvolvimento monstruoso próprio dos tumores malignos.

Muito mais raros são os disembríomas complexos de localização mediastínica ou cervical.

AMÂNDIO TAVARES & GONÇALVES DE AZEVEDO (FILHO), ao descreverem um exemplar conservado no Museu de Anatomia Patológica, citam apenas sete casos de teratoma cervical, e à lista apresentada por estes autores temos a acrescentar três novas observações: a de TRILLAT & NOTTER (de teratoma justa-tireoideo, do tamanho de uma laranja, e no qual, além das formações nervosas, comuns nestes casos, se encontrou um epitélio identificado como brônquico); a de PIRRO, relativa a um tumor pediculado, não propriamente do pescoço, mas da rinofaringe, numa criança de quatro meses de idade e constituído por tecido muscular estriado, com revestimento mucoso, estruturas pilo-sebáceas e glândulas sero-mucosas; e, por fim, a mais recente, de ROOS & DU PREEZ, na qual ao pescoço duma criança normalmente desenvolvida estava apenas uma formação parasitária que foi extirpada cirurgicamente três semanas após a extracção do autossito por cesareana.

Estes tumores, bem capsulados e isolados dos órgãos da região, não determinam, em regra, perturbações sérias de compressão, mas devem ser extirpados. A sua estrutura histológica, acentuam LECÈNE & MOUCHET, permite identificá-los com os teratomas da região genital.

De entre o grupo de neoplasias a que nos referimos, destacam-se, pela complexidade e raridade, os casos de epignatia, em que o tumor, implantado na abóboda palatina, ou nas proximidades, por pedículo mais ou menos longo, se exterioriza através da fenda bucal.

Possui actualmente o nosso Museu de Anatomia Patológica três curiosos exemplares de epignatos, dois dos quais pertenciam já à colecção do primitivo Museu, não nos tendo sido possível obter qualquer informação acerca da sua proveniência.

O primeiro destes monstros (Fig. 1), do sexo masculino e com o desenvolvimento próprio dum feto de oito meses, apresenta uma massa bilobada, do tamanho de uma pera, unida por longo pedículo à orofaringe, e formada por substância de consistência encefaloide, no interior de um quisto de parede pigmentada. O exame histológico revela, no meio de

tecido nervoso, nódulos de cartilagem embrionária, aqui e ali calcificada e em ossificação (Fig. 2), e bem assim um cisto dermóide, revestido de epitélio adamantinoide, com folículos



Fig. 1

Epignato (Caso I)

pilosos e glândulas sebáceas na profundidade da parede (Fig. 3). O tecido nervoso é limitado, de onde em onde, por uma lâmina conjuntivo-vascular, que podemos assemelhar à pia-mater.

No segundo exemplar (Fig. 4), também do sexo masculino, encontra-se apenas à orofaringe, por meio de pedículo, uma formação mista, cística e sólida, do tamanho de uma tangerina e de superfície bosselada. A observação microscópica permite distinguir, além do tecido nervoso e dos derivados mesenquimatosos, ilhotas de células epiteliais (Fig. 5) de tipo seroso, ora de disposição acinosa, ora lembrando, pelas características morfológicas e suas relações com os vasos, elementos endócrinos.

Refere-se a terceira observação — motivo desta nota — a um feto que o Dr. CARLOS RAMOS FERNANDES, Director do Serviço de Obstetria do Hospital de S. Marcos (Braga), ofereceu àquele Museu em Agosto de 1951. Trata-se do produto duma gravidez de termo, em mulher de 43 anos (natural de Terras de Bouro). Era a sua oitava prenhez, que decorreria normalmente. Não se apuram antecedentes patológicos por parte dela ou do marido, e os outros filhos são normalmente conformados e saudáveis.

O referido feto, igualmente do sexo masculino, pesa 980 gramas e tem 28 cms. de comprimento. A conformação exterior nada apresenta de especial, se exceptuarmos a região

(1) Comunicação ao VII Congresso da Sociedade Luso-Hispano-Americana de Anatomia (Salamanca, Abril de 1953).

ântero-lateral esquerda do pescoço, onde se abre uma brecha ovóide, de 45×32 mms. e de bordos livres adiante e em baixo, continuando-se a pele, acima e atrás, com a parede de volumosa massa cística que dela emerge e à qual se reúne outra formação, presa às partes moles que cobrem o maxilar inferior do mesmo lado e exteriorizada através da boca (Figs. 6 e 7).

Estas duas massas estão ligadas entre si por um pedículo que, originado na região pterigoideia esquerda, se bifurca atrás

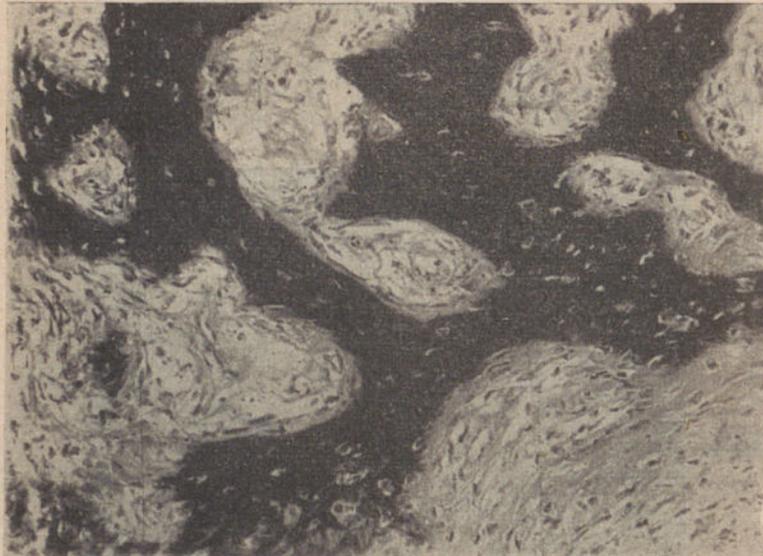


Fig. 2

Cartilagem embrionária em calcificação irregular e ossificação

da mandíbula, dirigindo-se o ramo superior para a fenda bucal, enquanto o inferior passa por uma abertura no pavimento da boca, com as dimensões de 10×5 mms.

A formação cervical, de superfície irregular e do tamanho aproximado de meia laranja, apresenta três porções distintas: a) uma cavidade revestida de parede lisa e brilhante, com intensa pigmentação castanha nalguns pontos e preenchida, em parte, por líquido incolor e por uma substância branca, friável, de aspecto encefalóide, e b) duas massas irre-

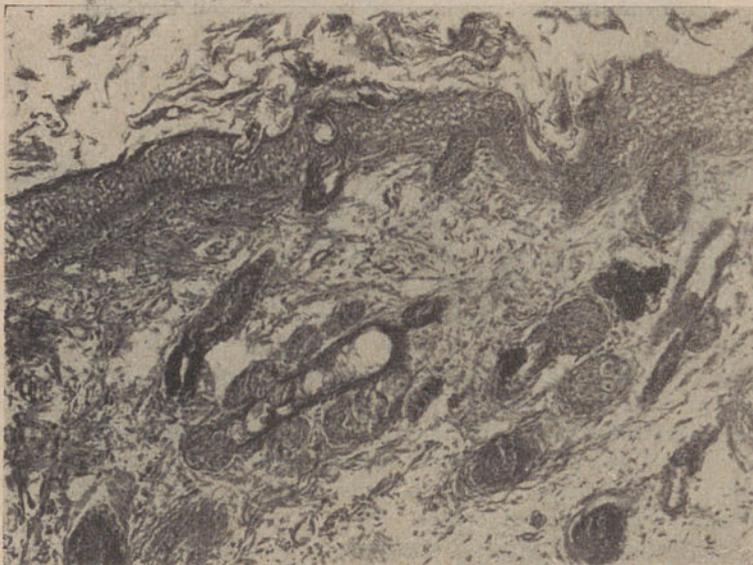


Fig. 3

Aspecto parcial da parede de um quisto dermóide

gulares, de consistência mole, em que a palpação descobre, na profundidade, formações duras.

O ramo superior do pedículo, a que acima se alude, contém peças cartilagineas, mas não é possível encontrar, pela dissecação, qualquer organização definida. Nele se inserem duas formações que constituem, sem dúvida, a parte mais curiosa da monstruosidade em estudo.

Uma delas, rica de apêndices císticos e sólidos, encerra inclusões cartilagineas irregulares: extensa laceração in-

dica o ponto de implantação de duas massas que acompanhavam o feto e dele se separaram com as manobras do parto e as manipulações a que a peça foi submetida. Estas massas, de 170 e 80 gramas de peso, respectivamente, adaptam-se por uma das faces e têm idêntica constituição: ambas apresentam ao corte superfície irregular, em que o tecido, amarelo-esbranquiçado, mole e friável, matizado de pontos hemorrágicos, é sulcado de numerosas faixas conjuntivas, isoladas ou formando novelos mais ou menos duros. Nela se abrem também



Fig. 4

Epignato (Caso II)

várias cavidades císticas, a maior das quais, do tamanho de pequena castanha, é pigmentada. No centro da outra massa existe uma cavidade irregular, de paredes encostadas e revestida de epitélio cúbico simples, como se verificou pelo exame histológico.

Na constituição da porção bucal da tumefacção entram ainda vários quistos e apêndices sólidos, de consistência mole, e uma massa com as dimensões de 6×4 cms. e que, vista do lado direito do feto, sugere, por sua configuração, a imagem dum embrião humano de seis a sete semanas: dois membros

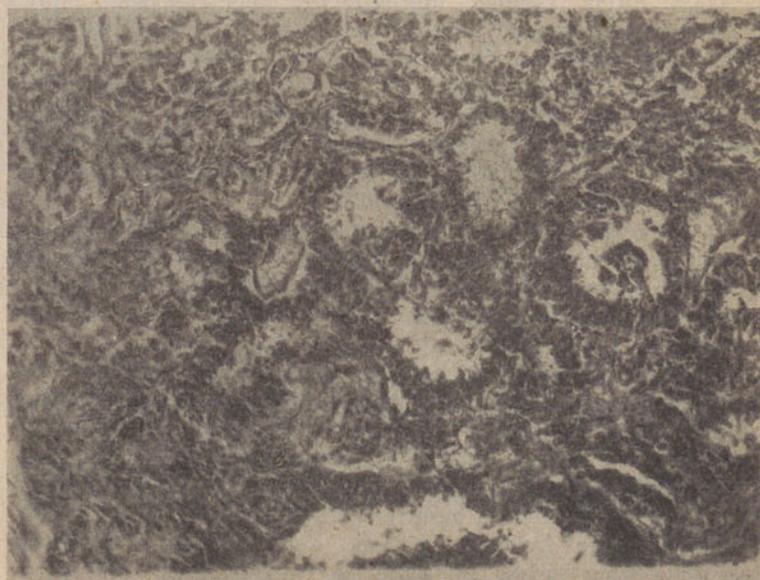


Fig. 5

Zona de epitélio glanduliforme

inferiores com ectrodactilia e pigmentação no dorso dos pés (o membro inferior direito, reduzido na sua parte livre ao segmento tibial e ao pé, parece nascer da flexura do joelho esquerdo); dois nódulos cartilagueos, achatados e curvos, esboçam a cintura pélvica e, mais acima, duas formações condrais subcutâneas — uma de cada lado — recordam pela posição e, em particular a da direita, pela forma, os membros superiores; o membro direito parece mesmo terminar por uma mão ectrodáctila, livre. Constitue o polo superior desta espécie



Fig. 6

Epignato (Caso III): aspecto geral

de embrião monstruoso uma formação encefalóide na qual é possível distinguir três bossas, ordenadas de baixo para cima, e das quais a superior, coberta por delgada pellicula conjuntiva, parece esboçar a divisão em hemisférios.

Pela face ventral, o espaço compreendido entre a bacia e a bossa prosencefalóide (seja-nos permitido empregar este nome, que apenas pretende dar uma ideia da sua forma e situação) está ocupado por duas saliências globosas, do tamanho de cerejas, que a dissecção mostra serem diferentemente constituídas: a superior não passa de uma cavidade de conteúdo amarelo-esbranquiçado, mole e friável, em tudo semelhante aos múltiplos cistos de variado tamanho que acidentam o tumor; na inferior — onde termina o pedículo que une o embrião ao resto da neoformação — uma vez aberta a parede (dotada, interiormente, de revestimento seroso) encontramos, enovelado e provido do respectivo mesentério, o tubo intestinal: começando, do lado cefálico, na zona cárdica, fechada em fundo-de-saco, terminava, de igual modo, na pelve; o calibre é mais ou menos uniforme, não havendo diferenciação macroscópica dos diversos órgãos que constituem o segmento abdominal do tubo digestivo. A dissecção não evidenciou outros órgãos abdominais.

A separação entre as duas saliências da face ventral do embrião rudimentar faz-se à altura do diafragma por um tabique fibro-cartilagueo, continuado adiante com a face anterior do tronco e unido atrás à coluna vertebral, representada por nódulos condrais sem ordenação aparente.

Um pequeno apêndice cutâneo esboça, no perineo, os órgãos genitais masculinos externos, mas sem a existência do orifício uretral ou cloacal.

Quanto ao feto, a dissecção nada revelou de anormal; as dimensões, a situação inguinal dos testículos e a existência

de unhas e de lanugo permitem-nos fixar o desenvolvimento somático entre os seis e sete meses.

Por sua vez, as massas que o acompanhavam mostram-se, ao exame histológico, constituídas por tecido mucoso e substância nervosa, principalmente. O adiantado estado de decomposição das porções centrais não permite um estudo completo mas, onde ela é ainda perceptível, a estrutura geral parece idêntica à das zonas conservadas.

Não encontramos sistematização que nos permita identificar este ou aquele órgão; limitar-nos-emos, portanto, a descrever as imagens que se nos afiguram de maior interesse.

O estroma é formado por tecido mesenquimatoso jovem, sulcado de pequenos vasos e capilares, sinusóides em alguns pontos, e incrustado de grande número de minúsculos nódulos cartilagueos, arredondados, de tipo fetal, e alguns lóbulos de tecido adiposo embrionário. Não são raras as fibras musculares lisas e estriadas em disposição desordenada ou constituindo camadas individualizadas, como veremos adiante.

Dispersos no abundante estroma conjuntivo sobressaem numerosos quistos de variado tamanho, revestidos de epitélio cubo-cilíndrico, por vezes achatado. Além destas formações císticas, sem interesse de maior, outras imagens atraem a nossa atenção: trata-se de esboços de tubo digestivo (Fig. 8), cuja mucosa, pregueada de modo a recordar as vilosidades intestinais, é formada quase exclusivamente por células caliciformes, aqui e ali substituídas por epitélio pavimentoso estratificado; por fora da submucosa, bem desenvolvida, a camada muscular divide-se em dois estratos, longitudinal e circular. Encontramos ainda esboços glandulares de tipo acinoso e trabecular.

Um dos quistos de maiores dimensões (Fig. 9) parece-nos também merecedor de referência especial. Com efeito, a sua parede, que contém alguns nódulos cartilagueos e uma delgada camada de fibras musculares lisas, é revestida por epitélio cilíndrico estratificado e ciliado, vegetante em certos



Fig. 7

Pormenor do caso III: parasita identificável como embrião humano monstruoso

pontos; no córion, nos intervalos entre os nódulos cartilagueos, distribuem-se ácinos sero-mucosos e algumas formações linfóides. Esta sistematização tecidual permite-nos concluir estarmos em presença de um segmento de canal respiratório.

De onde em onde, aparecem ninhos de células epiteliais indiferenciadas no seio do tecido mesenquimatoso (Fig. 10).

Em outro ponto, grupos de células epiteliais (Fig. 11) recordam, pela sua disposição, glomérulos renais primitivos,

ao lado de canaliculos excretores, tudo envolvido num estroma laxo em que abundam fibras musculares lisas e estriadas. O facto de essas massas celulares não serem penetradas por vasos contraria, porém, tal interpretação. Poder-se-ia, ainda, admitir a possibilidade de se tratar de lóbulos incompletamente diferenciados duma glândula anexa ao tubo digestivo. Estas imagens seriam, assim, relacionadas com as formações de nítido aspecto adenóide que se encontram na vizinhança.

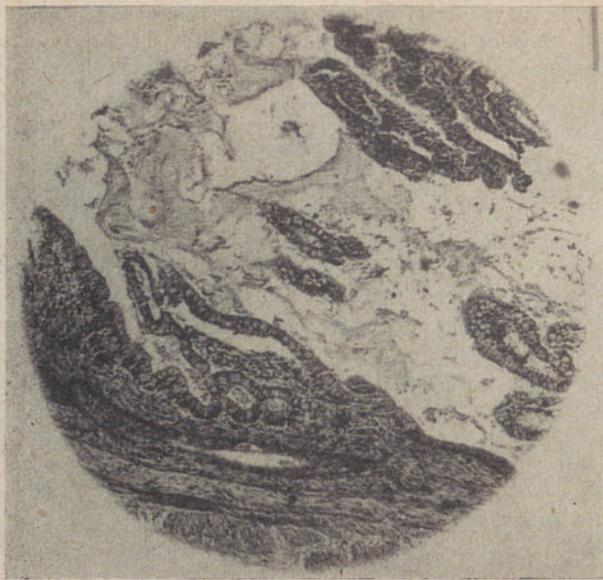


Fig. 8

Parede de canal representando o tubo digestivo

O tecido glial constitui a maior parte das massas que são objecto do nosso estudo e nele se destacam esboços do sistema nervoso central — variadas formações neuro-epiteliais, representativas de fases da evolução embriológica a partir do tubo neural primitivo, desde a cavidade de revestimento cilíndrico simples ou já estratificado, de células alongadas a esboçarem espongioblastos, até o aglomerado celular em proliferação difusa (Fig. 12).

Outras cavidades, em menor número, são forradas de epitélio endimário, com as suas células ciliadas, de núcleo



Fig. 9

Cavidade de estrutura idêntica à do canal respiratório

basal. São frequentes, em todos os campos observados, os feixes de fibras nervosas amielínicas. O aspecto histológico das bossas encefalóides do parasita não difere do do componente nervoso, já descrito, encontrado nas massas que acompanhavam o feto.

Estamos, pois, em presença de um teratoma complexo,

em que participam os três folhetos embrionários; o estudo microscópico apenas vem confirmar a opinião anteriormente expendida acerca da organização, deficiente é certo, mas de qualquer modo notável, da formação apenas ao feto à maneira de um parasita. Trata-se de um caso de epignatia, variedade de monstros duplos assimétricos em que o parasita está unido à abóbada palatina do hospedeiro, podendo revestir os mais diversos graus de organização.

SCHWALBE serve-se desta variabilidade para dividir os monstros epígnatos em quatro classes, consoante o parasita é

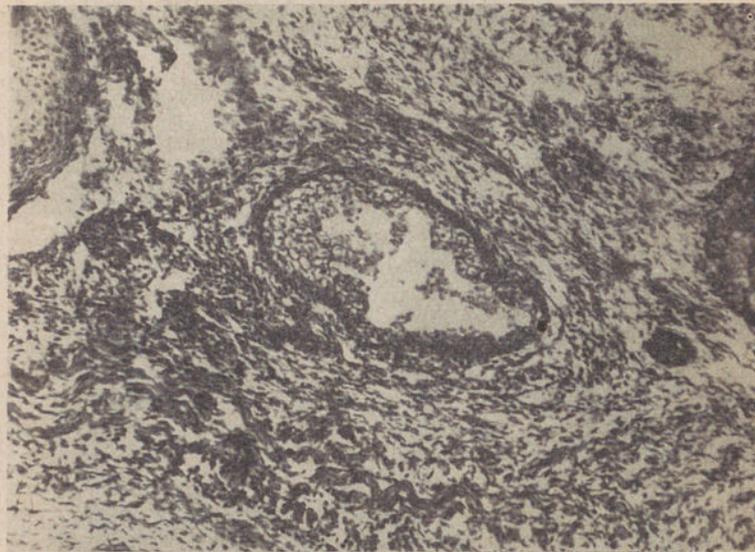


Fig. 10

Ninho de células epiteliais indiferenciadas no seio do tecido mesenquimatoso

constituído por um tumor misto, um teratoma com participação dos três folhetos germinativos, órgãos ou membros identificáveis ou — caso que FOÁ considera raríssimo — um embrião unido ao autossita por um cordão umbilical.

Os tipos descritos em primeiro lugar não são tão raros como se poderia pensar: incluem-se no grupo dos disembríomas cervicais, comparáveis aos sacro-coccígeos e, como estes, às vezes descobertos por acaso ou chamando a atenção por sin-

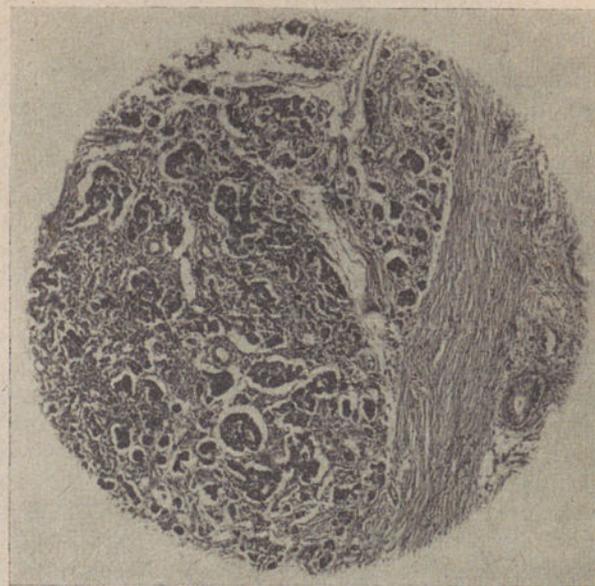


Fig. 11

Grupos de células epiteliais de arranjo glomerular (tecido renal primitivo? glândula anexa ao tubo digestivo?)

tomas clínicos tardios, quando os seus possuidores ultrapassaram a infância. O grau de diferenciação organóide do parasita condiciona, porém, a raridade das formas em que ele evoluciona até apresentar partes embrionárias ou fetais e, por certo, muito raras vezes se consegue descobrir, entre as formações caprichosas que o constituem, um embrião mais ou menos completo. Com efeito, KAUFFMANN considera muito raro o epígnato perfeito, no qual o parasita, «além de uma porção

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. 24875
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604
Delegação no Porto—Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º—Telef. 21383
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º — Telef. 4556

LACTOSYMBIOSINA • VITASYMBIOSINA SULFASYMBIOSINA • FTALILSYMBIOSINA

PROFILAXIA E TRATAMENTO EFICIENTE E INÓCUO DAS DOENÇAS INTESTINAIS

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

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

Manuel Vehi Deniel — La Elaboracion de Especialidades Farmacêuticas, 1936

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

Médecine et Hygiène, 15 de Setembro de 1952

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

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

Ann. Pharmac. Françaises, Março, 1951

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

LABORATÓRIO SANITAS

eventualmente teratomatosa, apresenta partes do corpo logo reconhecíveis como órgãos desenvolvidos ou partes do corpo, por exemplo os membros inferiores». Em regra, trata-se de um acárdio-acefaliano (AHLFELD).

No caso por nós observado e descrito, além das formações teratomatosas, existe certo grau de organização que, embora incompleta, nos permite incluir este monstro na primeira classe dos parasitas epignatos de SCHWALBE, visto haver já um plano de arquitectura embrionária, ainda que desviada do seu objectivo.

Todos os autores acentuam a raridade deste género de monstruosidades. DE VECCHI, por exemplo, cita apenas dez-

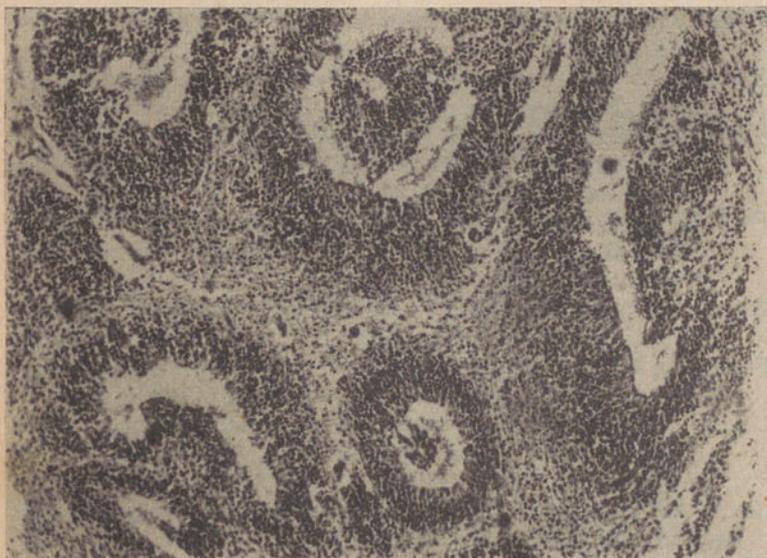


Fig. 12

Formações neuro-epiteliaes de revestimento estratificado e células semelhantes a espongioblastos

seis casos, dos quais três com estruturas mais diferenciadas, como parênquima hepático, córtex supra-renal e rudimentos de miocárdio.

Há na história da Teratologia referência a casos célebres, como o de BAART DE LA FAILLIE, no qual ao epignato, amorfo, se uniam por sua vez dois acárdio-acefalianos e, entre nós, segundo o Prof. PIRES DE LIMA, já há quatro séculos se verificou o facto, curioso sem dúvida, de uma mulher expelir um monstro pela boca.

O saudoso investigador português, ao estudar um monstro endocimiano-dermócimo vivo, com «fixação do parasita na parte inferior do dorso e no flanco direito», semelhando um fleimão, cita três exemplares nacionais de endocimianos endócimos, todos de localização abdominal: o de LOURENÇO PEREIRA DA ROCHA (inclusão fetal no baixo ventre dum homem de 32 anos e extraída por operação em 1834), o de BURNAY & PEREIRA DE SOUSA, relativo a uma filha do primeiro, e o do Dr. ANTÓNIO BREDÁ, de Águeda (inclusão de cabeça e outros elementos no ventre duma rapariga de 18 anos).

A esta lista acrescentaremos o caso de teratoma cervical descrito por AMÂNDIO TAVARES & GONÇALVES DE AZEVEDO (FILHO), no qual o exame permitiu descobrir uma organização tal que se pôde rotular de parasita endocimiano. Dele faziam parte «extremidades inferiores bem desenvolvidas, ansas intestinaes, canal tráqueo-brônquico e pulmões, órgãos estes individualizados a ponto de ter sido possível isolá-los pela dissecação», e outras formações, especialmente nervosas, que em manifesto predomínio ocupavam vastas áreas da massa neoplástica. É para salientar, em especial, a presença de esboços de pulmão, o que muito raras vezes sucede nos embriomas.

Para terminar, passemos rapidamente em revista os factores que podem intervir na génese das monstruosidades. Dos casos registados em Filadélfia, supõe MURPHY poder

tirar conclusões interessantes quanto às condições maternas: assim, teria mais probabilidades de gerar um filho monstruoso ou disforme a mãe maior de 40 anos, com cinco filhos e cuja última gravidez tivesse resultado em aborto ou parto prematuro. Do mesmo modo influiria um período, mais ou menos longo, de esterilidade relativa, antes da concepção.

EDMOND & HAWKINS referem, por outro lado, maior frequência de disemбриomas e monstros duplos em famílias com gémeos.

A mãe poderia ainda ser a involuntária causadora de tais anomalias por defeito do meio uterino — desde perturbações mecânicas ou tróficas à infecção ou toxicose do tracto genital. Se o ovo se implanta num endométrio já doente, ele será alterado em qualidade e raramente sobrevive à oitava semana de gestação, acontecendo o mesmo aos ovos imperfeitos por deficiência ovular ou da fecundação, como a dupla fecundação do óvulo e de uma célula polar. A persistência do produto de concepção conduzirá, em tais casos, ao nascimento de monstros, e até houve quem sugerisse uma atitude passiva perante a ameaça de aborto nos primeiros meses da gravidez, considerando-o como a tentativa de expulsão do ovo patológico.

HARRIS defendeu a influência da nidação ectópica, conceito aceitável, sem dúvida, nos casos em que esta se possa demonstrar.

Outras alterações do ambiente materno propícias ao desenvolvimento de fetos anormais são as deficiências de alimentação, em especial a carência de vitaminas, os traumatismos, as doenças infecciosas, a sensibilização a factores sanguíneos, e não será demais acentuar o papel que podem desempenhar os Raios X e o Rádio, mesmo em aplicação extra-genital, no aparecimento de dismorfias ou perturbações psíquicas do nascituro.

A possível intervenção de um factor disendócrino está ainda em estudo.

O próprio ovo conterà, eventualmente, em si mesmo a causa destas anomalias: pelo complexo cromosómico, em relação com a hereditariedade (tal seria, para muitos, a origem da maior parte dos monstros, dada a frequência em certas famílias), por alteração ou descolamento do organizador, ou ainda por malformação dos gametas de que resultou.

A este propósito, convém recordar as experiências realizadas por NICHOLSON e colaboradores, as quais lhes permitiram comparar o teratoma ao resultado da acção de um organizador morto ou do extracto de organizador: «Lorsqu'on implante dans un œuf de batracien un organisateur vivant, on obtient, aux dépens de l'ectoblaste, un tube nerveux avec ses différenciations encéphaliques et médullaires. Lorsqu'on implante ce même organisateur tué ou un extrait de celui-ci ou même certaines substances chimiques, on obtient simplement un tissu nerveux d'aspect plus ou moins tubulaire. Dans le premier cas, on peut obtenir un ensemble supplémentaire organisé formant un tout à côté de l'embryon normal. Au contraire, dans le second cas, on évoque divers organes, dont la position et le nombre restent variés (anormogénese chaotique de Lehmann). Dans le deuxième processus appelé évocation, il manque donc un phénomène de coordination (champ d'individuation)» (GIROUD e colaboradores).

Para que tal evolução se possa verificar, parece ser necessária, portanto, a presença de um sistema pluripotencial, do tipo dos que se encontram nas células germinativas do ovário ou do testículo, onde (mostram-nos MICHALOWSKY e FALIN e colaboradores, entre outros) a capacidade teratogénea se mantém latente, podendo ser exaltada mercê da acção de substâncias irritantes (sulfato de cobre, cloreto de zinco); sobre este material irá actuar um indutor, libertado pelos tecidos necrosados.

As experiências de enxertos de teratomas, feitas por FEKETE & FERRIGNO com o tumor E 6496 (teratoma espontâneo do ovário da Ratinha), confirmam a pluripotencialidade das células que constituem estas neoplasias: embora levando apenas um ou dois tipos de tecidos, os enxertos vão originar toda a gama de aspectos própria do tumor original.

Quanto aos factores de localização, ARNOLD pretende que eles têm importância nos casos de tumores bidérmicos e tridérmicos, considerando o epígnato uma implantação fetal (opinião também seguida por ASKANAZY), derivada de uma célula totipotencial (blastómero, corpo polar, célula sexual, etc.), enquanto aqueles resultariam de perturbações locais da cavidade bucal, do canal faringo-hipofisário ou do primeiro arco branquial.

Na verdade, para os disembríomas faríngeos, a maioria dos autores aceita «a invaginação da ectoderme na formação da cavidade bucal e a fusão desta com o intestino anterior através de restos ectodérmicos e mesodérmicos, o que pode explicar algumas das neoplasias inseridas na abóbada palatina. Existem origens algo mais definidas no decurso do desenvolvimento da hipófise e do seu canal, já que algumas das neoplasias faríngeas estão inseridas na sela turca ou perfuram neste ponto o crânio. A hipófise pode faltar.» (EWING). Noutros casos, a origem da malformação a partir do primeiro arco branquial pode ser indicada por outras anomalias coexistentes no trajecto do arco. Finalmente, são a favor da teoria local a analogia com situações paralelas na extremidade caudal e a série de tumores embrionários mais simples da nasofaringe, do tipo dos indicados no princípio deste trabalho.

No mesmo sentido se exprime ADAMI, ao considerar epígnatos e monstruosidades sacro-coccígeas como o resultado da proliferação celular nos dois «pontos de desenvolvimento» do embrião, depois de terem aparecido os rudimentos dos órgãos regionais.

Por outro lado, SCHWALBE, baseando-se na dificuldade que, por vezes, se verifica na distinção entre neorformações autóctones e as heteróctones, mais complexas ainda, conclui que todas as neoplasias faríngeas dessa natureza se originam a partir de blastómeros isolados, cujo estado de desenvolvimento e, portanto, as potencialidades que eles encerram condicionarão a estrutura do teratoma. VON HAYEK, ao fazer a revisão das malformações desta região, relaciona com igual fundamento os vários graus de disembríogenia, desde a simples fissura mediana do lábio superior e o epígnato não complicado até o diprósopo.

De entre as hipóteses formuladas, apenas aquelas que se referem ao ovo e às potencialidades nele contidas (quer a responsabilidade deva ser atribuída a um ou outro gameta, quer o motivo disgenético surja após a constituição do ovo), nos parece poderem aplicar-se aos monstros duplos do género dos que acabamos de estudar. Nesse sentido supomos dever interpretar a adaptação da morfologia fetal do parasita, o que só é possível em fase precoce da vida intra-uterina, mercê da grande plasticidade do embrião.

(Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto — Centro de Estudos do INSTITUTO DE ALTA CULTURA).

Desenho e fotografias de AIRES RANGEL.

SUMMARY

Three cases of epignathia are reported, two of them belonging to SCHWALBE'S class III (parasite formed by a tridermal teratoma), while the last one may be included in class I, the parasite consisting of a tridermal teratoma and a monstrous embryo. As regards to this case, the only one with informations available, there is no record of any malformation in the child's family.

After a brief discussion of the theories concerning the genesis of epignathia, the A. accepts the possibility of ovular origin for this malformation.

RÉSUMÉ

Description de trois cas d'épignathie dont deux appartenant à la 3ème classe de SCHWALBE (parasite réduit à un tératome tridermique) e

l'autre à la 1ère classe. Ce dernier cas, bien documenté, concerne un parasite formé par un tératome tridermique et un embryon monstrueux; pas de référence à d'autres monstruosités chez la famille.

Après un court aperçu des théories sur la genèse des epignathes, l'A. envisage l'origine ovulaire de cette malformation.

BIBLIOGRAFIA

- ANISSIMOVA (V.) — Experimental zinc teratomas of the testis and their transplantation. *Amer. J. Cancer*, 36:229, 1939.
- BAGG (H. J.) — Experimental production of teratoma testis in the fowl. *Amer. J. Cancer*, 26:69, 1936. Ref. in *Index Cancer.*, 10:527, 1936.
- EDMONDS (H.) & HAWKINS (J.) — The relationship of twins, teratomas and ovarian dermoids. *Cancer Res.*, 1:896, 1941.
- FALIN (L. I.) — Experimental teratoma testis in the fowl. *Amer. J. Cancer*, 38:199, 1940.
- FALLIN (L. I.) & ANISSIMOVA (W. W.) — Zur Pathogenese der experimentellen teratoiden Geschwülste der Geschlechtsdrüsen. Teratoide Hodengeschwülste beim Hahn, erzeugt durch Einführung von Cu SO₄ Lösung. *Zeitschr. f. Krebsforsch.*, 50:339, 1940. Ref. in *Index Cancer.*, 15:122, 1942-43.
- FALIN (L. I.) & GROMZEWA (K. E.) — Experimental teratoma testis in fowl produced by injection of zinc sulphate solution. *Amer. J. Cancer*, 36:233, 1939.
- FEKETE (E.) & FERRIGNO (M. A.) — Studies on a transplantable teratoma of the mouse. *Cancer Res.*, 12:438, 1952.
- FÈVRE (M.) & PAVIE (P.) — Un cas de tératome de la région cervicale. *Ann. Anat. Path. Anat. nor. méd.chir.*, 8:1245, 1951.
- GIROLD (A.) & LEFEBVRES-BOISSELOT (J.) — Influence tératogène de la carence en acide folique. *C. R. Soc. Biol.*, 145:526, 1951. Ref. in *Exc. Med. (V)*, 5:195, 1951.
- GIROU (A.), LELIÈVRE, HANET & LEVENT — Tératomes hautement structurés. *Bull. Cancer*, 41:198, 1950.
- GRUBER (G.), in ASCHOFF — Anatomia Patológica General. Barcelona, 1934.
- HAYEK, VON (H.) — Über die Beziehungen des Epignathus zum Diprósopus. *Zbl. allg. Path. path. Anat.*, 85:171, 1949. Ref. in *Exc. Med. (V)*, 4:747, 1951.
- JACKSON (E. B.) & BRUES (A. M.) — Studies on a transplantable embryoma of the mouse. *Cancer Res.*, 1:494, 1941.
- KAUFFMAN (E.) — Trattato di Anatomia Patologica Speciale. Milão, 1925.
- LECÈNE (P.) & MOUCHET (A.) — Deux nouvelles observations de tératomas de la région cervicale. *Ann. Anat. Path. Anat. nor. méd.-chir.*, 5:953, 1928.
- MICHALOWSKY (I.) — Eine experimentelle Erzeugung teratoider Geschwülste der Hoden beim Hahn. Zweite Mitteilung. *Virchow's Arch.*, 267:27, 1928. Ref. in *Index Cancer.*, 3:215, 1929.
- MURPHY (D. P.) — Reproductive efficiency before and after the birth of malformed children. *Surg., Gynec. & Obst.*, 62:585, 1936.
- MURPHY (D. P.) — Intervals between pregnancies of mothers giving birth to congenitally malformed children. *Idem*, 63:593, 1936.
- MURPHY (D. P.) — Maternal age at the conception of the congenitally malformed child. *Am. J. Dis. Child.*, 51:1007, 1936.
- MURPHY (D. P.) & MAZER (M.) — The birth order of 582 malformed individuals. *J. A. M. A.*, 105:849, 1935.
- NICHOLSON (G.-W. de P.) — The histogeny of teratoma. *J. Path. Bact.*, 32:364, 1929. Ref. in *Index Cancer.*, 4:454, 1930.
- PIRES DE LIMA (J.) — Monstros duplos assimétricos. *Arq. Anat. Antropol.*, 16:527, 1933-34.
- PIRES DE LIMA (J.) — A contribuição portuguesa para o estudo dos monstros duplos. *Idem*, 21:627, 1940-41.
- PIRRO (A.) — Osservazioni istologiche su di un teratoma del rinofaringe. *Boll. Soc. ital. Biol. sper.*, 27:246, 1951. Ref. in *Exc. Med. (V)*, 5:195, 1952.
- ROOS (N. J.) & DU PREEZ (L. J.) — A case of parasitic siamese twinning. *S. Afr. Med. J.*, 26:46, 1952. Ref. in *Exc. Med. (V)*, 5:701, 1952.
- SAINT-HILAIRE (J.-G.) — Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'Homme et les Animaux. Paris, 1836.
- SCHWALBE (E.), in ASCHOFF — Anatomia Patologica generale. Turim, 1914.
- SOLISA SANTOS (R.) — Um caso de teratoma sacro-coccígeo. *Folia Anat. Univ. Conimbrig.*, 25:1, 1950.
- TAVARES (A.) & GONÇALVES DE AZEVEDO (Filho) — Um caso de teratoma cervical. *Lisboa médica*, 9:732, 1932.
- TRILLAT & NOTTER — Tumeur congénitale du cou; un cas de tératome cervical juxtathyroïdien. *Bull. Soc. Gyn. Obst.*, 28:197, 1939.
- DE VECCHI (B.), in PIO FOÀ — Trattato di Anatomia Patologica. Turim, 1923.

Eliminando a toxicidade da Estreptomicinoterápia...

Com partes iguais de sulfato de Estreptomicina e de sulfato de Dihidroestrep-
tomicina (em lugar de um só destes sais)

— NEUROTOXICIDADE

CONSIDERÁVELMENTE REDUZIDA

— EFICIENCIA HABITUAL

ATRALMICINA

NORMAL:

0,25 g de sulfato de Dihidroestrep-
tomicina
0,25 g de sulfato de Estreptomicina
400.000 U. de Penicilina

FORTE:

0,50 g de sulfato de Dihidroestrep-
tomicina
0,50 g de sulfato de Estreptomicina
400.000 U. de Penicilina

FORTÍSSIMA:

0,50 g de sulfato de Dihidroestrep-
tomicina
0,50 g de sulfato de Estreptomicina
800.000 U. de Penicilina

INFANTIL:

0,125 g de sulfato de Dihidroestrep-
tomicina
0,125 g de sulfato de Estreptomicina
150.000 U. de Penicilina

LABORATORIOS ATRAL

O INSTITUTO LUSO-FARMACO
SEMPRE NA VANGUARDA

Dibencilina

UM NOVO CAPÍTULO
NA HISTÓRIA
DA PENICILINA

DIBENCILINA

N, N'-dibenziletelenadamina 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



REVISÃO DE CONJUNTO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA

Director: Prof. F. Gentil

Tratamento das leucémias

(Situação actual do problema)

FRANCISCO BRANCO

As possibilidades terapêuticas de que dispomos em relação a esta doença, são manifestamente impotentes, jamais impedindo um desenlace fatal. Para facilidade de exposição, dividimos as leucémias em dois grupos: agudas e crónicas, podendo esquematicamente, apresentar os meios terapêuticos, mais em uso, da seguinte maneira:

<i>Leucémias crónicas</i>	}	Raios X
		Isótopos radioactivos (Fósforo) P^{32}
		Mostarda Nitrogenada — N^2H
		Trietilenamelamina — T. E. M.
		Uretano
		Cortisone
<i>Leucémias agudas</i>	}	A. C. T. H.
		Transfusões
		Antagonistas do ácido fólico
		— Aminopterina
		Cortisona
		A. C. T. H.
<i>Leucémias agudas</i>	}	Trietilenamelamina — T. E. M.
		Transfusões — sangue recente ex-sanguíneo — transfusão

Vejamos, sumariamente, como podemos dispor destes recursos em relação com as leucémias crónicas para depois vermos o que se passa com a forma aguda da doença.

LEUCÉMIA CRÓNICA

A *roentgenterápia* é, ainda hoje, o mais eficaz, o melhor e mais generalizado meio de luta de que dispomos.

A noção antiga e ainda recentemente apresentada pelo Centro de Rádio da Dinamarca (Aarhns) de que as leucémias radiadas e não radiadas têm a mesma sobre-vida, não deve ser posta. Não só vivem mais como ainda vivem melhor os leucémicos tratados pelos Raios X. Como o tratamento não se faz isoladamente com raios X, é provável que outros factores — transfusões, antibióticos, etc. — intervenham favoravelmente na vida destes doentes.

As estruturas leucémicas são habitualmente rádio-sensíveis, variando, contudo, esta rádio-sensibilidade ao longo da doença. Maior no início, observa-se progressiva rádio-resistência, à medida que nos aproximamos das fases terminais, dependendo igualmente da técnica de aplicação dos raios X. Uma boa técnica diminui a um mínimo a rádio-resistência. Radiações locais directas sobre as estruturas leucémicas — gânglios, baço, ossos, etc. — são o método preferido pela maioria dos radiologistas.

Outra técnica consiste em dividir o corpo em quadrantes, os quais em série rotativa serão sucessivamente radiados. Este método, que reconhecemos lógico ao pensarmos que a leucémia pode ser considerada d'emblé, doença de sistema e, por isso, generalizada, não oferece vantagens em relação ao primeiro, isto é, em relação à técnica, que só radia as áreas atingidas e, da mesma maneira a técnica que propõem a radiação total do corpo «banho de raios X». Estas duas técnicas não são de uso corrente e não oferecem qualquer vantagem em relação à primeira. A radiação é seguida de melhoras subjectivas e objectivas com redução das massas tumorais, do número de leucócitos e desaparecimento das formas jóvenes. O tratamento deve ser suspenso, logo que a remissão surja, para ser retomado na recaída. Não há

nenhuma vantagem em prolongar a radiação depois do doente ter entrado em remissão.

Prosseguir a roentgenterápia, depois das melhoras terem surgido, não prolonga a remissão, aumenta as possibilidades de rádio-resistência, agrava a anemia. Na recaída, os benefícios de uma segunda série de tratamentos vêm mais lentamente e são mais precários.

O aspecto técnico desta forma de tratamento, a individualização de cada caso, nunca igual ao anterior, exigem larga experiência do radiologista.

Isótopos radioactivos:

O uso dos isótopos radioactivos não trouxe, até ao momento presente, qualquer vantagem na terapêutica desta doença. A diferença de sensibilidade das estruturas leucémicas em relação às células normais não é suficientemente grande para permitir a destruição das células neoplásicas sem sérios riscos de lesar ou destruir, simultaneamente, estruturas normais.

De todos os isótopos experimentados, o que se concentra em maior nível nas estruturas tumorais é o fósforo radioactivo em consequência do metabolismo destas células estar aumentado em relação ao fósforo, uma a duas vezes acima das células normais.

Por outro lado, um período de vida de 14-15 dias, permite um fácil uso clínico. Lamentavelmente, o aumento da concentração local de P^{32} não é suficiente para tornar este elemento numa terapêutica definitiva. Com doses de 2 a 4 milicuries pela boca ou, de preferência, intravenoso, de 2 em 2 dias até 7 em 7 dias, na dependência do número de leucócitos, do tamanho do baço, dos gânglios e do estado geral, consegue-se ao fim de 3-4 semanas, remissão hematológica e clínica. Subsequentes injeções de manutenção são dadas, até que o doente deixa de responder satisfatoriamente a este elemento, aumentando, agora, progressivamente, a anemia e leucocitose, o número de células jóvenes, baço, gânglios, etc., correndo o risco de provocarmos aplasia medular ao prosseguirmos a terapêutica. O P^{32} mostrou-se absolutamente sem valor na forma aguda da doença. Sódio e ouro radioactivos, magnésio coloidal radioactivo têm sido sucessivamente experimentados sem êxito. O problema dos isótopos põe-se da seguinte maneira: encontrar um elemento com selectividade tal que se fixe e destrua, exclusivamente, os tecidos tumorais sem lesar as células normais.

Mostardas Nitrogenadas — N^2H

Dos derivados azotados da iperite, é o metil-bis- β -cloroetilamina, o mais usado em medicina. Os efeitos biológicos desta substância traduzem-se por uma série de combinações químicas com aminas, sulfidrilos, carboxilos, etc.; bloqueiam uma série de funções protéicas, inactivam sistemas enzimáticos vários. Têm acção nucleotóxica, interferindo no mecanismo das mitoses e, por isso, interessando, essencialmente, os tecidos em maior actividade de divisão.

O Metil-bis- β -cloroetilamina usa-se nas doses de 0,1 a 0,2 de miligrama por quilo de peso, numa série que, habitualmente, não vai além de 8 injeções, diárias ou alternadas, na dependência do número de leucócitos, estado geral, tolerância, etc. Náuseas e vômitos surgem frequentemente após a injeção intravenosa. O tamanho do baço e dos gânglios reduz-se progressivamente tal como o número de leucócitos. Nos casos favoráveis,

o tratamento é seguido de uma remissão que pode ir de alguns dias a vários meses. Pode tentar manter-se a remissão, no caso do sangue permitir, com séries repetidas de N²H.

Comparando os resultados obtidos com a mostarda e raios X, constata-se que as remissões obtidas com os raios X são sempre mais longas.

É possível que os doentes rádio-resistentes submetidos à acção da mostarda se tornem mais sensíveis às radiações.

Numa experiência de mais de 40 casos, por nós seguidos desde há 2 anos, não temos visto este benefício apontado por vários autores.

Nas leucémias agudas, uma redução do número de leucócitos, diminuição das dores ósseas, podem ser obtidas sem que se observe qualquer outra vantagem.

A mostarda é um pouco mais útil na doença de Hodgkin, na micose fungoide e na poliglubilia.

Trietilenamelamina

É um composto de estrutura idêntica à da mostarda nitrogenada. A vantagem em relação à N²H é limitada ao facto de poder ser dada «per os». Tem, igualmente, sério efeito depressivo sobre as estruturas hematopoiéticas, devendo o seu uso ser controlado por frequentes exames de sangue. Usa-se habitualmente na dose de 5 miligramas — 1 comprimido — de preferência em jejum numa série diária ou alternada até 5 comprimidos. Doses de manutenção são usadas sempre que a hematopoiese o permita.

Uretano (etil-carbamato)

Foi introduzido na terapêutica das leucémias por se ter verificado que possui acção leucopeniante desconhecendo-se o mecanismo da acção. É possível que iniba o sistema enzimático celular ou que intervenha directamente sobre as mitoses. É ministrado pela boca, de preferência dado à noite, em doses diárias que vão de 2 a 4 gramas. Duas a três semanas depois, pôde observar-se diminuição do número de leucócitos, diminuição do volume do baço e gânglios com melhora subjectiva e objectiva. A intolerância para o Uretano traduz-se por anorexia, náuseas, vômitos, diarreia. Remissões curtas, podendo, quando usado em excesso, provocar aplasia medular.

Myletan (1:4 — dimetanesulfonoxibutano: CH³ SO² O CH² CH² CH² CH² OSO² CH³) é um composto preparado no Chester Beatty Research Institut de Londres com acção depressora sobre as estruturas mielóides e quase sem efeito em relação à linfopoiese. Doses prolongadas podem provocar plaquetopénia. Sobre esta substância, exclusivamente proposta para ensaios na leucémia mielóide crónica não há ainda experimentação suficiente.

Cortisona e A. C. T. H.

O efeito destas hormonas não vai além de poder, em alguns casos de leucémia aguda e em menor número de leucémias crónicas, provocar curtas remissões.

A razão por que alguns casos parecem beneficiar com esta terapêutica, enquanto outros permanecem indiferentes, não está averiguada. É possível que estas duas hormonas actuem exclusivamente por inibirem a proliferação do tecido mesenquimatoso.

A brevidade das remissões, a possibilidade de complicações que o uso prolongado destas hormonas pode acarretar, o elevado custo, limitam o seu uso aos centros de estudo.

Transfusões

O efeito das transfusões, especialmente quando feitas com sangue recente, é muitas vezes notável na leucémia crónica. Referiremos mais detalhadamente o benefício das transfusões, ao falarmos do tratamento das leucémias agudas.

*

Vejamos agora as possibilidades de que dispomos em relação com as leucémias agudas, estudando em primeiro lugar os:

Antagonistas do Ácido Fólico:

O ácido fólico, vitamina M, factor *Lactobacillus casei*, vitamina B 10, é um componente do complexo vitamínico B.

É abreviadamente designado ácido pteroil-glutâmico. Este ácido que tem acções anti-anémicas idênticas, mas não iguais às do fígado, é factor essencial ao crescimento do *Lactobacillus casei*, é factor de crescimento celular. Encontra-se em muitos vegetais, nomeadamente nas folhas dos espinafres, no pepino, tomate, nos cereais: trigo, centeio, nas vísceras, como: rim e fígado. Somente muito pequena quantidade de ácido fólico é necessária numa dieta normal, pois as bactérias de flora intestinal, sintetizando este ácido, contribuem largamente para as necessidades do organismo nesta vitamina. Parece que no organismo o ácido fólico é convertido noutra substância, o factor citrovórum, metabólico, que intervem directamente na química endocelular.

Recentemente demonstrou-se que os tecidos cancerosos são particularmente ricos em ácido fólico e que a ministração deste ácido em altas doses, acelera o crescimento tumoral. Simultaneamente, verifica-se que o ácido fólico tem uma nítida acção estimulante sobre a evolução das leucémias humanas. Estes factos, mostrando que as células malignas proliferam com grandes exigências em ácido fólico, põem a ideia de utilizar os antagonistas deste ácido na terapêutica desta doença. Grande número de derivados com efeito biológico antagonístico ao do ácido fólico têm sido sintetizados, entre os quais destacamos a Aminópterina (ácido 4 amino-pteroilglutâmico), o ácido pteroil-aspartico, etc., etc.

De todos os derivados é a Aminópterina, que tem sido experimentada em mais larga escala pelo facto de ser menos tóxico utilizado nas doses de 0,5 — 1 — ou mais miligramas por dia, este medicamento é activo por via bocal e parenteral.

Cerca de 50% das crianças com leucémia aguda tratadas com Aminópterina fazem remissão clínica e hematológica com desaparecimento ou diminuição das células blásticas do sangue circulante, retorno da medula ao aspecto normal, redução da anemia e dos órgãos hipertrofiados. Nos adultos, a remissão é muito menos provável, menos completa, sem que possamos explicar esta dualidade de resposta. As remissões podem prolongar-se por semanas ou meses, tendo nós 2 casos que atingiram 10 e 14 meses. Muito tóxica, a Aminópterina tem um estreita zona de manejo, surgindo com facilidade fenómenos de intolerância, que se traduzem por: quelite, estomatite ulcerosa, náuseas e vômitos, alopecia, hemorragias cutâneas e viscerais, hipoplasia medular. Estes fenómenos podem ser interrompidos no início, suspendendo a ministração da Aminópterina e bloqueando-lhe o efeito com factor citrovórum. É indiscutível que os anti-fólicos têm acção favorável na leucémia da criança, acção paliativa de curta duração, mostrando os dados experimentais e clínicos que o seu efeito se faz sentir, dificultando a proliferação dos elementos blásticos malignos.

Transfusão de sangue — Exsanguíneo-transfusão

A transfusão de sangue tem, frequentemente, um efeito notável sobre o estado geral dos doentes, o qual deve ser atribuído não apenas a uma simples acção de substituição compensadora da anemia e da volémia como ainda a acção anti-leucémica, que possuem sangues normais. A possibilidade da existência de um factor anti-leucémico num sangue normal surge com os seguintes factos: células leucémicas cultivadas *in vitro* morrem, quando em presença de sangue normal; a injecção em voluntários, de sangue ou medula leucémica não é seguida de doença; e as células tumorais injectadas são prontamente destruídas: Wallerstein cita uma circulação cruzada entre uma criança leucémica de 7 anos e um adulto normal, verificando-se imediato desaparecimento das células blásticas no indivíduo são.

É provável que o princípio anti-leucémico, que se aceita existir nos indivíduos são, se encontre em nível extremamente baixo e que sofra flutuações no mesmo indivíduo.

Quanto à maneira deste factor actuar, pensa-se que poderia fazê-lo, destruindo as células leucémicas ou fazendo-as evoluir para a normalidade. É igualmente aceitável que a transfusão estimule o organismo doente, levando-o a uma maior produção em princípio anti-leucémico, necessariamente muito diminuído nestes casos.

A razão por que vão enfraquecendo os benefícios das transfusões seria explicada pela própria evolução da doença, que, progressivamente, vai cortando a estes doentes a possibilidade de elaborarem o seu próprio factor anti-leucémico.

Últimamente, surgiu um trabalho de Mas Magro que atri-

TONOCÁLCIO

INJECTÁVEL

DITONATO DE CÁLCIO

A 5%

C INJECTÁVEL

DITONATO DE CÁLCIO A 5%

ÁCIDO ASCÓRBICO A 10%

C-INFANTIL INJECTÁVEL

DITONATO DE CÁLCIO A 5%

ÁCIDO ASCÓRBICO A 5%

RECTAL ADULTOS

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

RECTAL INFANTIL

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

PO' (SOLÚVEL)

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



DIRECÇÃO TÉCNICA DO PROF COSTA SIMÕES

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

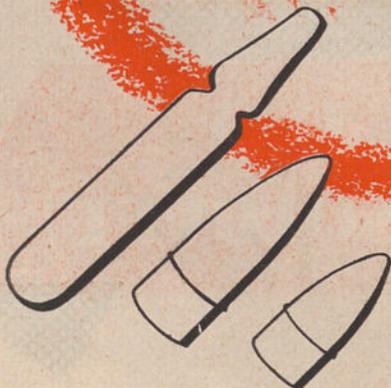
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



bue os benefícios das transfusões a uma acção anti-vírus. Pensa ele ainda que a leucémia é doença devida a vírus e que o problema da leucémia é, de certa maneira, sobreponível ao da poliomielite. Haveria assim muitos indivíduos infectados pelo vírus leucémico, embora só alguns apresentassem doença. Os indivíduos atingidos por formas assintomáticas da doença desenvolveriam no seu sangue propriedades anti-leucémicas, anti-vírus, às quais se deveriam os benefícios das transfusões. A hipótese etiológica-vírus, aliás posta por muitos autores, permanece por confirmar.

O sangue a injectar nestes doentes deve ser recente, pois é sabido que a vida e actividade dos leucócitos, plaquetas, etc., está mais ou menos profundamente diminuída no sangue conservado.

São ainda as transfusões a melhor terapêutica nas hemorragias do leucémico. Estas hemorragias podem ser devidas a vários factores: alteração das paredes vasculares — angiopáticas — alterações no sistema plaquetário — trombopénicas ou tromboasténicas — alterações hepáticas — fibrinogénopénicas — e por aumento de substâncias heparínicas. Neste último caso e pelo seu efeito anti-heparínico está indicado o uso de protamina ou, de preferência, azul de toluidina por via intravenosa.

Quanto à exsanguino-transfusão, de técnica complicada, perigosa e dispendiosa, não se apreciam resultados compensadores em relação às transfusões parciais e repetidas.

Vejamos agora, através do estudo de alguns casos de leucémia aguda, qual foi a evolução e como conjugámos os meios terapêuticos de que dispomos, escolhendo dos nossos 30 casos, alguns que nos parecem mais demonstrativos sobre a utilidade ou inutilidade do tratamento feito.

C. M. C. de 3 anos de idade

Obs. — 60513

Doença actual:

Desde há cerca de 4 meses, vem a mãe observando progressiva perda de cor, prostração, tendência para diarreia em doente, anteriormente obstipada.

Embora irregularmente, tem verificado temperaturas de 38° e uma vez, 40°. Há 8 dias, observando pela manhã, 38°, fez permanecer a filha na cama, verificando, há 4 dias, uma série de elementos róseos na pele dos braços e pernas, cuja área compara a moedas de 5 centavos. Acentuada perda de apetite desde o início, parecendo não haver grande modificação no peso. Nega vômitos, dores ou perda de sangue.

Observação:

Pálida com mucosas muito descoradas. Idade aparente, 3 anos. Observam-se lesões do impetigo na face, queixo e pescoço. Elementos de púrpura punctiformes nos braços e pernas e um pequeno hematoma ao nível do maléolo interno da perna direita. Amígdalas e pilares livres. Taquicárdia com pulso rítmico a 118. Fígado, 2 dedos abaixo do bordo costal e baço, 3 dedos.

Múltiplos gânglios na nuca, pescoço, axilas e triângulos de Scarpa. São móveis, indolores, atingindo, os maiores, o volume de uma pequena avelã. Rumpel-Leed — Positivo.

Com o seguinte exame de sangue: glóbulos rubros, 1.100.000, hemoglobina — 21 %, valor globular — 0,95, glóbulos brancos — 4.100 e quase exclusivamente com leucoblastos inicia tratamento em 12-8-49, com: penicilina, 100.000 U. de 4 em 4 horas, vitamina K, Rutina, recebendo uma transfusão de 200 cc. de sangue. Passa as noites mal, suando abundantemente. Refere dores ao deglutir, sendo negativa a inspecção da orofaringe.

Em 18-8-49, parece um pouco melhor com pulso a 140. Recebe nova transfusão de 300 cc. de sangue. Levanta-se 2 dias mais tarde, muito melhorada, comendo com excelente apetite, revelando o exame de sangue: glóbulos rubros — 2.500.000, hemoglobina — 50 %, valor globular-1, glóbulos brancos — 4.900, Leucoblastos na totalidade.

Mantém-se sem alteração o fígado, baço e gânglios com moderado apagamento dos elementos de púrpura.

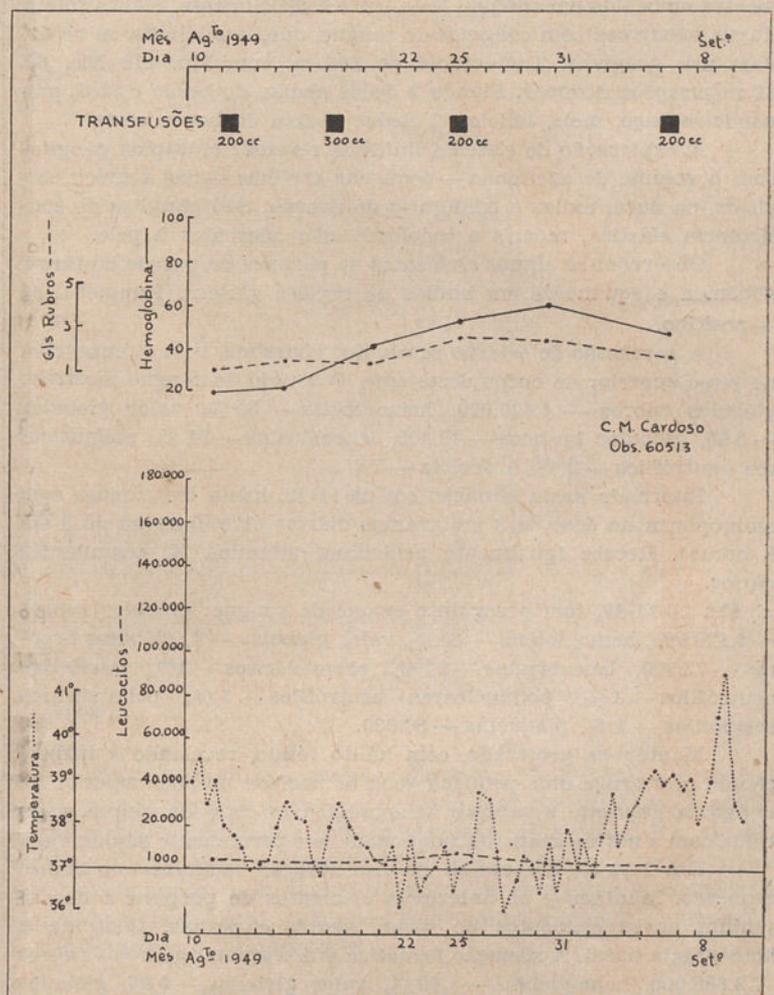
Em 25-8-49, tem dormido bem nas últimas noites, embora com alguns suores; o exame de sangue revelou: glóbulos rubros — 3.620.000, hemoglobina — 62 %, valor globular — 0,85, glóbulos brancos — 5.500. Predomínio quase total de leucoblastos; raros neutrófilos segmentados com granulações tóxicas. Continua a aparentar melhoras. Baço, fígado e gânglios sem alteração. Púrpura muito atenuada, estando os elementos de impetigo em franca regressão.

Recebe nova transfusão de 200 cc. de sangue. Onze dias mais tarde, com o seguinte exame de sangue: glóbulos rubros — 2.840.000, hemoglobina — 58 %, valor globular-1, glóbulos brancos — 1.950, exclusiva presença de leucoblastos, observam-se novos elementos de púrpura nos braços, pernas e tronco. Abatida com tumefacção da hemiface esquerda, atingindo a pálpebra inferior. Pulso a 170/m. Refere dores ao engolir, sendo negativa a inspecção da orofaringe, que, como única particularidade, se mostra anormalmente limpa, seca, pulida. Estas últimas noites têm sido agitadas, acordando frequentemente a gemer. Evacua abundantemente fezes pastosas de coloração normal, 2 vezes por dia. Bebe com facilidade, embora refira odinofagia.

Mantém tratamento com penicilina, 100.000 U. de 4 em 4 horas, vitamina K, rutina, recebendo nova transfusão de 200 cc. de sangue.

Em 10-9-49, muito piorada, em profunda prostração. Recusa qualquer alimento, vomitando frequentemente. Refere dores nos cotovelos, observando-se maior número de elementos purpúricos em todo o corpo.

Na madrugada deste dia, apática, com pulso inotável, embriocárdia, faleceu.



Em resumo:

Doença iniciada clinicamente há 4 meses; é seguida no serviço, durante 29 dias, recebendo 4 transfusões de sangue, num total de 1.200 cc. Faz uso constante de penicilina. A primeira transfusão dá melhoria clínica, o que já não se observa com as outras que se seguem. Durante a evolução não se aprecia qualquer melhora no aspecto hemático.

Summary:

The disease was diagnosed 4 months before observation. The patient was treated for 29 days in hospital; he received 4 blood transfusions, making a total of 1.200 cc. and permanent penicillin therapy. There was slight clinical improvement after the first blood transfusion, which was not observed after subsequent transfusions. There was not any improvement in the haematic picture.

A. A. P. C. — 16 anos de idade

Obs. — 63736

Doença actual:

Doente há 2 meses com dores nos ombros, regiões lombares, joelhos e pés. Temperaturas irregulares, atingindo por vezes 39°-40°.

Quase desde o início da doença, observou uma série de manchas escuras nas pernas e coxas (nódoas negras diz), que desapareceram nuns pontos para surgirem noutros. Vômitos alimentares frequentes. Ultimamente, a febre tornou-se diária, suando abundantemente durante a noite. Sob a direcção médica, fora do instituto, fez uma ex-sanguíneo transfusão com 15 litros de sangue e tratamento de base: extractos hepáticos, ácidos nucleóticos, complexo vitamínico B, vitamina C, estrogéneos de síntese, etc., etc.

Desde há 2 dias, tem frequentes e abundantes epistáxis.

Antecedentes pessoais e familiares sem interesse.

Observação:

Em decúbito dorsal, idade aparente 18 anos; está pálido, prostrado, febril. Tem um tamponamento na narina esquerda, que se mostra embebido em sangue. Fala lenta e dificilmente. Hálito fétido, língua saburrosa com coágulos de sangue, que, igualmente, se observam nas gengivas. Taquicárdia de 103/m. com Mx. 110 Mn. 60. 32 respirações rítmicas. Fígado 2 dedos abaixo do bordo costal, palpando-se baço, mole, indolor, 3 dedos abaixo do bordo costal.

A exploração do sistema linfático revelou: múltiplos gânglios com o volume de azeitonas — pequenas ervilhas — nas regiões cervicais, na nuca, axilas e triângulos de Scarpa. São gânglios de consistência elástica, móveis e indolores, não aderentes à pele.

Observam-se alguns elementos de púrpura na parede do tórax, abdómen e equimoses em ambas as regiões glúteas. Rumpel-Leed — positivo.

A percussão do esterno revela dor vivíssima, bem circunscrita, no terço superior do corpo deste osso. O estudo do sangue mostrou: glóbulos rubros — 4.420.000, hemoglobina — 85 %, valor globular — 0,96, glóbulos brancos — 49.300, leucoblastos — 91 %, polinucleares neutrófilos — 2 %, linfócitos — 7 %.

Internado nesta situação em 29-11-49, inicia tratamento com aminopterin na dose de 3 miligramas diários (1 miligrama de 8 em 8 horas). Recebe igualmente penicilina, vitamina K, coagulantes vários.

Em 20-11-49, tem o seguinte exame de sangue: glóbulos rubros — 4.120.000, hemoglobina — 85 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 72.900, leucoblastos — 92 %, promielócitos — 1 %, mielócitos neutrófilos — 1 %, polinucleares neutrófilos — 5 %, polinucleares eosinófilos — 1 %, plaquetas — 80.000.

Mantém-se prostrado, com hálito fétido, revelando a inspecção da orofaringe uma pequena zona de necrose no polo superior da amígdala esquerda e sufusão hemorrágica na base da língua. Continua com a narina esquerda tamponada por permanente hemorragia.

Em 2-12-49, observa-se extensa sufusão sanguínea no ombro esquerdo. Mantém-se os anteriores elementos de púrpura a que se juntam novos elementos no tórax, ventre e pernas. Continua a hemorragia nasal. A situação hemática é a seguinte: glóbulos rubros — 3.680.000, hemoglobina — 70 %, valor globular — 0,95, glóbulos brancos — 47.100, leucoblastos — 92 %, promielócitos neutrófilos — 1 %, mielócitos neutrófilos — 1 %, polinucleares neutrófilos — 2 %, linfócitos — 4 %, plaquetas — 80.000.

Mantém-se o tratamento com aminopterin, e recebe uma transfusão de 300 cc. de sangue.

Na tarde deste dia, observa-se abundante hematúria, não precedida de qualquer queixa.

Em 3-12-49, com os mesmos elementos cutâneos, mantém a epistáxis e urinas hemáticas. Pulso mole, díctro, a 160/m com 42 respirações rítmicas. Está muito agitado, confuso, incapaz de se exprimir.

Tem alta a pedido, falecendo 2 dias depois.

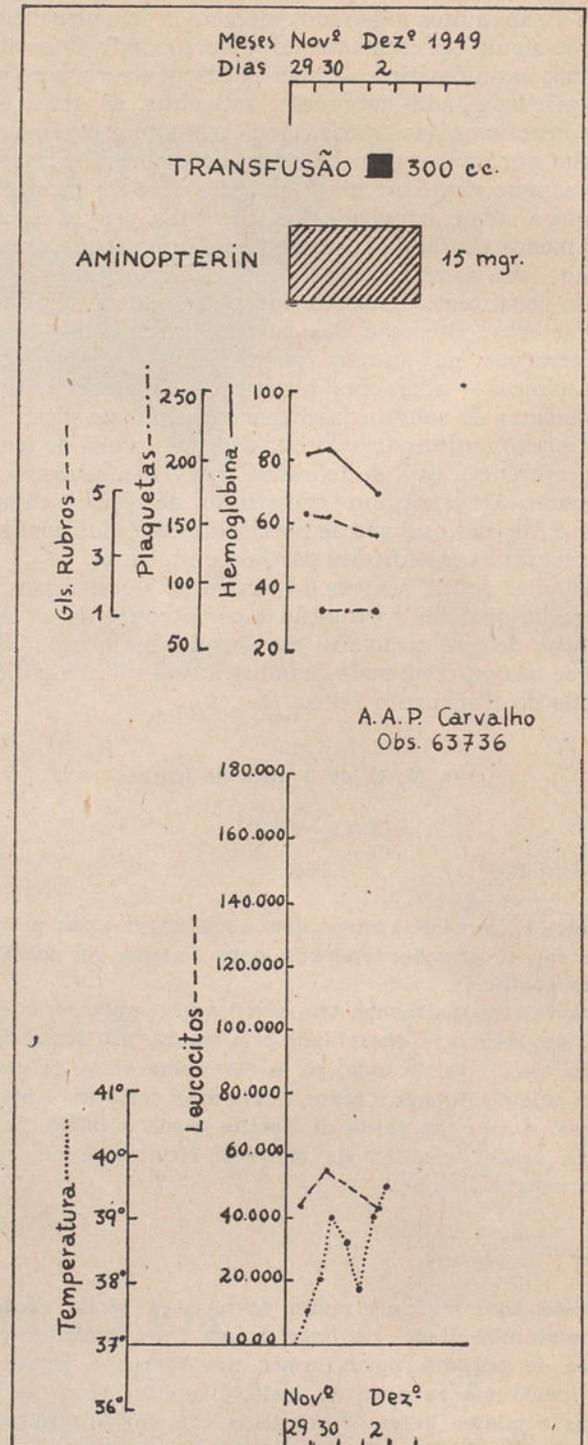
Total de aminopterin — 15 miligramas.

Sumário:

Doente com leucémia aguda, chega até nós com 2 meses de evolução averiguada, tendo recebido neste espaço de tempo uma ex-sanguíneo transfusão com 15 litros de sangue.

Forma de doença em que predomina o componente hemor-

rágico, evolui indiferentemente à terapêutica instituída—15 miligramas de aminopterin em 5 dias.

**Summary:**

The patient suffering from acute leukemia was observed after an evolution of two months during which he received a complete blood transfusion (15.000 cc.).

The disease was characterized by the predominance of the haemorrhagic component. The therapeutic used, 15 mg. aminopterin in 5 days did not show any influence in the evolution of the disease.

V. M. F. — idade: 3 anos

Obs. — 65218

Doença actual:

Doente há cerca de 3 meses, tendo o início da doença coincido com o aparecimento de uma erupção de pequenos elementos róseos nos membros inferiores. Estes elementos, levemente proeminentes, indolores tinham áreas que compara a moedas de 5 escudos. Sem febre, andava de pé, observando-se a boca inflamada. Cerca de 20 dias mais tarde, tem abundante hemorragia nasal com simultâneo aparecimento de múltiplos elementos vermelhos, como cabeças de alfinete, nas pernas e coxas. Nesta data é internado no Hospital

da Estefânia, onde permaneceu 17 dias. Frequentemente febril neste período, sofre igualmente de dores nos ossos das pernas e pés.

Observação:

Pálido, com mucosas descoradas, idade aparente 3 anos. Descamação furfurácea da pele da face. Prostração.

Múltiplas crostas de impetigo pelo tronco e membros inferiores, alguns elementos vesiculosos hemorrágicos. Múltiplos e pequenos gânglios, indolores, móveis, com o volume de ervilhas, avelãs nas regiões cervical, nuca, axilas e triângulos de Scarpa. Não se palpa baço, revelando o exame de sangue: glóbulos rubros — 1.120.000, hemoglobina — 20 %, glóbulos brancos — 7.100, leucoblastos — 94 %, polinucleares neutrófilos — 6 %; observam-se 3 normoblastos acidófilos.

Inicia tratamento em 25-1-50, com aminopterina na dose de 0,5 miligrama diário; recebe penicilina, 100.000 U. de 4 em 4 horas.

Em 2-2-50, muito melhorado; lesões de impetigo quase totalmente desaparecidas (tem feito continuamente penicilina). Come com apetite, pedindo os alimentos. Sob a dose de aminopterina para 1 miligrama diário. Gânglios sem modificação aparente.

trófilos — 5 %, mielócitos eosinófilos — 1 %. Continua com penicilina, retomando a aminopterina na dose de 1 miligrama diário.

Em 23-3-50, está prostrado, vomitando frequentemente. Muitos elementos de púrpura, moderada melena. Baço — 1 a 2 dedos abaixo do bordo costal. O baço é mole e indolor.

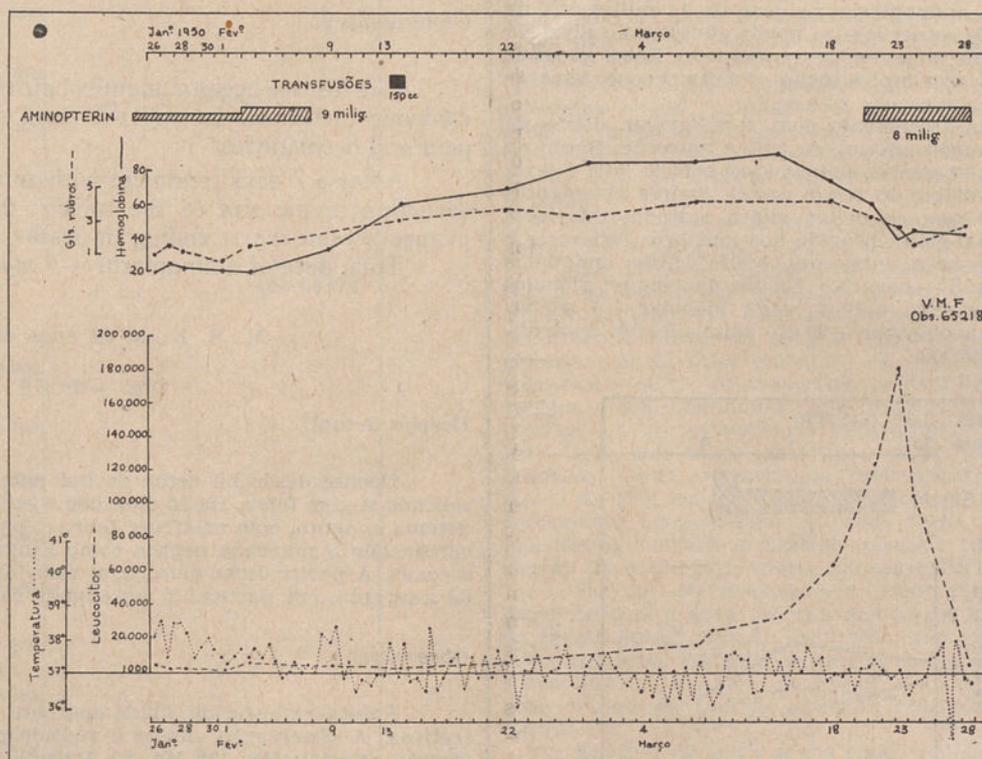
Em 23-3-50, está no mesmo estado de prostração. Hálito fétido, enantema das amígdalas e pilares. Pulso a 122/minuto.

Em 24 e 25-3-50, permanece apático, baço 3 dedos abaixo do bordo, gânglios sem modificação, revelando o estudo do sangue nesta data: glóbulos rubros — 2.100.000, hemoglobina — 45 %, glóbulos brancos — 106.500, leucoblastos — 96 %, metamielócitos neutrófilos — 1 %, polinucleares neutrófilos — 1 %, polinucleares eosinófilos — 1 %, linfócitos — 1 %.

Em 27 e 28-3-50, observam-se novos elementos de púrpura, enquanto outros mais antigos empalideceram. Gânglios sem modificação, baço descendo 3 dedos abaixo do bordo costal.

Faleceu na manhã de 29-3-50, revelando o exame da véscera: glóbulos rubros: 2.020.000, hemoglobina — 44 %, glóbulos brancos — 4.700, leucoblastos — 89 %, polinucleares neutrófilos — 6 %, mielócitos eosinófilos — 1 %, linfócitos — 4 %.

Dose de aminopterina no 1.º tratamento — 9 miligramas; dose de aminopterina no 2.º tratamento — 8 miligramas. Total: 17 milig.



Tem, nesta data: hemoglobina — 20 %, glóbulos rubros — 940.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 4.200, polinucleares neutrófilos — 25 %, leucoblastos — 74 %, bastonetes — 1 %; normoblastos policromatófilos — 1 %.

Em 6-2-50, muito pálido com mucosas descoradas, faz tratamento com ferro — 1 grama diário, 1 forma de hepolon. Suspende a aminopterina com a dose total de 9 miligramas.

O estudo do sangue revelava: hemoglobina — 36 %, glóbulos rubros — 1.640.000, valor globular — 1, glóbulos brancos — 2.300, leucoblastos — 98 %, polinucleares neutrófilos — 2 %. Gengivorragia abundante, recebendo em 14-2-50, uma transfusão de 150 cc. de sangue.

Em 17-2-50, está sem queixas, moderados suores nocturnos. Não tem tido vômitos; doente com excelente apetite. Gânglios sem modificação. Não palpa baço.

O estudo do sangue revelava: melhoria da série rubra e branca — hemoglobina — 60 %, glóbulos rubros — 3.060.000, valor globular — 0,97, glóbulos brancos — 2.500, linfócitos — 4 %, polinucleares neutrófilos — 20 %, leucoblastos — 74, mielócitos — 2 %.

Em 28-2-50, está bem; anda ágilmente na enfermaria. Bem corado, dir-se-ia sem doença. Gânglios reduzidos de volume moderadamente, palpando-se baço 2 dedos abaixo do bordo costal. Tem a seguinte situação hemática: glóbulos rubros — 3.320.000, hemoglobina — 64 %, glóbulos brancos — 7.200, leucoblastos — 44 %, polinucleares neutrófilos — 53 %, polinucleares eosinófilos — 1 %, linfócitos — 2 %. Nove dias mais tarde não se palpa baço, não se observando modificação ganglionar. Brinca na enfermaria, registrando-se 10 dias depois novos gânglios com localização submaxilar. Tem agora: hemoglobina — 85 %, glóbulos rubros — 4.560.000, valor globular — 0,93, glóbulos brancos — 18.100, eosinófilos — 1 %, mielócitos — 9 %, metamielócitos — 14 %, bastonetes — 1 %, segmentados — 56 %, linfócitos — 19 %; normoblastos policromatófilos — 26 %.

Em 21-3-50, moderada epistáxis com simultâneo aparecimento de múltiplos elementos de púrpura na face, pescoço e tronco. Múltiplos e pequenos gânglios na nuca, regiões cervicais, axilares e triângulos de Scarpa. Ponta de baço palpável, não se palpando fígado. Exame de sangue revela: glóbulos rubros — 2.800.000, hemoglobina — 60 %, glóbulos brancos — 125.500, leucoblastos — 90 %, mielócitos neutrófilos — 3 %, bastonetes neutrófilos — 1 %, polinucleares neu-

Sumário:

Doença com pelo menos três meses de evolução, é seguida no serviço durante 2 meses. Tratado com aminopterina e penicilina, recebe igualmente uma transfusão de sangue. Rápida melhora clínica é acompanhada de melhora hemática, melhora que se não mantém e o doente falece com múltiplos elementos de púrpura, com baço e gânglios que aumentam de volume, sob a ministrarção da aminopterina.

Summary:

The patient had a previous history of at least 3 months and was observed in Hospital for two months. The treatment was with aminopterina, penicillin and blood transfusion. There was immediate clinical improvement, the patient was able to get up and had a good appetite. Clinical improvement was accompanied by improvement in the haematic picture. The improvement did not last and the patient died showing purpura elements, enlarged spleen and glands, which was observed even under treatment with aminopterina.

C. M. S. — Idade: 14 anos

Obs. — 74.880

Doença actual:

Há cerca de dez dias adoeceu com extrema fadiga, anorexia e palidez. Não tinha febre. Dois dias mais tarde, sentiu-se vertiginoso, com abundante suores, violentas dores lombares, anorexia. No dia seguinte, já de cama pelas vertigens e lombalgias, teve 38°2. Lombalgia progressivamente violenta, tornou-se intolerável, forçando

o médico assistente a recorrer à morfina. Desde esta altura que tem moderada dor na garganta em especial ao engulir saliva.

Antecedentes pessoais:

Teve, há cerca de dois meses, síndrome febril classificada como gripe, que o forçou a passar 4 dias na cama, após o que ficou muito asteniado.

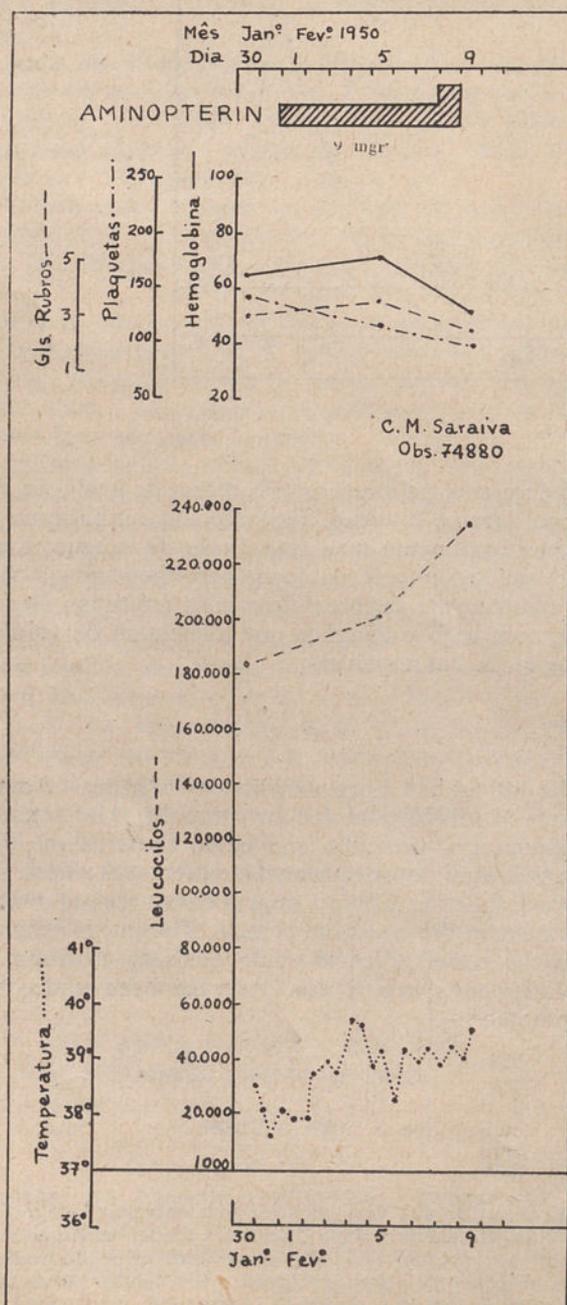
Observação:

Bom estado geral. Pele e mucosas bem coradas. Língua saburrosa, seca, hálito fétido; ponta de baço descendo 1 dedo abaixo do bordo costal. Múltiplos gânglios na nuca e pescoço com o volume de ervilhas e cerejas. Gânglios com o volume de avelãs nas axilas e triângulos de Scarpa. Alguns destes gânglios são dolorosos à palpação.

É admitido no serviço em 30-1-51 com violentas lombalgias e urinas hemáticas. O exame de sangue feito nesta data mostrava: glóbulos rubros — 3.000.000, hemoglobina — 65 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 184.000, leucoblastos — 91 %, mielócitos neutrófilos — 3 %, linfócitos — 1 %, plaquetas — 140.000, plasmocitos — 4 %.

Medicado com penicilina, eucodal, etc., inicia, 24 horas depois, (1-2-51) tratamento com aminopterin na dose de 1/ miligrama de 12 em 12 horas. Em 2-2-51, observam-se novos gânglios ao nível da região sub-maxilar direita e masseter do mesmo lado. Estes gânglios são dolorosos à palpação, ao simples toque. Vomita frequentemente vômitos biliosos.

Em 5-2-52, mantém tratamento com 1 miligrama diário de aminopterin; franca coloração icterica da pele e mucosas. Bordo do fígado, 2 dedos abaixo das costelas, palpando-se o baço, que é levemente doloroso, 3 dedos abaixo do bordo costal. Suores abundantes e permanente cefaleia. Passa as noites muito agitado, referindo, além do mais, extremo mal-estar, prurido nos membros inferiores e discreta epistaxis. Língua seca, saburrosa, hálito fétido, amígdalas e pilares livres. Rumpel-leed — negativo. Exame de sangue: glóbulos rubros — 3.660.000, hemoglobina — 70 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 200.000, leucoblastos — 99 %, polinucleares neutrófilos — 1 %, plaquetas — 120.000.



Em 8-2-51, sete dias depois de ter iniciado tratamento com aminopterin, observa-se notável redução no volume do baço, que rasa agora o bordo costal. Tem, neste momento, o seguinte exame de sangue: glóbulos rubros — 2.460.000, hemoglobina — 50 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 236.000, leucoblastos — 98 %, polinucleares neutrófilos — 2 %, plaquetas — 100.000. Violenta lombalgia que força o doente a decúbito lateral com o tronco fletido sobre as coxas. Passa as noites muito agitado, inquieto, delirando. Suores nocturnos e diurnos abundantes. Pulso a 120/minuto e 22 respirações. Está inconsciente na tarde deste dia, falecendo durante a noite.

Comentário:

Doença cujo início é marcado por episódio classificado de gripe há cerca de 2 meses. Entre as queixas, toma grande relevo a lombalgia e hematúria. Aos 7 dias de tratamento com aminopterin, apenas notamos redução do volume do baço com agravamento do quadro clínico e hemático, seguido de morte.

Dose total de aminopterin: 9 miligramas.

Commentary:

The disease began 2 months before, under the suspicion of epidemic influenza. Among the main complaints were lumbar pain and haematuries.

After a 7 days treatment with aminopterin there was only reduction in the size of the spleen; the clinical and haematic picture became worst ending in death.

Total dose of aminopterin — 9 mgrs.

M. R. F. de 59 anos de idade

Obs. — 68.376

Doença actual:

Doente desde há cerca de um mês com fadiga, palidez, não sabendo se com febre. Há 15 dias, como se sentisse pior com profunda astenia e, agora, com calafrios, febre e lombalgias, recolheu à cama, verificando 5 manchas negras como sangue derramado nas pernas e coxas. A partir desta data, tem, com intensidade crescente, dores de garganta, em particular, ao engolir saliva.

Observação:

Pálida, emagrecida, idade aparente 65 anos. Amígdalas hipertroficadas. A observação clínica e radioscópica do tórax é negativa. Tensão arterial: Mx. 130 Mn. 60. Pulso a 108/m. Temp. 36°,8.

Múltiplos e pequenos gânglios como azeitonas, nas regiões cervicais, fossas supra-claviculares, nuca e axilas. Não se palpam gânglios nos triângulos de Scarpa, nem se palpa baço.

Seis placas equimóticas nas pernas e coxas com áreas de moedas de 5 a 10 escudos. Rumpel-Leed — negativo. Na pele das regiões da parede anterior do tórax e no abdómen observa-se uma série de elementos infiltrantes, papulosos com áreas oscilando entre cabeças de fósforos e lentilhas, que não desaparecem sob pressão. Têm coloração vermelho-pálido, confluindo em alguns pontos. O exame histológico de um destes elementos revelou: epitélio de espessura aumentada, bem conservado mas em ligeira disqueratose. No córion vêem-se focos de infiltração por células linfóides de tipo jovem — infiltração leucémica.

Em 25-5-50, com: glóbulos rubros — 3.260.000, hemoglobina — 55 %, valor globular — 0,84, glóbulos brancos — 30.900, leucoblastos — 94 %, polinucleares neutrófilos — 6 %, plaquetas — 80.000, inicia tratamento com Aureomicina na dose de 500 miligramas, de 4 em 4 horas.

Em 29-5-50, observa-se exsudado branco-amarelado, cobrindo a amígdala esquerda. Vomita frequentemente, referindo dores na garganta, observando-se no dia seguinte, uma série de hemorragias punctiformes no polo superior da amígdala esquerda.

Em 2-6-50, revelando o exame de sangue: glóbulos rubros — 2.660.000, hemoglobina — 58 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 215.100, leucoblastos — 94 %, polinucleares neutrófilos — 6 %, começa tratamento com Aminopterin na dose de 1 miligrama de 8 em 8 horas. Vomita frequentemente, atribuindo os vômitos à Aureomicina, que mantém no ritmo de 500 miligramas de 4 em 4 horas. Em 3-6-50, observam-se mais elementos cutâneos, no tórax e ventre, papulosos de coloração vermelho-pálido e alguns elementos mais raros, dispersos no dorso. Continua a não palpar-se o baço.

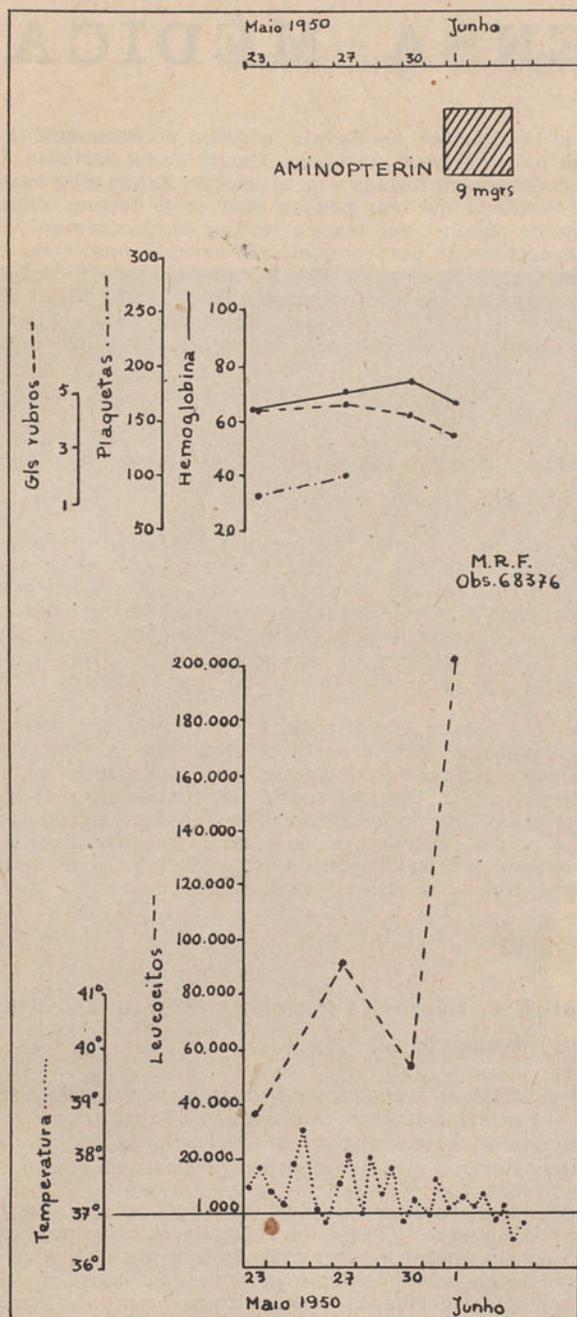
Em 4-6-50, muito prostrada, apática. Intensa odinofagia e frequentes vômitos. Sufusão sanguínea no bordo da pálpebra superior direita. Extensa sufusão sanguínea em ambas as nádegas com a área da palma de uma mão. Múltiplos elementos de púrpura no tronco, ventre e membros inferiores. Os elementos infiltrantes, papulosos, do tronco e ventre, apresentam-se mais pálidos. Pulso a 120/m., 28 respirações rítmicas.

Faleceu na tarde deste dia, tendo recebido: 9 miligramas de Aminopterin e 12,5 gramas de Aureomicina.

Comentário:

Doente de 59 anos, é acometida de doença de evolução rápida, que se apresenta com astenia e diátese hemorrágica. Na pele aparecem elementos específicos da doença — infiltrações leucémicas.

A doença evolue indiferentemente ao tratamento instituído: Aureomicina e aminopterina.



Commentary:

Patient 59 years old, with a disease rapid evolution, presenting asthenia and haemorrhagic diathesis. Specific elements of the disease — leukemic infiltrations — were seen in the skin.

The administration of Aureomicine and Aminopterin didn't interfere with the evolution of the disease.

A. C. P. P., estudante. Idade — 16 anos

Obs. — 64.482

Doença actual:

Doente há cerca de 5 meses, tendo tido, nesta data, dores moderadas no ventre, febre até 40°, obstipação durante 4-5 dias. Mantendo a mesma sintomatologia, piora, há 3 meses com febre a 40°, mal-estar abdominal, muita sede e completa perda de apetite. Evacua, diàriamente, fezes moldadas, tendo permanecido de cama 8 dias com estado vertiginoso, vomitando algumas vezes. Embora se sentisse doente, fatigado e desinteressado, voltou às aulas, até que, há mês e meio, começou com calafrios, que duravam cerca de meia hora, seguidos de temperatura até 40°. Calafrios diários no início, tomaram aspecto irregular, tornando-se ultimamente raros. A partir desta data, tem dores moderadas junto do bordo costal esquerdo.

Desde há cerca de 15 dias, que tem dores ósseas, por vezes intensas nos punhos, ombros e joelhos, sobretudo ao fazer movimentos. Há 10 dias, observou aparecimento de vários nódulos, indolores, no pescoço, axilas e virilhas e, simultaneamente, prurido nos braços e pernas.

Antecedentes pessoais:

Sempre saudável. Refere moderada dor, junto do bordo costal esquerdo desde há 2 anos, ao correr ou saltar.

Observação:

Regular estado geral e de nutrição. Face pálida, mucosas regularmente coradas. A exploração clínica e radiológica do tórax é inteiramente negativa. Mx. 105 Mn. 60. Baço, 6 dedos abaixo do bordo costal, indolor à palpação. Fígado, 3 dedos abaixo do bordo costal, de superfície lisa, não sendo possível contornar o bordo.

Múltiplos e pequenos gânglios nas regiões cervical e supra-clavicular, bilaterais, móveis e indolores. Múltiplos gânglios sub-maxilares, mais numerosos à direita, atingindo o volume de pequenas avelãs. Pequenos gânglios em ambas as axilas, como cerejas, levemente dolorosos, tal como nos triângulos de Scarpa. A palpação do terço médio do esterno, do bordo anterior, terço médio da tibia esquerda e do cotovelo esquerdo são muito dolorosas.

Em 2-1-50, com um exame de sangue que revelou: glóbulos rubros — 3.840.000, hemoglobina — 79 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 292.000, leucoblastos — 45,5 %, promielócitos — 30,9 %, mielócitos — 5 %, polinucleares neutrófilos — 12,7 %, mielócitos E. — 0,9 %, polinucleares eosinófilos — 0,9 %, linfócitos — 3,2 %, monócitos — 0,9 %. Inicia tratamento com aminopterin, na dose de 1 miligrama de 8 em 8 horas e recebe 300.000 U. de penicilina de 8 em 8 horas.

Em 9-1-50 — anorexia, 4-5 dejeções diarreicas diárias, observando novos gânglios na nuca. Discreta epistáxis.

Em 11-1-50 — Profusa epistáxis, que require tamponamento. Rubor da orofaringe, gânglios e baço sem modificação aparente. Para a aminopterin com dose total de 27 miligramas em 9 dias, revelando o estudo do sangue: glóbulos rubros — 2.420.000, hemoglobina — 50 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 354.200, leucoblastos — 68 %, promielócitos neutrófilos — 11 %, mielócitos neutrófilos — 6 %, metamielócitos neutrófilos — 6 %, bastonetes neutrófilos — 1 %, polinucleares neutrófilos — 2 %, mielócitos eosinófilos — 4 %, mielócitos basófilos — 2 %; observam-se normoblastos basófilos — 1 %, normoblastos policromáticos — 3 %, normoblastos A — 1 %. Faz uso de vitamina K, cálcio, coaguleno, etc., iniciando tratamento com uretano, na dose diária de 3 gramas. Três dias mais tarde, mantém-se discreta epistáxis, referindo odinofagia. A inspecção da orofaringe revela apenas rubor.

Em 19-1-50, observa-se sufusão sanguínea, ao nível do joelho esquerdo com a área de uma moeda de 5 escudos, sufusão ao nível da região dorsal da mão esquerda, mais pequena, mantendo-se discreta epistáxis. Gânglios e baço sem modificação aparente. Recebe transfusão, gota-a-gota, de 300 cc. de sangue. Continua com 3 gramas diárias de uretano e inicia tratamento com estrogénios de síntese.

Em 21-1-50, sente-se um pouco melhor, sem odinofagia, embora com leve dor no hipocôndrio esquerdo. Mantém-se, embora intermitente, discreta epistáxis. Baço e gânglios sem alteração. O exame de sangue revelava: glóbulos rubros — 2.600.000, hemoglobina — 52 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 161.000, leucoblastos — 81 %, promielócitos neutrófilos — 3 %, mielócitos neutrófilos — 2 %, metamielócitos neutrófilos — 4 %, polinucleares neutrófilos — 3 %, mielócitos eosinófilos — 3 %, linfócitos — 4 %; observam-se normoblastos basófilos — 1 %, normoblastos P — 5 %, normoblastos A — 1 %, plaquetas — 120.000.

Em 27-1-50, isto é, depois de 16 dias de trabalho, retoma a aminopterin, agora na dose de 1 comprimido diário — 1 miligrama.

Em 31-1-50, observam-se alguns elementos de púrpura no hipogastro e membros inferiores. Rumpel-lead — negativo. Baço doloroso. Pulso-rítmico a 112/minuto e 40 ciclos respiratórios por minuto. Abundantes suores nocturnos. É o seguinte o exame de sangue: glóbulos rubros — 1.680.000, hemoglobina — 30 %, glóbulos brancos — 143.600, valor globular — 0,89, leucoblastos — 82 %, promielócitos neutrófilos — 7 %, mielócitos neutrófilos — 3 %, metamielócitos neutrófilos — 2 %, bastonetes neutrófilos — 2 %, polinucleares neutrófilos — 2 %, linfócitos — 2 %; normoblastos basófilos — 1 %, normoblastos P — 1 %, normoblastos-A — 5 %. Para o uretano com a dose total de 63 gramas, em 21 dias, sem qualquer benefício. Continua com estrogénio diário e 1 miligrama diário de aminopterin.

Em 2-2-50, passou a noite melhor, sem suores. Mucosas extremamente descoradas, amígdalas e pilares livres. Pulso a 112/minuto om 32 respirações. Gânglios sem modificação, baço 7-8 dedos abaixo do bordo, doloroso em alguns pontos da superfície. Mantém-se os elementos de púrpura e sufusões, embora mais desvanecidos.

A exploração do esqueleto revela dor no terço inferior do fémur, face interna, e no terço inferior do esterno em áreas perfeitamente circunscritas. Evacua, diàriamente, fezes pastosas.

Em 5-2-50, volta a ter abundante epistáxis. Quelite úlcero-hemorrágica iniciada há 2 dias — pequenas úlceras com a área de um grão de arroz, no lábio superior e inferior. Para a aminopterin com a dose total, nesta segunda série, de 10 miligramas, em 10 dias. O exame de sangue revelava: glóbulos rubros — 1.152.000, hemoglobina — 32 %, valor globular — 1, glóbulos brancos — 104.300, leucoblastos — 97 %, promielócitos neutrófilos — 3 %; normoblastos policromáticos — 1 %.

(Conclue no próximo número)

MOVIMENTO MÉDICO

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

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Anátomo-patologia de um caso mortal de Sensibilização à Penicilina. — Amer. J. of Path., 28: 437; 1952.

Descreve-se, neste artigo, um caso rapidamente mortal de hipersensibilidade à penicilina, em uma doente que já anteriormente revelara queixas sugestivas dessa hipersensibilidade.

Os principais dados, fornecidos pela autópsia, foram os seguintes: marcada miocardite intersticial difusa — que ficou rotulada como a causa directa da morte — lesões inespecíficas de arterite aguda e subaguda e lesões granulomatosas do fígado, baço e rins. Estas últimas lesões eram absolutamente semelhantes às encontradas em casos de sensibilização às sulfamidas ou em quaisquer outros estados de hipersensibilidade de longa duração.

Origem Arterial da Substância Hipertensiva — in Revista Clin. Española, 44: 300; 1952.

Jimenez Diaz e alguns colaboradores (Barreda, Molina e Alcalá) procuraram estudar a origem da substância hipertensiva responsável pelo aumento da pressão arterial.

Nesse sentido conduziram, especialmente, três ordens de experiências:

1.ª) Em cães em que o sistema circulatório tinha sido previamente dividido em duas partes distintas (a) uma, mantida pelo próprio coração, na metade superior do corpo; e b) outra, na metade inferior, mantida por perfusão contínua, à custa de um outro cão, dador) provocaram-se estímulos vagais, na metade superior do corpo, particularmente na cabeça. Aqueles estímulos sempre provocaram hipertensão, em ambos os «sistemas» circulatórios dos cães, o que para os AA. é prova de que a substância hipertensora não é segregada no cérebro e lançada só aí na circulação, como muitos outros investigadores pretendem.

2.ª) Em cães, estimulados de maneira semelhante, mas submetidos, previamente, à secção de um segmento da medula cervical, já não foi possível verificar-se hipertensão arterial.

3.ª) Finalmente, foi possível comprovar hipertensão arterial nos cães dadores, descritos na 1.ª ordem de experiências, o que mostra que a excitação vagal transmitida à metade inferior do corpo, vai permitir aqui a libertação da substância hipertensiva, que depois passa igualmente ao cão-dador.

Em face destes resultados, os AA. não crêem que a substância hipertensiva seja segregada pelo cérebro e pensam que deve ser produzida na própria parede arterial, perante diversos estímulos.

Embora ainda não tenha podido conhecer-se qual a exacta natureza química daquela substância, sabe-se já que, por ex., a N. N.-dibenil-β-cloroetilamina («Dibenamina») exerce sobre ele um marcado efeito inibitório.

L. C. M.

Atebrina na Disenteria amebiana, Giardíase e outras Parasitoses intestinais — J. Royal Egyptian Med. Ass. — 1948, May, v. 31, N.º 5, 456-60.

Parece continuar a confirmar-se a acção marcada da atebrina ou mepacrine dos autores anglo-saxónicos) em várias parasitoses intestinais.

Y. A. El Ghaffar, no Egipto, estudou recentemente a acção da atebrina na disenteria amebiana. Dando doses variadas de atebrina a 20 doentes com formas vegetativas de *Entamoeba histolytica* nas fezes, verificou que em poucos dias essas formas diminuam rapidamente de número, nas fezes e, ao fim de uma semana, tinham em todos desaparecido por completo. E, excepto num caso, não se conseguiram ver mais formas até 2 semanas após o tratamento.

Verificou também que outras infestações associadas (principalmente por *Giardia intestinalis* e *Trichomonas hominis*) desapareceram rápida e totalmente com as doses maiores que empregou.

L. C. M.

Atebrina como Tenifugo. — «Presse Medicale» — N.º 73 18-12 48.

Descobriu-se a acção tenifuga marcada da atebrina, por acaso, na América do Sul, a partir das grandes campanhas profiláticas anti-palúdicas de 1944. Aponta-se um sucesso seguro e definitivo em caso de *ténias* (*saginata*, *solium*, *hymenolepis*, etc.), e de *botriocéfalo*. A terapêutica é cómoda e se seguida como deve ser, inofensiva. P. Barrelet diz não ter mesmo notado, em numerosos casos a coloração amarela fugaz das escleróticas, por vezes assinalada.

Doses indicadas: A partir das 12 h. da véspera, dieta láctea absoluta e repouso no leito; a partir das 0 h. dieta absoluta; à noite um clister para limpar o cólon, que se deve repetir na manhã seguinte, nessa manhã, tomam-se então 80 centigramas de atebrina e permanece-se deitado no leito; tomam-se, 4 horas depois, uns 30 g. de sulfato de sódio em 200 c. c. de água (que se repetem 2 horas depois, se não se tiver verificado qualquer efeito). Após a expulsão da ténia, pode tomar-se uma refeição ligeira.

L. C. M.

Bogalita na Espúndia (Leishmaniose cutâneo-mucosa americana) e na lepra.

Alguns médicos argentinos e brasileiros têm usado com certo êxito um novo quimioterápico que denomina «Bogalita», na espúndia (leishmaniose cutâneo-mucosa sul-americana). A Bogalite é uma mistura de metanal-sulfito de sódio com formaldéido de sódio.

Foi usada na espúndia na dose de 15 gr. diários (dado sob a forma de sol. aquosa a 10% em injeção endovenosa) por uns 2 meses. Parece melhorar e curar mais lentamente do que as drogas antigamente dadas na espúndia; mas como pode ser dada também per os, o que não sucedia às outras drogas, tem essa vantagem. Nas doses usadas nunca provocou qualquer intoxicação ou perturbações sanguíneas, renais, hepáticas, etc.

Mais recentemente, aqueles investigadores sul-americanos estão a usar a «Bogalita» na lepra com certas esperanças, não estando contudo, ainda publicados quaisquer resultados seguros.

L. C. M.

ECOS DA IMPRENSA MÉDICA

Miels e Moyer afirmam, no número de Novembro dos «Archives of International Medicine», que o Aexametónio é a melhor droga para o tratamento oral prolongado da hipertensão, sendo o «Beriloid» a droga de escolha, em administração intravenosa, para uma curta redução da pressão sanguínea nas crises hipertensivas.

Evans e colaboradores, no número de Dezembro da «Circulation», apresentam como resultado das suas investigações clínicas, uma opinião favorável em relação ao valor prático, da determinação, quantitativa, do urobilinogéneo urinário no enfarte do miocárdio, como prova de diagnóstico deste. O aumento, significativo, daquele, foi verificado nos casos dos autores.

Bucalo apresenta, no «American Journal of the Medical Sciences» de Dezembro de 1952, as conclusões a que chegou a respeito da incidência da colelitíase nos doentes portadores de cirrose de Laennec. Segundo elas a litíase biliar não é mais frequente nos cirróticos do que nos indivíduos que não são portadores dessa hepatopatia.

Anderson e colaboradores apresentam no número de Novembro dos «Archives of Internal Medicine», três casos de enfarte agudo do miocárdio complicados de hemopericárdio, sem ruptura do miocárdio ou das artérias coronárias. Apenas um desses doentes estava realizando terapêutica anticoagulante.

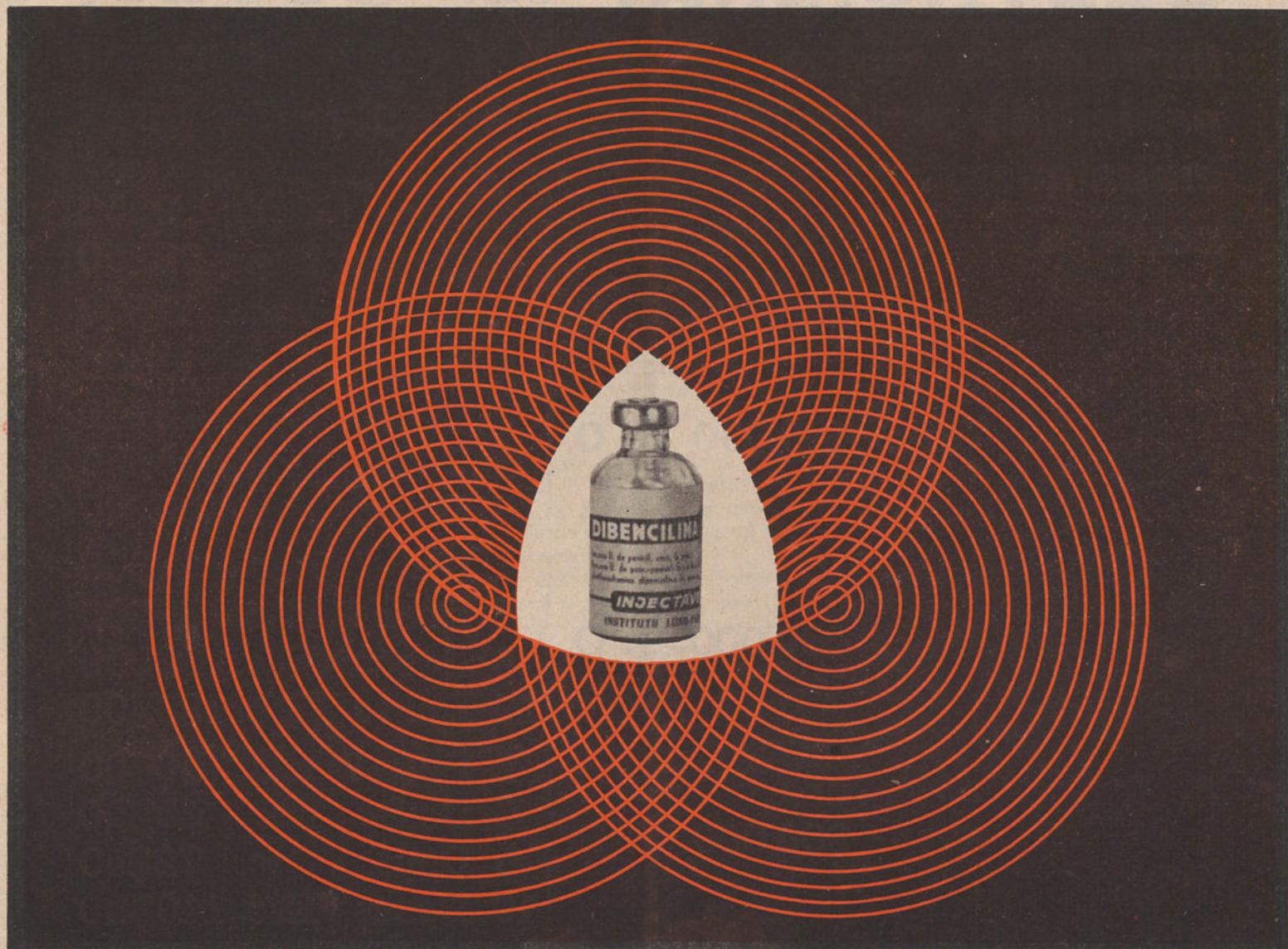
UM NOVO PROGRESSO NA PENICILINATERAPIA

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

BAIXA DE PREÇOS

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

DELTACILINA em DOSES,

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

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



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — 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

SUPLEMENTO

AINDA ACERCA DA SEGURANÇA SOCIAL

Em artigo publicado no n.º 78 deste semanário, procurei, com a devida discreção, focar alguns aspectos da discutida reforma da Previdência no nosso País, no sentido de, em face dum problema tão delicado, atenuar «indecisões» e «confusões» prejudiciais, na altura da sua discussão.

Verifico, depois do que posteriormente se disse e ocorreu, que não se conseguiu tal objectivo.

No n.º 86, disse o colega Dr. Mário Cardia que eram inconsistentes os argumentos por mim invocados e por outros — entre os quais deve considerar-se a Comissão de Peritos da Organização Mundial de Saúde sobre a Norma mínima da Segurança Social.

Por isso e por não concordar com tal opinião, eis-me de regresso ao assunto, em que procurarei, na medida do possível, evitar a repetição do que já disse e que, por considerar exacto, continuo mantendo.

Na representação entregue, em Dezembro de 1943, pelo Conselho Geral da nossa Ordem, ao Sr. Presidente do Conselho, preconizava-se, para todos os organismos corporativos, a remuneração de 2.000\$00 mensais para o médico prestando assistência clínica a um grupo de quinhentas pessoas.

Foi mais ou menos nesta base que se estabeleceram as remunerações nos Serviços Médico-Sociais; com a incorporação de novas Caixas e dos agregados familiares e as medidas de restrição a novas nomeações, foi-se modificando a situação. Assim, havendo actualmente naqueles Serviços cerca de 1.000 pessoas por cada médico — aproximadamente umas 100.000 pessoas no Porto para 100 médicos e 200.000 em Lisboa para 200 — há manifesta sobrecarga de serviço e remuneração insuficiente, como tem sido afirmado por diversos, entre eles a nossa Ordem.

Como a Previdência não pode dar o que não tem e, por isso, no regime agora preconizado da remuneração *per capita*, só virá a gastar o mesmo que até agora, qual será a capitação mensal a estabelecer?...

Consta que irá pouco além de 1\$00, cerca de metade da avença dum barbeiro na província, habitualmente afreguezado ao ano por um alqueire de milho!!... (1)

Comparando com o exposto na mencionada representação de 1943, deve a avença andar pela terça parte do que nela se pedia!...

(1) Consta-nos que em Sever do Vouga se está fazendo a remuneração pela assistência ao pessoal da Moagem, etc., a razão de 1\$50 mensais por pessoa.

Será isto vantajoso para a nossa classe e, em particular, para os colegas do Porto e Lisboa?!...

Não será caso para se afirmar ser pior a emenda que o soneto e fazerem as novas reivindicações progressos de caranguejo ou, pior ainda, marcha regressiva?!...

Não me parece de encomiar tão desolador panorama!!...

No relatório publicado no Boletim do Conselho Geral da nossa Ordem, referente a 1952, menciona-se uma capitação na Inglaterra equivalente a 18.000\$00 mensais por 2.200 pessoas ou seja 8\$14 por pessoa, mas nada se diz do que virá a ser em Portugal, embora a nossa Ordem deva estar ao par do que alvitrou a Comissão, em que estava representada, constituída para rever a nossa Previdência!...

Para não haver surpresas desagradáveis, melhor seria que alguma coisa se tivesse dito a tal respeito!!... A Previdência está longe de ser a «mina» que muitos julgam!... Mas, uma vez que tanto se insiste pela adopção do novo sistema, porque não o ensaiar primeiro num meio limitado, em Coimbra, por exemplo?!...

Só depois de tal experiência se poderá decidir convenientemente.

Aos Serviços Médico-Sociais pouco importará a adopção do novo sistema, desde que possam controlar as baixas por meio de médico-inspectores e gastar com tudo, incluindo um pessoal médico muito mais numeroso, o mesmo que até agora.

Repartir por cerca de 700 médicos, no Porto — onde há mais de 800, sem contar os dos concelhos limítrofes — o pouco que agora se dá a uns 100, será coisa de tentar?!...

Meditem os dirigentes da nossa classe no assunto e não queiram depois a responsabilidade do que resultar de tudo isto!!...

Não se insinue que estou defendendo a minha posição, pois, tendo já levado os filhos à conclusão dos respectivos cursos, pode considerar-se virtualmente no termo a minha vida profissional.

*
* *

O sistema *per capita* é viável na Inglaterra, França, etc., mas à custa de verbas muito mais elevadas. Enquanto em Portugal se desconta para a Previdência (excluindo o desemprego) 20,5% dos ordenados e salários — percentagem que no aviso prévio do Sr. Prof. Cerqueira Gomes se afirma não poder ser excedida (sic) — em França desconta-se 34,5%, fora a participação a cargo do Estado.

Quanto à liberdade de escolha do

médico, mais motivo literário do que assunto prático, basta ler o referido relatório do Boletim do Conselho Geral, referente a 1952, para ver que só terá lugar dentro da área de cada Posto. E, se os interessados pretendem escolher o médico numa área adjacente, muitas vezes com residência mais próxima?!... Considerem-se ainda as dificuldades que hão-de depois surgir, em virtude das deficiências na instalação do consultório, esforços para tornar a distribuição equitativa, etc., e em que ficará essa tão apregoada liberdade, mais reclamada por alguns médicos do que pelos doentes?!... E, no terreno movediço dessa liberdade, que, como em águas turvas, bem se presta a fáceis e compreensíveis especulações, que autoridade restará ao médico, para manter a conveniente disciplina dos seus assistidos, tão necessária nas classes trabalhadoras!... O que sobreviveria, finalmente, da Medicina particular e oficial actuais, se generalizássemos este princípio?!...

*
* *

São contraproducentes e descabidos os ataques e acusações feitos aos Serviços Médico-Sociais, cujas dificuldades provêm principalmente do aumento de despesa com a gratuidade para os beneficiários e seus agregados (cerca do duplo daqueles) dos meios auxiliares do diagnóstico e para aqueles de alguns medicamentos e, portanto, dum bem intencionado desejo de ampliar benefícios.

Melhor seria cooperar mais lealmente com aqueles Serviços, ajudando-os a reformar o seu esquema assistencial.

Substituindo, como se tem preconizado, aquela gratuidade pelo sistema da comparticipação, como fazem algumas Caixas, ou de taxas por medicamento e meios de diagnóstico, atenuar-se-iam de certo as despesas, mesmo generalizando a todos os medicamentos e suprimindo as restrições actuais, e facilitar-se-ia uma melhor remuneração aos médicos.

A inclusão na Previdência dos não economicamente débeis, que ainda continua tendo defensores, parece-me desaconselhável, pois, além doutros inconvenientes, tais beneficiários, cónscios da importância dos descontos que lhes correspondem, se impõem à Previdência e contribuem, pelo exemplo, para a indisciplina dos economicamente débeis.

Para não alongar e evitar desnecessárias repetições, indicarei os trabalhos de minha autoria total ou parcial publicados sobre este assunto nos n.ºs 15 de 1951, 38 e 46 de 1952 e 78 de 1953 de «O Médico».

CONSTANTINO A. CARNEIRO.

ECOS E COMENTÁRIOS

MÉDICOS PRIVATIVOS

Na exposição, assinada pelo Presidente da Federação, Dr. Alberto Sá de Oliveira, lida na Assembleia Nacional a propósito do aviso prévio do Prof. Cerqueira Gomes, que hoje publicamos, transcreve-se uma parte dum parecer escrito por peritos da Organização Mundial de Saúde apresentado na 35.ª sessão da Conferência Internacional do Trabalho realizada em 1952, e referente ao processo de remuneração dos médicos. Aludem os autores do parecer a três sistemas — a retribuição segundo os serviços prestados, a retribuição segundo o número de doentes a atender e o vencimento fixo (em «fuel time» ou tempo parcial); e, depois de discutirem, aliás superficialmente, cada um destes três sistemas, parecem preferir este último, que, pelo que conheço do que se passa nos diversos países da Europa, posso afirmar que só é utilizado em Portugal. Não sei quem são os referidos peritos, mas possivelmente trata-se de especialistas em medicina preventiva, sem nenhuma experiência em medicina clínica (como sucede, em geral, com os peritos da O. M. S., e, portanto, pouco qualificados para darem parecer sobre serviços médicos nos seguros sociais. Em todo o caso, julgo que, se conhecessem o que se passa na nossa «Federação» quanto à remuneração dos seus clínicos, não se mostrariam, certamente, partidários dum sistema no qual, entre várias incongruências, temos esta: tanto ganham os médicos policlínicos e especialistas, que observam diariamente 20 e mais doentes, como aqueles que vêem 1 ou 2!

O «caso português» não nos dignifica, nem honra o País. Quando falo com médicos estrangeiros, omito, sempre que posso, o que aqui se passa, e, para não sermos desprestigiados em matéria de seguros sociais para a doença, rodeio o assunto...

E continuarei...

M. C.

EDUCAÇÃO SEXUAL

Com a tendência que têm os americanos para resolver por processos simples e esquemáticos todas as dificuldades, caem por vezes em exageros que nos pareceriam pueris, se não se tratasse de assuntos muitos sérios.

Um dos problemas que mais desperta a atenção do americano médio é o da educação sexual.

A razão de incompreensão na vida conjugal e da falência de numerosos casamentos é atribuída pelos peritos a uma insuficiente preparação teórica para a vida sexual.

O Dr. G. Mc Hugh, professor de psicologia da Universidade de Duke, procedeu a um Inventário do Conhecimento Sexual que distribuiu a uns milhares de solteiros para obter índices estatísticos dos conhecimentos individuais

perante os problemas sexuais. Nas respostas verificou que 56 % das mulheres respondiam correctamente e que só 53 % dos homens é que respondiam com correcção. O facto foi atribuído a que as revistas destinadas às mulheres trazem mais frequentemente artigos informativos sobre o comportamento no acto sexual.

Destina-se o questionário a ser enviado aos jovens que se querem casar e as respostas deverão ser revistas por pessoa idónea, como médico ou padre, para corrigir as falhas existentes na educação sexual do candidato (ou candidata) ao casamento.

São oitenta as perguntas e cada uma tem cinco respostas possíveis para se escolher uma, só havendo sempre uma considerada correcta. Foram todas aprovadas pela Comissão Consultiva do Conselho de Casamento e Família de que fazem parte professores universitários, médicos e pastores.

Para exemplificar, daremos uma das perguntas:

«Em média, quantas vezes têm as mulheres sonhos que lhes aliviam a tensão sexual». a) Nunca; b) quase nunca; c) ocasionalmente; d) frequentemente; e) quase todas as noites.

Outras perguntas referem-se à capacidade sexual e ao seu desejo depois da menopausa, frigidez e suas causas, ao coito doloroso, influência da menstruação, períodos de concepção, etc.

Pertencem aos que consideram que a educação de um adolescente deve compreender a educação sexual. O sentido natural da reprodução e dos seus meios deve ser mostrada às crianças e exemplificada com singeleza para que não aprendam somente a parte libidinosa no segredo de um colega mais velho, quase sempre viciosamente informado.

A mentalidade que se encontra entre nós, cómoda e hipócrita, de se ignorar o problema, deixa em regra geral, marcas indelévels no espírito e também no físico do jovem.

Considero um papel a que o médico de família se não deve eximir: o de esclarecer os pais do modo como devem explicar a reprodução aos filhos.

Há, no entanto, um equilíbrio que é necessário ter para não cair em exageros de pormenores que nada acrescenta à educação do jovem e que dão mesmo a todo o problema um aspecto libidinoso que lhe tira a naturalidade que deve ver. Consoante a educação e o desenvolvimento intelectual do jovem, assim o problema poderá ser mais ou menos aprofundado. Por isso é difícil medir todos os casos pela mesma bitola como a que cabe num formulário escrito. É muito melhor a maleabilidade que o conhecimento do meio e da mentalidade dos jovens pode levar ao conselheiro, para só focar os pontos de interesse, sem se perder em fantasias.

Ao ler este curioso questionário, pensei no admirável livro de A. Huxley, «The Brave New World», quando, na charge famosa, as crianças da nova era se dirigem da escola para o jardim, a fim de terem a sua hora erótica de jogos sexuais ou a aprendizagem do uso do cinto anti-concepcional.

A educação sexual é indispensável; mas descer a certos pormenores toma aspectos que se entrecruzam muito com a lubricidade. Pode ser que em raças novas e nórdicas isto não passe de uma infantilidade, mas quero crer que um questionário assim tem os seus perigos, quando espalhado ao acaso nas mais variadas mãos.

No meio está a virtude.

J. A. L.



COMPLEXO B

	Tubo de 25 comprimidos	12\$50
Série fraca —	Caixa de 12 ampolas	22\$50
	Frasco de 50 comprimidos	28\$00
Série forte —	Caixa de 6 ampolas de 2cc.	32\$00
Xarope —	Frasco de 170 cc.	27\$00

NOVA APRESENTAÇÃO:

Reforçado —	Tubo de 20 comp.	35\$00
-------------	------------------	--------



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

PRESENÇA DO DR. ALBERTO MAC-BRIDE

(O seu espírito de combatente através de uma vida exemplar)

Por A. LUÍS GOMES

(Director Geral da Fazenda Pública)

O Dr. António Luís Gomes, Filho, ilustre director geral da Fazenda Pública e secretário geral do Ministério das Finanças, proferiu uma interessante conferência, que a seguir publicamos na íntegra devido à gentileza do autor que amavelmente a quis ceder a «O Médico», sobre o saudoso cirurgião Dr. Alberto Mac-Bride, na Liga dos Combatentes da Grande Guerra. A essa conferência, que despertou vivo interesse e teve extraordinária assistência, tanto pelo número como pela categoria (assistiram muitos oficiais do exército, entre os quais seis generais, numerosos professores universitários e médicos, etc., etc.), presidiu o Ministro da Defesa, Coronel Santos Costa, que tinha à sua direita o Ministro do Exército, General Abranches Pinto, e à esquerda o Presidente da Câmara Municipal de Lisboa, Tenente-coronel Salvação Barreto.

Dois sentimentos me conduziram a esta nobre Casa-Lar dos Combatentes da Grande Guerra. O sentimento de enternecida devoção que por ela sempre sentiu a figura ilustre que procurarei descrever, e o meu próprio sentimento — de respeitosa gratidão como português pela acção meritória e heroica daqueles que combateram denodadamente nas Terras da Flandres e na nossa querida terra de África — nossa Pátria também.

A este sentimento, que é de todos e nos há-de acompanhar para todo o sempre, junto a recordação íntima da alegria com que acompanhei, na minha mocidade, entusiasmado e convicto, o esforço sobre-humano de preparação para a Guerra, de um patriotismo que se prendia às mais fundas raízes da Nacionalidade.

Foi este entendimento do coração mais que a visão reflectida das Chancelarias que conduziu Portugal aos campos de batalha, enfileirando os seus soldados ao lado dos combatentes aliados. A todos envolvia o mesmo sentimento de fraternidade cristã e o convencimento de que estavam a construir de forma perdurável e dignamente um Mundo Novo, verdadeira terra de Promissão.

Não se tratava, pela minha parte, de um méro sentimento platónico ou efémero arrebatamento, porque se traduziu num acto positivo e pensado — a declaração da nacionalidade (meio legal de me incorporar voluntariamente nas fileiras do Exército), acto esse firmado, por casualidade, no dia seguinte ao 9 de Abril — hoje data heroica marcada para sempre na História de Portugal, mas que as impressões de momento faizam aparecer aos nossos olhos como uma catástrofe aniquiladora do C. E. P. essa força duramente experimentada, uma vez erguida através de dificuldades que se apresentavam como insuperáveis. Só um ânimo forte, intérprete de uma vontade histórica, visionando o futuro como realidade assombrosa, pôde erguer esta Epopeia da minha mocidade. Epopeia de que nos fala esta Casa cheia de recordações. Recordações que a nossa vista fixa com saudade e nos ensinam ao mesmo tempo a ser melhores patriotas.

Se vos denuncio, com perdoável amor próprio, aquela minha longínqua atitude pessoal, foi no intuito de apresentar algum

título (além da vossa generosidade) justificativo de penetrar nesta Casa e erguer aqui a minha voz.

Permiti, também, que a ofereça humildemente à memória dos Combatentes que partiram primeiro...

Mas mais do que o amor de Mac-Bride à Liga, explica e impõe que neste recinto se fale dele, da sua vida e da sua obra, do seu exemplo e das suas virtudes, o seu espírito de combatente, através de tudo — na mocidade, na vida prática, no meio social!

Combatente do bom combate, combatente do mais íntimo da sua alma, combatente para lutar, para vencer e para sofrer!

Quando o dever militar o chamou para se incorporar no Corpo Expedicionário Português a França, nenhuma dúvida, nenhuma perturbação, nenhuma hesitação passou pelo seu espírito e pela sua alma!

Ele era já o combatente de muitos combates, jovem do liceu dando-se inteiramente à iniciativa do jornal dos seus companheiros, com preocupações e perspectivas de homem feito, estudante de medicina aplicado e curioso, médico brilhante, progressivo e exigente.

Tratava-se de vencer — é o caso — onde, não importa! Para ele só conta a ideia austera, nobre, edificante do dever e a preocupação de o cumprir de uma forma mais elevada, mais útil, mais oportuna.

Partir para a Guerra, reunido a outros médicos distintos, camaradas e amigos, não podia deixar de ser grato ao seu patriotismo, o seu modo de pensar, ao seu carácter!

E partir com uma missão, missão atraente e ambiciosa — o trabalho preliminar de organização de uma equipa, a instalação de um núcleo hospitalar e a assistência completa aos feridos evacuados do «front», para os restituir quanto antes à vida, ao combate, à morte, — afirmar perante estrangeiros o valor individual de médicos portugueses e a sua capacidade de realização. Quando os meios eram deficientes, apesar da nobre preocupação na organização do C. E. P. de se cuidar ao máximo da parte sanitária, excedia-os uma sensibilidade delicada — à portuguesa —, uma abnegação cheia de espontaneidade a que a dedicação total de cada um e de

todos dava uma força que produzia milagres, — milagre de saúde, de esperança e de fé!

Foi por tudo isso possível conseguir que as formações sanitárias de campanha se elevassem a uma altura tal, no apetrechamento, pelo pessoal médico e de enfermagem, e no seu funcionamento que excediam as próprias organizações no país do tempo de Paz, e ganhassem prestígio, dia a dia, no meio hospitalar inglês.

Tudo isto e quanto mais que foge à expressão escrita ou falada era uma realidade, continha-se nesta missão, e tornava-a, na verdade, atraente e construtiva.

Os Médicos militares do C. E. P., do quadro de milicianos, deram uma contribuição notável para o bom nome do C. E. P. Não se caminhava ao acaso, para uma aventura, e todos reconheciam, espectadores e protagonistas, neste investimento solene e espectacular de tudo quanto a vida humana tem de mais nobre, de mais fecundo, de imperecível, o facto histórico que representava para a Nação Portuguesa a sua sobrevivência no Mundo! Honrava-se a Pátria, a Pátria que contemplava os Combatentes.

*

Não haveria, também, nesta espontânea e alegre disposição de Mac-Bride em servir no C. E. P. um pouco da sua predisposição para a vida Militar, seu sonho de juventude e a sua primeira e grande aspiração?!

Quanto a mim não duvido em o afirmar!...

Mas mais categórica ainda pode ser a afirmação se considerarmos neste desejo ou gosto que tanto acalentou antes de se decidir pela Medicina, a noção que importa ser militar — extraída do seu próprio regulamento de Disciplina.

«O militar deve regular o seu procedimento pelos ditames da virtude e da honra, amar a Pátria...»

Quem melhor que Mac-Bride assim procede?! Não conheço ninguém!

Este preceito legal foi para ele um código de honra; lê-lo aproximando-o da sua biografia, define-o completamente!

E mais e mais:

«O superior, nas suas relações com os

inferiores, procurará ser para eles exemplo e guia, estabelecendo estinza recíproca». «Todo o militar deve compenetrar-se de que a disciplina, sendo condição do feito da missão a cumprir se consolida e avigora pelo prestígio que nasce das normas da justiça empregada, do respeito pelos direitos de todos, do cumprimento exacto dos deveres de saber e de correcção». «Os chefes, principalmente e em geral todos os superiores, não devem esquecer em caso algum que a atenção dos seus subordinados está sempre fixa sobre os seus actos e que, por isso, a sua conduta irrepreensível é meio seguro de manter a disciplina».

Mac-Bride foi assim mesmo; está definido nestas regras de conduta moral que conhecia de cor, que sentia no coração, que fazia conhecer e respeitar!

A comprová-lo está toda a sua vida de médico no Hospital de S. José, a sua vida na base do C. E. P., no Hospital Canadano e no nosso Hospital privativo de Ambleteuse, onde vincou a sua personalidade e deixou recordações indeléveis de que nos dá conta, numa prosa viva muito pessoal, o seu Chefe Militar de Saúde e ilustre escritor Coronel Eduardo Pimenta, Professor na Universidade do Porto, e o Coronel de Estado Maior António Bernardo Ferreira, que o reteve o mais possível no Quartel General, para ter junto de si um excelente médico e adorável companheiro.

Asseveram-no, também, com o mesmo conhecimento, os seus pares na Sociedade de Ciências Médicas, na Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos, na antiga Associação Médica Portuguesa, precursora da Ordem dos Médicos, nos «Amigos de Lisboa», associação onde pròdigamente deixou tanto da sua cultura e da sua brilhante inteligência! E com que entusiasmo e enternecimento falam dele os seus assistentes e os internos do seu Serviço! Chefe ilustre e querido! E a ternura dessa falange dos seus amigos e a veneração dos seus ouvintes, *ouvintes* deste adorável conversador — mas todos, sem excepção, destacam este traço da sua personalidade: o seu apurmo moral, a sua noção perfeita de dignidade!

Falar de Mac-Bride — nesta tentativa de elogio histórico — representa uma grande responsabilidade, mas a escolha deste lugar é em si própria uma homenagem que a Liga bem merece, — acentuo, — e, é, também, interpretação justa e comovida duma vontade que comanda, a dele, Mac-Bride!

Ele que faz conduzir o seu corpo ainda quente ao hospital — a sua Vida — a esta Liga dos Combatentes —, a sua Paixão! (O coração despedaçado pela angústia de partir deste Mundo, angústia que sentiu o próprio, Cristo, no Horto das Oliveiras — está vivo e ardente, por um milagre de amor dos seus extremosos irmãos).

Irmãos Mac-Bride: a vossa ternura pelo Alberto é o nosso respeito por todos vós, — mas na nossa admiração por ele somos todos, os seus amigos, vossos irmãos também!

*

Os homens ilustres do Século XIX e do princípio do Século actual — e no meio deles viveu Mac-Bride — ilustres pela cul-

tura e inteligência viva, pela sua singeleza e afabilidade, expressão superior de uma rara sensibilidade — davam-se facilmente a mais de uma actividade, e exerciam-as com brilho invulgar e imprimiam às suas relações um cunho de grande atracção pessoal, Notá-lo é indispensável para conhecer e surpreender toda a vida de espírito e de coração do Dr. A. Mac-Bride.

O convívio com esses homens, o conhecimento mais estreito com Sousa Martins, visita da sua casa e padrinho de sua Irmã, a educação do Pai, distintíssimo clínico, como ele cirurgião, director de serviço do Hospital de S. José e Presidente da Sociedade de Ciências Médicas (a uma distância de 50 anos) tiveram, certamente, uma influência poderosa na sua maneira de ser, nas suas maneiras distintas, na for-

mação do seu carácter. Mac-Bride era realmente muito inteligente, mas cultivou e enriqueceu a inteligência desde muito novo, desde sempre, porque estudava constantemente; a ler encerrava o seu dia de trabalho e a curiosidade intelectual e a memória mantinham-se vivas e fiéis até aos últimos dias da sua existência — dias martirizantes sem igual!

Aos 10 ou 11 anos compra com o seu dinheiro a «Lisboa Antiga» de Júlio de Castilho, que lê dum fôlego!

A visita a Évora, aos 12 anos, deslumbra-o e nunca a esqueceu honrando, mais tarde, esta histórica cidade-museu com um estudo publicado num dos volumes da esplêndida revista «A Cidade de Évora».

E esta visita de criança foi a primeira de uma série de outras, verdadeiras visitas de estudo, seu grande entretenimento, com os amigos que iniciava... e que o ouviam sempre encantados com a sua ilustração e perspicácia — ouviam e discutiam, entendam-se!

Aqui e ali, para colher os aspectos mais belos ou típicos de Lisboa ou a perscrutar a alma dos seus monumentos e a evocação da sua história, construía teorias, expandia enlevado a sua erudição, resolvia, ao mesmo tempo, problemas actuais. Como eram cheias de elevação, produtivas, realizadoras, as suas *horas vagas*, as horas que não pode perder quem trabalha!

Aos 17 anos, com outros rapazes cheios de talento, acompanha com entusiasmo a revista literária «Mocidade» e deseja para si a crítica literária e histórica. O programa da revista encerra verdadeiro interesse e mostra bem, além da inteligência, o bom senso, espírito prático, rigorosa e justa observação dos homens e dos factos, qualidades nada vulgares naquela idade, e que são a revelação e a explicação palpante de brilhantes carreiras.

Seguindo Medicina, este homem sério em todos os actos da sua vida, imediatamente passou a viver para a profissão sem mais pensar naquele sonho de oficial de engenharia que quis ser!

Dos 20 para os 21 anos, nas férias grandes de 1908, começa a sua vida clínica fora de Lisboa, em Valeda do Ribatejo, ele que ainda não concluíra a formatura. Seguiu a tradição de então dos médicos iniciarem a sua carreira pela província, onde tantos se fizeram excelentes policlínicos, ou vieram estabelecer-se nos grandes centros e conquistar a cátedra universitária — Prof. Belo de Morais, Prof. Alfredo de Magalhães, Prof. João Duarte de Oliveira.

Médico, — destacou-se sempre pela sua aplicação aos estudos, pelo interesse pelas inovações da medicina, pela compreensão da necessidade absorvente da prática hospitalar.

Fez-se no Hospital, aí onde se forjam os médicos com mais completa preparação profissional, simultaneamente prudentes, experimentadores e progressivos! Junto do doente — a realidade sempre viva para o verdadeiro técnico da medicina — é que se lhes abrem as grandes perspectivas e afirmam a sua personalidade.

O doente nunca foi para ele *uma* unidade de série mas um indivíduo, com as suas particularidades, a sua receptividade

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

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.
Etilnil estradiol 0,05 mg.
Vitamina E 20 mg.
por comprimido
Tubo de 20 comprimidos

LABORATÓRIO UNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

própria, as suas susceptibilidades, delicadezas e preocupações.

Este grande cirurgião, com alma e sensibilidade sempre presentes nas intervenções e no post-operatório, justificava só por si que Jean Luís Faure tivesse escrito «L'âme du Chirurgien». Bastava conhecê-lo para se compreender a perturbadora afirmação do brilhante conferencista e grande médico: «A insensibilidade não é hoje a virtude necessária do cirurgião».

Ouçamos, para contra-prova, um dos médicos do serviço que dirigia e seu dedicadíssimo Amigo, Dr. Joaquim Martins: «Vivia intensamente o sofrimento do doente, visitava-o vezes sem conta se as circunstâncias o exigiam, quer de dia quer de noite. A sua noção de responsabilidade levava-o nessas circunstâncias a estar presente no Serviço onde a sorte do doente se decidia! Raro seria o dia, incluindo os domingos, em que não passava a visita com os médicos de serviço, ouvindo-os atentamente, travava discussões e não tinha receio de lhes confessar a sua concordância se o convenciam, rejeitado o seu próprio diagnóstico. Era o segredo de tornar maior a sua estatura, meus Senhores, e de firmar a sua reputação!

«A sua vasta cultura e o seu estudo quotidiano permitia-lhe estar «au point» em matéria médica e cirúrgica e presidir com autoridade a estes colóquios de serviço. Entusiasmado com este ou aquele caso clínico que se desenvolvia aos olhos de todos ou com uma leitura recente, despertava o interesse dos seus assistentes e internos para se empenharem no estudo do que havia de palpitante, — no estudo e na aplicação principalmente, pois eram todos clínicos hospitalares, não esqueçamos! Havia nele o desejo constante de lançar para a frente os seus colegas de Serviço e não a preocupação ou a vaidade de querer sobressair.

Mas o interesse pelo doente não era só o caso, era também, o indivíduo que contava, a sua vida, as suas dificuldades, aconselhando-os para os ajudar a resolver os seus problemas». E era também sob este aspecto tão belo e tão inteligente, confessemos-lo, da função do clínico, que Mac-Bride formava os seus Colegas da equipa.

Tal qual como o Pai, o eminente cirurgião Gregório Fernandes, proficiente

como Médico, inteligente orientador como Chefe de Clínica, carinhoso e compreensivo com o doente. Uma noite — referenos o seu antigo interno e hoje grande médico Dr. Ary dos Santos — entra na enfermaria, pergunta o que há e, informado de que um dos doentes agoniza, esgotados os meios de o salvar, verifica a exactidão do relatório do interno e ajuda o pobre doente a bem morrer, a morrer mais aliviado, dirigindo-lhe palavras enganadoras de esperança e ajeitando-lhe a travesseira em que apoiava a cabeça.

Da mesma estirpe de Sousa Martins — glória imperecível da Medicina Portuguesa — cobrindo carinhosamente o pobre negro que chorava de pudor por se ver desnudado diante dos alunos do Mestre, na sua triste cama de enfermaria — e dando-se até ao sacrifício, despreocupadamente, não distinguindo os pobres dos que lhe pagavam as visitas — já ferido da doença que o vitimou, — e mantendo na sua casa até ao fim, ele Mestre dos Mestres, a consulta gratuita, último pedido de sua Mãe, o seu maior, o seu amor verdadeiro!

Mac-Bride — tão culto, tão conhecedor da história — era versado nestas facetas luminosas da vida deste grande médico que tanto admirava e tão fiel e comovidamente biografou há 10 anos na Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos!

Mas para felicidade sua e para honra da Classe Médica, sem dificuldade e inteira justiça, o biografado — notável pela inteligência, pela bondade e pelo saber — podia pegar na mesma pena de Mac-Bride e interrompê-lo para biografar por sua vez, com os mesmos elementos seguros e indiscutíveis, aquele seu discípulo pelo coração e seu igual na Virtude, no Carácter e na Abnegação!

Na realidade, para estes Médicos — o primeiro lugar pertencia ao Senhor Todo Poderoso — o Doente.

*

Não só em Portugal — honra seja, mais uma vez o digo vibrantemente — à Medicina e aos Médicos — legítimos discípulos, na sucessão do tempo, do seu Magnífico Mestre — Hipocratas, aquele a cujo juramento famoso Mac-Bride ligou voluntariamente a sua alta noção de dever profissional e a prática nobilitante da me-

dicina — por ser fiel às leis da honra e da probidade.

...Dar os mesmos cuidados ao pobre...

Mas por todo o Mundo a biografia dos Médicos é esmaltada por actos de bondade, de probidade e de dedicação pelo doente que os elevam mais ainda na consideração a que os ergue o seu valor profissional!

É tocante aproximar estes traços comuns sem distinguir o País e o tempo em que viveram, os médicos que conhecemos de perto: — Professores Custódio Cabeça, Belo de Moraes, Gama Pinto, Moreira Júnior, Daniel de Matos, Roberto Frias, Tito Fontes, Sobral Cid, Moraes Caldas, José Gentil e quantos mais, de outros médicos lá de fora, começando pelo Brasil, Professor Murtinho e Ministro da Fazenda, Chagas, na Higiene, Fernando de Magalhães, da Cátedra de Obstetria e Académico, — todos alcançaram grande nomeada.

Recuando mais ainda no tempo — Boerhave, que é tido como o mais célebre médico da Europa no seu tempo: «Toda a sua vida actuou e ensinou baseado neste princípio: o fim principal da medicina é a cura do doente; toda a discussão teórica deve cessar à beira dele, pois o fim principal da medicina é a sua cura. Ele merece todo o carinho e sacrifício».

Ambroise Paré (1517-1590), famoso cirurgião, que mais tarde foi chamado o *cirurgião do soldado* pela abnegação que punha na sua tarefa, revelou-se um coração de médico excepcionalmente bondoso e um profissional de espantosa perícia.

De uma vez, tendo encontrado alguns soldados à espera que um camarada ferido falecesse, para o sepultarem, conduziu-os nos seus braços, para a sua carruagem e durante semanas foi ele próprio a cuidar dele, noite e dia, até o salvar.

Sydenham (1624-1689), célebre médico inglês, celebrou-se pelo humano interesse posto no doente. Na última fase da sua vida, apesar de tolhido e torturado pela gota, teimou sempre em sair de casa para cuidar dos seus doentes, embora o nevoeiro e a humidade exacerbassem as suas dores.

Jenner (1749-1823), genial paladino da vacina anti-variólica, embora solicitado por todas as honras e recompensas, disputado nos grandes meios, nunca trocou os doentes de Berkley, uma pequena aldeia inglesa, pela glória que, de toda a parte, procurava seduzi-lo. Viveu sempre misturado com os problemas, alegrias e sofrimentos dos seus aldeãos.

Laennec (1781-1826), um dos médicos mais célebres da história da medicina, inventor da auscultação, apesar de frágil, minado pela tuberculose, foi sempre de inesgotável solicitude para com os seus doentes, que o adoravam. Muitos outros Médicos e investigadores célebres se revelaram sob esta feição — Lister, Kock, Claud Bernard, — e se em relação a um ou outro os elementos falham, é, infelizmente, porque os seus biógrafos omitiram as referências desta ordem que tanta importância têm e que verdadeiramente colocam aqueles que as merecem acima do comum dos homens!

*

Perante as multiformes aptidões e acti-

MARTINHO & CA.

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

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

vidades que esmaltam a vida dos homens ilustres como Alberto Mac-Bride, cirurgião eminente, publicista de assuntos médicos, históricos e literários, investigador e inovador no campo da cirurgia, esteta e realizador, manejando sempre de forma elevada a inteligência, o saber e o poder de observação, vem a dificuldade de abranger num mesmo estudo tão superior personalidade. Certo é ainda que, além do *real* destas manifestações do espírito, haveria muito a descortinar no campo vasto das suas enormes possibilidades.

Como homem de pensamento que era, Mac-Bride fica muito aquém do seu valor exacto, na obra que nos deitou para estudo e análise da sua personalidade poderosa. Como tantos grandes homens, quase sem obra escrita na imensidade da sua obra interior de concepção e de elaboração mental!

Uma outra dificuldade se depara ao biógrafo — a da escolha da faceta principal ou predominante por onde iniciar ou aprofundar o estudo do seu trabalho de investigador, seguido este da revelação do seu próprio juízo.

Rodeei a dificuldade procurando colher em rápida síntese, e por isso incompleta, todo o conjunto da personalidade, não esquecendo que a Distância que o desaparecimento cria entre o biografado e os seus contemporâneos, permite ver com mais nitidez os contornos da sua personalidade, a sua expressão humana!

Preferi falar de Mac-Bride neste re-

cinto, seduzido por razões sentimentais que enternecidamente aponte, mas tenho bem presente a sua biografia, respigada das suas actividades e dos seus escritos, para mentalmente situar a figura que admiramos e que nos reúne aqui, sempre grande e exacta, quer no Anfiteatro de uma Faculdade onde podia ter professado —, no Hospital de S. José a que fica ligado o seu nome de forma perdurável (no Banco e nos Serviços de Consulta e de Cirurgia), e nas próprias pedras vetustas deste hospital cuja história, já moribundo, resava como uma Oração, na Sociedade de Ciências Médicas a que deu a última produção do seu espírito — trabalho modelar, como alocução académica, pela elegância da forma, dedução, lógica e clareza, exposição erudita, escrito dois meses antes de morrer — já perdido para a vida de relação, ele que era um convívio nato admirável — quer na Câmara Municipal — que tanto serviu, discretamente, como era de seu feitio, no auditório de um Museu, centro de formação e de cultura, nos «Amigos de Lisboa», agremiação que fundou, ele, amigo N.º 1 da nossa querida Cidade!

Sim, Meus Senhores! Este homem, que falava sempre com a modéstia e a hesitação de quem está a dar lição, era verdadeiramente um Professor, na sua obra publicada e na sua obra falada, nas suas intervenções diante dos internos, na crítica de trabalhos finais nas provas de admissão a Internatos ou a Cirurgião, como médico conferente ou revisor de diagnósticos, nos seus Relatórios, dos quais o mais notável é o respeitante à organização hospitalar,

nos seus trabalhos críticos ou analíticos, de erudição ou de interpretação.

Desde a dissertação inaugural da formatura, onde já se visionava o culto cirurgião, o inovador e experimentador da técnica e dos processos novos que foi designadamente no campo da anestesia, do tratamento e recuperação dos fracturados; os trabalhos a que ligou o seu nome, pessoais ou de colaboração, revelam-no e categorizam-no. Ensinava por ter competência, ensinava por prazer, ensinava pela necessidade de transmitir conhecimentos.

Quando jovem médico, foi o primeiro que entusiasticamente acompanhou e trabalhou com o Professor Reynaldo dos Santos e que lhe levou os primeiros alunos voluntários nos seus cursos livres do Hospital, primeira revelação da sua carreira de homem de ciência consagrado enternecidamente. Desvanecidamente, dizia sempre: Reynaldo fez-se aqui cirurgião geral — aqui no Hospital de S. José, verdadeira Escola de Cirurgia de Lisboa, que tão alto tem feito subir a fama dos seus cirurgiões, e tantas vidas tem salvo ou melhorado! Os Cirurgiões do Banco! Melhor dizendo, Cirurgiões Beneméritos de Lisboa.

Mais tarde, médico feito, conquistados os seus postos por concurso ou seja em razão do mérito e de largas provas de experiência, continua a ensinar, os internos do Serviço, que se revesavam no Banco — os seus internos do Serviço de Cirurgia.

Ensinava sempre, ensinava continuamente, ensinava com entusiasmo e com gosto.

Bem certo é que para ensinar não é

METIOCOLIL

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 ESTRÉLA, 44-LISBOA

preciso uma cátedra. E quantas individualidades a substituem ou excedem, em cursos ou trabalhos de investigação extra universitários!

Sem ir muito longe e dentro das nossas fronteiras, lembro neste momento, para confirmar a afirmação produzida, os Cursos de nível Universitário regidos no Hospital do Conde de Ferreira pelos eminentes cientistas Júlio de Matos e Magalhães Lemos — muito antes de ingressarem na Universidade, por convite, em 1911.

Também é de lembrar o notável parasitologista e bacteriologista Carlos França, de fama universal, que, apesar de não ter sido professor Universitário — dolorosa omissão — produzia na estreiteza de meios da sua casa, obra tal, que cientistas estrangeiros lhe escreviam com este endereço — Professor Carlos França, da Universidade de Colares! E a série felizmente continua! Haja em vista a actividade actual do Dr. António Gião, qualificado já aqui e no estrangeiro como teórico eminente da Física (Física Clássica, Física Moderna e da Filosofia Científica), e ainda criador da teoria unitária, que o tornou conhecido e admirado nos meios científicos.

Vinha a propósito, mas não é necessário, citar a bibliografia científica, ainda que incompleta, de Mac-Bride, que compreende mais de uma dezena de estudos, mas tem vivo interesse destacar os que respeitam a anestesia, em que foi, com o Professor Reynaldo Santos, um inovador pertinaz, e ainda sobre fracturas. Todos os clínicos que mais de perto lidaram com Mac-Bride viam quanto ele procurava evitar a dor aos seus doentes e exercer a cirurgia mutiladora para poupar os órgãos ou a sua importância funcional. Assim, meus Senhores, se vê que mesmo nas predilecções científicas, a alma do cirurgião queria intervir lado a lado com a ciência e a técnica!

Num e noutro aspecto se reflectia a sua sensibilidade delicada e alta compreensão da Medicina como instrumento moral e social.

*

O Hospital de S. José não pode esquecer o Dr. Alberto Mac-Bride que, como em França é de uso, se identifica ligando o seu nome a esse grande Hospital, a que se deu totalmente num sacrifício material de concepção verdadeiramente religiosa! E se é viva a recordação — por ser de hoje — da sua presença como Director de Serviço, último posto que ocupou até à morte, o tempo pode ir

esbatendo — mas é preciso reavivá-la — a sua acção decidida e destemida, perseverante e estimulante como um dos mais valiosos reformadores da própria Instituição Hospitalar — designadamente do Banco — o imprescindível serviço de urgência desta grande Cidade — que serve a todos, desde o Chefe do Estado — ali morreu o saudoso Presidente Sidónio Pais — ao mais humilde e desamparado e forma completamente os clínicos que se espalham por toda a parte.

Que mais não tivesse feito neste Mundo o nosso querido Dr. Alberto Mac-Bride, bastavam estes dois grandes serviços para o apontar e lhe esmaltar o peito como Benemérito da Cidade.

Nos seus trabalhos de defesa da ideia e na forma de realização, afirmou-se um técnico de organização hospitalar de primeira categoria, aqui e lá fora.

Estava ao corrente do que se escrevia e realizava nesta matéria, comparava o seu S. José com os outros Hospitais mais modernos que visitara, recordava-se e applicava a sua experiência dos Hospitais de Guerra em que serviu e onde a cirurgia marcou um passo em frente, e ao seu estudo acrescentava inteligentemente, além de tantas observações in loco, a sua própria concepção do problema e das melhores soluções a atingir!

Ficou a conhecer profundamente e mantinha contacto com todos os aspectos de organização hospitalar nas suas várias funções — desde a parte de urgência, às consultas diárias ambulatorias e aos serviços de enfermaria. Prendia-se, também, com todas as outras questões que lhe estão ligadas, quer às de arquitectura hospitalar, entre nós mais experimentada no capítulo das adaptações (antes do actual plano do Governo, de construções modernas, completas e modelares como a do Hospital Escolar de Lisboa, inaugurado no dia 27 de Abril), considerando a do Hospital de S. José, como uma boa adaptação e com função, para a Cidade, insubstituível, quer as de enfermagem que tinha em grande conta, quer ainda os serviços dependentes (cozinha e economato) a que não deixava de dar a importância que têm realmente.

Dentro da sua formação profissional, das mais completas e das mais brilhantes que Portugal tem tido fora da Cátedra, Mac-Bride reconhecia a importância no meio hospitalar — do Internato — o estágio mais perfeito que entre nós as profissões técnicas têm mantido e muito antes das outras, a Engenharia e o Direito.

Não se pode fazer clínica seriamente sem estagiar num hospital e sem prestar provas depois do Curso Universitário e provas como as dos Hospitais Cívicos — muito a sério, o que lhe dá um prestígio que ninguém põe em dúvida — nem sequer pretende discutir.

Hoje a afirmação é um lugar comum, mas para se atingir este desiderato a luta foi tenaz e o Dr. Alberto Mac-Bride só descansou quando a organização do Internato-Geral e Complementar era uma realidade e, mais do que isso, uma realidade que pela sua eficiência estava solidamente firmada.

Estes seus importantíssimos serviços, e ninguém deixa de lhes reconhecer neste meio hospitalar dignificado, justificaram largamente a condecoração mais alta que lhe colocaram no peito — a Medalha de Ouro por Serviços Distintos — expressão do altíssimo apreço das autoridades hospitalares, como ainda há pouco mo afirmou, com profunda convicção, o muito ilustre Enfermeiro-Mór — e a sua presença aqui é uma nova e mais pública homenagem.

A paixão por esta causa fê-lo Mestre e Apóstolo, e exactamente por isso levou-o a desejar o alargamento deste regime de Internato aos outros Hospitais, fora da órbita dos Hospitais Cívicos, e muito especialmente ao Hospital de Santo António do Porto, ao mesmo tempo Hospital-Geral e Hospital Escolar.

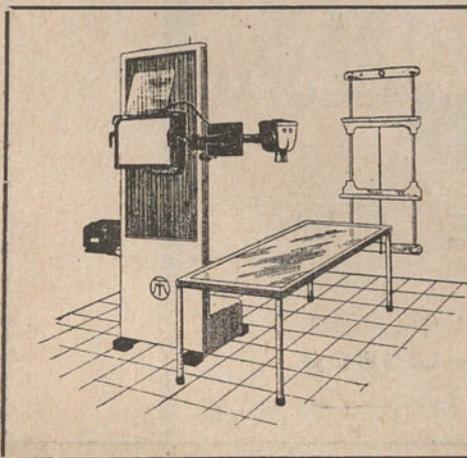
A ideia interessou vivamente o Provedor da Misericórdia de então, meu Pai, que no início da sua Provedoria em 1912, já tinha ligado o seu nome a importantes reformas no campo hospitalar, tais como a separação dos quadros de cirurgia e de medicina e a exigência do provimento por concurso dos lugares de 2.º e 1.º assistentes dentro desses quadros.

A ideia não vingou, porém, mas não por culpa do Provedor, e o Dr. Alberto Mac-Bride sentiu-o profundamente.

Talvez esta forte razão — além do seu conhecido apego à sua querida Cidade de Lisboa e ao seu Hospital — tivesse contribuído grandemente para regeitar o convite amigo e sincero que então recebeu para assumir como Reformador e Instalador do Internato, a Direcção Técnica daquele grandioso Hospital-Geral de Santo António — verdadeiro símbolo da vida hospitalar do Norte do País, o mesmo é dizer, Fonte da Vida, que o Povo que ali ocorre de toda a parte, em momentos de angústia e, simultaneamente, de esperança — distingue, é pronunciando, apenas, estas palavras — «o Hospital».

As ideias do Dr. MacBride sobre esta forma de estagiato médico e a possibilidade da sua instalação como indispensável noutros grandes hospitais, alicerçada na excelente experiência do de Lisboa, não se perderam em nossa memória e podem ser por todos apreciadas através da brilhante Conferência que o saudoso Clínico pronunciou no Salão Nobre do Hospital de Santo António: «Este Hospital ainda não tem o internato a funcionar mas dentro dele ninguém nega a sua necessidade! Em compensação, já o tem o Hospital Escolar de Santa Marta».

Um outro magistério exerceu nobre-



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.

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

mente Mac-Bride e esse ninguém lho disputaria — no campo deontológico.

Tudo nele próprio o conduzia a este magistério — o seu feitiço sério, calmo e reflectido, o sentido perfeito da dignidade, a intransigência de carácter, a observação minuciosa e imparcial, a crítica elevada sem rigores excessivos mas em nada complacente. O homem em si mesmo era um Mestre de dignidade e a sua própria vida particular, profissional e pública em nada por nada o desmentia.

Bem certo é que para ser médico e, designadamente, cirurgião, é indispensável solidez moral, espírito de decisão, actuação pronta e inabalável! Nos lugares de perigo em que se joga tudo por tudo, como é sempre, mesmo quando o caso clínico se apresenta de uma simplicidade e vulgaridade evidentes — a mesa operatória — a falha ou a não aplicação a tempo de qualquer destas qualidades, conduz à perda total, à morte irremediável!

Mestre de Deontologia, não se podia furtar ao chamamento dos seus pares para exercer um posto de Comando, na presidência do primeiro Conselho Regional de Lisboa e no Conselho Geral da Ordem dos Médicos. Ele que, por formação política, não era certamente um adepto do corporativismo, integra-se neste órgão superior do sistema como o mais crente dos seus paladinos, para servir a classe, para cumprir, mais uma vez, com dignidade e perfeita compreensão, o seu Dever.

Dão testemunho vivo do que foi a sua superior presidência no Conselho Regional e a sua colaboração no Conselho Geral todos que o acompanharam e, com prazer, destaque dentre eles o antigo Bastonário Professor António Flores, seu íntimo companheiro das tertúlias do Martinho, de há 40 anos e dos Serviços de Saúde do C. E. P., ao afirmar-me num colóquio inesquecível, sobre estes tempos e a grata camaradagem que os ligou: — «Mac-Bride era um modelo de carácter e de dignidade profissional».

Um de seus ilustres Colegas do Conselho Regional, o Professor Xavier Morato, refere a sua pontualidade e assiduidade, a meticulosidade com que acompanhava constantemente os serviços da secretaria, mostrando franqueza nas suas opiniões e firmeza na decisão.

Usava de uma generosa e equilibrada apreciação dos problemas da classe médica que conhecia profundamente.

E outro seu colega do Conselho, o brilhante espírito Dr. Veloso de Pinho, refere que lhe bastou o fugidivo convívio de algumas horas nos dias de sessão para apreender a alta figura moral e mental do Dr. Alberto Mac-Bride, tão cheio daquela dignidade cívica dos velhos cidadãos romanos!

*

Não era só Mac-Bride um espírito culto, um profissional distintíssimo, um homem bom.

Distingue também a sua personalidade de eleição, um raro gosto estético e largos conhecimentos de arte.

O pendor pelas coisas de arte era nele tão acentuado e tão natural que, verdadeiramente, não sabia permanecer, não po-

dia pensar sem se rodear de um ambiente requintado, do mais apurado bom gosto.

É ver a sua casa, encantador ambiente de tranquilidade, de doçura, de distinção. O *bem estar* sentiamo-lo invadir-nos, rodeados de tantas coisas belas e raras antes de entrar o dono da casa! Era a primeira gentileza que nos ofertava discretamente.

Mas este mesmo ambiente de conforto e de bom gosto criou nas suas oficinas de trabalho — o seu gabinete, o seu consultório de clínica privada, as dependências do seu serviço hospitalar.

Não sei se os cânones da arte e da museografia o admitiam sem provas, mas para mim ele era um experimentado *Conservador*; foi também indiscutivelmente um visual de aguda percepção artística, um auto-didata erudito e atraente.

Quem sabe se todos os seus dons naturais se aperfeiçoaram tanto pelo seu convívio estreito, de uma elegância recíproca e encantadora, com esse auto-didata de génio, José de Figueiredo, artista sem par nas descobertas por intuição e recuperador famoso do nosso Património Artístico, obliterado por uma era de mau-gosto e indiferentismo que era desleixo cem por cem e cuja recordação nos faz ainda estremecer de espanto!

Neste capítulo que se podia desenvolver com o maior interesse, numa reunião de estudo como as que se realizam, silenciosamente mas tão fortemente produtivas, no Museu das Janelas Verdes, o Museu do Dr. João Couto, notável chefe de equipa, diante da preciosa colecção iconográfica de D. João VI, também a obra escrita de Mac-Bride não corresponde ao seu valor, à sua ciência, à sua inteligência penetrante e subtil.

Mas de passagem, não posso — é acto de justiça fazê-lo — deixar de denunciar — já não falo nas suas observações agudíssimas ou curiosas na presença duma obra de arte que todos os seus companheiros de peregrinação artística, têm bem presentes! Quero denunciar como mais um título de gratidão que lhe devemos, as preciosas indicações e sugestões oportunas para a defesa do nosso Património histórico e artístico e de cultura para a criação de outras obras que continuem a nossa tradição artística, alimentada pelo poder público — é obrigação — e pelo mecenato particular, régio como o de Ricardo Espírito Santo ou de reduzidas proporções como o de outros, acrescentando, sem solução de continuidade, esse Património, o único que é refratário à desvalorização!...

Recentemente — a medalha Comemorativa do 150.º Aniversário do Ministério das Finanças, obra magistral do Mestre João da Silva e os desenhos em execução pelo mesmo grande artista, de uma baixela do Estado que sirva em actos Oficiais, ficando a de German como peça de Museu que é, e bem assim a reconstrução do Convento de S. Bento de Castres e a classificação das ruínas do Paço Real de Salvaterra, devem-se, em muito, à sua inspiração e visão estética, à sua teimosia, à sua lembrança.

Mais uma dádiva do seu espírito, da sua cultura, da sua superior concepção de patriotismo que fica sem sinal de paternidade!

Ocupámo-nos o melhor que soubemos

das virtudes deste homem ilustre, e a grandeza e seriedade do tema são absorventes e dominadoras.

Mas este homem também tinha os seus amores, as crianças que o entendiam, os animais que afagava, os silêncios duma alma que se encontrava em si mesmo! A figura ganha doçura, encanto, grandeza sem par olhada através destas tão simples expressões humanas.

Não basta, com certeza, sublinhar estes sentimentos íntimos ou destacá-los de per si para encontrar a razão verdadeira do gosto de viver que acompanhou Mac-Bride até à morte.

A razão verdadeira é que este homem superior, austero, equilibrado, tinha um amor, um grande amor.

O seu amor chama-se *Lisboa*, a Cidade das sete colinas e de tantas outras maravilhas, a cidade que seduz e que domina, a Cidade símbolo de Portugal renovado.

Por este amor Mac-Bride fez tudo, trabalhou incansavelmente, revelou-a nos seus encantos e nos seus imprevistos, visionou o seu futuro e foi na realidade por Lisboa, sempre mais bela, maior e mais portuguesa, um sagaz e humano precursor!

Não idealizo, não invento, não me excedo falando assim.

Basta ter presente as suas discussões veementes, os seus entusiasmos, a sua campanha formidável num meio avesso quantas vezes a ideias novas, mesmo que sejam de uma oportunidade gritante — para dotar Lisboa de um Parque Florestal.

Dar-lhe o pulmão para não asfíxiar — dizia, terminologia médica na boca de um urbanista que conhecia também muito de medicina social!

O seu poder de observação, muita leitura e rara intuição, fez dele também um urbanista, estudou e atraíu o interesse da gente de Lisboa para os problemas de urbanismo que pouco ou nada ocupavam as vereações municipais e trouxe até cá o célebre Forestier.

Que belo seria, no Salão de Honra da Câmara Municipal, falar de Mac-Bride, urbanista de Lisboa e de seu irmão Eugénio seu ilustre colaborador, e comentar os seus projectos de há 30 anos e compará-los com as realizações que se lhe sucederam, algumas das quais pôde ver e aplaudir!

Encantado com este tema — a personalidade do Dr. Alberto Mac-Bride — quem sabe se fui longe demais e se excedi a justa medida?!

O primeiro a condenar-me, seria Ele próprio — aqui presente nas fulgurações imorredouras do seu espírito e na ternura do seu coração! Ele, que tão discretamente se referia a si próprio e detinha abruptamente — com sinceridade — as palavras de louvor tão merecidas que ouvisse a seu respeito!

Não fiei de mim — amigo estremo de Mac-Bride — nem de vós próprios, seus devotados amigos também, a crítica do conceito que formei sempre dele e aqui exponho em voz alta!

Recorri friamente — corajosamente — à análise grafológica e caracteriológica por pessoa eminente, o Professor Delfim Santos, Catedrático da Faculdade de Letras, facultando-lhe apenas uns escassos elemen-

Betaxina

VITAMINA B₁

»Bayer«

VITAMINA B₁ »Bayer« · VITAMINA B₁ »Bayer«
VITAMINA B₁ »Bayer«
VITAMINA B₁ »Bayer«
VITAMINA B₁ »Bayer«

nas neurites e nevralgias de variada etiologia, nas hipovitaminoses de B₁ provocadas pela dieta, nos estados de esgotamento nervoso e flebalgias

comprimidos com 50 mg
ampolas com 100 mg



»Bayer« Leverkusen, Alemanha

Representante para Portugal:

»Bayer«, Limitada, L. do Barão de Quintela, 11, 2º Lisboa

tos — um requerimento de 15 linhas com assinatura, datado de 1926, uma folha de papel escrita a tinta, 16 linhas sem assinatura e sem data, a assinatura em passaporte de 1952. A estes elementos o autor da análise juntou a recordação de uma breve conversa com Mac-Bride na intimidade da minha casa há poucos anos.

As conclusões não se fizeram esperar e eram concludentes — nós tínhamos razão!

A interpretação do Mestre é um estudo psicológico completo, com base científica.

Consta do documento autêntico que posso, passagens como esta — personalidade de emotividade dominada mas não impedida de manifestação viva e espontânea. Claro indício de sensibilidade estética, de ordem, de disciplina e de arrumação de ideias. Temperamento com requintes de elegância na convivência, de lealdade e de generosidade. Firmeza nos afectos e delicadeza nas relações.

«A firmeza na afectividade tem, neste caso, concordância com a firmeza nas impor delicadamente e sem impulsos de brusquidão. Indício nítido de constância nos quidão. Indício nítido de constância nos propósitos, de segurança nos processos e de persistência inalterável. Inteligência clara e metódica com pronunciado pendor analítico em rigorosa dedução, tendente a conclusões firmes e positivas. Pensamento mais rápido que a expressão, devido à capacidade de intuição de que é possuidor.»

Está resumido o essencial da análise grafológica.

Já seria bastante para *revelar* objectivamente Mac-Bride, mesmo àqueles que o não conheceram ou, se possível, não lhe quiseram bem!

Conjuga-se perfeitamente e completa inteiramente o seu estudo psicológico, ia dizer biográfico também, a análise do seu carácter extraído dos elementos facultados ao cientista especializado.

Ele responde por nós, concluindo acerca de Mac-Bride: carácter franco, leal, simpático e atraente, embora aparentemente fleumático à primeira impressão.

Na verdade, trata-se de um apaixonado na terminologia de Lee Semse (emotivo, activo em secundaridade!) Com grande probabilidade pode pôr-se a seguinte anotação: Amor do trabalho, perseverança, acção decidida, concepção rápida, sentido prático, largueza de vistas, independência, capacidade de observação, boa memória, indiferença pelos prazeres da vida instintiva, carência de vaidade e ostentação, bondade para os inferiores, sentimento patriótico, pouca simpatia pelas tendências extremas de ordem política e social, economia, tendência para coleccionar, honrabilidade, pontualidade, sentimento religioso e amor aos animais. Paciente, idealizante, confiante e tolerante com fundo sentimento do dever, que cumpre como se fosse uma missão e identifica os seus princípios de acção pelas exigências de maior prestígio das instituições a que pertence ou serve.

Não é reclamante de postos directivos, mas é próprio deste tipo de personalidade aparecerem a dirigir as instituições de que fazem parte, devido ao reconhecimento,

nem sempre fácil, das suas qualidades. Obedece como deseja que os outros obedecam criando o exemplarismo de comportamento precisamente quando dirige.

Fora da sua actividade profissional é conservador e dilettante em assuntos de história circunstancial e anedótica e sabe rir, também interessado em assuntos de genealogia, em traduções de velhos costumes e folclore. Amigo fiel e amante da família mas apesar de tudo, com preferência na entrega total à actividade profissional a que religiosamente se devotava. A união do ascetismo tendencial e da autoridade predispõe este tipo de homens para uma severidade amável, inibindo-os de diluição afectiva, neles sempre intermitente.

São tão justos, preciosos e completos estes resultados das duas análises a que sujeitei desassombradamente a pessoa e o carácter de Mac-Bride, que não sei se seria mais honesto da minha parte — pôr de parte as insuficientes páginas desta minha biografia e limitar-me a facultar-vos estas provas!

Alguém não pode ignorá-las nem deixar de lhes dar valor — Mac-Bride que trouxemos aqui — envolvido na nossa saúde e num firme espírito de justiça!

Mac-Bride — sim — porque não há-de querer desmentir-se a si próprio — na presença de provas irrefragáveis e tendo à volta os seus assistentes que habituou a curvar-se perante eles se os juízos contrários que perante o Director defendiam se apresentavam com consistência séria. Este é o caso típico!

Mas Mac-Bride pode de qualquer forma estar presente — queira ou não queira ouvir a minha voz, intérprete de tantas outras, ansiosas de lhe fazer justiça plena, aceite ou desmereça de um conceito que a melhor técnica moderna de grafologia alicerçou, renuncie como um monge ao justo louvor à sua grandeza moral, grandeza sublime!

Mac-Bride tem que permanecer conosco impávido e resoluto, e vai aplaudir com calor e com convicção!

Que metamorfose esta, estranha subtilidade, incompreensível contraste!

Nada disso — Meus Senhores —. Singelamente, Mac-Bride faz diante de nós o seu exame de consciência e, munido mais uma vez do seu poder de observação e rápida percepção, reconhece em tudo que eu disse, comentando par e passo os passos da sua vida, que não foi dele próprio que falei, apesar de me ter proposto esta tarefa tão grata à minha afectividade.

Limitei-me a localizar em tão distinta personalidade, para facilitar a minha exposição e dar-lhe um cunho humano de verdade, as qualidades e virtudes que têm Senhoria de que ele foi fiel depositário e que continuam vivas porque Deus as isentou da Lei da Morte!

Na unidade da sua vida, na exemplaridade do seu profissionalismo, na resistência triunfante a tudo que é mesquinho, na sedução pela beleza, na doce tranquilidade de uma sã consciência, na indiferença por todos os prazeres e interesses que co-

nhecem a sociedade e daí, como são frágeis, Mac-Bride excedeu-se a si próprio.

De dádiva em dádiva, exemplo após exemplo, toda a vida, entregou-se inteiramente e ignorou-se a si mesmo.

O martírio de uma doença mortal, suportado com coragem e sobranceira, em luta persistente contra esta tremenda realidade que não queria reconhecer é uma grande lição.

Mas a lição é maior e envolve, também, uma interpretação rara e sobre-humana do cumprimento do dever até ao fim, — sofrer a doença terminal no seu posto — o seu Serviço de Hospital, confiante nos seus Colegas, os seus Assistentes e Internos, e rodeado dos cuidados do dedicadíssimo pessoal de Enfermagem que sempre dignificou e elevou, moral e profissionalmente, na sua longa vida clínica.

Experimentou em si próprio até à hora derradeira, o quadro clínico, de enfermagem e hospitalar, que formou com tanto desvelo, capacidade e compreensão.

Quiz ser no seu Serviço o Capitão que fica até ao fim, só abandonando a ponte de Comando e o posto de maior perigo quando uma vaga mais alterosa quebra os seus pulsos fortes de lutador!

Junto dele, quase à sua vista perscrutadora já do Infinito, do Além, sensível ao seu ouvido apurado, gemiam, sofriam, agonizavam outros doentes como Ele, para quem a Doença que não perdoa, reduzia à inutilidade a Ciência dos Médicos, a dedicação do Pessoal, a superioridade dos meios cirúrgicos que tantas vezes na mão do Cirurgião eminente tinham produzido Milagres!

Toda a vida repartira com os seus doentes o seu saber, a sua abnegação, a sua experiência. Agora, só lhe restava dar-lhes a Comunhão das suas dores, das suas angústias mortais, das suas esperanças ilusórias. E ao mesmo tempo, afirmar a sua convicção de sempre e para sempre, a sua Crença, na Vitória da Medicina e no Poder Admirável do meio hospitalar em que se fez gente, para nos curar, ajudar a viver, a bem morrer. Acima destas realidades, uma mais luminosa ainda que sentiu ao ser absolvido, in extremis, pelo Reverendo Capelão do Hospital — a Eternidade em Deus!

Termino com palavras de um luminoso espírito — Ruy Barbosa — que tanto amou a Medicina e admirou os Médicos, sentimentos bem expressos nas suas Obras, obras definitivas no domínio do Direito, da Política e da literatura, recheadas de termos médicos, como acentua no seu estudo «Ruy e os Médicos» o Catedrático das Faculdades de Medicina e de Farmácia de Porto Alegre, Doutor Ney Cabral:

«...Assim a lição dessas existências superiores não rebrilha sobre nós em toda a firmeza da sua claridade, enquanto não chegam à culminação definitiva, na transparência do Além túmulo e na paz divina da Morte.»

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

A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PRÉVIO DO PROF. MANUEL CERQUEIRA GOMES

Exposição do Presidente dos Serviços Médico-Sociais—Fed. de Caixas de Prev.

(Continuação do número anterior)

«Sr. Ministro das Corporações e Previdência Social — Excelência:

Assunto. — Breve comentário ao requerimento do aviso prévio sobre a Previdência Social apresentado à Assembleia Nacional pelo Dr. Cerqueira Gomes.

Lemos agora, no *Diário das Sessões* n.º 22, de 11 do corrente, o texto integral do requerimento do aviso prévio sobre a Previdência Social apresentado pelo Deputado Sr. Dr. Cerqueira Gomes à Assembleia Nacional.

A leitura corrente e despreocupada de tão extenso documento deixou-nos, numa primeira impressão, a ideia de um verdadeiro programa sobre Previdência Social. Em problema tão debatido em todo o Mundo, pela sua complexidade, nos aspectos técnico, económico, político e social, pelas indecisões na fixação de ideias definitivas, pela variabilidade das concepções que vão desde a cobertura de alguns riscos até aos complexos programas de segurança social, etc., espantou-nos que houvesse em Portugal quem tivesse sobre ele ideias assentes, definitivas. Por isso fizemos leitura, atenta e meditada, a fim de podermos extrair algumas conclusões.

Proclama-se no requerimento: «Deve inverter-se o sentido do plano assistencial; não atender às doenças de curto prazo, que pela tentação das baixas são o pesadelo das tesourarias, e cuidar das de longo curso».

A gripe, a pneumonia, a febre tifóide, etc., são doenças de curto prazo ou de longo curso?

Supomos não errar considerando-as de curto prazo.

E então, na concepção de prestação de serviços médicos do seguro doença defendida no aviso, aqueles pobres doentes ficarão privados de cuidados médicos e entregues ao destino, para livrar de pesadelos as tesourarias.

Preconiza-se no aviso prévio: «A entrada imediata do segurado no risco invalidez, desde que tenha sido julgado medicamente incapaz e seja qual for o período de garantia das suas quotizações»; «o abono de família pode bem ficar dentro do nosso seguro social; é hoje um verdadeiro seguro familiar obrigatório».

A primeira afirmação, se não vier a ser esclarecida, prova-nos que não se faz ideia exacta do que seja um sistema de seguro. A segunda demonstra-nos que se desconhece que o abono de família, o nosso, claramente, funciona como complemento de salário por encargos familiares e, portanto, não é seguro.

Ao tratar do regime financeiro diz o autor: «Está doutrinariamente certo o nosso sistema financeiro dos seguros sociais».

Mas logo adiante refere-se ao regime de capitalização excessiva.

Se bem entendemos, o que parece estar certo, no nosso seguro, para o autor, não é o regime financeiro, mas sim as entidades que nele participam: o patrão e o operário.

O autor já defendeu na nossa presença o sistema de repartição pura e simples; agora considera só excessivo o sistema de capitalização, embora declare doutrinariamente certo o nosso — o actual — sistema financeiro dos seguros sociais, que é o da capitalização colectiva. Mas logo adiante parece rejeitar o regime de capitalização, excessiva ou não, quando postula como um

grave mal que é preciso evitar: «As nossas caixas de previdência, que nasceram para corrigir o desamparo da economia capitalista, vão tornar-se, em alguns anos, as mais fortes instituições capitalistas».

Este desamparo da economia capitalista deve referir-se ao trabalhador. Mas atrás, ao fazer alusão à capitalização excessiva do regime de previdência e às necessidades de

financiamento do Plano de Fomento, o aviso parece referir-se à economia nacional.

E agora se compreende como o autor do aviso prévio, partidário acérrimo do regime de repartição, veio a concordar com um regime de capitalização atenuada: foram as necessidades de financiamento do Plano de Fomento que o levaram a mudar de opinião, plano que, sem os capitais da Previdência, teria de ser substancialmente reduzido.

O autor do aviso prévio não é, porém, técnico de seguros; antes lhe interessa, como ilustre médico que é, a cobertura de riscos imediatos, como se depreende quando preconiza uma nova distribuição das taxas, por esta forma um tanto ou quanto imprecisa:

«O mesmo para o abono de família, menos para o subsídio de morte e para a reforma, mais para o agregado doença-invalidez. Ganho nos seguros imediatos e redução nos seguros a longo prazo».

Passemos então à parte do aviso prévio onde o autor mais deve sentir-se à vontade:

«As prestações médica e farmacêutica são quase sempre insuficientes, *marcadamente* as da Federação; devem completar-se, garantindo os meios de diagnóstico, assistência nocturna, pagando cirurgia e o tratamento dos tuberculosos e os outros doentes infecto-contagiosos, dos cancerosos e dos mentais e ampliando os medicamentos para além dos injectáveis».

O autor deve querer exprimir o desejo de que a assistência médica do seguro doença garanta ao beneficiário uma assistência médica e cirúrgica, geral e especializada, completa. Neste sentido julgamos não haver duas opiniões em contrário. Mas falta saber se o seguro doença foi estudado para suportar tal encargo ou se o foi para âmbito mais restrito de beneficiários, de acordo com as possibilidades económicas das entidades participantes: patrão e operário.

Realmente o caso parece esclarecer-se pelo disposto no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 37.762, de 24 de Fevereiro de 1950:

«1. A assistência médica deverá assegurar os serviços de medicina geral, compreendendo consultas, visitas domiciliárias, cirurgia ambulatória, partos e tratamentos.

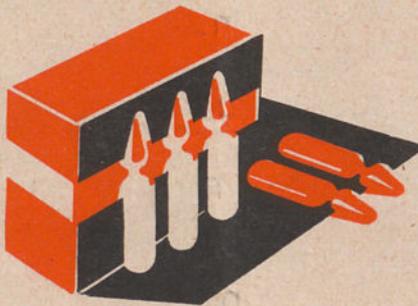
2. Nas zonas ou áreas de reconhecida importância industrial ou comercial, e à medida que as circunstâncias o forem permitindo, a assistência médica abrangerá, além da clínica médica, outros serviços especializados considerados convenientes, designadamente a estomatologia, a ginecologia e obstetria, a pediatria e a enfermagem, de harmonia com a orientação aprovada pelo Instituto Nacional do Trabalho e Previdência.

3. Fora dos casos previstos no número anterior, os médicos que prestem assistência aos beneficiários das caixas deverão assegurar os serviços a que se refere o n.º 1 deste artigo».

Não foi só a impossibilidade material de satisfazer o encargo com uma assistência médica e cirúrgica completa, só possível com um aumento substancial das quotizações, o único motivo que levou o legislador a fixar previamente, com todas as cautelas, as prestações a que o seguro se obrigava.

Foi também a escassez de meios técnicos, em pessoal, instalações e equipamento.

E como o óptimo é inimigo do bom, ao menos que se concedesse o absolutamente indispensável, de que alguns milhões de portugueses ainda hoje estão privados, já que anteriormente à organização da Previ-

TERAPÊUTICA
ANTI-SIFILÍTICA

SALIBI

Suspensão oleosa de salicilato básico de bismuto, em dispersão muito fina. Cada ampola de 2 cc. contém 0,15 g. de Bi metálico.

Caixa de 12 ampolas
de 2 cc.

25\$00

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

O metilandrostenediol (Protandren): efeito fisiológico; resultados terapêuticos preliminares

a) Efeito fisiológico

Em 6 mulheres tratadas pelo metilandrostenediol, os autores fizeram o cálculo exacto do azote. Observaram, assim uma nítida retenção azotada traduzida por um aumento de peso. Uma parte deste aumento ponderal poderia todavia, ser devida à retenção hidro-salina que acompanha de ordinário os tratamentos pelos androgéneos. Estas experiências mostram que o metilandrostenediol estimula a síntese das proteínas no homem como no animal.

b) Efeitos clinicos

«Em nenhuma das nossas doentes, apesar da dose bastante considerável e do tratamento prolongado pelo metilandrostenediol (certas doentes tomaram 100 mg por dia durante dois meses, ou seja 6 g ao todo), não notámos efeito virilizante».

«Em medicina geral, o metilandrostenediol prestou-nos serviços nos individuos emagrecidos ou asténicos sem qualquer tara psiquica a explicar os seus transtornos, que afinal resultavam habitualmente de motivos psicológicos minimos: nestes doentes, o efeito do tonus (sic) psiquico e fisico foi evidente».

Albert Netter, J. Chevalier e S. Molho, Soc. Méd. Hôp., sessão de 25 de Abril de 1952, Paris.

Bull. Soc. méd. Hôp. Paris 68, 14/15, 516-519.

dência nada tinham. A execução do esquema, embora incompleto e insuficiente, deu já lugar ao slogan que tantas vezes temos ouvido a quem não é beneficiário da Previdência: *Só podem estar doentes os milionários e os beneficiários da Previdência.*

Para se fazer uma ideia das razões da exiguidade do esquema de assistência médica da Previdência basta apontar que, ao passo que na Espanha e na Grécia, na Itália e no Luxemburgo as participações para assistência médica sobem a valores compreendidos entre 5 por cento e 9 por cento sobre o salário, em Portugal não vão além de 3 por cento.

Nem por isso, naqueles países, com esquemas mais completos, com maiores benefícios, as críticas deixam de ser as mesmas e em todo o Mundo assim acontece.

Mas o autor do aviso prévio, que, certamente, curou de saber se as contribuições da Previdência destinadas a cobrir o risco doença podem ou não suportar o encargo de uma assistência médica completa, não indica os meios de obter receita para lhe fazer face. É talvez processo cómodo apresentar problemas. As soluções ficam à conta da burocracia.

Na verdade, sendo o problema fácil de equacionar, é difícil de resolver. A equação é muito complicada e só tem solução dentro de certo condicionalismo, difícil de aceitar de boa mente, por não se acreditar que o séguro não pode dar o que não tem.

Para dar uma ideia da dificuldade do problema ampliação do esquema de assistência médica, foquemos o do *tratamento dos tuberculosos*, a que o aviso prévio se refere.

Quer o autor do aviso prévio referir-se, certamente, ao magno problema do tratamento da tuberculose pulmonar.

Temos na nossa frente um estudo sobre o «Seguro Tuberculose», de Setembro de 1952, subscrito por distintos tisiologistas e actuários, que mostra toda a magnitude do problema e cujas conclusões são elucidativas.

Decerto o autor do aviso prévio não conhece esse estudo, esse ou outro de natureza idêntica e de igual autoridade. Só assim explica a ligeireza com que supôs poder resolver-se o problema.

Saberá, por exemplo, qual o número, ao menos aproximado, dos doentes de tuberculose pulmonar nos beneficiários da Previdência Social e seus familiares?

Avaliará, ainda que por alto, o encargo que representaria o tratamento destes doentes?

Passar-lhes-á pela imaginação (já dizemos só pela imaginação) a ideia de que o seguro social, para tratar estes doentes, teria de gastar tudo o que despense actualmente e ainda muitas dezenas de milhares de contos mais?

Se antes de pôr o aviso prévio tivesse querido formar juízo consciencioso sobre esta delicada questão e evitar a apresentação de soluções fáceis... de dizer, a Federação poderia ter-lhe fornecido de bom grado os elementos indispensáveis, ou o Ministério das Corporações e Previdência Social, que mandou proceder ao estudo em referência.

Mas continuemos:

Como na tuberculose pulmonar a unidade não é o doente, mas sim a família, o combate à doença não poderá, ou não deverá, ficar confinado ao sector da população coberto pelo seguro.

Acrescenta-se ainda que a tuberculose pulmonar é uma doença de carácter social, cuja morbilidade é extraordinariamente agravada pelas condições económicas, falta de higiene e deficiências alimentares do doente. E o certo é que ainda depois do esforço colossal realizado pelo Estado, Previdência e autarquias locais na construção de milhares de habitações económicas e higiénicas, ainda há milhares de famílias, especialmente em Lisboa e no Porto, que vivem em barracas de madeira podre e latas velhas, numa promiscuidade de idades e sexos que choca os menos moralistas e numa insuficiência económica que confrange os mais arredios a condoerem-se com a miséria alheia.

A tuberculose pulmonar já foi uma doença tipicamente urbana. Hoje encontra-se por tal forma disseminada nos meios rurais que, pode dizer-se, abrange toda a população.

Por isso o combate à doença constitui presentemente um problema nacional.

Felizmente, a evolução das técnicas de tratamento — os antibióticos e a cirurgia da tuberculose pulmonar — tornou-a mais acessível à acção do médico. Se ainda hoje estivéssemos no tempo em que a sanatorização prolongada era considerada o meio mais eficaz do combate à doença, encontraríamos-nos numa situação embaraçosa.

Só poderá inadvertidamente supor o contrário quem se não tenha dado ao esforço de avaliar o número de doentes e, com ele, do número de camas necessárias para o seu tratamento, em confronto com as de que, por enquanto, dispomos para toda a população.

Estes, porém, era preferível dizerem que não supõem coisa alguma. A ignorância, parece-nos, faz menos mal e é mais respeitável do que a falsa sabedoria.

Vêm estas sumárias considerações apenas para se dar uma ideia da complexidade do problema.

Não nos assustemos porém. A evolução das técnicas de tratamento da doença fazem-nos vislumbrar algumas esperanças de melhores dias. E no desenvolvimento do aviso prévio não se esquecerá o autor de aprofundar o problema e apontar-lhe as soluções mais convenientes e mais conformes com as nossas possibilidades.

Poderia o autor do aviso prévio juntar ao tratamento da tuberculose o dos reumatismos e das doenças cardio-vasculares. Especialmente o reumatismo tem na Previdência grande importância. O número de baixas que causa é muito elevado e os consequentes prejuízos para o beneficiário, para as caixas e para a economia nacional são muito pesados. Depois, é uma doença de tratamento caro e moroso.

E o tratamento dos cardíacos?

E a cirurgia geral e especializada com o indispensável internamento?

E a recuperação e a readaptação dos doentes ao trabalho?

E as instalações, o apetrechamento e equipamento dos serviços, o pessoal técnico necessário para executar um programa completo de assistência médica e cirúrgica?

Com tal amplitude, nem todo o dinheiro da Previdência, o apontado milhão de contos, chegaria para satisfazer as despesas com a assistência médica, tão cara está a medicina e tão dispendiosas são as instalações.

Embora há pouco iniciada a execução do plano de organização hospitalar, já muito se tem feito, especialmente na construção de hospitais. Mas construí-los e apetrechá-los não basta. Difícil é mantê-los em funcionamento normal, dotando-os dos meios financeiros para exercerem a sua função com bom rendimento e utilização. E isso fica tão caro que, embora estejamos ainda longe de atingirmos o número de camas julgadas necessárias para a população, já as vamos tendo sem doentes, por falta de verba para os internar e tratar.

Todavia não sejamos pessimistas. Lá fora, em muitos países, a situação é idêntica. E o problema por cá há-de resolver-se com trabalho, persistência, canseiras e algumas arelias, como têm sido estudados e resolvidos outros grandes problemas nacionais. A impaciência de certos ansiosos, que têm sempre as melhores e mais eficazes soluções para todos os problemas, ainda os mais complicados, terá de se acalmar perante as dificuldades e esperar pelas soluções ditadas pelo bom senso.

Demos este ligeiro apontamento somente no intuito de fazer notar, embora imprecisamente, as dificuldades do problema.

Mas no requerimento do aviso prévio, em vez de se focarem essas dificuldades objectivamente e se sugerirem as soluções mais conformes com as nossas possibilidades económicas para as ultrapassar, preferiu-se pôr em relevo os erros de concepção, os defeitos de funcionamento da nossa Previdência em geral e, certamente por deformação profissional desculpável, os defeitos dos seus serviços médicos, *marcadamente* os da Federação.

Só assim se compreende que de vez em quando, no desenvolvimento do requerimento, a Federação nos surja como principal responsável pelos malefícios da Previdência: «as prestações médicas e farmacêuticas são quase sempre insuficientes, *marcadamente* as da Federação; a nossa Previdência, *especialmente* a Federação de Caixas, cumpre o encargo das prestações sanitárias com médicos privados».

Sempre que isso é possível, *marcadamente, especialmente*, as objurgatórias do requerimento visam os serviços médicos da Federação. Porquê?

Por serem estes os de maior extensão da Previdência? Parece que não. O autor do aviso prévio sabe muito bem que a Federação presta assistência médica a menos

FOSFOHEMOL

EXCELENTE TÓNICO RECONSTITUINTE
REMINEALIZANTE E DINAMOGÉNICO

INJECTÁVEL — SORO FOSFO — ARSENO — MAGNESO — CÁLCICO
ESTRICNADO

AMPOLAS DE 3 c. c. / INJEÇÕES SUBCUTÂNEAS INDOLORES

GOTAS — FÓSFORO, ARSÉNIO, MAGNÉSIO, EM COMBINAÇÃO
ORGANO-METÁLICA ESTRICNADA

EUPÉPTICO / AMARGO — XX A XXX GOTAS ÀS PRINCIPAIS REFEIÇÕES

GRANULADO — FÓSFORO, ARSÉNIO, MAGNÉSIO, EM COMBINAÇÃO
ORGANO-CÁLCICA

PALADAR AGRADÁVEL / ESPECIALMENTE INDICADO ÀS CRIANÇAS

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL
Representantes no Porto: QUIMICO SANITARIA, LDA.

de metade dos beneficiários inscritos nas caixas de previdência e que «as Casas dos Pescadores têm 50.000 sócios a quem prestam assistência médica»; «as Casas do Povo têm mais de meio milhão de sócios, a quem prestam assistência médica»; «as associações de socorros mútuos agrupam um número de segurados superior a meio milhão, a quem prestam assistência médica». Isto é: 1.050.000 beneficiários não inscritos nas caixas de previdência. Temos ainda de contar com as caixas privativas de empresas, como a da C. U. F., que prestam assistência médica fora do âmbito da Federação, e com os serviços médicos de organismos oficiais, como os dos C. T. T., etc.

Por serem tecnicamente os mais deficientes?

A resposta a esta pergunta envolve comentários, que melhor ficam na boca de um médico do que na nossa, que o não somos. Por isso nos abtemos de responder.

Por adoptar no recrutamento dos médicos e na forma de utilização dos serviços auxiliares processos diferentes dos outros organismos assistenciais? Ainda neste aspecto não descortinamos razão para tanto reparo.

São poucos os organismos do seguro que admitem os seus médicos por concurso documental, a que todos se podem habilitar. É este o regime da Federação. E menos ainda aqueles que, fora do regime de monopólio ou de serviços próprios, utilizam a colaboração de todos os radiologistas, analistas, fisioterapeutas, etc., desde que aceitem as nossas tabelas de preços. É este o regime da Federação.

O autor do aviso prévio sabe-o muito bem e por isso se não explica que os serviços médicos da Federação mereçam *marcadamente, especialmente*, a sua crítica.

As críticas à «prestação de serviços médicos» são desenvolvidas na alínea e) do requerimento.

Já nos referimos, em exposição enviada à Assembleia Nacional para esclarecimento dos Ex.mos Deputados, à inconsistên-

cia e injustiça das seguintes afirmações nele contidas:

«Quer agora impor a criação de serviços de radiologia. O investimento de grandes somas em serviços próprios é uma defesa da sua burocracia».

Transcrevemos algumas passagens:

«A actual direcção da Federação tem procedido, de há dois anos a esta parte, de acordo com instruções que lhe foram superiormente transmitidas, à estabilização dos serviços médico-sociais e à compressão de despesas, por forma a que pudessem ser suportados pelas caixas federadas — apenas trinta e três das oitenta existentes — os encargos com a assistência médica a beneficiários e familiares, cujo esquema, bom ou mau, foi elaborado, certamente de acordo com o princípio axiomático: a *Previdência não pode dar aquilo que não tem*. Ora aquilo de que a Previdência dispõe para a assistência médica do seu esquema de benefícios não vai além de 3 por cento sobre o salário.

No decorrer deste trabalho — estabilização do serviço e compressão de despesas — viemos a verificar que as despesas com raios X, em particular as referentes ao radiodiagnóstico, *mero elemento auxiliar de diagnóstico*, ascendiam a 10 por cento da despesa geral do serviço, ainda mesmo depois da restrição, já imposta, de só poder ser utilizado até 4 por cento das consultas do mês anterior.

Isto é: para evitar despesas exageradíssimas com os exames radiológicos já se tinha adoptado o critério de reduzir a um mínimo, julgado suficiente até em serviços hospitalares, a sua utilização.

A verdade é que, se por este meio se evitava que as *contas individuais dos Ex.mos Radiologistas* de Lisboa e Porto já não atingissem os números astronómicos compreendidos entre os 400 e os 750 contos anuais, como atingiram em 1949, nem por isso a despesa baixou sensivelmente dos 10 por cento da despesa total do serviço. Por isso teve a direcção de proceder à revisão da tabela de preços dos exames radiológi-

cos, procedimento que adoptou também quanto às análises clínicas e serviços de fisioterapia.

Um estudo cuidadoso do problema sob todos os aspectos — os que se referiam aos legítimos interesses dos radiologistas e os que eram determinados pelo direito, o dever e a necessidade de acautelar os dinheiros da Previdência, atendendo ainda ao volume do serviço, à roda de 45.000 exames radiográficos por ano, perdido, quase na totalidade, para os radiologistas se não fosse a organização dos serviços médicos da Previdência — permitiu elaborar uma nova tabela de preços, que foi proposta a todos os radiologistas da província, de Lisboa e do Porto, sem diferenciação dos locais onde estavam instalados os serviços e com a explicação prévia de que ela representava a vontade firme de manter o princípio de colaboração com a iniciativa privada, por forma a evitar a montagem de serviços próprios ou a concessão de monopólios.

Os radiologistas da província — Guimarães, Aveiro, Coimbra, Tomar, Portalegre, Covilhã, Castelo Branco, Setúbal, Évora, etc., — com raras excepções, aceitaram a nova tabela e continuaram a prestar os seus serviços à Federação.

Fica-lhes aqui uma palavra de agradecimento pelo seu espírito de compreensão e vontade de colaboração com tão importantes serviços, tanto mais que não consta das contas dos serviços médico-sociais que os seus proventos tivessem alguma vez atingido as somas elevadíssimas a que já fizemos referência.

Os radiologistas de Lisboa e Porto não a aceitaram e vieram declarar, por escrito, que entregavam à Ordem dos Médicos a solução do problema.

Decorreram vários meses sem que à direcção da Federação chegassem notícias da intervenção da Ordem no assunto, até que, finalmente, foi a direcção procurada por uma comissão composta por três distintos radiologistas de Lisboa, representantes da Ordem dos Médicos, para entabular nego-

REUMATISMO?

A experiência demonstra que

algiDerma

CREME ANTI-REUMÁTICO,
ANALGÉSICO E ANTIFLOGÍSTICO

dá bons resultados

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

DAVI
LISBOA

ciações no intuito de estabelecer uma plataforma aceitável que acabasse com o conflito.

Depois de duas reuniões e da troca de alguns ofícios concluiu-se não ser possível chegar a uma solução aceitável para ambas as partes e foi-nos então comunicado em 17 de Dezembro de 1952 que ia ser pedida a intervenção do presidente do conselho geral da Ordem dos Médicos na solução do problema. Há dois meses que esperamos a intervenção de Sua Excelência.

E a direcção viu-se, por isso, obrigada a reduzir para 2 por cento do número das consultas do mês anterior a percentagem das radiografias que podiam ser requisitadas em Lisboa e no Porto, enquanto o problema dos raios X não era resolvido pela montagem de serviços próprios nestas duas cidades.

E facto curioso: veio posteriormente a verificar-se que em muitos casos a percentagem reduzida era suficiente para as necessidades da clínica.

Tal redução produziu, como é compreensível, uma baixa sensível no quantitativo das facturas apresentadas pelos Ex.mos Radiologistas de Lisboa e Porto. Houve até quem, na intenção de se ressarcir da quebra dos proventos motivada por tal deliberação, tentasse elevar o número de sessões de radioterapia dos doentes que lhe eram entregues, o que obrigou a direcção a suspender o envio de doentes a um Ex.mo Radiologista.

E quando se esperava que este reagisse provando a justeza do seu critério clínico para demonstrar a iniquidade da suspensão, preferiu reabilitar-se fazendo um desconto de 60 por cento nas suas contas de radioterapia apresentadas de Janeiro a Agosto de 1952, desconto que se elevou à importância de 78.946\$80.

Deixamos ao critério esclarecido de V. Ex.^a, Sr. Presidente, e ao esclarecido critério da Câmara a que V. Ex.^a distintamente preside o comentário que o facto merece.

Por nós, apresentámo-lo somente em nossa defesa.

Pelo exposto, já se pode vislumbrar que a Federação não quer impor a criação de serviços de radiologia, antes foi posta em presença de uma situação que terá de resolver pelos seus próprios meios, já que não pode contar em Lisboa e Porto, note-se bem, com a colaboração dos Ex.mos Radiologistas.

É certo que a criação de serviços próprios está prevista e até, em certas condições, é imposta pelo disposto na alínea a) do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 37.762, de 24 de Fevereiro de 1950.

E, se assim se tivesse procedido, isto é, se tivessem sido cumpridas tais disposições, o problema da radiologia estava há muito ultrapassado e não daria agora azo a mal entendidos e especulações, que podem ser aproveitados para alvoroçar a opinião pública.

Mas a direcção da Federação, na defesa dos princípios tão de acordo com a nossa doutrina, no dizer do autor do aviso prévio, em lugar de enveredar pelo trilho da lei, montando serviços próprios, tentou a colaboração dos radiologistas, que só veio a obter fora das cidades de Lisboa e Porto.

E ainda, de acordo com a doutrina logo no início da sua gerência, extinguiu pura e simplesmente os serviços próprios chamados «Laboratórios de Análises Clínicas de Lisboa» e «Centro Radiológico do Porto», prestes a entrar em funcionamento, com algum prejuízo para os Serviços Médico-Sociais, traduzidos nas indemnizações e outros encargos que foi necessário satisfazer.

Este passo final da demonstração que nos propusemos fazer é a prova evidente do desejo de colaboração por parte da direcção com a iniciativa privada, todas as vezes que a exagerada avidez dos colaboradores não a torna impossível ou, pelo menos, impraticável.

E diga-se em abono da verdade que a direcção da Federação, ao tomar tal atitude em defesa dos princípios, contrariou a lei e disso teve de tomar inteira responsabilidade.

E então perguntemos agora:

É a Federação que quer agora impor a criação de serviços de radiologia ou são os radiologistas de Lisboa e Porto que forcem tal solução?

Parece-nos ficar rigorosamente demonstrada a inexactidão do passo do aviso prévio que esclarecemos.

Releve-nos V. Ex.^a a formulação de mais duas perguntas que este lastimável incidente nos sugere:

Não poderia o autor do aviso prévio, na qualidade de ilustre bastonário da Ordem dos Médicos e como tal conhecedor do problema da radiologia, ter conseguido inteira liberdade para os radiologistas de Lisboa e Porto, grandes e pequenos, aceitarem ou não, conforme quisessem, a nova tabela? Ao contrário, consentiu-se depois de vários incidentes, que todos ficaram amarrados ao compromisso de honra de não a aceitarem. Os radiologistas, e são vários em Lisboa os que montaram os seus serviços a contarem com a receita que lhes provinha dos serviços prestados à Federação, viram-na cerceada e terão de ser próximamente privados dela, o que lhes criará uma situação embaraçosa.

Pelo contrário, consentiu-se que os grandes amarrassem os pequenos ao seu carro dourado e chegou-se ao ponto, para manter uma situação lastimável que poderia ter-se evitado, de se concederem subsídios, autênticos subsídios de greve, àqueles cuja situação se ia tornando cada vez mais embaraçosa e que, por isso, recalciavam, e com razão.

Porque é que o Ex.mo Deputado que agora, no seu aviso prévio, nos vem acusar de pretendermos impor a criação de serviços de radiologia não exerceu acção decisiva, na sua qualidade de ilustre bastonário da Ordem dos Médicos, na solução do conflito, se conflito se pode chamar, surgido entre esta Federação e os radiologistas de Lisboa e Porto?

Este sim, teria sido o procedimento

LABORATORIOS "SICLA"

NEO-SICLAL — injectável —

Caixas de 12 ampolas de 2 cm³,
Contendo, por ampola
Vitamina B₁ 3 mgrs.
> B₂ 0,1 >
> P P 2 >
Cacodilato de sódio . 10 >
Glicerofosfato de sódio 50 >

NEO-SICLAL — gotas

Frascos 25 gramas,
Contendo, por 30 gotas (1 grama)
Vitamina A . . . 4500 U. I.
> B₁ . . . 1 mgr.
> B₂ . . . 0,5 >
> P P . . . 10 >
> C . . . 22,5 >
> D . . . 450 U. I.
Glicerofosfato de cálcio 50 mgrs.

PERVITALETAS — pérolas

Frascos de 30 e 60 pérolas,
Contendo, por pérola
Vitamina A 3000 U. I.
> B₁ 1,5 mgrs.
> B₂ 1,5 >
> P P 10 >
> C 37,5 >
> D 300 U. I.
Pantotenato de cálcio 5 mgrs.

TONO-ENZIMA — granulado

Frascos de 70 grs.
Contendo, por grama
Levedura autolizada . . . 600 mgrs.
Cálcio (ião em combinação orgânica) 8,93 >
Manganez (ião em combinação orgânica) 0,87 >
Vitamina B₁ 0,32 >
> B₂ 0,37 >
> P P 3,57 >
Extracto de cola 9,3 >
Excipiente glucídico, q.b.p. 1000 >

VITALETAS

Caixas de (15 + 15) ou (30 + 30) pérolas
Contendo; por pérola preta
Vitamina A 2000 U I
> B₁ 0,6 mgrs.
> B₂ 1,0 >
> C 15 >
> D 200 U I

Ácido nicotínico . . . 5 mgrs.

Por pérola castanha

Calcio 69,70 >
Fósforo 55,50 >
Ferro (orgânico) . . . 5,85 >
Magnésio 1,61 >
Cobre 1,00 >
Cobato 1,00 >
Manganézio 0,50 >
Óleo de germen trigo 100,00 >

VITALETAS-B — pérolas

Frascos de 30 pérolas,
Contendo, por pérola,
Vitamina B₁ 3 mgrs.
> B₂ 1 >
> P P 10 >
Pantotenato de calcio 2,5 >

VITALETAS-HEPÁTICAS — pérolas

Frascos de 30 pérolas
Contendo, por pérola,
Vitamina B₁ 3 mgrs.
> B₂ 2 >
> B₆ 1 >
> P P 20 >
Pantotenato de calcio 3 >
Extracto de fígado
1:300 250 >

Campo Grande, 298 — LISBOA-N.

Telef. 79.107 — Telegr. SICLAMINA

Director Técnico:

JOSÉ M. PINTO FONSECA

A ÚLTIMA DESCOBERTA DE ANTIBIÓTICO
 PARA TRATAMENTO DE INFECÇÕES
 PRODUZIDAS POR UM VASTO ESPECTRO
 BACTERIANO TANTO **GRAM-POSITIVO**
 COMO **GRAM-NEGATIVO**



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

EM UM FRASCO-AMPOLA

+

UMA AMPOLA DE VEÍCULO COM CLORETO DE COBALTO

CAIXAS COM 1 — 3 — 5 FRASCOS-AMPOLAS

LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO



J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNÇHAL

HOMENAGENS

Ao Dr. Azevedo Gomes

No dia 28 de Março deixou de exercer as suas funções de director do Serviço n.º 6 do Hospital de Santo António dos Capuchos, em Lisboa, o Dr. Alberto de Azevedo Gomes, que, naquela data, atingiu o limite de idade para o exercício de funções públicas. Por esta razão, os seus colaboradores, médicos e enfermeiros, e clínicos de outros Serviços, resolveram prestar-lhe uma homenagem, que se efectuou naquele Serviço. O Dr. Azevedo Gomes não quis comparecer, enviando a um dos seus assistentes, o Dr. Fortunato Levy, uma carta em que lhe pedia que a todos apresentasse as suas desculpas pela ausência. E acentuando que não havia nela falta de consideração por ninguém, dizia:

«Compreendo e aceito o imperativo

mais conveniente para a defesa dos princípios, da doutrina e da liberdade do trabalho.

E, porque assim não aconteceu, gerou-se na própria classe dos radiologistas uma cisão entre os da província, na sua quase totalidade a prestarem serviços a esta Federação, e os de Lisboa e Porto, amarrados — grandes e pequenos, os que precisam e os que muito bem podiam dispensar o serviço até em benefício dos primeiros — a compromissos de honra, que não de acabar por asfixiar os que ainda não têm as suas situações profissionais sólidamente alicerçadas.

Conseguisse o ilustre bastonário da Ordem dos Médicos desligar os radiologistas de Lisboa e Porto desse tal compromisso e estamos certos de que já agora não teria necessidade de, virando o bico ao prego — desculpe V. Ex.ª a expressão — nos vir acusar de pretendermos impor fosse o que fosse.

E, para terminar, permita-me V. Ex.ª ainda um ligeiro comentário à segunda frase a que nos referimos: «O investimento de grandes somas em serviços próprios é uma defesa da sua burocracia».

Acostumados, como estamos, à elegância, embora desassombrada, com que os assuntos de interesse nacional são postos na Assembleia a que V. Ex.ª distinta e dignamente preside, chocou-nos a incoerência e a inconveniência de semelhante afirmação.

Mas, felizmente, isentos de delírio interpretativo, que nos levaria muito longe na apreciação à letra de frase tão infeliz na sua forma e no seu conteúdo, não lhe fazemos por agora mais comentários».

(Continua no próximo número)

da lei. Não encontro, porém, justificação nem disposição para ouvir em vida, e ainda com faculdades de trabalho, o elogio fúnebre da minha pessoa.

Procedeu-se depois, a pedido do homenageado, à distribuição de prémios pecuniários, que couberam aos enfermeiros de 2.ª classe Maria Madalena Simões Ferreira e José Luciano Alves.

Em seguida, descerrou-se uma lápida de agradecimento ao Instituto de Lisboa, Dr. José de Azerêdo Perdigo, Dr. Fortunato evê, Henrique de omer Champalimaud, Fernando Moreira da Cruz, Carlos Esayag, engenheiro Valério de Oliveira Costa e Augusto Soler, pelo auxílio prestado à realização daquele bloco operativo, inaugurado em 19 de Janeiro de 1950.

Após a cerimónia, dirigiram-se todos os presentes a casa do Dr. Azevedo Gomes, a fim de lhe apresentarem cumprimentos.

O sr. enfermeiro-mor dos Hospitais Civis louvou, na mesma data, em ordem de serviço, o Dr. Azevedo Gomes, por «na sua longa permanência de 42 anos de vida hospitalar, em todos os postos que ocupou, haver demonstrado o maior zelo, competência, dedicação e interesse pelo serviço, devendo-se-lhe ultimamente valioso trabalho de coordenação dos serviços do hospital dos Capuchos, de que era director clínico.

Por proposta do Dr. Azevedo Gomes, também o sr. enfermeiro-mor louvou, em rodem de serviço, os enfermeiros-chefes D. Fernanda Miranda Correia e Vicente Canelas, bem como os dois enfermeiros acima referidos, todos do serviço 6, de que o distinto cirurgião era director.

Ao Prof. Salazar Leite

O Dr. Ribeiro de Queirós, Subsecretário de Estado da Assistência Social, presidiu no dia 7, no Hospital dos Capuchos, em Lisboa, à inauguração de importantes melhoramentos no Laboratório de Análises Clínicas, de que é director o Prof. Salazar Leite.

Recebido pelo enfermeiro-mor, médicos e funcionários superiores do hospital, o Dr. Ribeiro de Queirós visitou o laboratório, sobre cujos progressos falou o Dr. Emilio Faro, apontando números

reveladores e exaltando a competência profissional e os gestos benemerentes do Prof. Salazar Leite, os quais tornaram possíveis os melhoramentos verificados em tão importantes serviços.

Em homenagem ao referido professor foi descerrada uma lápida, dando o seu nome ao laboratório, acto que o sr. Subsecretário de Estado da Assistência sublinhou como de inteira justiça às qualidades profissionais e dotes de bondade do festejado. Este agradeceu, dizendo que nada fizera do que pagar uma parte da dívida contraída com os Hospitais Civis.

Em seguida, o Sr Subsecretário visitou as obras de beneficiação e ampliação em curso na Farmácia e no Banco do hospital de S. José.

À memória do Dr. Costa Cabral

No Instituto de Orientação Profissional foi prestada, no dia 26 de Março, uma homenagem à memória do Dr. Fernando da Costa Cabral, médico distinto que prestou serviços naquele estabelecimento durante vinte e sete anos, em seis dos quais como director, e que faleceu em Dezembro do ano findo.

Foi descerrado um retrato no gabinete da direcção, tendo usado da palavra, para pôr em destaque as superiores qualidades do Dr. Costa Cabral, como clínico e educador, os Drs. José Joaquim de Oliveira Guimarães, professor jubilado da Faculdade de Letras e que foi também director do Instituto, e Vasco Coelho da Silva. Ao acto assistiram a viúva, sr.ª D. Maria Natália da Costa Cabral, filhos e outras pessoas da família do extinto, assim como, além do pessoal docente antigo e actual do Instituto, numerosos amigos do Dr. Costa Cabral, entre os quais os médicos Drs. Oliveira Machado, Corte Real, Paiva Raposo e Idalo de Oliveira e o advogado Dr. Avelinho Cunhal.

Prof. H. C. Hinshaw

A fim de realizar uma série de conferências na Europa, sobre o tratamento da tuberculose, com especial referência às novas substâncias antibacterianas, passou por Lisboa o Dr. H. C. Hinshaw, professor de Medicina da Universidade de Stanford, de S. Francisco da Califórnia.

No dia 8 de Março, na 1.ª Clínica Cirúrgica do Hospital de Santa Marta, o Prof. Hinshaw falou do «Tratamento da tuberculose». Apresentado pelo director daquela Clínica, Prof. Cid dos Santos, o conferencista expôs o problema do tratamento no dizer das localizações da tuberculose no organismo, tal como ele deve ser encarado hoje, à luz dos efeitos das diversas substâncias antibacterianas que sucessivamente têm sido descobertas, referindo-se particularmente à tuberculose pulmonar e à tuberculose renal. Sempre escutado com o máximo interesse pelo numeroso auditório, constituído por professores, clínicos e alunos, o Prof. Hinshaw encarou, por fim, o aspecto da associação dos medicamentos e a importância dos tratamentos muito prolongados, quer com fim curativo, quer como preparação pré-operatória.

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

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



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 11 a 18 de Maio)

Dia 11. — A Cruz Vermelha instala no Santuário de Fátima, no Hospital, um serviço de socorros, a fim de satisfazer qualquer exigência nos dias da peregrinação. Dirige-o o Dr. Formosinho Sanches.

12. — No Porto, o Dr. Adalberto Zink, de Nova Iorque, fala, na Faculdade de Medicina, sobre «Os enzimas bacterianos dos estreptococos».

— Em Lisboa, na Casa do Alentejo, o Prof. Carlos Santos profere uma palestra sobre «Vantagens e inconvenientes da especialização».

15. — Comemora-se, em Lisboa, o dia dos Hospitais Civis. Além dum acto religioso, na Capela do Hospital de S. José, distribuem-se medalhas a funcionários. O enfermeiro-mor, Dr. Emilio Faro, faz a entrega das medalhas de prata aos Drs. Luís Macieira, Mário Conde e Valadas Preto.

As 15 horas, chega o sr. Ministro do Interior, Dr. Trigo de Negreiros, que é aguardado pelos srs. Subsecretários de Estado da Assistência e Obras Públicas, o enfermeiro-mor dos Hospitais Civis, e outras entidades, nomeadamente do corpo clínico daqueles serviços hospitalares.

Imediatamente, os membros do Governo e todos os presentes são introduzidos no interior do edificio, onde visitam os melhoramentos agora concluídos, entre os quais o refeitório e alojamento para internos do Banco, a consulta de traumatologia, os refeitórios para o pessoal e, por último, o novo bloco operatório, a que é dado o nome do seu antigo director, Dr. Artur Carvalho Ravara e que, fica sendo um dos melhores do País.

O Dr. Pinto Monteiro, actual director deste bloco, agradece ao Governo, na pessoa do sr. Ministro do Interior o interesse que manifestou por esta obra, referindo-se, depois, largamente, às vantagens técnicas do serviço agora inaugurado.

— Nas Caldas da Rainha procede-se à abertura anual do Hospital Termal Rainha D. Leonor. As comemorações tomam aspecto de festividade local, durante alguns dias e a colaboração de toda a população.

16. — No Porto continua concorrida a I Exposição Tifológica Internacional, promovida pela Comissão de Recuperação dos Cegos.

17. — Inicia-se a Semana da Tuberculose no Porto. Entre os vários acontecimentos ligados à inauguração destacam-se as conferências dos Drs. José Manuel Rodrigues Pereira — «Luta anti-tuberculosa — B. C. G.» — e Ludgero Lopes Parreira — «Rádio-rastreo torácico».

— No Marco de Canavezes inaugura-se a aparelhagem de R. X., no Hospital da Misericórdia.

18. — Na Sociedade de Geografia de Lisboa, o Dr. João Pedro de Faria, Director do Hospital do Ultramar, realiza uma conferência intitulada «A assistência clínica na Metrópole aos funcionários e portadores de doenças tropicais — Hospital do Ultramar».

Estrangeiro

— A direcção da Associação dos Pediatras Espanhóis ficou assim constituída:

Presidente, Dr. Rafael Ramos Fernández; vice-presidentes, Dr. Juan Bosch Marin y Dr. Ciriaco Laguna; secretário geral, Dr. Luís Navas Migueloa; tesoureiro, Dr. Angel Ballabriga; vogais: Drs. Juan Garrido Lestache, Augusto Brossa Bosque, Manuel Suárez Perdiguero, Juan-Luís Morales e José Luís Aldecoa.

— Em Londres, o Dr. A. Pulgvert, de Barcelona, proferiu conferências sobre Uro-

logia na Postgraduate Medical School, tendo atraído o interesse dos médicos britânicos.

— Em Valladolid, o Prof. Maranhoni encerrou o Curso sobre Hipofise com uma conferência intitulada «Síndromae tiróides de origem hipofisária». O mesmo sábio, em Madrid, no Instituto de Medicina e Segurança no Trabalho encerrou o Curso de Medicina e Cirurgia de Urgência. O tema foi «Taquicardias paroxísticas».

— Realizou-se o I Congresso Internacional de Medicina Interna, organizado pela União Médica do Mediterrâneo Ocidental. Participaram cerca de 400 médicos de vários países e o local escolhido foi Palma de Maiorca. Entre aqueles médicos encontram-se alguns portugueses.

— Em Sevilha realizou-se o I Congresso Hispano americano de Odontologia. Simultaneamente realizou-se o XVII Congresso Espanhol daquela especialidade. Participam médicos portugueses.

A G E N D A

Portugal

Concursos

Estão abertos:

— De provas públicas, pelo prazo de trinta dias, para habilitação ao provimento dos lugares de assistentes e ajudantes de cirurgia dos centros de cirurgia torácica (zonas sul, norte e centro), bem como de cirurgião e ajudante de cirurgia do Sanatório Dr. João de Almada (Funchal).

Estrangeiro

Realiza-se em Copenhague, de 20 a 23 de Maio, o II Congresso Europeu de Alergia.

— Em Paris, de 25 de Maio a 4 de Julho, um curso superior de patologia digestiva.

— Em Nova Iorque, de 28 a 30 de Maio, realiza-se a X Reunião Anual da Sociedade Americana de Geriatria.

— Em 5 e 6 de Junho, em Viena, realizam-se os Dias Internacionais de Cirurgia.

— No Rio de Janeiro, de 19 a 26 de Julho, realiza-se o II Congresso da Soc. Latino-americana de ortopedia e traumatologia.

— Em Pau, o LI Congresso dos médicos alienistas e neurologistas de França e países de língua francesa, nos dias 20 a 26 de Julho.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 7-5 a 12-5-953)

7-5

— Drs. Pedro de Castro Mota Pais de Vasconcelos, Amadeu de Magalhães Peixoto de Meneses, João Fernando de Maia Lamarão Gomes Rosa, Luís Carneiro Lopes Alpoim e António Delgado da Graça Morais — contratados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato complementar dos serviços gerais de clínica cirúrgica além do quadro (internos graduados), dos H. C. L.

— Drs. Orlando Gomes da Silva e Maria Irene Amigo de Figueiredo — contratados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato complementar do serviço clínico da especialidade de pediatria médica além do quadro (internos graduados), dos H. C. L.

— Dr. Júlio Duarte Homem Cristo — contratado, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato com-

plementar do serviço clínico da especialidade de urologia além do quadro (interno graduado), dos H. C. L.

— Dr. Luís Carneiro Lopes Alpoim, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica cirúrgica, contratado além do quadro dos H. C. L. — rescindido, a seu pedido, o respectivo contrato a partir da data da posse de interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica cirúrgica, contratado além do quadro (interno graduado) dos mesmos Hospitais.

— Dr. Orlando Gomes da Silva, interno do internato complementar do serviço clínico da especialidade de pediatria médica, contratado além do quadro dos H. C. L. — rescindido, a seu pedido, o respectivo contrato a partir da data da posse de interno do internato complementar do serviço clínico da especialidade de pediatria médica, contratado além do quadro (interno graduado) dos mesmos Hospitais.

— Dr. Júlio Duarte Homem Cristo, interno do internato complementar do serviço clínico da especialidade de urologia dos H. C. L. — exonerado, a seu pedido, a partir da data da posse de interno do internato complementar do serviço clínico da especialidade de urologia, contratado além do quadro (interno graduado), dos mesmos Hospitais.

9-5

— Dr. Armando da Costa Sant'Ana Leite — aprovado o termo do contrato para o desempenho das funções de segundo-assistente além do quadro da Faculdade de Medicina de Lisboa.

11-5

— Dr. Mário de Carvalho Conde, cirurgião dos Hospitais Civis de Lisboa — concedida a medalha de prata de bons serviços.

— Dr. José Paulino Pereira, médico municipal do partido com sede na cidade de Setúbal — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de guarda-mor do quadro do pessoal técnico das circunscrições de defesa sanitária dos portos marítimos e aéreos, para serviço na estação de saúde da referida cidade.

— Dr. Alberto Pereira Maçãs Fernandes, capitão médico, chefe dos serviços laboratoriais do Hospital Militar Principal — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de chefe de serviço do Instituto Português de Oncologia.

— Dr. José Pais Ribeiro, médico analista, contratado, do Hospital Militar Regional n.º 2 — rescindido o respectivo contrato, a seu pedido, desde 28 de Abril findo.

12-5

— Dr. Feliciano António do Vale Rego Campos — nomeado médico do Comando Distrital da Polícia de Segurança Pública de Braga.

— Dr. João Lico Lopes — contratado para exercer as funções correspondentes às de adjunto de delegado de saúde, para serviço na Delegação de Saúde de Bragança.

— Dr. Renato Martinez de Valadas Preto, médico dos H. C. L. — concedida medalha de prata de bons serviços.

— Dr. Luís Ribeiro de Almeida, médico de 1.ª classe do quadro médico comum do ultramar natural da Metrópole, com mais de dois anos na actual categoria — desligado do serviço para efeitos de aposentação, em virtude de ter atingido o limite de idade.

— Dr.ª Maria Eugénia Ivens Ferraz Jácome de Castro Tavares Rodrigues — aprovado o termo do contrato para o desempenho das funções de segundo-assistente, além do quadro, da Faculdade de Medicina de Lisboa.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARA MÉDICOS

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

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

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

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

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E 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.