

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 167
11 de Novembro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

UMA CONCEPÇÃO ORIGINAL
EM TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA!

OMNACILINA AZEVEDOS

3 ACÇÕES CONJUGADAS:

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

Inyectavel

APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 150.000 U. O. de Penicilina
NORMAL — 400.000 U. O. de Penicilina
FORTE — 600.000 U. O. de Penicilina
FORTÍSSIMA — 800.000 U. O. de Penicilina

em caixas de 1, 3, 5 e 10 doses

Rectal

APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 300.000 U. O. de Penicilina
ADULTOS — 500.000 U. O. de Penicilina



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.
J. CELESTINO DA COSTA E AYRES DE SOUSA — <i>Esplenoportografia</i> ...	943
AURELIANO DA FONSECA — <i>Estudo epidemiológico da tinha do couro cabeludo no Norte de Portugal</i>	952
MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLINICAS E CIENTIFICAS</i> — <i>Evolução obstétrica actual da mulher tuberculosa</i>	963
<i>Progressos no tratamento da Insuficiência renal aguda e crónica</i>	964

SUPLEMENTO

	Pág.
<i>A Medicina e o Folclore Marítimo</i> — ANTONIO CASTILLO DE LUCAS	717
<i>Ecos e Comentários</i>	724
<i>III Congresso Internacional de Broncoesofagologia</i>	726
<i>Noticiário diverso.</i>	



ÁCIDO DEHIDROCÓLICO:
Para promover a drenagem dos canais biliares.

BILIS:
Para uma eficaz concentração dos sais biliares.

SÓS, EFICIENTES JUNTOS, MELHOR

Hydro--Bilein

(MARCA REGISTRADA)

A terapia das perturbações do tracto biliar é incomparavelmente melhorada quando se associa o ácido dehidrocólico e os sais biliares naturais num só preparado como se verifica na HYDRO-BILEIN. Cada confeito contém 0,12 grs. de ácido dehidrocólico e 0,12 grs. de bilis de boi fresca esxicada.

Esta combinação terapêutica tem inúmeras aplicações: para a desobstrução dos canais biliares e assim retardar o alastramento da infecção do tracto biliar; para melhorar a acção digestiva da bilis espessada; para reduzir a possibilidade da precipitação do colesterol dos ácidos gordos na bilis; para assegurar a entrada de sais biliares no tracto intestinal após a colecistectomia; para estimular a acção peristáltica do tracto gastro-intestinal nos casos de prisão de ventre.

A dose média é de um confeito duas a quatro vezes por dia, de preferência após a refeição. Esta dose deve ser reduzida se produzir efeito laxativo demasiado.

Os confeitos de HYDRO-BILEIN têm revestimento açucarado e encontram-se à venda em frascos de 40 e 100 confeitos.

HYDRO-BILEIN

(Bilis e Ácido Dehidrocólico, ABBOTT)

ABBOTT LABORATÓRIOS, LDA.
RUA JOAQUIM ANTÓNIO DE AGUIAR, 43, R/c., D. - LISBOA



Esplenoportografia

J. CELESTINO DA COSTA

(Prof. Ext. da Faculdade de Medicina de Lisboa
— Cirurgião dos Hospitais)

e

AYRES DE SOUSA

(Prof. Agr. da Faculdade de Medicina de Lisboa
— Radiologista dos Hospitais)

HISTÓRIA

A portografia começou a ser encarada como uma necessidade premente com a actual fase cirúrgica da terapêutica da hipertensão portal. O seu primeiro e principal impulsionador, Allen Whipple, ao estabelecer a, desde então, clássica classificação e distinção entre bloqueio intra e extra-hepático logo se apercebeu da necessidade do exame radiológico do sistema portal para mais seguro e claro diagnóstico do local da obstrução da porta. Iniciou então (1945) a prática da portografia intraoperatória através do cateter que media a pressão portal. Com o desenvolvimento da cirurgia da hipertensão portal e a sistematização das operações para os dois tipos de bloqueio (anastomose porto-cava directa e anastomose esplenorenal) a portografia tornou-se progressivamente mais importante. Entre nós Sousa Pereira e colaboradores (1949-50) iniciaram precocemente o estudo flebográfico da porta usando a laparotomia seguida de injeção num ramo da mesentérica superior (veias ileocecais ou apendiculares), injectando uma veia hemorroidária (para visualização da mesentérica inferior) ou um ramo da veia esplénica para visualização deste importante ramo. Em 1950, Moore e colaboradores publicaram um bom artigo de «venografia portal» (crendo ser os iniciadores do método) e mantendo a técnica intraoperatória.

Pouco depois Santy e Marion (1951) publicavam um dos primeiros trabalhos pormenorizados e com exemplos múltiplos de «portografias per-operatórias».

A necessidade duma laparotomia prévia tornava, porém, o método incompleto. Surgiram então outras tentativas. Campi e Abeatici (1951) e depois Campi, Abeatici e Léger (1951), seguidos de Léger (1951), de Boulvin e colaboradores (1951) e, aparentemente, duma forma independente Dreyer e Budtz-Olsen (1952), descreveram um novo método: a portografia transplénica, ou seja, a visualização do sistema portal através uma punção transparietal e injeção intraparenquimatosa, no baço, duma substância de contraste. O método rapidamente se difundiu e foi adoptado sucessivamente em Inglaterra (Walker e colab.) e nos Estados Unidos (Rousselot, Copper e colab. (1953), etc.). Rousselot associou os dois métodos: a portografia transplénica e a intraoperatória. O método é actualmente designado mais comumente como esplenoportografia, termo que nos parece correcto e, por isso, adoptámos.

O sistema porta é constituído por dois ramos principais: a veia esplénica e a veia mesentérica superior, que se juntam para formarem o tronco da veia porta, formando uma figura em tripé ou Y. A veia coronária estomáquica lança-se ora na esplénica, ora na própria porta, ora na confluência das duas. A outra veia importante, a mesentérica inferior, lança-se alternadamente na esplénica, na mesentérica superior ou na confluência das duas (Rousselot).

A injeção de contraste na mesentérica superior não permite a visualização da esplénica como também a injeção intra-esplénica dá apenas uma visualização da veia esplénica e do tronco da porta e ramos intra-hepáticos.

A mesentérica superior é em regra assinalada por uma pequena subtração na sombra do sistema, no ponto em que mesentérica e esplénica confluem. Normalmente não se visualizam outros vasos. Se existe um obstáculo, a esplenoportografia permite verificar, com toda a clareza, se é intra ou extra-hepática. Outros sinais de hipertensão portal podem, porém, surgir: a visualização de colaterais, como a coronária ou a mesentérica, onde a corrente se inverteu passando a funcionar de vias colaterais e, além disso, um atrazo no esvaziamento do sistema e, principalmente, daqueles colaterais.

São estes os principais elementos que o método nos fornece.

Apresentamos hoje os primeiros resultados da nossa experiência pessoal.

MATERIAL E TÉCNICA

A nossa experiência refere-se a 12 exames praticados em 6 doentes (1) todos com afecções portais, três dos quais foram operados de anastomose porto-cava directa, latero-lateral, tendo sido realizados exames post-operatórios em dois.

A técnica utilizada foi sensivelmente a mesma em todos os casos. Doente em decúbito dorsal, levemente inclinado para a direita. Palpação e percussão do baço (aumentado em todos os casos) para correcta avaliação da sua posição. Desinfecção e anestesia da pele e dos planos profundos ao nível do 9.º espaço intercostal E. (em regra) atrás da linha axilar anterior. Depois do doente ter sido induzido a tomar o ar fundo e a suspender a respiração, punção daquele espaço com agulha grossa e comprida adaptada a uma seringa com 30-40 c.c. de pyelombrine a 80%. É aconselhável fazer um teste de sensibilidade ao iodo injectando por via intravenosa um c.c. do mesmo produto. A agulha introduz-se lentamente e é fácil sentir a sua passagem no peritoneu.

Manda-se então o doente respirar fundo e sente-se o roçar (inconfundível) da cápsula esplénica no bico da agulha. O doente suspende a respiração e a agulha avança cerca de 3 cm. ficando em plena polpa esplénica. Injeção rápida do contraste (em 3-4") retirando-se imediatamente a agulha (antes de o doente respirar) e realizando-se uma primeira radiografia nesse momento (final da injeção). Duas outras radiografias são feitas em seguida aos 8-9" e aos 13-17". (Não tem sido feito um maior número de radiogramas por falta de seriógrafo que esperamos obter brevemente e deve trazer-nos vantagens.)

O doente respira então. A punção é perfeitamente suportada desde que se faça uma boa anestesia da parede e mesmo indivíduos jovens (10 anos) a toleram. Há, por vezes, sensação de calor na face, leves náuseas ou arrepios de frio, e dor no ombro esquerdo que, quando pre-

(1) Posteriormente foram realizados mais exames com resultados concordantes.

sentes, são de curta duração e facilmente debeláveis com um analgésico.

Parte dos sintomas que podem surgir, como dor no flanco e no ombro esquerdo devem estar relacionados com um pequeno extravasamento intra-peritoneal que verificamos algumas vezes e parece não ter outras consequências reabsorvendo-se rapidamente.

Nos casos operados não encontramos qualquer lesão do baço, nem sinais de reacção periesplénica à droga.

Só temos realizado o exame em doentes internados e fazemo-los regressar à cama de maca, vigiando-os com cuidado durante esse dia. Não tivemos um único acidente.

Quando existe ascite é necessário o seu completo esvaziamento pela dificuldade que a presença de líquido oferece à nitidez das imagens.

RESULTADOS

Esta primeira série de espleno-portografias deixou-nos uma excelente impressão do método.

É fácil obter um resultado constante, o exame faz-se rapidamente e não incomoda o doente.

Por outro lado permite-nos deduções diagnósticas, de indicação operatória, de controle post-operatório e de ordem fisiopatológica que não eram possíveis antes de o advento do método.

Daremos em seguida vários exemplos.

Caso I — A. M. R. L. — Sexo masculino. 10 anos. História de dor abdominal direita há 2 anos e de achado ocasional duma esplenomegália. Nega icterícia, hematemese e melenas. À observação nota-se hepatomegália e esplenomegália muito marcada (abaixo do umbigo). Ausência de ascite.

Exames do sangue revelam provas hepáticas fortemente positivas com van den Bergh negativo e um certo grau de anemia (\pm 3.400.000 com 55-65 % Hgb) com leucopénia que chega aos 3.800 e trombocitopénia variável (chegou a 89.000 plaquetas). Não se observam varizes esofágicas. Tempo de circulação recto-pulmão 22".

Parece, pois, tratar-se duma hepatite crónica com esplenomegália e hiperesplenismo e é encarada a hipótese duma intervenção portal. *Esplenoportografia* (fig. 1-A): visualização do polo inferior do baço donde parte um ramo esplénico visualizando-se logo a veia esplénica e a veia porta de calibres largos e regulares e, finalmente, as veias intrahepáticas.

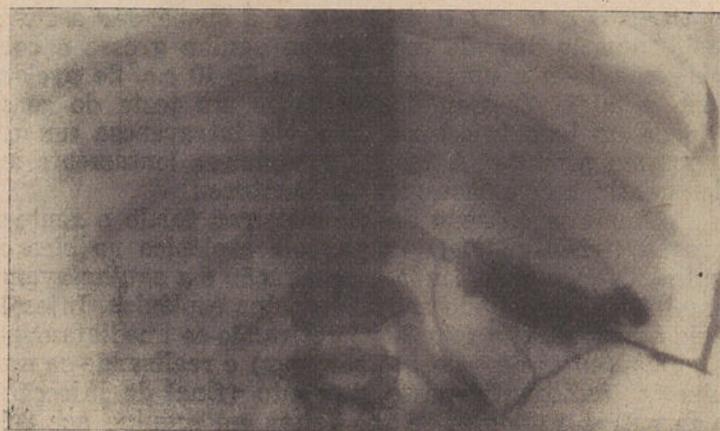


Fig. 1 A

Não se visualizam outras colaterais da porta e o produto é rapidamente esvaziado do baço: não há pois sinais radiológicos de hipertensão portal.

Teríamos de admitir aqui a existência dum síndrome hepato-esplénico com hepatite crónica e pulpíte crónica, mas sem hipertensão portal (espleno-megálica fibro-hiperplástica de Patrassi, por contraposição à fibro-congestiva).

Mantemos este doente em observação (evolução das

provas hepáticas e do hiperesplenismo). A portografia evitou-lhe uma laparotomia com todos os seus riscos.

Uma segunda portografia (fig. 1-B) confirmou os primeiros achados e mostrou-nos novas imagens esplénicas a que adiante voltaremos.

Caso II — A. T. — 54 anos, sexo masculino; 5 anos antes história de icterícia tratada ambulatoriamente. Há cerca de 1 ano ascite rebelde: cerca de 50 paracenteses. Nega hematemese e melenas. Hepato e esplenomegália



Fig. 1 B

e ascite. Alb./Glob. invertido. Provas hepáticas fracamente positivas. Repercussão hemática insignificante (leve anemia e leucopénia). Esplenoportografia segundo a técnica habitual (fig. 2): visualização duma larga veia esplénica, veia porta muito larga, estando os ramos hepáticos particularmente bem desenhados. Embora toda esta circulação apareça precocemente, surge um sinal de hipertensão portal: visualizam-se duas colaterais: a coronária e possivelmente a mesentérica inferior (há uma «enchoche» que deve corresponder à mesentérica superior). Estas veias permanecem parcialmente nas duas chapas seguintes e o esvaziamento do baço é também relativamente lento. Trata-se pois dum caso de obstrução intrahepática.

Notemos ainda a ausência de circulação colateral para o esófago, confirmando o exame radiológico deste que não revelava varizes.



Fig. 2

Neste doente foi realizada uma anastomose latero-lateral. A tensão medida na mesentérica superior era, antes da anastomose, de 500 mm. OH₂, ou seja, uma hipertensão grave.

Não foi possível, infelizmente, observar a evolução deste doente, porque tendo realizado uma colecistectomia (vesícula excluída que impedia um difícil acesso ao pedículo hepático) aquela motivou um inesperado acidente post-operatório: uma peritonite biliar que surgiu ao 5.º

P V R

Imunoterapia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÃO

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G.	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Soro imunizante não específico de antigénios lipo-proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas, à Quinina básica e às Vitaminas A + D q. b. para	1 Dose

SUPOSITÓRIOS E INJECTÁVEL

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

DIESTREPTO

Sulfatos de estreptomicina e dihidroestreptomicina em associação sinérgica para anular os efeitos tóxicos e exaltar o valor antibiótico

COMPOSIÇÕES

ADULTO

Cada dose contém:

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,5 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,5 »
Soro fisiológico apirogénico	5 c. c.

INFANTIL

Cada dose contém:

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,25 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,25 »
Soro fisiológico apirogénico	3 c. c.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Todas as da estreptomicinoterapia, sem efeitos secundários com o poder antibiótico exaltado.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
Biológicos

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE — Av. Duque Loulé, 108, 1.º — Lisboa—Telef. 42602
PROPAGANDA — Av. Duque Loulé, 108, 2.º — Lisboa—Telef. 42816
Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

Amplio efeito terapêutico nas infecções bacterianas pela acção simultânea
antibiótica e imunobiológica

OMNADINA-PENICILINA «HOECHST»

Combinação de Penicilina-Depósito (Novocaina-Penicilina G)
com Omnadina, reforçada com Penicilina G-Sódica

OMNAMICINA «HOECHST»

4:0,5

Combinação de Penicilina-Depósito,
Estreptomicina e Omnadina

- Aumento da fagocitose
- Aumento do poder bactericida do soro
- Aumento da génese dos anti-corpos
- Efeito antibiótico directo sobre os agentes patogénicos

Apresentação:

Omnadina-Penicilina «Hoechst»
em frascos-ampolas
de 200.000 U.I. e 400.000 U.I.

Omnamicina «Hoechst» em
frascos-ampolas de 400.000 U.I.
+ 0,5 gr. de Estreptomicina.

Ambas as formas contêm
Omnadina em concentrado
sêco, corresp. a 2 cc.
de soluto.



FARBWERKE HOECHST AG. *vormals Meister Lucius & Brüning* Frankfurt (M)-Hoechst · Alemanha

Representantes para Portugal:

Importadora Químico-Farmacêutica «MECIUS», Lda, Lisboa · Rua do Telhal, 8-1º · Telef. 31892

dia de operado (por deiscência do coto do cístico? a partir do leito do fígado?) (1). Trata-se da única morte post-operatória que tivemos até hoje em anastomoses porto-cavas. Na autópsia verificou-se a permeabilidade da boca anastomótica.

Caso III — M. C. B. — 39 anos, sexo feminino. História de 10 meses de queixas digestivas sempre sem icterícia e de há 2 meses hematemese e melenas com grande ascite e hidrotorax bilateral que regressou. Na observação esplenomegália e ausência de ascite. Provas hepáticas positivas e hiperesplenismo (pancitopénia). Varizes esofágicas. Tempo de circulação portal — 23".

Esplenoportografia (fig. 3-A) — Veias esplénica e porta muito bem opacificadas com visualização de colate-

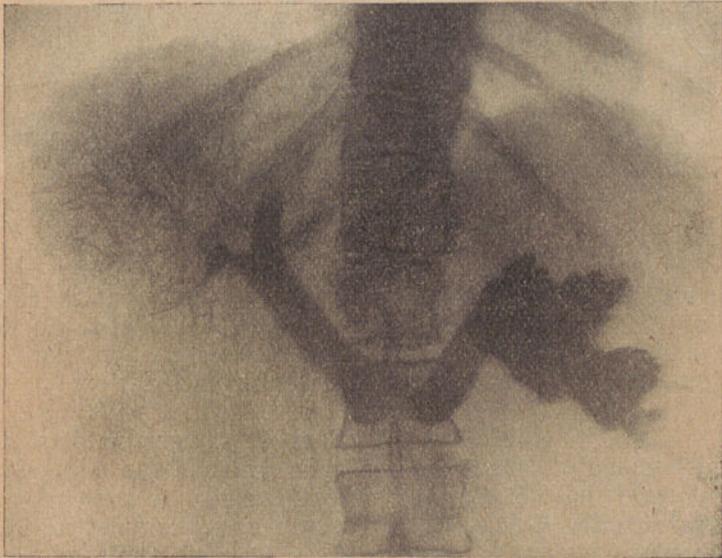


Fig. 3 A

rais: coronária estomáquica (e plexo esofágico) e mesentérica inferior. Parece haver uma «enchoche» no ponto em que a mesentérica superior se lançaria na porta. A circulação intrahepática é extremamente nítida e parece haver uma amputação do ramo esquerdo (tratava-se duma cirrose post-hepatite). Anastomose porto-cava directa baixando a tensão na mesentérica superior de 475 mm. para 340 mm. OH2.

Nova esplenoportografia (fig. 3-B) de contrôlo post-operatório não chega a mostrar a cava mas aparece uma



Fig. 3 B

zona mais esbatida ao nível do local da anastomose. Mantêm-se contudo sinais de hipertensão: colaterais visuali-

zadas (para o esôfago e para o sistema mesentérico). Esta doente melhorou clinicamente: o baço reduziu-se apreciavelmente mas continua a observar-se pancitopénia; mantiveram-se as varizes esofágicas e o tempo de circulação porta anda por 32".

Terceira portografia (fig. 3-C): persiste o mesmo aspecto sendo difícil garantir se sim ou não a anastomose está permeável. Estamos estudando um novo método que nos permita fazer o diagnóstico do funcionamento da anastomose: o cateterismo da cava inferior com injeção do contraste nesta, associado à manobra de Valsalva.

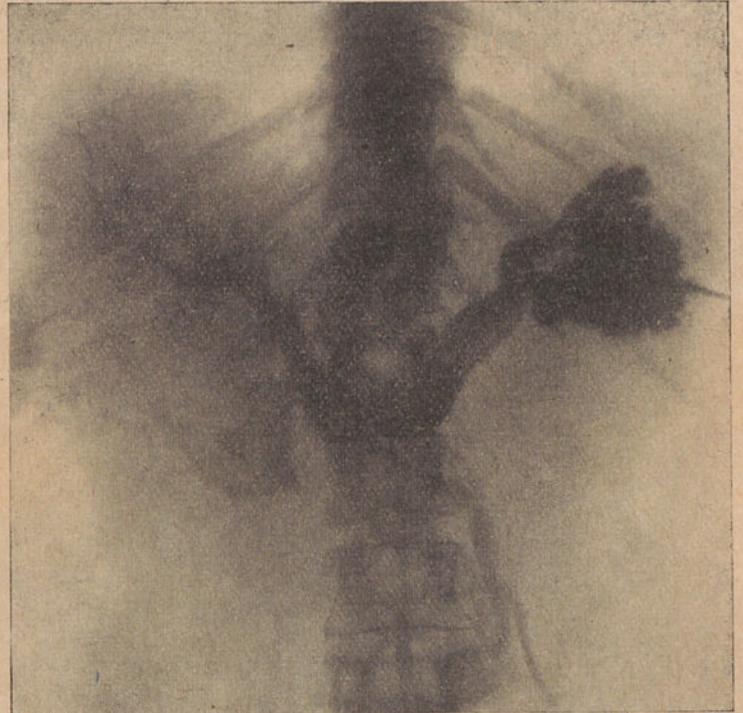


Fig. 3 C

Repare-se como neste doente foi possível fazer três exames sem qualquer repercussão geral e com a maior das facilidades.

Caso IV — J. V. — Sexo masculino, 55 anos, com forte passado alcoólico e uma doença cuja evolução data de 16 anos, parece que com períodos de ascite que regressou e, há 2 meses, hematemese e melenas e ascite franca. Prurido. Anictérico. Ascite e esplenomegália. Provas hepáticas positivas e hiperesplenismo com pancitopénia. Enormes varizes esofágicas. Tempo de circulação portal — 40".

Esplenoportografia (fig. 4-A) — Desenham-se enormes ramos da esplénica (na primeira radiografia da série) destacando-se muito bem a veia esplénica a que se segue a



Fig. 4 A

(1) Encontrámos, em dois protocolos de Blakemore, derrame peritoneal biliar e uma fístula biliar extensa em doentes com ascite a quem foi feita colecistectomia concomitantemente com a anastomose.

veia porta estreitada em relação ao calibre habitual mas opacificada mesmo na porção intraparenquimatosa. Deve-se notar que neste caso em vez de se destacar o desenho vascular encontramos uma mancha difusa intimamente ligada à terminação da veia porta. Admitimos então que se tratava de um bloqueio intrahepático e decidimos fazer uma anastomose porto-cava directa. A p. v. na mesentéria superior era de 500 mm. OH2. O fígado estava irregular mas não tinha nódulos e não havia praticamente ascite. A veia porta estava parcialmente trombosada e a anastomose directa foi extremamente difícil (desobstrução parcial da porta). Apesar disso a tensão desceu para 337 mm. OH2 no final da anastomose. O exame histológico do fígado revelou apenas ligeira fibrose periportal e um mês depois aparecia franca ascite.

Nova esplenoportografia (fig. 4-B e C) mostrou uma trombose extensa da veia esplénica e, seguramente, da anastomose, com desenvolvimento de enorme circula-

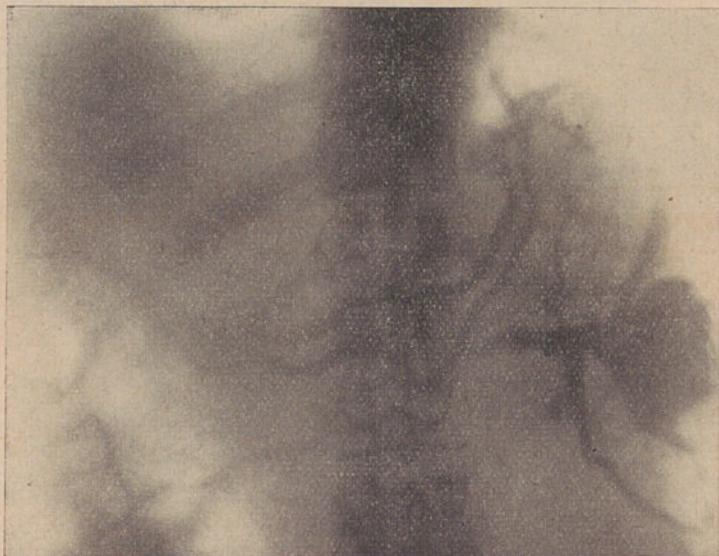


Fig. 4 B

ção colateral que parece fazer-se toda através do estômago, ao longo das gastro-epiploicas. Os sinais de hiperesplenismo mantêm-se.

Conclusão: com a nossa experiência actual teríamos considerado a veia porta como anormal e teríamos preferido fazer uma esplenectomia com anastomose esplenorenal.



Fig. 4 C

Note-se como uma longa história de alcoolismo e um quadro clínico de cirrose de Laennec podem estar ligados a uma situação de bloqueio extra-hepático concomitante que só a esplenoportografia pode despistar.

Caso V — Mulher de 42 anos com cirrose portal e ascite. A esplenoportografia (fig. 5) mostrou uma circulação intra-hepática pobre («árvore de inverno») completamente diferente daquela que encontramos no caso de cirrose post-hepatite atrás mencionado (fig. 3), o que nos leva a pensar, a título de hipótese, se não será possível



Fig. 5

distinguir vários tipos de circulação intra-hepática conforme o tipo de cirrose. Notar ainda a visualização de abundantes colaterais que da esplénica se dirigem para o estômago e a visualização da mesentérica inferior.

Caso VI — Mulher de 26 anos. Longa história de esplenomegália com hematemeses e melenas que nos levou ao diagnóstico de bloqueio extra-hepático. A esplenoportografia (fig. 6-A e B) confirmou este diagnóstico. Na realidade observa-se uma grande vascularização peries-



Fig. 6 A

plénica mas não há traço de tronco da veia porta, havendo contudo uma revascularização do fígado relativamente importante, a partir dos vasos colaterais (fig. 6-B). A intervenção cirúrgica mostrou não existir veia esplénica livre, o que se podia suspeitar já pela portografia que evitou assim uma longa e trabalhosa exploração cirúrgica, com todas as dúvidas inerentes a um caso desta natureza.

DISCUSSÃO

Pelos exemplos atrás apontados é fácil avaliar da importância do método no estudo das complexas doenças

ANTIANÉMICOS



*na mais elevada purificação
e dosagem obtida até hoje*

VIA PARENTERAL — **intramuscular ou endovenosa.**

PERNAEMON — Cxs. 6 e 100 ampolas de 2 c. c. a 4 micgr. Vit. B₁₂

PERNAEMON FORTE — Cxs. 3 e 100 ampolas de 2 c. c. a 20 micgr. Vit. B₁₂

O que caracteriza o Pernaemon e Pernaemon Forte

- Indolor e quase incolor.
- Isento de substâncias (pigmentos castanhos) nocivos ou inactivos próprios dos extractos crus.
- Administração por via endovenosa em consequência da sua pureza.
- A coloração rósea que apresenta é devida à Vit. B₁₂ que faz parte integrante do extracto o que lhe confere um mais elevado poder antianémico.

VIA ORAL — **(Produtos novos)**

BIFACTON

- Contém Vit. B₁₂ combinado com factor intrínseco de Castle, altamente concentrado, de modo a assegurar a assimilação total da vitamina.

Cada comprimido contém, 0,5 Unid. orais F. E. U.

Emb. — 30 comprimidos

FERRO BIFACTON — Contém, por dragea — 100 mgr. — tartarato ferroso, 10 mgr. Vit. C e Bifacton na quantidade de 0,05 Unid. orais F. E. U.

Emb. — 100 drageas

N. B. — **Literaturas e amostras enviam-se à Ex.^{ma} Classe Médica**

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÉUTICA

Rua da Prata, 250-2.º — Lisboa / R. Alexandre Braga, 138 — Porto



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A . . .	5.000 U. I.	VITAMINA B ₂ . . .	0,002 g.
VITAMINA D ₂ . . .	500 U. I.	VITAMINA B ₆ . . .	0,003 g.
VITAMINA C . . .	0,075 g.	VITAMINA B ₁₂ . . .	0,001 mg.
VITAMINA E . . .	0,01 g.	VITAMINA P. P. . .	0,02 g.
VITAMINA B ₁ . . .	0,003 g.	ÁCIDO FÓLICO . . .	0,2 mg.
PANTOTENATO DE CÁLCIO . . .		0,005 g.	

Por drageia
ou

Por colher das de sobremesa = 10 g.

Drageias: Frascos de 20 e de 50
Xarope: Frascos de 100 e de 200 g.

ESTADOS NORMAIS E PATOLÓGICOS: DESENVOLVIMENTO, ESFORÇOS FÍSICOS E INTELLECTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCENÇAS

hepato-lienais. Síndromas ou doenças ainda cheias de incógnitas, cujas relações com o sistema venoso portal nem sempre é fácil compreender e onde outros métodos de diagnóstico se têm revelado insuficientes, possuem agora um método de estudo que, tudo nos indica, será fecundo.

A possibilidade de diagnóstico directo duma obstrução portal e da sua sede intra ou extrahepática parece-nos ser, sob o ponto de vista prático, a maior vantagem que o método nos trouxe. Permite, na realidade, antes da operação e sem especial risco ou incómodo para o doente um diagnóstico exacto da existência ou não de obstáculo (veja-se o caso I) ou a sua sede, por vezes impossível de prever (como no caso III com história de cirrose de Laennec e obstáculo extrahepático e componente esplénico muito importante e o caso VI de bloqueio extra-hepático).

Só quem já tenha realizado anastomoses porto-cavas pode compreender plenamente a vantagem de, antes da operação, sabermos se vamos realizar uma anastomose directa, porto-cava (por via direita predominante) ou uma anastomose espleno-renal com esplenectomia, em que se utiliza uma via esquerda.



Fig. 6 B

A segunda vantagem é a da possibilidade de controlo post-operatório do funcionamento da anastomose, quando não se realiza a esplenectomia (casos III e IV).

Mas além da sua aplicação directa ao problema da hipertensão portal a esplenoportografia vem trazer-nos previsões de outras ordens.

Como podemos ver a visualização da porta faz-se duma maneira homogénea a partir da injeção intraesplénica e não há qualquer tendência a uma melhor visualização do ramo esquerdo da porta. Antes pelo contrário, o ramo direito e suas ramificações aparecem sempre mais nitidamente. Estes exames contrariam pois de forma definitiva as velhas teorias de Cantle e Serejet que admitiam circulações das correntes separadas na porta e seus ramos: corrente esquerda, para o lobo esquerdo, a partir do baço e direita, para o lobo direito, a partir do intestino.

Outro problema de ordem fisiopatológica que o mé-

todo levanta diz respeito à própria circulação do baço e parece-nos confirmar as conclusões a que um de nós chegou em trabalho anterior. Na realidade, não só se verifica uma saída muito fácil e rápida do contraste injectado no baço (em 3-4" pode ter passado todo para o sistema venoso portal), o que está de acordo com a noção de que a entrada do sangue pela artéria esplénica e sua chegada à polpa podem ser lentas mas a saída do sangue da polpa pode ser extremamente rápida. Por outro lado verifica-se que o contraste injectado na polpa não difunde ao resto do baço mas passa directamente para o sistema venoso como se tivesse sido injectado num compartimento estanque (fig. 1-A e B).

Utilizando outros métodos tínhamos verificado que a cada artéria ou veia do hilo do baço corresponde um determinado «território» da polpa que é estanque em relação aos territórios vizinhos. Sob este aspecto a circulação do baço faz-se num território «fechado» artério-venoso, embora sob o ponto de vista da ligação arteriolo-venosa seja um território «aberto» de tipo hematopoiético, sem ansa arteriolo-venular, como existe no estômago e intestino, por exemplo, mas do mesmo tipo da que encontramos na medula óssea.

É natural que o emprego mais extenso do método nos traga mais pormenores da circulação intraesplénica e da própria contracção do baço (como Malventi já tentou experimentalmente).

Outro aspecto que não é menos importante é o do estudo da circulação intrahepática no homem que seguramente poderá assim completar-se e aprofundar-se.

Outra sugestão ainda que o método nos trás é o da possibilidade do estudo combinado da radiologia com o tempo de circulação baço-pulmão, por exemplo.

Seguramente outras aplicações do método surgirão e a sua aparente inocuidade e simplicidade permitem prever-lhe um futuro fecundo.

BIBLIOGRAFIA

- Abeatici, S. e Campi e L.—Acta radiol. 36:383, 1951.
 Abeatici, S., Campi, L. e Ferrero, E.—Minerva Med. 43:1370, 1952.
 Blakemore, A. H.—Surg. Gyn. Obst. 94:443, 1952.
 Blakemore, A. H.—Surg. Clin. North Am. 32, n.º 2, 1952.
 Boulvin, R., Chavalier, M., Gallus, P. and Nagel, M.—Acta chir. belg. 50:534, 1951.
 Campi, L. e Abeatici, S.—J. Sciences Med. de Lille, 69:676, 1951.
 Campi, L. e Abeatici, S.—La Radiologia Medica, 39:1171, 1953.
 Cooper, Donald R., Brown, Robert C., Stone, Charles H. and Ferguson, L. Kraeer—Ann. Surg. 138:582, 1953.
 Costa, Jaime Celestino da—Gazeta Med. Portuguesa, 4:1107, 1951.
 Dreyer, B. and Budtz-Olsen, O. E.—Lancet, 257:530, 1952.
 Jahnke, E. J., Palmer, E. D., Sborov, U. N., Hughes, C. W. and Seeley, S. F.—Surg. Gyne. Obst. 97:471, 1953.
 Léger, L.—Mém. Acad. Chir., 77:22, 23, 1951.
 Léger, L., Albot, G. et Arvay, N.—Presse Méd. 59, 1230, 1951.
 Malventi, M.—La Radiologia Med. 36, 758, 1950.
 Moore, George E. and Bridenbanch, Richard B.—Surgery, 28:827, 1950.
 Pereira, A. Sousa—Lyon Chirurgical, 46:291, 1951.
 Pereira, A. Sousa—ler Congrès de Cardiologie, 162, 1952 (Baillière).
 Rousselot, L. M., Ruzicka, F. F. and Doehner, G. A.—Surgery, 34, 557, 1953.
 Santy, P. et Marion, P.—Presse Méd., 59, 221, 1951.
 Walker, R. Milnes, Middlemiss, J. H. and Nauson, E. M.—Brit. J. Surg., 40:392, 1953.
 Whipple, Allen, O.—Ann. Surg. 122:449, 1945.

Estudo epidemiológico da tinha do couro cabeludo no Norte de Portugal

Inquérito e factores epidemiológicos

(Continuação do número anterior)

AURELIANO DA FONSECA

B) Inquérito sobre a tinha

O critério de inquérito adoptado nesta região consistiu na criação de um posto de observação e tratamento na sede do concelho. Daqui partiu uma brigada de inspecção a todas as crianças das diferentes freguesias, que examinou também parte das crianças conviventes com aquelas nas quais se identificou a existência de tinha. As crianças doentes foram posteriormente enviadas ao posto para serem orientadas no conveniente tratamento. Também foram mandadas apresentar as crianças cujo diagnóstico não pôde ser concretizado no acto da inspecção.

No momento do inquérito fizeram-se exames microscópicos directos de cabelos e escamas nos casos suspeitos, para o que a respectiva brigada transportou o necessário material.

Foram inspeccionadas 4.067 crianças (2.003 do sexo masculino e 2.064 do sexo feminino) tendo sido identificados 743 casos de tinha dispersos por todas as freguesias.

Observando o número de casos de tinha identificados nas diferentes freguesias verifica-se que esta doença incide principalmente nas freguesias da beira mar e sobretudo na vila. Deve esclarecer-se, porém, que a quase totalidade das crianças com tinha existentes na vila são filhos de pescadores, meio social onde aliás a tinha é conhecida desde há algumas dezenas de anos.

Quase todas estas crianças vivem afastadas de todos os hábitos higiénicos, por incúria da família.

A tinha tricofítica foi identificada em 535 casos (72,0 %); a tinha favosa identificou-se em 132 casos (17,7 %) e em terceiro lugar colocou-se a tinha microspórica, com 76 casos (10,3 %).

A distribuição etária das crianças com tinha foi a seguinte:

SEXO MASCULINO

Género da tinha	Anos de idade							Total
	0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-20	21 e mais	
T. tricofítica .	23	30	80	56	6	2	—	197
T. microspórica .	5	15	12	4	1			37
T. favosa. . .	4	15	18	22	10	5	1	75
Total . . .	32	60	110	82	17	7	1	309

SEXO FEMININO

Género da tinha	Anos de idade							TOTAL
	0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-20	21 e mais	
T. tricofítica .	15	129	133	54	8		—	338
T. microspórica .	3	19	12	5				39
T. favosa. . .	2	14	24	13	2	1	1	57
Total .	20	168	168	72	10	1	1	434

O estudo da espécie só foi possível em 65 % dos casos. Na tinha microspórica identificámos o «M. Felineum» em 60 casos (29 do sexo masculino e 31 do sexo feminino); na tinha tricofítica, conseguimos resultados positivos em 297 casos, tendo registado em 262 o «T. Violaceum» (107 no sexo masculino e 155 no sexo feminino), em 26 casos o «T. Acuminatum» (12 do

sexo masculino e 14 no sexo feminino) e nos restantes 9 casos encontrámos o «T. Crateriforme» (5 no sexo masculino e 4 no sexo feminino).

Na tinha favosa fizemos culturas apenas de alguns casos duvidosos e sempre encontrámos o «Achorium Schönlein».

C) Conclusão:

Este concelho estende-se numa zona de planície, situada no litoral, com um clima temperado de intensa influência marítima mas muito húmido.

É uma região de vida agrícola; porém, a vila vive exclusivamente da pesca e do turismo.

As condições sanitárias gerais são deficientes, particularmente nas famílias dos pescadores que vivem na quase totalidade ao sul da vila.

A tinha tem sido conhecida nesta região desde sempre, sobretudo na vila e entre os pescadores.

Observando toda a população escolar, e grande número de indivíduos conviventes, registámos 743 casos de tinha (512 casos em crianças escolares e 231 indivíduos ante o pós-escolares).

Portanto, para tirarmos conclusões da percentagem, diremos que, em relação ao total de crianças escolares observadas (4.067), a percentagem de casos identificados neste concelho foi de 12,6 %.

É importante salientar que, entre as crianças conviventes das crianças escolares, nas quais se identificou tinha, a doença foi verificada na elevada percentagem de 31,2.

Neste momento, estas percentagens estão já consideravelmente reduzidas, dadas as medidas que foram tomadas para tratamento dos doentes.

CONCELHO DE SANTO TIRSO

A) Estudo corográfico, sanitário e demográfico:

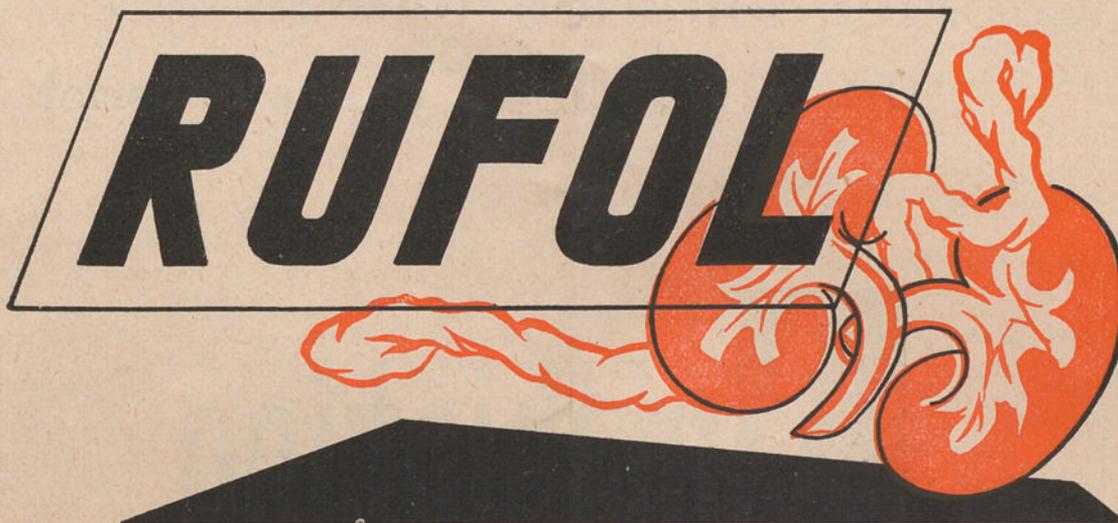
O concelho de Santo Tirso situado na província do Douro Litoral, distrito do Porto, é limitada a norte pelo Rio Ave, que o separa dos concelhos de Vila Nova de Famalicão e de Guimarães (pertencentes ao distrito de Braga), a leste pelo concelho de Paços de Ferreira, a sul pelos concelhos de Barreiros da Maia e de Valongo e a oeste pelo concelho de Vila do Conde. Tem uma área de 203 quilómetros quadrados, em terreno muito ondulado com numerosas e pequenas elevações dispostas irregularmente, cuja maior altitude se encontra a leste do concelho com cerca de 500 metros.

O rio mais importante é o Rio Ave, ao longo do qual se encontram as mais importantes freguesias do concelho. No centro da região e a sul, há um pequeno rio, o Leça, que nasce no próprio concelho e se dirige para o sul.

Toda a região é intensamente cultivada, com grande aproveitamento de terreno. Há numerosas manchas de pinheiros, entre os quais se cultiva o milho, centeio, batata, frutas, vinha, etc.

O clima é mais ou menos idêntico em toda a região, um pouco frio no inverno e por vezes quente no verão, com grau de humidade relativamente elevado, grande nebulosidade, especialmente ao longo dos rios. As chuvas são irregulares, com elevada pluviosidade; os ventos predominantes são os do quadrante sul.

O concelho está atravessado por numerosas estradas que



SULFAMETIL-TIODIAZOL

Tratamento da colibacilose das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol 0,1 g.

Boião de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Um **NOVO** e Superior

Antibiótico

de amplo espectro



ACROMICINA

TETRACICLINA **Lederle**

**Absorção mais rápida. Reacções Secundárias mínimas.
Maior estabilidade.**

A ACROMICINA, um novo antibiótico de amplo espectro, produzido pela equipa de investigação Lederle, tem demonstrado uma maior eficácia em experiências clínicas, com as vantagens de uma mais rápida absorção, de uma mais pronta difusão nos tecidos e nos líquidos orgânicos, duma tolerância superior e de uma maior estabilidade, resultando em níveis sanguíneos altos e prolongados.

A ACROMICINA pode agora adquirir-se nas seguintes formas farmacêuticas: Cápsulas de 250 mg., 100 mg., e 50 mg.; Spersoids*, Pó Dispensível, 50 mg. por cada colher das de chá, cheia (3,0 g.); Intravenosa, de 500 mg., 250 mg. e 100 mg. Gotas Pediátricas, frascos de 10 cm³ com 1 gr; 5 gotas — 25 mg.; Suspensão oral, frascos de 30 cm³ com 1,5 g. de Acromicina.

Outras formas de dosagem serão postas à disposição das Ex.^{mas} Classes Médica e Farmacêutica, tão depressa a investigação o permita.

* Marca Comercial Registrada

Lederle

**Um nome que simboliza
supremacia na investigação
e na produção farmacêuticas**

Lederle Laboratories Division, AMERICAN Cyanamid COMPANY
30, Rockefeller Plaza, New York 20, N. Y.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ilhas:
ABECASSIS (IRMÃOS) & C.^A
RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA
RUA DE SANTO ANTÓNIO, 15-2.º — PORTO

ligam todas as povoações e tornam fácil o convívio entre os seus habitantes.

As condições sanitárias gerais podem ser consideradas razoáveis, dentro do aspecto geral, ainda que haja diferenças de localidade para localidade, sobretudo em relação com a situação das povoações nos vales ou nas ençostas ou a localidade é mais ou menos industrial. As habitações são em regra dispersas, não sendo possível delimitar as povoações; de modo geral são bem arejadas.

O número de habitantes é de 63.400 (sendo 31.000 do sexo masculino e 32.400 do sexo feminino) que se distribuem por 31 freguesias com cerca de 600 povoações. A densidade de população é de 313 habitantes por quilómetro quadrado.

Os agregados familiares são em número de 13.400 e sensivelmente igual o número de fogos, sendo 37,5 % constituídos por 1 a 3 pessoas, 40,5 % com 4 a 6 pessoas, 19,8 % com 7 a 10 pessoas e apenas 2,2 % com 11 a 17 pessoas.

Há cerca de 11.100 casais, dos quais 86,3 % tem filhos, sendo 54,4 % com 1 a 3 filhos, 32,0 % com 4 a 6 filhos, 12,7 % com 7 a 10 filhos e 0,9 % com 11 a 14 filhos.

A distribuição etária da população é a seguinte:

Idade	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
0- 4 anos	4.660	4.330	8.990
5- 9 >	3.600	3.350	6.950
10-14 >	3.880	3.450	7.330
15-19 >	3.530	3.210	6.740
20-49 >	8.820	9.060	17.880
50 e mais anos	6.510	9.000	15.510
Total . . .	31.000	32.400	63.400

A população activa é constituída por 26.600 elementos (17.900 do sexo masculino e 8.700 do sexo feminino) com as seguintes actividades profissionais:

	Sexo masculino	Sexo feminino	Total	Percentagem
Agricultura . .	5.250	1.400	6.650	25,0
Indústrias extrac-tivas	50	10	60	0,2
Indústrias trans-formadoras . .	8.100	5.490	13.590	51,1
Comércio, trans-portes e servi-ços administra-tivos, etc. . . .	4.500	1.800	6.300	23,7
Total	17.900	8.700	26.600	100 %

Verifica-se tratar-se de um concelho francamente industrial, sendo a indústria têxtil a principal fonte de ocupação (77%).

A mulher colabora ao lado do homem numa percentagem de 26,8 %, em relação ao total da população feminina e em 32,7 % em relação ao total da população activa.

Quanto a usos e costumes, poderá dizer-se que, atendendo às numerosas feiras e romarias existentes no concelho e nas terras limítrofes, a população anda em contínuo vai-vem. Por outro lado, atendendo ao elevado valor industrial e turístico, o concelho é continuamente visitado por numerosas pessoas, mesmo de terras bem distantes.

Quanto à frequência de praias, os habitantes frequentam sobretudo a praia da Póvoa de Varzim que se encontra a duas escassas dezenas de quilómetros.

Resta-nos referir que as espécies de animais existentes no concelho são, sobretudo, bois e galinhas. Entre os animais companheiros do homem há possivelmente uma maior percentagem de cães em relação aos gatos.

B) *Inquérito sobre a tinha*

Visitaram-se todas as escolas, em número de 129, com uma população escolar de 7.700 crianças, e identificaram-se 206 crianças com tinha, sendo 74 no sexo masculino e 132 no sexo feminino.

O género predominante foi o tricofítico, em 182 casos (88,4%), seguindo-se o microspórico em 17 casos (8,3%) e em terceiro lugar o favo em 7 casos (3,3%).

A distribuição etária foi a seguinte:

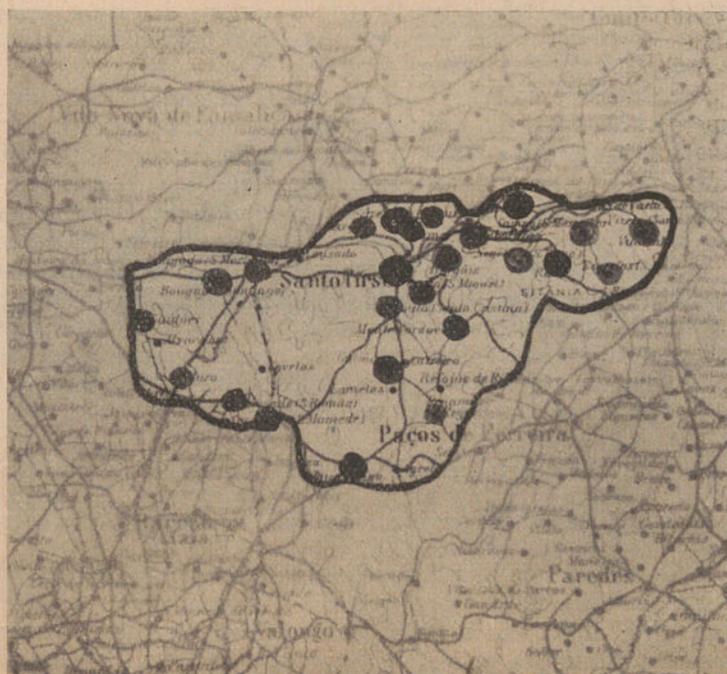
IDADE	Tinha tricofítica			Tinha microspórica			Tinha favosa			TOTAL
	SEXO		M+F	SEXO		M+F	SEXO		M+F	
	M.	F.		M.	F.		M.	F.		
4- 6 anos	-	2	2	-	-	-	-	-	2	
7- 9 >	43	62	105	4	8	12	1	2	119	
10-12 >	21	44	65	2	3	5	1	3	74	
13-15 >	2	8	10	-	-	-	1	-	11	
Total . . .	66	116	182	6	11	17	2	5	206	

As crianças com tinha favosa foram encontradas em Burgães e em S. Tomé de Negrelas; os casos de microsporia são quase todos da vila.

Na identificação das espécies tonsurantes só conseguimos resultado positivo em 43 % dos casos (89 casos, dos quais 77 de tinha tricofítica e 12 de tinha microspórica), tendo verificado as seguintes estirpes:

	Sexo masculino	Sexo feminino	Total	Percentagem
T. <i>Violaceum</i> . .	16	24	40	44,9%
T. <i>Acuminatum</i> .	10	27	37	41,5
T. <i>Crateriforme</i> .	3	9	12	13,6
Total	29	60	89	100,0

Entre os casos de tinha microspórica, identificámos apenas o «M. Felineum» (7 em crianças do sexo masculino e 5 no sexo feminino).



MAPA N.º 12

FREGUESIAS DO CONCELHO DE SANTO TIRSO	POPULAÇÃO RESIDENTE			POPULAÇÃO ESCOLAR OBSERVADA			CRIANÇAS COM TINHA		
	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
AGRELA — (S. Pedro)	500	540	1.040	71	59	130	—	—	—
ÁGUA LONGA — (S. Julião)	560	670	1.230	65	67	132	—	2	2
ALVARELHOS — (Santa Maria)	860	840	1.700	119	85	204	—	—	—
AREIAS — (Santiago)	730	720	1.450	118	127	235	3	5	8
AVES — (S. Miguel)	2.660	2.720	5.380	326	346	672	8	13	21
BOUGADO — (Santiago)	1.560	1.600	3.160	200	187	387	3	1	4
BOUGADO — (S. Martinho)	2.310	2.530	4.840	317	279	596	—	5	5
BURGAES — (Santiago)	880	900	1.780	124	109	233	8	10	18
CAMPO — (S. Martinho)	1.250	1.320	2.570	166	151	317	7	8	15
CARREIRA — (Santiago)	360	400	760	37	33	70	—	—	—
CORONADO — (S. Mamede)	1.320	1.290	2.610	130	119	249	3	2	5
CORONADO — (S. Romão)	780	850	1.630	93	98	191	—	2	2
COUTO — (Santa Cristina)	970	1.170	2.140	146	122	268	2	4	6
COUTO — (S. Miguel)	350	320	670	35	36	71	1	4	5
COVELAS — (S. Martinho)	430	430	860	57	58	115	—	—	—
GUIDÕES — (S. João)	530	510	1.040	91	65	156	—	1	1
GUMAREI — (S. Paio)	330	310	640	36	32	68	1	—	1
LAMA — (S. Miguel)	530	560	1.090	76	32	108	2	1	3
LAMELAS — (Santa Eulália)	380	440	820	29	45	74	—	—	—
MONTE CORDOVA — (S. Salvador) ...	1.130	1.210	2.340	153	148	301	—	5	5
MURO — (S. Cristóvão)	420	440	870	55	39	94	—	3	3
NEGRELOS — (S. Mamede)	610	580	1.190	80	71	151	1	5	6
NEGRELOS — (S. Tomé)	1.570	1.630	3.200	167	189	356	4	7	11
PALMEIRA — (Santa Eulália)	430	430	860	58	63	121	2	4	6
REBORDÕES — (Santiago)	1.690	1.740	3.430	236	182	418	2	2	4
REFOJOS — (S. Cristóvão)	510	570	1.080	74	52	126	—	—	—
REGUENGA — (Santa Maria)	570	640	1.210	73	56	129	—	2	2
RORIZ — (S. Pedro)	1.450	1.330	2.780	179	129	308	3	14	17
SANTO TIRSO — (St. ^a M. ^a Madalena)	3.860	4.180	8.040	516	477	993	13	19	32
SEQUEIRO — (S. Martinho)	650	690	1.340	96	98	194	2	3	5
VILARINHO — (S. Miguel)	810	840	1.650	115	118	233	9	10	19
TOTAIS	31.000	32.400	63.400	4.038	3.662	7.700	74	132	206

C) Conclusão:

O concelho de Santo Tirso, situado em terreno muito ondulado de fraca altitude, possui um clima irregular, com acentuada diferença entre o verão e inverno, agravado pelo elevado grau de humidade e de nebulosidade que se verifica sobretudo nos vales dos rios Ave e Leça.

É uma região de vida francamente industrial, onde se ocupa 51,3 % da população activa do concelho. A mulher colabora no trabalho em 26,8 % em relação ao total da população feminina.

O inquérito sobre a tinha evidenciou 206 casos em 7.700 crianças das escolas, portanto, numa percentagem de 2,7.

Observando a situação das localidades onde se identificaram os casos de tinha e ponderando o número de casos, verificámos haver maior incidência de tinha nas localidades situadas ao longo do rio Ave (Mapa n.º 12).

É interessante referir que nestas localidades, de vida francamente industrial, e conseqüentemente de nível económico mais elevado, encontrámos maior percentagem de crianças com deficiência de higiene no couro cabeludo, o que é particularmente evidente, em comparação com outras localidades vizinhas, de vida exclusivamente rural e onde a tinha tem menos incidência.

Julgamos que, entre outras razões, poderá encontrar-se explicação para isto, no facto de nas localidades fabris as crianças serem menos vigiadas pelas mães, que na quase totalidade estão empregadas nas fábricas, onde passam grande parte do dia e, quando regressam a casa, todo o tempo é pouco para realizarem as suas obrigações domésticas.

CONCELHO DE VIANA DO CASTELO

A) Estudo corográfico, sanitário e demográfico:—

O concelho de Viana do Castelo desenvolve-se à volta da cidade de Viana do Castelo que é ao mesmo tempo sede do concelho e capital do distrito. Está dividido em duas partes, sensivelmente iguais, pelo Rio Lima que o atravessa no sentido leste-oeste, desaguando logo a sudoeste da cidade.

Toda a região é bastante ondulada, sendo a elevação mais

importante o monte de Santa Luzia, com 550 metros de altitude, situado a norte da cidade. Para os limites do concelho, as elevações acentuam-se, sobretudo na parte norte e leste, continuando-se com os prolongamentos da Serra de Agra, da qual, aliás, o monte de Santa Luzia é o seu extremo sul.

No limite sul do concelho, a separá-lo dos concelhos de Barcelos e de Esposende, encontrámos o Rio Neiva que juntamente com o Rio Minho são os dois únicos acidentes hidrográficos da região.

O Oceano banha o concelho a oeste, numa extensa faixa com cerca de duas dezenas de quilómetros.

No aspecto climático, podemos dizer que todo o concelho tem um clima húmido, com bastantes nevoeiros, sobretudo a metade sul do concelho, pela influência marítima e ribeirinha dos rios Lima e Neiva. Há abundantes chuvas, em relação com o predomínio dos ventos do sudoeste.

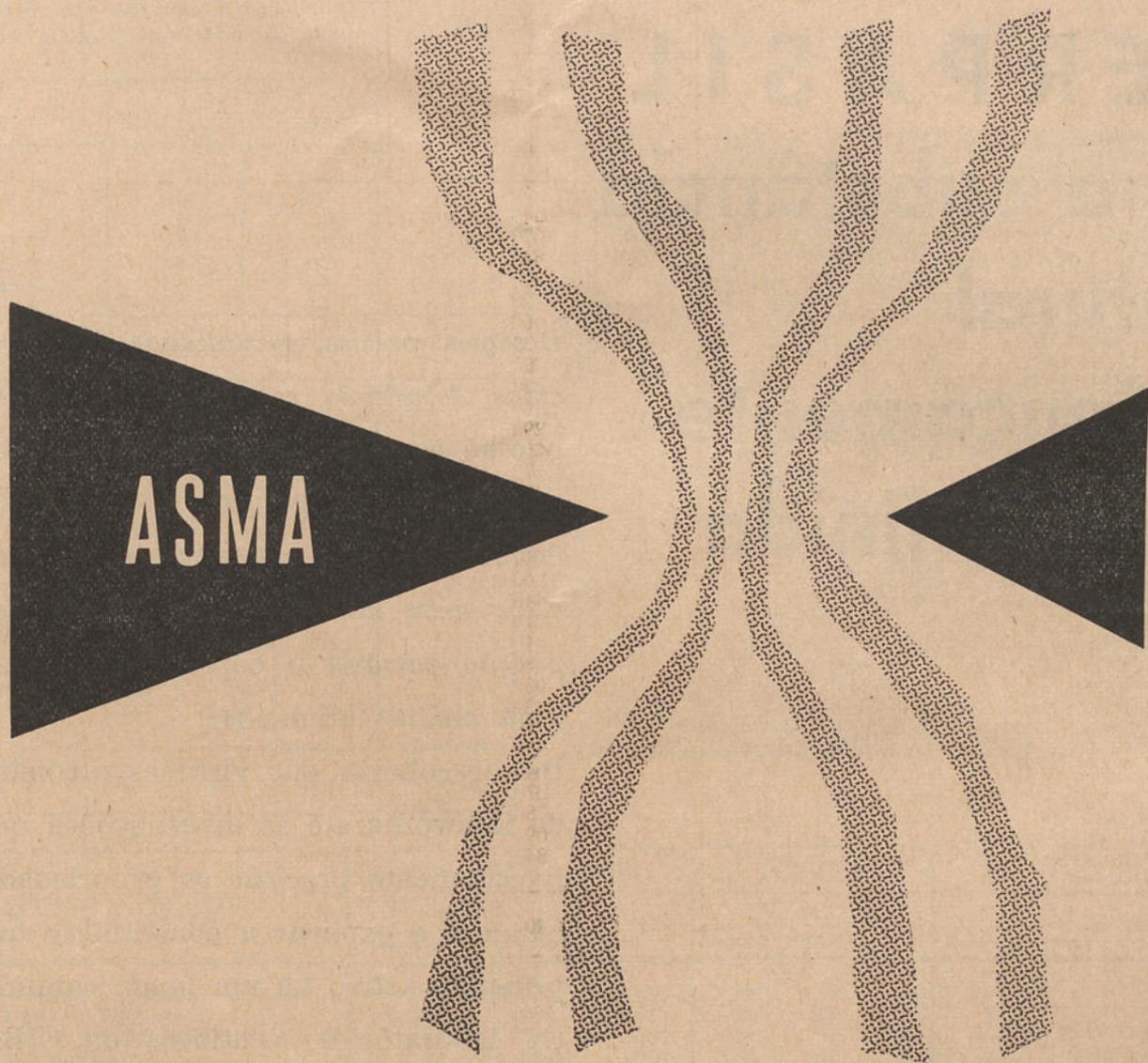
A região é extraordinariamente fértil, coberta por densa vegetação florestal e de cultura. O milho e o feijão são as culturas mais importantes; o pinheiro bravo e o carvalho são as espécies florestais que se encontram mais intensamente.

As condições habitacionais são deficientes, na maioria das habitações.

Na cidade de Viana, atendendo ao constante aumento de população, as dificuldades de habitação são grandes, criando-se, conseqüentemente, condições de salubridade que não são por vezes muito recomendáveis. Nas freguesias rurais, também as condições sanitárias não são muito boas, dado que o homem vive em paredes meias com os animais, com todos os inconvenientes que disto resultam. Todavia, como as habitações são em regra dispersas, são beneficiadas pela fácil exposição solar e arejamento.

O número de habitantes é de 70.300, dispersos por 39 freguesias e 86 povoações, numa área de 305 quilómetros quadrados, o que dá uma densidade de 230 habitantes por quilómetro quadrado.

Há 14.300 famílias, das quais 34,9 % são constituídas por 1 a 3 pessoas, 41,4 % tem 4 a 6 pessoas, 18,3 % tem 7 a 10 pessoas e 5,4 % tem 11 a 20 pessoas. O número de casais é de 11.700, havendo 10.100 que tem filhos. Entre estes casais, 55,5 %



Uma abundante literatura mundial prova a grande eficácia do
Aleudrin e confirma as suas múltiplas indicações terapêuticas.

Nas crises agudas: Soluto de Aleudrin a 1%, para pulverização.

Em aerosolterapia: Diluir com 3 a 5 volumes de água.

Para tratamento prolongado e nos acessos benignos: Comprimidos perlinguais a 0,02 g.

Aleudrin

(Sulfato de N-isopropil-nor-adrenalina)



C. H. BOEHRINGER SOHN . INGELHEIM AM RHEIN

Representantes para Portugal e Ultramar:

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, LDA., Rua Actor Taborda, 13 LISBOA-N.

SERPASIL*

uma substância
natural
quimicamente
bem definida

Alcalóide puro
e cristalizado
extraído de Rauwolfia
com acção hipotensora
e sedativa

Dosagem precisa, modalidades de acção bem conhecidas, tolerância comprovada — exigências estas a que só corresponde um medicamento feito de uma substância homogênea e de natureza química bem definida. Não acontece o mesmo quando se prescreve uma mistura de princípios activos de composição variável e cujas propriedades escapam a uma análise minuciosa.

Da descoberta das virtudes medicinais da planta de Rauwolfia até às investigações que permitiram recentemente precisar as propriedades farmacodinâmicas e explicar a constituição química do seu princípio activo há um longo caminho percorrido. Os laboratórios científicos da CIBA isolaram e prepararam o Serpasil — substância natural, quimicamente bem definida e que oferece todas as vantagens de um medicamento rigorosamente estudado.

O Serpasil baixa a tensão arterial, acalma e distende. É incontestável que entre os medicamentos da hipertensão ele ocupa uma posição muito especial.

Em todas as formas de hipertensão justifica-se plenamente uma primeira tentativa com o SERPASIL.

* Marca registada

Caixa metálica com 50 comprimidos a 0,1 mg
Frasco com 40 comprimidos a 0,25 mg

tem 1 a 3 filhos, 31,9 % tem 4 a 6 filhos, 11,8 % tem 7 a 10 filhos e apenas 0,8 % tem mais de 11 filhos.

A distribuição etária é sensivelmente a seguinte:

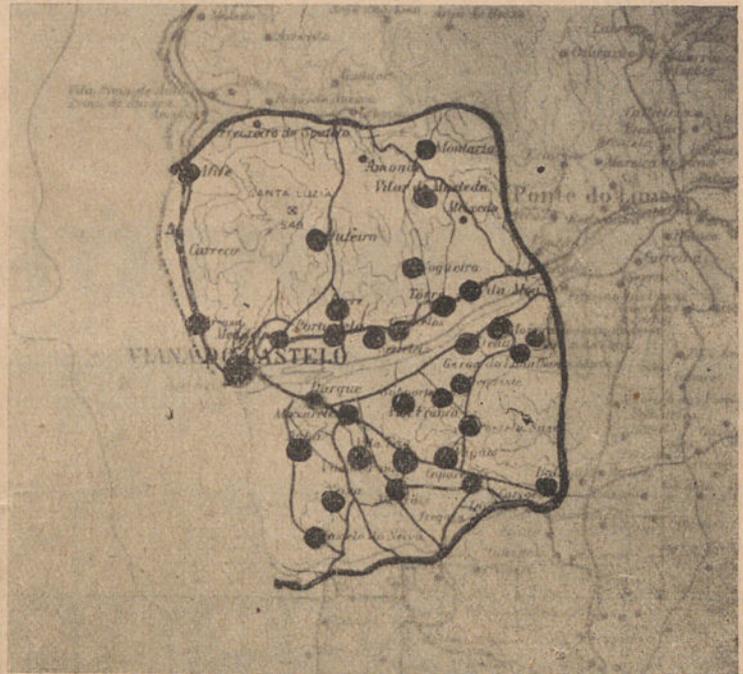
Idade	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
0- 4 anos	4.100	3.960	8.060
5- 9 >	5.640	3.590	9.230
10-14 >	3.550	3.390	6.940
15-19 >	3.290	3.550	6.840
20-49 >	8.670	10.520	19.190
50 e mais anos	7.010	13.030	20.040
Total	32.260	38.040	70.300

A população activa é de 23.600 pessoas (17.300 do sexo masculino e 6.300 do sexo feminino) com as seguintes actividades:

	SEXO		Total	Percentagem
	Masculino	Feminino		
Agricultura e pecuária .	6.780	2.270	9.050	38,4
Pesca	680	50	730	3,1
Indústrias transforma- doras diversas	3.000	980	3.980	16,9
Construções	3.310	20	3.330	14,1
Comércio	1.050	400	1.450	6,1
Outras actividades . . .	2.330	2.630	4.960	21,4
Total	17.300	6.300	23.600	100,0

Deste total da população activa, 22 % vive na cidade de Viana do Castelo.

O sexo feminino colabora no trabalho com 36,3 % do total da população activa e em 16,8 % em relação ao total da população feminina.



MAPA N.º 13

FREGUESIAS DO CONCELHO DE VIANA DO CASTELO	POPULAÇÃO RESIDENTE			POPULAÇÃO ES. COLAR OBSERVADA			CASOS DE TINHA IDENTIFICADOS		
	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
AFIFE — (Santa Cristina)	760	990	1.750	76	19	96	1	4	5
ALVARAES — (S. Miguel)	1.240	1.360	2.630	102	162	264	8	10	18
ALMONDE — (Santa Maria)	160	260	420	13	18	31	—	—	—
ANHA — (Santiago)	1.770	2.190	3.960	157	170	327	4	3	7
AREOSA — (Santa Maria da Vinha) ...	1.210	1.600	2.810	116	115	231	4	3	7
CAPAREIROS — (S. Pedro)	1.720	1.740	3.460	117	164	281	2	7	9
CARDIELOS — (S. Tiago)	470	540	1.010	56	48	104	1	4	5
CARREÇO — (Santa Maria)	570	820	1.390	65	60	125	—	—	—
CARVOEIRO — (Senhora do Ó)	470	560	1.030	49	52	101	5	3	8
CASTELO DO NEIVA — (Santiago) ...	1.430	1.680	3.110	202	177	379	10	14	24
DARQUE — (S. Sebastião)	1.320	1.570	2.890	195	198	393	16	15	31
DEÃO — (S. Pedro)	410	500	910	74	51	125	2	2	4
DEOERLETE — (S. Mamede)	310	340	650	57	61	118	6	3	9
FREIXEIRO DE SOUTELO — (S. Mar- tinho)	240	440	680	31	32	63	—	—	—
GERAZ DO LIMA — (St.ª Leocádia) ...	480	530	1.010	49	71	120	—	(a) 4	4
GERAZ DO LIMA — (Santa Maria) ...	360	480	840	87	47	134	2	—	2
LANHEZES — (Santa Eulália)	820	1.000	1.820	96	40	136	3	5	8
MAZAREFES — (S. Nicolau)	380	490	870	39	51	90	3	3	6
MEADELA — (Santa Cristina)	1.290	1.490	2.780	86	88	174	6	2	8
MEIXEDO — (S. Paio)	260	360	620	25	16	41	—	—	—
MONTARIA — (S. Lourenço)	460	640	1.100	62	36	98	—	2	2
MOREIRA DO GERAZ DO LIMA — (St.ª Marinha)	220	260	480	30	31	61	3	2	5
MUPAES — (Santa Maria)	670	750	1.420	43	43	86	3	2	5
NEIVA — (S. Romão)	390	500	890	50	50	108	6	—	6
NOGUEIRA — (S. João Baptista)	410	530	940	50	38	88	—	1	1
OUTEIRO — (S. Martinho)	720	820	1.540	47	46	93	1	3	4
PERRE — (S. Miguel)	1.290	1.290	2.580	109	141	250	2	12	14
PORTELA SUSÁ — (Divino Salvador)	300	320	620	54	13	67	1	—	1
PORTUZELO — (Santa Marta)	1.560	1.710	3.570	184	38	222	9	15	24
SERRELEIS — (S. Pedro)	520	550	1.020	110	55	165	2	1	3
SUBPORTELA — (S. Pedro)	490	570	1.060	107	51	158	3	—	3
TORRE — (Divino Salvador)	270	350	620	45	21	66	—	1	1
VIANA DO CASTELO — (Nossa Se- nhora de Monserrate)	3.180	3.240	6.420	115	227	342	6	1	7
VIANA DO CASTELO — (Santa Maria Maior)	3.270	4.330	7.700	348	455	803	18	35	33
VILA FRANCA — (S. Miguel)	650	720	1.370	44	34	78	2	5	7
VILA FRIA — (S. Martinho)	540	600	1.140	31	53	84	4	5	9
VILA NOU — (S. Martinho)	330	390	720	48	31	79	2	—	2
VILA DE PUNHE — (Santa Eulália)	1.160	1.290	2.450	153	139	292	10	18	28
VILAR DE MURTEDA — (S. Miguel)	170	210	380	18	19	37	1	3	4
TOTAIS	32.260	38.040	70.300	3.348	3.162	6.510	146	188	334

(a) Uma destas doentes, é a mãe duma das crianças, tem 36 anos.

As importantes romarias de Nossa Senhora da Agonia em Viana do Castelo e a festa das rosas em Vila Franca, assim como as feiras em Viana e Cardielos são motivo de atracção para elevado número de pessoas de todas as terras vizinhas, mesmo distantes.

Os animais existentes na região são fundamentalmente o gado bovino, algum do qual é importado de Espanha.

B) Inquérito sobre a tinha

Foram percorridas todas as escolas do concelho e examinadas 6.510 crianças, tendo-se identificado 334 casos de tinha (146 no sexo masculino e 188 no sexo feminino).

A quase totalidade dos casos é de tinha tricofítica (96,7%); apenas se encontraram 11 casos de tinha favosa nas freguesias de Perre e de Castelo do Neiva. Não se encontrou nenhum caso de tinha microspórica.

IDADE	TINHA TRICOFÍTICA			TINHA FAVOSA			TOTAL
	SEXO		M + F	SEXO		M + F	
	M	F		M	F		
4-6 anos	—	2	2	—	—	—	2
7-9 >	72	110	182	2	2	4	186
10-12 >	63	69	132	4	3	7	139
13-15 >	5	2	7	—	—	—	7
Total .	140	183	323	6	5	11	334

A identificação das espécies tricofíticas só foi possível em 178 casos, tendo-se encontrado as seguintes espécies:

	SEXO		Total	Percentagem
	Masculino	Feminino		
T. <i>Violaceum</i> . . .	56	37	93	52,2
T. <i>Acuminatum</i> . . .	25	20	45	25,2
T. <i>Crateriforme</i> . . .	10	17	27	15,2
T. <i>Glabrum</i> . . .	3	1	4	2,3
T. <i>Granulosum</i> . . .		5	5	2,8
T. <i>Roseum</i> . . .	1	3	4	2,3
Total . . .	95	83	178	100,0

A tinha é conhecida neste concelho, principalmente na cidade de Viana do Castelo, desde há muitos anos; todavia, sabe-se que nos últimos dez anos tem havido considerável aumento.

A quase totalidade das crianças usam cabelo comprido e com tranças, notando-se pouco cuidado higiénico na grande maioria.

Não se encontraram outras lesões micóticas na pele ou nas unhas.

C) Conclusão:

O concelho de Viana do Castelo situa-se no litoral, em terreno muito ondulado mas sem altitude, com clima atlântico muito húmido, cuja população se dedica à vida agrícola na quase totalidade do concelho; apenas na cidade de Viana existe uma progressiva indústria de construção naval.

O inquérito sobre a tinha evidenciou a existência desta doença em 5,0 % das crianças escolares observadas. Verificámos que a doença incide principalmente na cidade e na metade sul do concelho.

CONCELHO DE VILA DO CONDE

A) Estudo corográfico, sanitário e demográfico:

O concelho de Vila do Conde está situado logo a sul do concelho da Póvoa de Varzim, possuindo a área de 160 quilómetros quadrados.

O solo é quase plano; apenas há leves elevações a leste da região.

A norte do concelho corre o Rio Ave, que o atravessa de leste a oeste e desagua a sudoeste da vila.

As condições climáticas são idênticas às da Póvoa de Varzim, agravadas ao longo do vale do rio e nas regiões sob a sua influência.

Todo o concelho é muito arborizado, com extensas manchas de pinheiros e de eucaliptos.

As condições de salubridade são idênticas às do concelho da Póvoa de Varzim.

O número de habitantes é de 44.340 dispersos por 30 freguesias e 320 povoações; a densidade de população é de 276 habitantes por quilómetro quadrado.

Há 9.720 famílias, 38,9 % das quais são constituídas por 1 a 3 pessoas, 41,4 % tem 4 a 6 pessoas, 17,9 % tem 7 a 10 pessoas e 1,8 % tem 11 a 18 pessoas. O número de casais é de 8.200 dos quais 7.000 tem filhos com a seguinte percentagem: 69,2 % 1 a 3 filhos, 28,3 % 4 a 6 filhos, 9,2 % 7 a 10 filhos e 0,3 % 11 a 14 filhos.

A distribuição etária é a seguinte:

Idade	Sexo masculino	Sexo feminino	Totais
0-4 anos	3.050	2.870	5.920
5-9 >	2.400	2.450	4.850
10-14 >	2.370	2.160	4.530
15-19 >	2.330	2.110	4.440
20-49 >	6.490	6.480	12.970
50 e mais anos	4.530	7.100	11.630
Total . . .	21.170	23.170	44.340

A população activa do concelho é de cerca de 17.700 elementos, com as seguintes actividades:

	SEXO		Total	Percentagem
	Masculino	Feminino		
Agricultura e pecuária	4.200	1.700	5.900	33,4
Pesca	1.110	20	1.130	6,5
Indústrias diversas (textil e outras)	2.910	2.510	5.420	31,1
Outras actividades (comércio, transportes, etc.) . . .	3.700	1.410	5.110	28,9
Total . . .	12.000	1.700	17.700	100,0

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS,
MICROCOCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS,
ENTEROCOCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA +
LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCOS
CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ENTEROCOCOS
B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA + 0,25 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (INFANTIL)
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 1 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (FORTE)

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

DEPÓSITO EM ANGOLA: JALBER, L.ª - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA



LEONNE DE MORGAN, TABLET GEMMINGS

"Sur le couvent qui dort, une paix d'ombre blanche..."

(EMILE VERHAEREN - Chate de Poissy - MERCURE DE FRANCE)



SONÉRYL

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPECIA"

SOC. COM. CARLOS FARINHA, LDA.
R. DOS SAPATEIROS, 30-3º - LISBOA

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Evolução obstétrica actual da mulher tuberculosa

SILVESTRE LUIS SALA

Um dos ramos da medicina que mais tem beneficiado dos grandes progressos terapêuticos do século é, sem dúvida a tisiologia, que nos oferece uma transformação espectacular.

Por consequência lógica, também tem sido grande a repercussão sobre as bases obstétricas que se desenvolvem em tais enfermas durante a evolução bacilar.

Sem me alongar excessivamente nesta matéria, que não é motivo desta dissertação, não deixaremos de recordar que tem sido sempre dispar a opinião sobre a mútua incidência da tuberculose e da gravidez; mas, é forçoso reconhecer que tais divergências devem-se, em grande parte, porque generalizam-se sobre: 1) estatísticas incompletas ou numéricamente escassas; 2) estatísticas incorrectas, em que não se tem sempre em conta a extensão das lesões classificadas como formas mínimas, moderadas ou avançadas; extensão de processos sobre os quais estabelecemos, sempre, o nosso conceito de relação com a gravidez.

Dum modo geral, adaptamo-nos ao critério de que a tuberculose das gestantes, pode evoluir da seguinte maneira: 1) As tuberculoses benignas, anteriores à gravidez (fibrosas, cicatriciais, pleurais, etc.) comprometem-se pouco (80 % de boas tolerâncias); 2) As tuberculoses evolutivas anteriores à gravidez, em geral precipitam o seu agravamento (80 % de peoras); e, 3) As tuberculoses latentes, despertadas pela gravidez, adquirem acentuada gravidade. Em resumo: a) As formas activas são desfavoravelmente influenciadas; e b) As inactivas e sequelas, são-no muito menos, mas devem ser igualmente vigiadas.

A

As diferentes etapas da evolução obstétrica das mulheres tuberculosas marca, também, uma série de conhecimentos modernos.

I) *A menstruação*, podendo repercutir-se ou não sobre a lesão, pode ser: a) normal, ou então, b) dismenorreica, e frequentemente estabelecem-se, c) amenorreias por insuficiência funcional, hormonal ou caquética, o que dificulta o reconhecimento precoce da gravidez por parte das doentes. II) *A infertilidade* manifesta-se por uma série de factos inegáveis: a) em que só um terço destas mulheres têm mais de 3 filhos, e b) em que à medida que a lesão progride diminui tal fertilidade. *A esterilidade* é, também, frequente, podendo-se citar como causas da mesma: a) o lógico cuidado dos conjugues; b) a deficiência funcional hormonal, e c) a frequente tuberculose genital concomitante. III) *A gravidez* é, em geral, bem tolerada (menos no início que no final, como todas as gravidezes); porém, as gestoses, que não são frequentes, se coexistem, constituem uma agravante para a tuberculose. *A interrupção expontânea* (produto da hemoptise, da tosse, das intoxicações, da hipertermia, da caquexia e das infecções secundárias) produz-se em 15 % das formas benignas e em 33 % das graves. O aborto é menos frequente que o parto prematuro em geral, em 4 %. Dois factores influem na frequência: a intensidade do processo e o tempo da gestação.

a) Produz-se raramente, ou da mesma maneira que fora da tuberculose nas formas mínimas ou moderadas (em ambas 2,7 %) e, mais frequentemente, nas avançadas (4,6 %); b) é mais frequente à medida que a gestação se aproxima do 5.º mês, evoluindo para a frequência maior do parto prematuro (2,7 % aos 2 meses; 1,2 % aos três; 1,8 % aos quatro e 4,3 % aos cinco).

O parto prematuro produz-se numa percentagem maior que o aborto, em 23 % dos casos, em geral; como no aborto, verifica-se: a) A marcada influência da intensidade do processo (12 %, 17,3 % e 45,3 % nas formas mínimas, moderadas ou avançadas, respectivamente), e b) as maiores probabilidades da sua evolução até ao termo, segundo se trate, igualmente, de formas mínimas, moderadas ou avançadas (88 %, 82,7 % e 54,7 %). IV) o parto apresenta duas características essenciais: a) *É mais breve* que nas mulheres normais, quer por hipotomia da musculatura pélvica quer pela excitação do útero por anoxia; e b) *É menos doloroso*, e às vezes quase indolor e, curiosamente, tanto mais quanto mais grave é a lesão bacilar. *A percentagem de partos expontâneos é igual à das mulheres sãs*. Estas observações constituem o fundamento da terapêutica expectante e anti-intervencionista que preconizamos. V) *O período placentar*, não obstante a inegável frequência da tuberculose placentar, produz partos normais com poucos minutos de duração e em quantidade de sangue perdido; por outro lado, os partos artificiais constituem, apenas, 1/2 %, frequência menor que nas mulheres não tuberculosas. VI) *A evolução do puerpério*, contrariamente ao que se presumia, pouco se perturba, chamando a atenção a escassa frequência das infecções puerperais; nisso influe, seguramente, a tendência à não associação dos diferentes germes e a terapêutica antibiótica *protuberculosis* que resulta profiláctica para as infecções genitais; em contrapartida, se se produzem infecções, adquirem especial gravidade por deficiência do terreno. VII) *No complexo ovular* verificamos na nossa experiência: a) Que a tuberculose placentar é frequente; b) Que se mantém o conceito da heredopredisposição das crianças para a tuberculose; c) Que 72 % dos filhos de mães gravíssimas, que morreram no puerpério, continuam sendo sãos; d) Que o peso inicial dos mesmos é normal (havendo-os até muito robustos) mas diminuindo com a gravidade do processo; e) Que o crescimento ponderal é igual aos normais, quer sejam débeis ou não; f) Que os débeis congénitos constituem uma discreta percentagem (15 %); g) Que, sob o ponto de vista biotológico, os filhos de mães graves apresentam uma inferioridade manifesta; e h) Que a tuberculose prenatal existe nos filhos de mães gravíssimas, mas observam-se muito raramente.

B

Os indiscutíveis progressos da terapêutica tisiológica actual têm melhorado, também, extraordinariamente, os aspectos dos insucessos obstétricos destas grávidas.

I) *Durante a gravidez*, a tuberculose trata-se, hoje,

com toda a gama de recursos terapêuticos da fisiologia actual sem que a gravidez seja impedimento para nenhum dos seus procedimentos médicos ou cirúrgicos, até os de mais recente aquisição.

Hoje, a interrupção terapêutica artificial da gravidez já quase não conta, existindo uma corrente anti-intervencionista extraordinariamente acentuada, de tal modo que resulta excepcional, na época actual, esta prevenção, quer como medida profiláctica, quer como meio terapêutico; parecendo ser antes um procedimento prejudicial. No seu aspecto geral, estabelecem-se para estas interrupções as mesmas premissas que são normas habituais para a legitimidade deste proceder: a) Que a doença seja originada ou agravada pela gravidez; b) Que se cure com a interrupção; e c) Que não tenha terapêutica médica que a substitua. Esta última condição, era o que seguramente impedia, noutra época, efectuar terapêuticas de prova antes de proceder, visto que a lentidão dessas medicações deixava arrastar mais a enfermidade que a gravidez; porém, hoje, que muitas das terapêuticas médicas, neste terreno, se mostram duma velocidade extraordinária, é frequente poder efectuar-se a «prova medicamentosa» do processo antes de decidir; provavelmente é esta a causa que mais tem influído na acentuada corrente, contribuindo para o desaparecimento desta terapêutica radical. Não obstante, pode ainda apresentar-se a oportunidade de acudir a ela: a) Segundo a forma clínica, 1) Nas formas evolutivas, anteriores à gravidez e 2) Nas formas despertadas pela gestação; b) Segundo a idade, sendo realizável só antes do 4.º mês e não depois, em caso algum, e c) Nas toxicoses acentuadas irreductíveis associadas. II) Durante o parto, preconizamos as seguintes medidas terapêuticas: a) A imprescindível presença de pessoal especializado; b) A posição semi-sentada; c) A tonificação do miocárdio com digitálicos e glucose; d) A diminuição da dor com sedativos, morfina, barbitúricos, etc.; e) A rotura oportuna da bolsa das águas; e f) A prática duma terapêutica anti-intervencionista com base na facilidade e frequência do parto espontâneo, já comentada. Tem desaparecido, em grande parte, o «forceps profiláctico» como também, do mesmo modo, a cesariana; só recorreremos a estas últimas: a) Por indicação obstétrica; b) *Post-mortem* (com escasso êxito); Perante um trabalho prolongado previsível (*apertados, pelvis justa, etc.*); d) Nas distócias complexas, e e) Nas insuficiências graves,

instaladas anteparto, com perigo para a mãe e para o filho. Para evitar descalabrosas intervenções em tuberculosas graves preconizamos a indução do parto no decurso do último mês. III) Durante o puerpério: a) Recorre-se à colapsoterapia imediata (pneumotorax ou pneumoperitoneu) e b) Proscree-se a lactação. IV) O recém-nascido beneficia, indiscutivelmente, com a tríada já clássica: a) Separação imediata (que garanta 85 % de indemnes, sendo evidente que a eclosão de lesões bacilares e a mortalidade das crianças separadas é nitidamente inferior às não preservadas); b) A vacinação pelo B. C. G. (também com uma repercussão na morbimortalidade marcadamente favorável); e c) A colocação familiar. A terapêutica realizada na mãe durante a gravidez para o tratamento da sua lesão bacilar, tem-nos permitido realizar a seguinte observação nas suas criancinhas: a) Os filhos de mães tratadas com antibióticos apresentam pesos semelhantes aos das não tratadas; b) naqueles em que podemos investigar minuciosamente, não temos visto alterar-se as delicadas estruturas fetais, pelo menos nos filhos de mulheres tratadas durante o segundo quadrimestre, que é o mais habitual, e c) Tais crianças desenvolvem-se, posteriormente, em perfeitas condições físicas e mentais. V) O aleitamento está severamente proscrito, por razões óbvias, nas formas bacilares evolutivas ou abertas; só pode permitir-se, e isso perante as exigências peremptórias da mãe, nas formas fibrosas ou curadas. VI) a esterilização destas doentes corre igual sorte que o aborto terapêutico; com a marcada melhoria do prognóstico, hoje em dia, não tem quase indicação; em suma, só estaria indicada a esterilização temporária em doentes com segurança absoluta de melhorar, se não se conta com a colaboração dos cônjuges para evitar a gravidez. Diminue-se um tanto a severidade desta conduta nas mulheres múltiparas ou de maior idade. VII) Deve proscreever-se o casamento: a) Nas portadoras de lesões evolutivas; b) Nas curadas, antes dum prazo não inferior a três anos. VIII) Por fim, a proibição da gravidez deve realizar-se: a) Nas mulheres com lesões evolutivas; e b) Nas curadas, num prazo igualmente não inferior a três anos. É importante recordar, a propósito, que a repetição muito seguida das gravidezes atenta contra a estabilidade das lesões curadas.

[«La Semana Médica», tomo 104 — n.º 21; 27 de Maio de 1954].

Progressos no tratamento da Insuficiência renal aguda e crónica

A. C. CORCORAN
CLEVELAND

ESTUDOS EXPERIMENTAIS

A insuficiência renal é considerada neste trabalho como uma alteração da função excretora, que perturba a saúde do indivíduo, podendo mesmo pôr em jogo a própria vida.

A insuficiência aguda resulta da lesão das células dos tubos com carácter tóxico ou isquémico, mais ou menos relativo; geralmente encontra-se associada com oligúria ou anúria e possui uma evolução que tende para a cura por regeneração celular; portanto o objectivo do seu tratamento é manter o doente até que a reparação das lesões se tenha realizado.

Pelo contrário na insuficiência renal crónica existe uma destruição em massa dos nefrões sem tendência para a regeneração. Muitos doentes com insuficiência renal crónica podem gozar de um relativo bem estar e exercer uma actividade produtiva, apesar da grande alteração da sua função renal, porém o tratamento é essencialmente paliativo e o prognóstico, em última análise, é geralmente fechado.

As causas, as lesões, o decurso e os objectivos terapêuticos das insuficiências renais, aguda e crónica, são diferentes. Contudo, em ambos, os princípios fundamentais do tratamento são idênticos: reduzir a taxa de metabólitos, que o rim é solicitado a excretar, e, em segundo lugar, corrigir as alterações do metabolismo intermediário, à medida que vão aparecendo.

O facto experimental, provavelmente mais importante, é que a intoxicação pelo potássio constitue a causa próxima da morte por nefrectomia. Os efeitos tóxicos do catabolismo proteico têm sido repetidamente demonstrados na insuficiência renal experimental, total ou subtotal, podendo conduzir a uma alteração do metabolismo das proteínas. Nós, entre outros, tivemos ocasião de mostrar que dietas hipercalóricas não proteicas prolongam a vida após nefrectomia, mas não ficamos habilitados a confirmar os efeitos benéficos da testosterona ou desoxicorticosterona.

O desenvolvimento do rim artificial por KOLFF, e a sua realização por outros experimentadores conduziram a variados estudos clínicos e experimentais sobre vividiálise. Uma verificação particularmente importante destes estudos é o frequente aparecimento de hipertensão grave e lesões necróticas vasculares nos animais nefrectomizados e mantidos vivos por estes métodos. As lesões parecem ser resultado de um efeito, ainda mal esclarecido, da insuficiência renal, e são bastante agravados pela hipertensão. Alguns investigadores relacionam a hipertensão com uma excessiva retenção de sódio e água, e estão a favor disto

as observações preliminares de KOLFF sobre a distribuição do sódio 24, em cães sujeitos a estas condições experimentais. Porém, de acordo com as afirmações de MUIRHEAD e colaboradores, o mecanismo desta situação é ainda obscuro, por falta de um estudo rigoroso dos metabolismos hídrico e electrolítico, o que é devido, em parte, a dificuldades técnicas. Pelo menos, o conhecimento de que a sobrecarga de água e electrólitos provoca lesões vasculares em cães recentemente nefrectomizados, impõe, na clínica humana, a prevenção de tais sobrecargas. O aparecimento de lesões vasculares em animais mantidos por vividiálise diminui a promessa de uma sobrevivência indefinida, (pelo menos com os técnicos correntes). Finalmente, as lesões vasculares precipitadas pela resina, em cães nefrectomizados ou em ratos submetidos à administração de esteróides suprarrenais, podem corresponder aos mecanismos patogénicos da doença renal, na qual o sistema pressor renal está presumivelmente funcionando.

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

A associação de azotemia com o síndrome urémico sugere que este resulta de qualquer produto ou processo do catabolismo proteico embora muitos sintomas de urémia devam ser consequências de perturbações na distribuição de água e electrólitos. Nenhuma «toxina urémica» — se existe — foi até agora demonstrada. Que não é a ureia, foi já demonstrada pela comparação dos resultados da diálise, em doentes renais com solutos contendo ureia; aliás o síndrome urémico pode agravar-se na presença de um nível constante de ureia sanguínea.

O significado etiológico do termo urémia é impróprio. Contudo o seu uso tem sido útil, pois dirige a atenção para a necessidade terapêutica de reduzir o catabolismo proteico a um mínimo razoável.

Consegue-se este objectivo fornecendo dieta hipoproteica com valor calórico adequado, evitando ou tratando as infecções, além de medidas de repouso e sedação.

Dieta: A restrição de proteínas está longe de ser novidade. Modernamente insiste-se na aplicação rígida deste princípio, pelo facto de se ter chegado à conclusão de que o equilíbrio azotado pode ser assegurado com dietas do tipo da de arroz de Kempner contendo pequena quantidade de proteínas, na ordem de 20 gramas. Borst e Kolff propuseram esquemas dietéticos de melhor paladar e com uma distribuição electrolítica superior ao de Kempner. Estes investigadores usam misturas lipoglucídicas com o fim de fornecerem um alto valor calórico num pequeno volume. Porém, sendo úteis, estas misturas têm tendência para provocar náuseas, pelo que se aconselha cuidado na sua prescrição, em doses diariamente crescentes, devendo começar-se por 15 cc. quatro vezes por dia e nos intervalos das refeições.

O consenso geral é de que as dietas devem ter como objectivo o fornecimento diário de 2.000 a 3.000 calorias com uma restrição proteica (40,30, ou 20 gr./dia) que assegure uma azotemia mínima.

Infecção: As infecções estimulam o catabolismo proteico. Assim podem desencadear ou agravar a urémia e sob a forma de pielonefrite, doença que é frequente e muitas vezes esquecida, contribuem para uma lesão renal ulterior. É pois urgente despistar as infecções. Sob este aspecto os antibióticos têm tido um relevante papel no tratamento da insuficiência renal crónica.

Repouso e sedação: Tanto a actividade física como os estados de ansiedade aumentam os valores do metabolismo e os resíduos catabólicos. O repouso deve ser prescrito generosamente e se necessário assegurado pelo uso liberal de drogas que possam ser metabolizadas, tais como barbitúricos, tricloroacetaldeído (Cloral) ou, por último, paraldeído, administrado pela via oral ou rectal. Os opiáceos devem ser evitados. As normas de tratamento, no período terminal, foram bem descritas por THOMAS ADDIS.

Recentemente, tem-se tirado partido do conhecimento de que soluções hipertónicas de lactato de sódio, em doses de 80 a 160 mgs. são capazes por vezes, de aumentar a função renal numa margem, que sendo pequena em valor absoluto, pode fazer desaparecer a sintomatologia urémica.

A nossa experiência com este regime é pequena e até agora não foi animadora.

ANTI-GRIPAIS BARRAL

Euptolina

Solução oleosa neutra de Cineol, Oxibenzol-1-2-Metoxifenol e Cânfora

ESTADOS AFÓNICOS
ROUQUIDÕES, LARINGO-TRAQUEÍTES,
BRONQUITES.

Injecções subcutâneas ou intramusculares na dose diária de 2 a 4 c. c.

Ampolas de 2 c. c.

DIOMEL, Xarope

Sulfoguaiacolato de Potássio, Canfossulfonato de Efedrina, Acónito, Beladona, etc.

ANTI-SÉPTICO, EXPECTORANTE, SEDATIVO
E ANTI-ESPASMÓDICO

BALSOPEX, Bálamo revulsivo

Óleos essenciais de Eucalipto, Cedro, Terebintina, etc.

RESFRIAMENTOS, CATARROS NASAIS, GRIPES

QUETACHIM

Guaiacol, Quinina básica, Cânfora e essências aromáticas

GRIPES, BRONQUITES, BRONCO-PNEUMONIAS

Ampolas de 2 c. c. para injecções intramusculares

RINEX

Pomada anti-séptica nasal

Sulfiazol, Cl. efedrina, Estovaína, Sulf. Atropina, Gomenol, Ureia, Exc. colessterinado

CORIZA, RINITES, PROFILAXIA DA GRIPE

Laboratórios da Farmácia Barral

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, LDA.

Electrólitos: A correcção das alterações específicas bioquímicas aplica-se principalmente aos electrólitos. Estabelece-se, como medida geral, combater-se a acidose com bicarbonato de sódio e fazer-se a captação dos fosfatos alimentares com gel de hidróxido de alumínio (30 cc. quatro vezes por dia). Porém são os doentes que possuem a função excretora dos electrólitos especificamente alterada ou desproporcionada que oferecem os maiores problemas clínicos. Tal é o caso dos «Gastadores de Sódio», (Sodium Wasters). Estes indivíduos, se não receberem um suplemento de sódio, individualmente determinado, tendem para um estado de hiponatremia e de urémia reversível. Uma outra alteração semelhante é a do síndrome de acidose renal, no qual as perdas de cálcio conduzem a osteomalácia e cuja correcção se faz pela administração de alcalis.

Estes doentes geralmente tem perdas de potássio a ponto de, algumas vezes, atingirem estados de hipopotassémia. Esta pode também sobrevir na ausência de lesões ósseas.

Earle fez um estudo cuidadoso de um destes doentes e nós com o Dr. William Proudift tivemos ocasião de observar uma doente que ilustrava bem até que ponto podem ir as dissociações funcionais na doença renal crónica. Ela era incapaz de concentrar ou acidificar a urina ou de excretar potássio numa taxa muito menor do que a do filtrado glomerular, enquanto que as clarificações do manitol e ácido p-aminohipúrico eram normais e a capacidade máxima de excreção tubular estava apenas ligeiramente diminuída. A astenia e as crises paréticas desta doente coincidiam com uma potassémia de 2 mEq. por litro, e desapareciam com a concentração de 3 mEq. por litro, que se procurava manter pela administração de um suplemento de potássio na dieta (sais de potássio em doses diárias de 100 a 200 mEq). O substracto patológico desta doente, como acontece em muitos casos de acidose renal era aparentemente uma pielonefrite crónica. Este caso embora excepcional serve para chamar a atenção para o possível aparecimento nalguns doentes de uma alteração desproporcionada, mas corrigível da excreção electrolítica, a qual necessita de uma prescrição de electrólitos, ajustada a cada caso.

No que diz respeito à água, a azotémia origina uma diurese osmótica na qual os nefrões tendem a excretar uma urina com a actividade osmótica do plasma. Esta adaptação como lhe chama Platt, condiciona a excreção da água de tal maneira que o doente tende naturalmente a estabelecer o seu próprio nível óptimo sob o estímulo da sede. Quando por qualquer razão ele deixa de ter esta capacidade sobrevém a desidratação e a intensificação da urémia; neste caso devem ser administrados parenteralmente líquidos (geralmente soro glicosado) em quantidade suficiente para manter uma diurese de 2 litros diários.

Diálise: A vividiálise geralmente não está indicada na insuficiência renal crónica; os resultados clínicos são quase sempre transitórios e pouco expressivos. Contudo citam-se como excepção os casos em que as infecções, os traumatismos ou exacerbação da doença renal constituem a causa da urémia reversível, ou ainda alguns indivíduos com doença renal poliúrica. Merxil observa que «o doente poliúrico normotenso responde melhor (à hemodiálise)... do que o oligúrico hipertenso», e chama a atenção para a esperança ilusória que muitos doentes e famílias têm deposto no «Rim artificial».

A propaganda na imprensa dos enxertos de rim tem dado decepções que não são menores. Estas operações são realizadas primariamente como estudo técnico e biológico; este tem sido o espírito da equipe do Hospital de Peter Bent Brigham.

Hipertensão: O síndrome de hipertensão maligna pode surgir como complicação da doença renal crónica e agravar rapidamente a situação cardíaca e renal.

Nestes doentes ou naqueles com insuficiência cardíaca isto é quando a hipertensão parece dominar o quadro, é possível reduzir a pressão diastólica a níveis razoáveis, como 110 mm. Hg, pela administração cuidadosa de hexametónio por via parentérica. Este tratamento tem o risco de uma hipotensão exagerada, ou, até mesmo, uma tensão normal poderá desencadear uma insuficiência renal total.

Deve-se explicar aos doentes, ou às famílias, os perigos e dificuldades, as complicações e o carácter essencialmente paliativo deste tratamento.

Ele deve ser iniciado num hospital e calcula-se a dose intramuscular pela resposta da tensão arterial a uma dose de prova administrada lentamente por via endovenosa. A posologia subsequente (doses e intervalos) é cuidadosamente determinada por frequentes determinações da pressão sanguínea, da azotémia, do volume urinário, e pela observação de efeitos secundários, particularmente quando a droga for eliminada lentamente. Tal tratamento não é geralmente recomendado e talvez deva ser reservado apenas para aqueles doentes com a compreensão suficiente para poderem prosseguir com o tratamento em casa.

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

Até há pouco tempo os dois maiores perigos que o doente anúrico corria eram a sobrecarga de líquidos e a intoxicação pelo potássio, os quais ainda não foram totalmente eliminados. Na realidade, depois dos trabalhos de Strauss, entre outros, reconheceu-se a inutilidade e o perigo da excessiva administração de líquidos, o que hoje é um conhecimento bastante generalizado e constitui um dos maiores progressos terapêuticos.

O consenso geral aceita, actualmente, que a infusão de líquidos se deve limitar à substituição das perdas e mais um volume de água, indo de 0,5 a 1 litro.

Assim é da maior importância a medição de todas as excreções.

A intoxicação pelo potássio, na anúria, é consequência do catabolismo proteico, pois 70 gr. de proteínas libertam 140 mEq. de potássio não excretável, como acontece num jejum absoluto durante um dia; compreende-se portanto, que nas insuficiências renais, aguda ou crónica, se deva reduzir o catabolismo proteico ao mínimo, pela administração diária de pelo menos 400 calorias sob a forma de glucose ou açúcar invertido.

Borst e Kolff recomendaram uma manutenção hipercalórica, na ordem de 2.500 cal., o que é difícil de realizar e que, aliás, não é aceite por todos.

No entretanto, a regra prática é a de exceder o mínimo sempre que possível, seja por exemplo pelas emulsões lipo-glucídicas nos doentes que os tolerem.

Véganine

Medicamento
Analgésico
Antipirético
Antigripal
de acção reforçada

Carteiras de 1 comprimido
e tubos de 20 comprimidos

LABORATORIES SUBSTANTIA

SURESNES (Seine)

Representantes em Portugal:

AZULAY & CIA., LDA.

100, Rua Áurea, 2.º - Dto. — LISBOA

Muitos doentes necessitam que a administração de calorías se faça pela via endovenosa, o que expõe aos riscos de lesões nas veias e da sobrecarga de líquidos. Nestes casos a técnica geralmente adaptada é a administração em gota a gota, por cateter de politene. Os doentes febris ou portadores de infecção requerem um mínimo diário superior a 400 calorías.

Os hidratos de carbono não só têm tendência para prevenir a hiperpotassemia como, quando depositados sob a forma de glicogénio, provocam o armazenamento do potássio.

É conveniente associar insulina à dextrose em gota a gota (1 unidade por 3 gr. de dextrose) quando se verifica a hiperpotassémia.

Os efeitos tóxicos do potássio sobre o miocárdio podem ser combatidos, temporariamente, pela administração de gluconato de cálcio, em doses diárias de 10 a 20 gr. Contudo, estas medidas apenas são eficazes quando aplicadas dentro de horas ou dias. Se a anúria e a hiperpotassémia persistem tem de se usar outras medidas para a eliminação do potássio, dos quais, as duas mais recentes são as resinas permutadoras de iões (amónio-sódio) e a vividiálise.

O potássio pode ser eficazmente removido por lavagem intestinal, porém os efeitos desta sobre os fluídos e distribuição electrolítica são de difícil contróle.

Quando se administram resinas quer pela via oral quer pela via rectal deve haver um cuidadoso contróle nas quantidades de sódio ingerido e eliminado. Fornecidas oralmente elas não são bem toleradas mas pela via rectal, embora sejam menos adsorventes, ainda conseguem captar cerca de 0,3 mEq. de potássio por grama de resina.

Nos doentes com estase intestinal há o perigo de oclusão pelo que podemos dizer que aqueles que mais delas necessitam menos tolerabilidade apresentam.

Aguardam-se melhores informações neste campo da terapêutica.

A alternativa que resta para os doentes graves em hipercalemia ou em urémia, é a vividiálise. Esta faz uma remoção rápida do potássio e provoca quase sempre uma espectacular melhoria clínica, que pode ser suficiente para permitir o regresso à terapêutica conservadora, pela dieta e líquidos fornecidos oralmente. Contudo o tratamento conservador sem vividiálise pode conduzir a uma recuperação da ordem dos 80 %. As técnicas mais cómodas para o doente são a diálise peritoneal pelo método de Grollman e a hemodiálise.

O tratamento conservador é absolutamente ineficaz nos doentes em situações graves, devido a traumatismo ou infecção, como a anúria post-traumática, sendo nestes casos, indispensável a vividiálise.

Quando os rins começam a funcionar a situação do doente pode piorar durante um ou dois dias por aumento da urémia. Mais frequentemente, à medida que a diurese aumenta, o agravamento da situação resulta de perdas descontroladas de K e Na, que por vezes continuam por longos períodos.

Felizmente por esta altura em geral o apetite e sensação de bem estar começam a voltar e então torna-se praticável o tratamento de manutenção por via oral, embora sob rigorosa vigilância do estado clínico e bioquímico.

Portanto, os doentes com insuficiência renal aguda necessitam de uma hábil vigilância e de um bom auxílio laboratorial, mesmo na fase de recuperação.

Em resumo pode dizer-se que o tratamento da insuficiência renal aguda, particularmente quando associado a traumatismo ou a sépsis exige bastante tempo, competência e aparelhagem, esforços esses que são bem justificados pois esta é uma doença em que a recuperação é possível.

SUMÁRIO E CONCLUSÕES

Os princípios fundamentais do tratamento da insuficiência renal aguda e crónica são semelhantes, embora as lesões, a evolução e os prognósticos sejam bastante diferentes.

A experimentação animal mostra que na ausência de rim é muito pequena a possibilidade de sobrevivência, e sugere que o excesso da taxa de electrólitos, nomeadamente do sódio, é inconveniente.

Os últimos progressos no tratamento da insuficiência renal crónica consistem principalmente na administração rígida de uma dieta hipoproteica, embora de conteúdo calórico adequado, e na disponibilidade de meios para combater as infecções. O fotómetro de chama tem tornado mais fácil o reconhecimento e correcção do desequilíbrio da excreção dos electrólitos. Ao contrário do que acontece na insuficiência aguda, a vividiálise raramente é eficaz quando aplicada na doença renal crónica não complicada. As drogas depressoras, nomeadamente o hexametónio, são por vezes recomendadas para combater a hipertensão e a insuficiência cardíaca.

Na insuficiência renal aguda os progressos consistem principalmente numa melhor terapêutica conservadora e disponibilidade de meios de vividiálise. O tratamento conservador consiste essencialmente na restrição de líquidos, fornecimento diário de um mínimo de 400 calorías de hidratos de carbono, e no contróle da hipercalemia por meio de misturas de dextrose-insulina-cálcio e de resinas troca-iões, quando praticável.

As situações mais graves requerem vividiálise. Os traumatismos e as infecções diminuem a eficiência do tratamento conservador. A possibilidade de uma apreciável recuperação e a complexa evolução da insuficiência renal aguda exigem para estes doentes uma cuidadosa vigilância e adequado estudo laboratorial.

(J. A. M. A. — 153:1233, 1953).

DIGITALINA MIALHE

(SOLUÇÃO MILESIMAL DE DIGITALINA CRISTALIZADA)

SUPERIORIDADE INCONTESTÁVEL SOBRE TODAS AS PREPARAÇÕES
DE DIGITALIS PURPÚREA

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA



Em teoria e na prática

Há meios já para evitar ou remediar uma deficiência da nutrição causada por defeituosa digestão ou absorção das Vitaminas lipo-solúveis A e D.

Em teoria, ministrar Vitaminas A e D vence ou evita quaisquer manifestações de carência; na prática, convém verificar se a forma de as dar é aceitável pelo paladar do doente.

O **Haliborange**, em que se combinam o óleo de fígado de halibute «Allenburys» (inodoro e insípido) com um reforço de Vitamina D e Sumo de Laranja concentrado, é tão saboroso que o doente tem prazer em o tomar.

Cada colher-de-chá de **Haliborange** contém 1.950 un. int. de Vitamina A e 284 de Vitamina D.

A melhor forma de tomar Óleo de Halibute:

HALIBORANGE

em frascos de 140 e 280 gramas

Representantes: **Coll Taylor, L.da** — Rua dos Douradores, 29-1.º — Lisboa
Depósito no Norte: Farmácia Sarabando — Largo dos Loios 36 — Porto

S U P L E M E N T O

A MEDICINA E O FOLCLORE MARÍTIMO

Comunicação apresentada ao «Congresso Internazionale di Etnografia e Folklore del Mare» — Nápoles, 1954.

ANTONIO CASTILLO DE LUCAS

(Chefe da Secção de Medicina do «Instituto de História de la Medicina» de Madrid)

A OPORTUNIDADE DO TEMA

Um marinheiro espanhol, tão ilustre na arte de navegar como erudito nas artes e nas letras, Don Julio Guillén, disse não há muitos anos «que o folclore marítimo está por fazer», embora existam felizes ensaios (1).

Este magno *Congreso Internazionale di Etnografia e Folklore del Mare* assinalará na história da Antropologia cultural um momento importante em todos os ramos do folclore marítimo, incluído o que se relaciona com a medicina, não pela minha modesta comunicação, com a qual venho aprender e não ensinar, pois aspiro a que sirva de pretexto para ouvir valiosíssimas opiniões dos ilustres congressistas, e, reunidas estas, contribuir, no possível, para o estudo dos múltiplos problemas científicos, históricos e etnográficos abrangidos pela medicina popular que, a bordo e nas regiões marítimas, usam as gentes que vivem do mar. Seja pois, por ele a anticipo, a minha gratidão mais cordial a quantos colaborem no desenvolvimento desta tese, que tenho a honra de apresentar.

Colligite fragmentane pereanti, diz o ex-libris do Clube Internacional do Folclore, lema tirado do Evangelho de S. João (2) (cap. VI, vers., 12) e muito apropriado a quantos cultivámos a ciência do saber popular, já que, tal como na parábola evangélica do sermão da multiplicação dos pães e dos peixes, há que recolher os fragmentos para que se não percam, e fragmentos e vestígios são os factos folclóricos que, como revivescência de culturas passadas, conservam as nossas gentes humildes e que a civilização e mobilização moderna tendem a esquecer, perigando mais esta perda de tradições nos portos marítimos, pois como janelas abertas ao mundo recebem influência universal com a conseqüente confusão de costumes.

Desistimos de reunir nesta comunicação as citações esparsas sobre remédios populares que se empregam nos povos da costa ou que são referidos por marinheiros, notas que figuram com outros factos

folclóricos nos mesmos trabalhos que referem o folclore de povos do interior, como podemos ver em qualquer obra de folclore regional — que (3) pelo número nos desculpa de citação especial — por isso limitámo-nos a escolher exemplos que permitam assinalar uma comum característica pela influência geográfica e o ambiente marítimo.

Pena foi que Giuseppe Pitre (4), glória da ciência italiana, ou melhor dito universal, tão sábio como folclorista e médico, não realizasse este estudo do folclore marítimo versando sobre outra região da Itália distinta da Sicília, já que esta ilha pelo seu tamanho não se presta a valorizar a diferença entre o interior e o litoral, sem embargo deu-nos imensa luz para assentarmos nas considerações que vamos expor.

O BIOCLIMA

O estudo do ambiente em que vive o homem tem extraordinária importância médico-social. O factor mesológico é igualmente indispensável conhecê-lo no folclore, pois quanto o homem pensa, sente obra e realiza individual e colectivamente, depende do meio em que se desenvolve e que, cientificamente, devemos chamar bioclima.

O conceito de clima (5) é na medicina moderna muito amplo, já que compreende os factores atmosféricos e meteorológicos que caracterizam a região (temperatura, pureza do ar, pressão, régimen de chuvas, ventos, fenómenos eléctricos, etc.); os telúricos (situação geográfica, latitude, altitude, permeabilidade do solo, fertilidade, hidrografia, orografia, etc.) e os ambientais (flora, fauna, alimentação, meios de cultura, trabalho, e organização religiosa e social, que quer dizer o clima espiritual). A este conjunto de factores influentes na vida do homem denomina-se bioclima, já que de si dependem os caracteres raciais e morais do que vive permanentemente nesse ambiente, e assim vemos que os homens das montanhas são pelo seu isolamento austeros, desconfiados, parcos de palavras, sóbrios até na

fantasia, as suas danças e músicas são graves e monótonas; os homens da planície são, pelo contrário, mais vegetativos, alegres e efusivos, sempre dispostos a relacionarem-se com os demais povos, as suas músicas e danças têm mais cor e movimento. O homem da costa é de mais complicada psicossomática, pois além do carácter racial influe a situação geográfica. Em Espanha, temos o Vasco no Cantábrico e o Galego no noroeste, participando do Atlântico e do mar Cantábrico, com as suas águas bravas e céu de névoas, bem diferentes dos marítimos meridionais e, sobretudo, dos mediterrânicos, pois estes, inundados pela luz e a alegria de um mar tranquilo e azul, gozam por demais de alegre paisagem na terra próxima e são bem nutridos por fecundas hortas (6).

As povoações marítimas, pela riqueza dos seus postos, foram em toda a história da humanidade ambicionadas pelos homens, daí que pelas sucessivas conquistas se encontrem os vestígios das civilizações na forma de costumes, onde perduram mais variados que nos povos interiores; ademais, por serem como portas abertas ao mundo, estão em comunicação permanente incorporando-se e adaptando-se à cultura universal; outra particularidade está em que o marítimo muda de psicologia segundo a fase em que desenvolve a sua vida e, assim, o ausente é profundamente afectivo, anhelando a pátria e os seres queridos: fenómeno sentimental — «morriña» (nostalgia, tristeza), «saudade» — de grande interesse médico. Quando embarcado, o marítimo é sóbrio, sofredor, crente e, já em terra, é expansivo e dinâmico, sabendo viver o descanso que merece o seu penoso e incerto trabalho.

As regras para conservar a saúde, prevenir as doenças e utilizar os remédios para as curar, obedecem ao princípio universal do instinto de conservação do indivíduo e da espécie (7); no fundo são similares os princípios fundamentais da medicina popular, baseada nos poderes de seres sobrenaturais e na observação empírica da natureza.

As maneiras de aplicar estes princípios e os remédios variam só pela forma, influenciada pelas condições bioclimáticas, assim nos parece dever apreciar o folclore médico-marítimo.

FACTORES DA MEDICINA POPULAR

Dois elementos fundamentais integram a medicina popular: o mágico e o natural.

O elemento mágico entende-se, no seu mais lato sentido, como sendo os meios e fenómenos sobrenaturais que curam por forças misteriosas; subdivide-se em dois tipos, que são: o factor pagão ou

supersticioso, que reconhece poderes, forças alheias a Deus, e o factor religioso, inspirado em Espanha no cristianismo, que reconhece a Onnipotência Divina e à sua protecção encomendam-se os crentes em todas as suas necessidades por intermédio da Virgem e Santos da Corte Celestial.

O factor natural constituem-no os remédios dos três reinos da natureza, e às causas naturais atribuem-se as enfermidades, seguindo a doutrina hipocrática, com ideias e remédios que utilizam muitas vezes de modo empírico e rotineiro.

Estes três factores, supersticioso, religioso e natural, integram a maioria dos remédios populares, confundindo-se os três em maior ou menor proporção em

cada remédio, por isso a descrição que faremos de cada um destes factores será puramente analítica e teórica.

Exemplo de folclore médico marítimo — não por ser específico mas por se praticar junto ao mar — têm-lo nas Nove ondas dos banhos sanjoaninos, na praia nortenha de La Lanzada; e nas Ilhas Canárias e outros lugares marítimos temos os elementos de rito lustral pagão no solstício de verão, rendendo culto ao Sol (factor supersticioso); temos também banhos transferidos para o dia do precursor do Messias (factor religioso), a que há a acrescentar a parte natural da acção do banho de mar pelas suas propriedades físicas e químicas (8).

Em Marín — sede da Escola Naval espanhola — utilizam os pescadores e os camponeses das aldeias o seguinte remédio contra a erisipela — *decipela* (9): unta-se a parte doente com uma mistura de cinza e azeite (elemento natural), fazem-se cruces com o ramo de urze com que se aplicou esta espécie de linimento (parte religiosa) e ao mesmo tempo diz-se um salmo (parte supersticiosa).

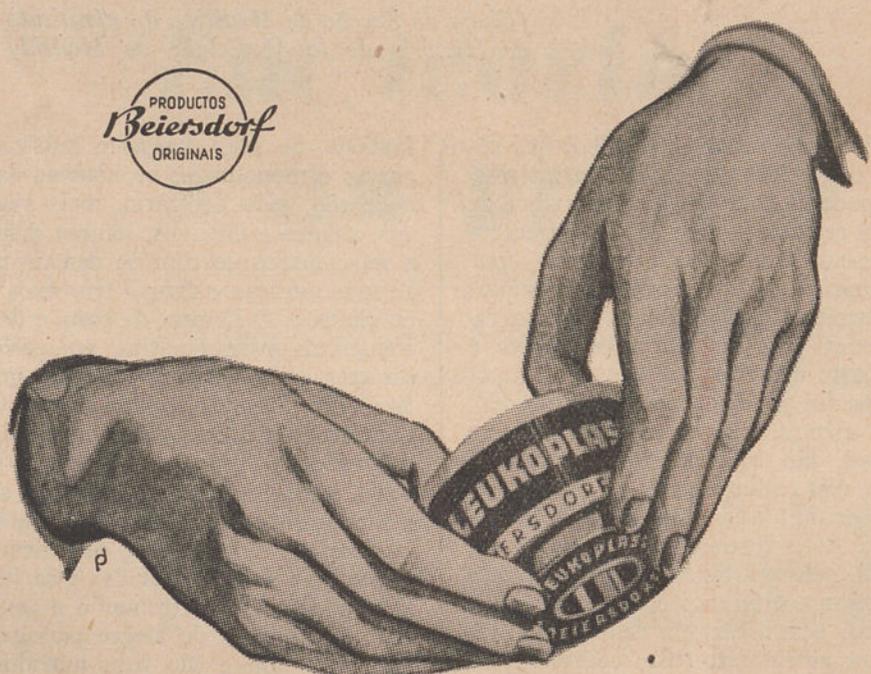
Estes dois exemplos são suficientes para demonstrar duas coisas: 1.º que os remédios populares associam-se nos seus elementos formativos, como indicando que todos os recursos são poucos para conservar a saúde e que, sobretudo, reflectem a sobreposição de diferentes áreas culturais; 2.º, que não são exclusivos, no fundo, de um lugar ou de outro mas que se generalizam e têm grande dispersão, diferenciando-se só pela forma, empregando os elementos existentes e, assim, o rito sanjoanino exerce-se em Castela tomando banho nos rios, lagoas, fontes ou na pequena bacia de água, posta ao orvalho na misteriosa noite de S. João, e sobretudo como rito fecundante e para curar as doenças da pele, usa-se rebolar nos prados, para se impregnar do rocío da mágica noite (10).

FACTOR SUPERSTICIOSO

O estudo do saber médico popular supersticioso presta-se só por si a uma série de investigações sobre culturas ancestrais e sobrevivência de religiões pagãs, as quais explicavam as doenças pela influência dos deuses, dos astros, constelações, sinais do zodíaco, o animismo dos seres naturais e tantas outras ideias que, no íntimo, reflectem uma profunda espiritualidade, contrária à do cristianismo por reconhecer poderes alheios ao Supremo Criador.

As superstições são muito numerosas e variam desde as crenças mitológicas, que passaram à literatura pela sua beleza e simbolismo, às heréticas, diabólicas e heterodoxas em que se profana o culto divino; outras são vãs crenças rotineiras e rudes (11).

Nos povos marítimos as superstições estão muito arraigadas e são múltiplas, umas por serem residuais de civilizações precedentes, e outras pelo contacto e importação de outros povos, transmitindo-se pelo mar; o anel na orelha, para ter melhor e mais clara visão, usado pelos corsários e navegantes, é superstição



LEUKOPLAST

O ADESIVO DE CONFIANÇA

Graças a intensas e perseverantes investigações, LEUKOPLAST, mantem-se sempre na vanguarda do progresso. Novas matérias obtidas por síntese ou descobertas na natureza, entram na sua composição, e o equipamento técnico que as elabora, e produz o LEUKOPLAST, é o mais perfeito e moderno.

UM PRODUTO DE:

P. BEIERSDORF & CO. A. - G. — HAMBURGO — ALEMANHA

REPRESENTANTES:

PESTANA & FERNANDES, LDA.
Rua da Prata 153-2.º Lisboa

Uma novidade do I. L. F.



VEÍCULO SUSPENSOR

ANTITÓXICO E ANTI-HISTAMÍNICO

SINERGISMO DE ANTIBIÓTICOS DE ACÇÃO IMEDIATA E PROLONGADA
 VASTO ESPECTRO ANTIBACTERIANO
 ACÇÃO ANTIBIÓTICA SOBRE AS BACTÉRIAS GRAM-NEGATIVAS E GRAM-POSITIVAS
 ACÇÃO ANTI-HISTAMINICA E ANTITÓXICA

MULTIBIOTIC

NORMAL — Frasco contendo:

N,N'-Dibenziletlenadamina dipenicilina G	400.000 U.
Procaina-penicilina G	300.000 U.
Penicilina cristalizada G potássica	100.000 U.
Sulfato de Estreptomomicina	0,25 gr. base
Sulfato de Dihidroestreptomomicina	0,25 gr. base

Ampola contendo:

Maleato de 1-paraclorofenil-1-(2-piridil)-3-dimetilaminopropano	0,001 gr.
Polivinilpirrolidona	0,04 gr.

Além da forma **NORMAL**, o **MULTIBIOTIC** apresenta-se também na forma **FORTE**, contendo \diamond 0,5 gr. base de Sulfato de estreptomomicina e \diamond 0,5 gr. base de Sulfato de Dihidroestreptomomicina

mediterrânica de influência árabe, cada vez mais em desuso, mas que se não estendeu aos marinheiros do norte.

No trabalho de Pérez Vidal, sobre Medicina popular canária, pode apreciar-se esta grande variedade, pois participam crenças populares de muitos países (8).

Os seres mitológicos antropomórficos, marítimos, são muito numerosos. O mar presta-se, mais que a terra, à fantasia, excedida pelos misteriosos arcanos da sua imensidade assim temos o deus Oceano, filho de Urano (o céu), e Gea (a terra). Neptuno, deus das águas, com o seu tridente querendo indicar que tinha domínio na água salgada do mar, na doce das fontes e rios, e na mista das lagoas. As nereidas, ninfas e sereias, estas estudadas de um modo completo pelo Dr. Pires de Lima (12), cuja beleza assim como o seu canto está recordado nesta copla:

La sirena de la mar,
que canta en el mar salado,
de medio arriba es mujer,
de medio abajo, pescado.

Das lendas sobre as sereias muitas há que recordam a fábula de Ulisses e, nas costas catalãs, diz-se que algumas sereias, que ali chamam «donna d'aigua», desencantaram-se perdendo a cauda, enamoraram-se de um pescador apaixonado ou de um cavaleiro poderoso e casaram-se, sendo boas mães, mas todas, certo dia, ou por se recordarem da sua origem ou por obrigarem-nas a ir à igreja, fugiram para o mar e ali desapareceram para sempre. Em Vascónia chamam-lhes «lamias» a estas mulheres encantadas ou sereias.

Nas populações costeiras as mulheres crêem nos homens peixes, ou tritões da mitologia, e que saem da água quando vêem uma jovem sòzinha passear de noite pela beira-mar. Em Espanha, o mito do homem-peixe reavivou-se no séc. XVIII pela existência de um rapaz chamado Francisco Vega, mais conhecido pelo nome de «homem-peixe de Liérganes», porque se julga que nadou desde este seu lugar de nascença, junto ao mar Cantábrico, até Cádiz, onde o apanharam uns pescadores: tinha o corpo com escamas e não sabia falar. O P. Feijoó, julgou possível o caso do *homem-peixe*, mas o Dr. Maraño (13) é de parecer tratar-se de um caso de cretinismo com ictiosis, pois os hipotiroideus têm uma grande resistência para estar submersos nas águas, pela escassa necessidade que têm de oxigénio.

Nos povos do litoral do noroeste da Espanha mantem-se a crença de que aos mortos há que pôr-lhes alguma moeda na mão ou nos bolsos, para que paguem a passagem na «Barca de Caronte».

O marinheiro, à força de olhar para o Céu (14), crê especialmente na astrologia e saúde as estrelas fugazes, pois tem-nas como almas que se dirigem a ocupar outro ser que nasce.

A astrologia natural é científica, não assim a judiciária. Prognostica o tempo pelo estado do mar e pelos ventos. Que rica nomenclatura dialectal contêm os nossos adagiários náuticos de Saralegui e Gella Iturriaga! Mas bem se sabe que

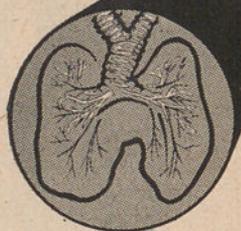
nem sempre acertam os seus prognósticos (15):

A las doce de la noche
saqué mi barquito al mar
pensando que era levante,
y se volvió vendabal.

Nos povos marítimos crê-se no mau olhar e outras feitiçarias, sortilégios, salmos, e sobretudo certas crenças de bordo, cuja conjuração pratica-se com as formalidades de um rito (16); destacamos aquela que cita Rodriguez Marín sobre o mar que se encrespa quando vai um cadáver no barco e que, para que se calme, não há outro recurso senão lançar o morto à água, pois como diz o rifão:

PELA PRIMEIRA VEZ PREPARADO EM PORTUGAL,
A PARTIR DA PENICILINA, POR PROCESSO
ORIGINAL ESTUDADO NOS NOSSOS LABORATÓRIOS

PULMAXIL N



Iodidrato do éster β -dietilamino-etílico
de benzilpenicilina

PARÁ SUSPENSÃO AQUOSA

Acumulação electiva de penicilina no
tecido pulmonar

Caixa de 1 frasco de 500.000 U.

(+ 1 ampola de excipiente)



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

«ao que morre no barco, reclama-o o charco». Esta é uma crença animista, pois considerando o mar sagrado proíbe que o ofendamos, sujando-o sem necessidade, e oferece-se-lhe orações e sacrifícios, sobretudo comida quando se vai pescar (17).

Muito características são as superstições de conservar nas casas equinodermes secos (ouriços e estrelas do mar) para evitar muitos males; o coronel de marinha (cap. de mar-e-guerra) Gella Iturriaga contou-me o caso de um banheiro que debaixo da gorra levava um cavalito marinho seco (hippocampus), para que lhe não doesse a cabeça!

O coral que traziam os marinheiros era um recurso muito apreciado para fortalecer o sangue, não ter maus sonhos e curar a epilepsia dos meninos, demais evitava as tempestades se pelo seu tamanho era como um ramo.

Conchas diversas empregaram-se como amuletos em todas as civilizações, e quanto a talismans consideravam como tais os objectos do ultramar de consecução difícil. A magia por simpatia, contacto, transmissão, etc., é comum com a usada em terra.

O homem do mar é supersticioso por ser fatalista, dada a sua constante luta com os elementos. O Cristianismo tornou-o, depois, homem de fé.

O FACTOR RELIGIOSO

Em Espanha subentende-se por factor religioso o dos ritos da religião católica, pela arraigada crença no Supremo Poder de Cristo, e a intercessão da sua Santa Mãe e dos Santos do Céu.

Todos os povos católicos têm os seus patronos titulares, além das suas devoções aos santos protectores e em especial aos advogados das doenças (18).

Padroeira da Marinha espanhola é a Virgem do Carmo, apadrinhamento anti-quíssimo que se atribue à Virgem tendo vindo sobre uma nuvem atravessando os mares até chegar ao Monte Carmelo, no seu dia 16 de Julho; fazem-lhe procissões marítimas com a sua imagem na imensa maioria dos povos costeiros.

Santo padroeiro dos pescadores é S. Pedro; demais veneram-se em inúmeros Santuários imagens com os nomes alusivos ao mar: Virgen de la Barca, em muitas capelas da Galiza; Virgen de la Barquera no porto deste nome, em Santander, com a sua formosa lenda da Virgem, em que esta veio até à povoação numa barca sem velas nem timoneiro; Virgen del Mar, Padroeira de Almería (19); o Cristo del Grao em Valência, que chegou a este porto flutuando nas águas; e sobretudo o Cristo de Lepanto, em Barcelona, histórica imagem que esteve colocada na proa da nau capitanea de Dom João de Áustria na batalha de Lepanto. Deste Cristo, que tem o corpo torcido, diz a piedosa lenda que é por ter-se esquivado a uma bala de canhão disparada pelos turcos (20).

Podem além disso, em qualquer igreja das nossas costas, venerar-se Santos de culto universal, como S. Brás, advogado

da garganta, Santa Luzia, da vista, Santa Apolónia, dos dentes molares, S. Roque e S. Sebastião da peste, etc., etc. (21).

Gella Iturriaga (22) recolhe numa antologia marítima muitas preces demonstrativas da grande fé do marinheiro; mas ninguém como Pitré glosa um provérbio siciliano (23) que em Espanha tem similar versão: *Fide salva, no lignu di varca*; no nosso Levante diz-se: *no es el pulo de la barca, sino lo fé de Mado Marta*. A explicação é parecida: a uma mulher chamada Mado Marta, que tinha uma filha cega, disseram que a curaria se lhe aplicassem sobre os olhos um pedacito de madeira da cruz do Redentor, trazida da Terra Santa; com esse fim, todos os dias, a pobre mulher ia até ao porto para saber se algum navio partia para Jerusalém, um por fim partiu para a Terra Santa e ela encarregou o comandante de lhe conseguir a almejada relíquia. Quando regressou da viagem o marinheiro reparou que não cumprira o encargo e, para não desiludir a desgraçada mãe, cortou um bocado de madeira do barco, entregando-o no porto como autêntica relíquia; a mãe, com todo o fervor, passou suavemente a madeira pelos olhos da menina e esta recobrou a vista, todos ficaram assombrados e caíram de joelhos e o capitão comovido disse a citada frase que ficou como sentença popular (29).

Sinal de fé religiosa marítima é o baptismo e bênção dos barcos, pondo-lhes muitas vezes um nome religioso ou pelo menos o de uma pessoa amada; associa-se a estes actos também uma parte pagã, como o baptismo com vinho, para que tenha boa sorte a embarcação e como reminiscência de um antigo ritual de purificação; nos luxuosos transatlânticos e nos de guerra, faz-se simbolicamente quebrando na quilha uma garrafa de espumante.

A medicina religiosa no seu sentido piedoso repleto de fé como o faz o marinheiro, impetrando o Poder Divino, não se opõe à medicina científica, pois as Sagradas Escrituras determinam que o homem honre o médico e utilize os seus meios, postos nos remédios da ciência para curar o doente, dispondo Deus da sua salvação.

FACTOR NATURAL

Os agentes físicos — o calor, o frio, a humidade, os traumatizantes, etc. — assim como as intoxicações alimentares ou de outra natureza são bem conhecidas

das gentes de terra e mar como causas de doenças.

O mecanismo produtor não deixa de ser sem embargo misterioso para o povo, como acontece com as correntes de ar, que medicamente se explicam pelos transportes vagomotores que produzem em consequência das diferenças de temperatura que as origina, mais o facto em si; é que o povo se defende quanto pode de tudo o que possa significar uma agressão física, com os correspondentes meios de indumentária, alojamento e alimentação adequada.

Os remédios naturais têm no folclore marítimo amplo uso e variedades, pois aos produtos do mar acrescem os da terra do seu próprio país e os que procedem do ultramar, dada a facilidade que têm para trazê-los de lugares distantes. Esta adaptabilidade do marinheiro à cultura universal é característica no tocante ao uso de remédios naturais.

O adágio que diz: «o médico de bordo não sabe tratar em terra» é prova desta adaptabilidade, pois embarcados — referimo-nos aos barcos de pesca que não levam médico diplomado — ao que sabe um pouco de medicina chamam-lhe médico, e com ele remedeiam durante as fainas do mar porque não há outro remédio; mas, quando em terra, deixa então de desempenhar o ofício, pois de resto os marinheiros não o consultariam desconfiando da sua falsa ciência.

Os barcos de guerra levaram em todas as épocas uma bem sortida botica com os seus correspondentes médicos. Américo Pires de Lima (30) refere-nos como era a botica de bordo na época dos Conquistadores portugueses; eram então usados remédios que hoje estão em desuso e que têm um grande interesse médico-popular, posto que os empregam os curandeiros por figurar no «Tesoro de los pobres» de Pedro Hispano, que foi, segundo Luís de Pina, o livro mais popular de terapêutica (31).

TODA A MEDICINA NATURAL

Todos os remédios dos três reinos da natureza que se empregam pela terra adentro (32) usam-se nos povos marítimos, pois propriamente nestes há escasos produtos medicamentosos. Dos animais destaca-se o óleo de fígado de bacalhau e o de outros peixes, certos equinodermes; e a tinta do choco para as queimaduras; no reino vegetal as algas juntas ao banho de mar em tina, para o reumatismo, e no dos minerais o cálcio pro-

cedente do esmagamento das conchas dos moluscos.

É justo proclamar que aos marinheiros deve-se a vulgarização de muitos dos produtos medicamentosos que das Índias traziam e aqui se aclimataram. Um médico ilustre, Nicolas de Monardes, cultivou em Sevilha, pela primeira vez, plantas medicinais americanas e sobretudo a batata que tanta importância teria para a alimentação do homem na Europa.

A bordo e nos povoados marítimos, tal como em terra, fazem-se preparados que podemos ler em Dioscorides, já totalmente em desuso como a água de borragem e o unguento amarelo; só se continua a empregar o tratamento de vinho e azeite para lavar e tratar feridas, como o fez o Samaritano na parábola evangélica, ficando este remédio em rifão: *Azeite e vinho, bálsamo divino*.

*

Julgamos cumprida a nossa pretensão de expor o tema, singelamente, para estimular os senhores Congressistas a que exprimam as suas valiosas opiniões e, assim, fortalecer com a sua ciência estas débeis conclusões que tenho a honra de apresentar.

CONCLUSÕES

- 1.^a — A oportunidade do tema é manifesta, já que no folclore marítimo o aspecto médico-popular é o menos tratado e nas obras de folclore local não se especificam distinções entre a medicina popular de terra e marítima.
- 2.^a — A influência bioclimática determina, pelas condições antropológicas, manifestas diferenças no folclore pelo regimen de alimentação, género de vida, costumes, modos de pensar e sentir. O ambiente marítimo é diferente do da alta montanha e da planície, determinando caracteres demopsicológicos muito diferentes; destacamos dentro do marítimo o do ausente, pela nostalgia; o do navegante pela esperança; e o do costeiro pela universalidade.
- 3.^a — A medicina popular nos marítimos, tal como em terra, tem teoricamente três factores: o supersticioso, o religioso e o natural.

IODALOSE GALBRUN

iodo fisiológico, solúvel e assimilável

O PRODUTO CLÁSSICO PARA A IODOTERAPIA, CONSAGRADO
PELA EXPERIÊNCIA DE LONGOS ANOS

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

4.^a — O factor supersticioso está muito arreigado na medicina popular marítima pelo carácter fatalista do marinheiro, tanto pela sua fantasia de aventureiro e pródigo em surpresas, como pela sedimentação de culturas pagãs e de ritos ancestrais de civilizações que ocuparam a costa.

5.^a — O factor religioso cristão é importantíssimo pela imensa fé do marinheiro na Providência divina e nos Santos protectores, já que o ajudam na penosa vida do ofício e no duro transe das doenças.

6.^a — O factor natural tem uma diversidade extraordinária e confunde os remédios populares com os da medicina científica pela adaptabilidade da gente do mar à mudança de ambiente e comunicação com o mundo.

RESUMO

Assinala a oportunidade do tema, por ser o aspecto médico o menos tratado no folclore marítimo.

As práticas e ideias médicas populares são, no fundo, semelhantes às de terra enquanto aos seus fundamentos; as diferenças estão na forma, pela influência geográfica e o bioclima em geral que dão ao marinheiro especial psicologia.

Analisa os três factores da medicina popular que em marítimos têm, quanto ao *supersticioso*, uma funda raiz, pelo carácter fatalista da gente do mar, sempre exposta aos rigores e aventuras profissionais; o factor *religioso* por serem homens de *grande fé* e de frequente invocação da Providência Divina na penosa vida de bordo; o factor *natural* tem uma variedade extraordinária, pela *adaptabilidade* do marinheiro, dada a sua intensa comunicação com o mundo.

RESUMEN

Señala la oportunidad del tema, por ser el aspecto médico el menos tratado en el folclore mariner.

Las prácticas e ideas médicas populares son, en el fondo, semejantes a las de tierra en cuanto a sus fundamentos; las diferencias son en la forma, por la influencia geográfica y el bioclima en general que dan al marino especial psicología.

Analiza los tres factores de la medicina popular, que en marina tienen en

quanto a *supersticioso* una honda raiz por el carácter *fatalista* de la gente de mar, siempre expuesta a los rigores y aventuras profesionales: el factor *religioso* por ser hombres de *gran fé*, y la frecuente invocación a la Providencia Divina en la penosa vida de a bordo; el factor *natural* tiene una variedad extraordinaria, por la *adaptabilidad* del marino, dada su intensa comunicación con el mundo.

BIBLIOGRAFIA

1. *Julio Guillén* — Libro homenaje a D. Luis de Hoyos., T. 2.º, Págs. 203, Madrid, 1949.
2. *Nacar y Columga* — La Sagrada Biblia — Madrid, 1946 (Evangelistas).
3. *Luis de Hoyos y Nieves de Hoyos* — Manual del folclore, Madrid, 1947, figura una copiosísima bibliografía de folclore regional.
4. *Giuseppe Pitre* — Medicina popolare Siciliana — Reedición Firenze, ano 1949.
5. *Castillo de Lucas* — Los balnearios Españoles. Sus indicaciones climáticas — Guia Oficial de Balnearios, 1948.
6. *Tobias Rosemberg* — El alma de la montaña — Buenos Aires, 1949.
7. *Raffaele Corso* — Folklore — Nápoles, 4.ª edición. (E obra fundamental para os principios gerais).
8. *Pérez Vidal* — La medicina popular Canaria — Rev. Tagoro La Laguna de Tenerife, 1944.
9. *Lis Quiben* — Medicina popular de Galicia — Pontevedra, 1949.
10. *Castillo de Lucas* — La misteriosa noche de San Juan. (As crenças populares em Espanha) — O «Primeiro de Janeiro» — 23 de Junho, 1954.
11. *Sanchez Pérez* — Supersticiones Españolas. Madrid, 1948.
12. *Pires de Lima, Fernando C.* — A Seireia. Porto, 1952.
13. *Marañón, G.* — Ideas biológicas del P. Feijóo. Madrid, 1932.
14. *Saralegui* — Refranero náutico. Barcelona, 1917.
15. *Gella Iturriaga* — Refranero del mar. Madrid, 1944.
16. *Rodríguez Marín, Francisco* — Algunas supersticiones de mar y tierra. (Apéndice V. de la edición Viaje del Parnaso de Miguel de Cervantes). Madrid, 1935.
17. *Bouza Brey* — La mitología del agua en el noroeste de España. La Coruña, 1942.
18. *Castillo de Lucas* — Folklore médico religioso, Madrid, 1934.
19. *Sanchez Pérez* — El culto Mariano en España. Madrid, 1943.
20. *Subias* — Imágenes de Cristos Españoles. Barcelona, 1943.
21. *Castillo de Lucas* — Medicina religiosa. (Clínica y Laboratorio). Zaragoza, 1947.
22. *Gella Iturriaga* — Antología marinera. Madrid, 1945.
23. *Guillén, Julio* — Ex-votos marineros. Bol. Soc. Geográfica Española. Madrid, 1934.

24. *Paolo Toschi* — Gli-exvoto. Italia n.º 3 y 4. 1943.
25. *Marcel de la Fosse* — Naufrages d'autrefois. Med. de France, P. 1949.
26. *Lorquez Lapouge* — La peinture naïve... Id., Id., Paris, 1954.
27. *Gella Iturriaga* — Antología marinera, citada (pág. 11).
28. *Pitre Giuseppe* — Proverbi siciliani. Palermo, 1880.
29. *Gella Iturriaga* — Refranero del mar, citado.
30. *Américo Pires de Lima* — A botica de bordo de Fernão de Magalhães. Porto, 1942.
31. *Luis de Pina* — Pedro Hispano e Arnaldo de Vilanova, na educação médica popular hispana. Porto, 1942.
32. *Castillo de Lucas* — Folklore de terapeutica — Anales ibero-americanos de Historia de la Medicina. Fascículo II, 1952.
33. *Dioscórides* — Traducido y anotado por Andrés Laguna. Salamanca, 1566.

Homenagem ao Dr. Pedro Ruela

O Dr. Pedro Ruela, chefe do Serviço de Anestesia do Hospital de Santo António, foi chamado a prestar serviço nas forças armadas da Índia Portuguesa. Por este motivo, foi-lhe oferecido, num restaurante do Porto, um jantar de homenagem, a que assistiram numerosos colegas, sobretudo dos que trabalham no Hospital de Santo António — prova da grande simpatia e alta consideração que goza o Dr. Pedro Ruela nos meios médicos do Porto. No jantar, falaram, enaltecendo as qualidades do homenageado, o Dr. José Aroso, que presidiu, e os Drs. Álvaro Rosas e Ribeiro dos Santos.

Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica

Foi eleita a nova Direcção desta Sociedade, ficando assim constituída:

Presidente, Prof. Miguel Augusto Mendes Alves (Director Clínico das Caldas das Taipas); Vogais: Drs. João José Lobato Guimarães (da Faculdade de Medicina de Coimbra), Jaime de Oliveira Magalhães (Director Clínico das Caldas de Arêgos), Luís da Costa e Silva (Director Clínico do Hospital da Rainha D. Leonor das Caldas da Rainha), José António Neiva Vieira (Médico Hidrologista e Reumatólogo), José Amaro de Almeida (Director Clínico das Termas das Salgadas — Batalha) e Manuel Marques da Mata (Inspector de Águas Minerais da Direcção Geral de Saúde).

Combiótico

Frasco de 0,5 G (400.000 U. de Penicilina + 0,5 g de Dihidroestreptomicina)

Frasco de 1 G (400.000 U. de Penicilina + 1 g de Dihidroestreptomicina)

À VENDA EM TODAS AS FARMÁCIAS



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

PROPULMIL
Bial

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.

ECOS E COMENTÁRIOS

COMPADRES E CALUNIADORES

O Dr. Pacheco Neves abordou, há tempos, em editorial de «O Médico», um problema que, infelizmente, também diz respeito a uma parte — embora restrita, quero crê-lo — da classe médica. Referiu-se aos compadrios e confrarias, que tudo deformam e adulteram, defendendo os amigos e os correligionários, e atacando, sistematicamente, aqueles que não pertencem ao seu grupo ou clan. Ligado com isto, temos também os indivíduos que não hesitam em deturpar, inventar, caluniar, empregando os meios mais abjectos para deprimirem e prejudicarem aqueles que alguma vez, por circunstâncias diversas ou no exercício das suas funções profissionais ou na direcção de organismos, não lhes fizeram a vontade, não se subordinaram a sugestões desonestas ou, por exemplo, não se interessaram pela sua nomeação para qualquer cargo que nunca podiam desempenhar decentemente. Tais indivíduos, na sua ânsia de ódio (quantas vezes sem a mínima razão!), quando não podem atingir pelo que todos vêem na vida pública, vasculham a vida particular, embrenham-se em problemas íntimos; e quando, mesmo assim, nada encontram de positivo, inventam e, com o auxílio de correligionários e irmãos da confraria a que pertencem, espalham as insídias mais inverosímeis. Ninguém escapa às traiçoeiras investidas: nem os governantes de maior categoria, nem as mais respeitáveis figuras da Igreja, nem o mais zeloso e honesto funcionário, nem a senhora mais digna da consideração de todos. Há, neste Portugal — onde o problema da educação é o n.º 1 — e sobretudo em certas terras, quem desça a tanta baixeza, que arrepiam a maior insensibilidade. A propósito, vou contar um caso que se passou comigo.

M. C.

CASO EDIFICANTE

Num dia, em Lisboa, o saudoso colega Dr. Armando Narciso pergunta-me:

— Em que Polícia trabalhou, como médico?

— Nunca trabalhei para qualquer Polícia.

— Nunca foi, então, médico da Polícia Política, do Porto?

— Nunca. Nem mesmo me foi solicitado, sequer, qualquer serviço eventual para essa como para qualquer outra Polícia. Porque faz tal pergunta?

E o Dr. Armando Narciso, com evidente indignação, conta:

— Há dias, aqui em Lisboa, encontrei-me com pessoas do Porto, que me afirmaram que o Dr. Mário Cardia era médico da Polícia Política, e

que assistia, sempre, aos interrogatórios e aos castigos corporais dos presos.

Apesar de habituado a ouvir as calúnias mais extraordinárias, não pude deixar de mostrar viva indignação.

O Dr. Armando Narciso concluiu:

— Fale, quando chegar ao Porto, neste assunto, ao Dr. António Emílio de Magalhães. Ele sabe desta insídia e quem são aqueles que a inventaram; e escreva-me a dizer que nunca foi médico de qualquer Polícia. Quero mostrar essa carta a certas pessoas.

M. C.

O CLIMA MORAL

Este estado de coisas não se resolve, satisfatoriamente, com a Polícia e os Tribunais. É a mentalidade, é a sensibilidade, é o carácter dos indivíduos que estão em causa. Enquanto o clima moral e intelectual do país não melhorar, haverá sempre essa minoria que tripudia, que calunia, perturbando a vida de todos.

Há tempos, um jovem colega, recém-chegado duma viagem aos países do norte da Europa, perguntava-me:

— O que é preciso para nós, por exemplo, sermos como os suecos e termos uma medicina e médicos como os países escandinavos?

Respondi, imediatamente:

— Precisamos, em primeiro lugar, de difundirmos a instrução, melhorando e alargando a educação de todo o povo.

É certo que mesmo em pessoas possuidoras de diplomas universitários encontramos desses tipos capazes de descerem a ignomínias como aquela a que se referia o Dr. Armando Narciso. Mas isso mesmo é produto do meio, e só possível porque o nosso nível geral de formação moral e intelectual é baixo. Há universitários que vêm das classes mais baixas da sociedade ou contactam diariamente com esses sectores. É, sem dúvida, frequente vermos médicos cujos pais são pessoas humildes e quase analfabetos, e que, mantendo sempre um aprumo físico e moral exemplar, ombream, na vida profissional, com os mais bem nascidos em famílias da mais alta categoria social. Mas outros não são capazes de se defenderem da inferioridade fi-



ALGINEX

ANALGÉSICO
DE USO EXTERNO

apresentado em forma de stick
com excipiente especial

DE ACÇÃO INTENSA
E RÁPIDA



LABORATÓRIOS
DO
**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

LISBOA PORTO COIMBRA

sica, intelectual ou moral de onde vieram, conservando-se, durante toda a vida, ao mesmo tempo de físico boçal e alma mesquinha, que facilmente se inquina da podridão do meio. Por isso, eu dizia ao jovem colega:

— O nosso principal problema é o da educação e da cultura.

M. C.

OS PEQUENOS IRMANADOS COM OS GRANDES

Por mais alto que se suba na consideração da gente boa; por melhor que se proceda na paz da própria consciência; por mais que se conheça o que os maus e os invejosos fizeram, de perverso e de baixo, aos outros, possivelmente melhores que nós; por mais êxitos que obtenhamos e mais e melhores amigos aplaudam os nossos actos e façam justiça às nossas intenções — nenhum de nós, dotado de sensibilidade e de aprumo moral, pode manter-se indiferente perante as injustiças, as insinuações, as calúnias — mesmo que elas venham das mais reles e boçais criaturas e sejam, ostensivamente, ditadas por baixos sentimentos de ódio e de despeito.

Há dias, tive o prazer de conversar, mais uma vez, com um amigo, que é um dos nossos mais brilhantes escritores médicos: o Prof. Américo Pires de Lima. Convidado por outro médico — esse, ocupando, aliás com inteira justiça, consagrada e oficial posição do mais alto relevo nas letras nacionais — o Dr. Júlio Dantas — a proferir, durante o período das homenagens a Almeida Garrett, uma conferência sobre as actividades deste grande portuense a favor da cultura nacional — o Dr. Américo Pires de Lima embrenhou-se, como é natural, no estudo da vida daquele escritor, que, só após um século da sua morte, vai ter, na cidade onde nasceu, um monumento à sua memória!

— Não imagina—disse-nos então o Dr. Américo Pires de Lima — que soma de contrariedades, de calúnias, de ataques que Almeida Garrett sofreu da gente do Porto — esta cidade onde nasceu, pela qual muito trabalhou, e que sempre se negou a fazê-lo seu representante no Parlamento!

E a campanha contra Ricardo Jorge?

Não quero alargar mais estes «ecos», por definição, curtos e ligeiros.

Os pequenos — não me refiro aos

pequenos de corpo, mas aos pequenos de valor intelectual — quando vítimas de calúnias e de malquerenças, sentem — porque não confessá-lo? — uma certa satisfação ao verificarem que também os grandes são vítimas das mesmas calúnias e das mesmas malquerenças.

M. C.

CADERNOS CIENTÍFICOS

A propósito da transcrição duma comunicação ao Congresso de Oto-Rino-Laringologia realizado em Lisboa, na secção «Movimento Médico», no último número de «O Médico», prestamos a devida homenagem aos serviços que a medicina portuguesa deve, com os seus «Cadernos Científicos», ao Instituto Pasteur de Lisboa. Há cerca de dois anos, nestas mesmas colunas de «O Médico» e também nesta mesma secção «Ecos e comentários», escrevia-se o seguinte:

«O último número dos «Cadernos Científicos», com notável colaboração, chama, mais uma vez, a atenção para a actividade científica desse laboratório nacional — o Instituto Pasteur de Lisboa — que desinteressadamente edita um periódico, onde se não vê o mínimo reclame às especialidades farmacêuticas que prepara.»

Queremos aproveitar esta oportunidade para salientar a correcção com que se mantêm, igualmente, os outros periódicos editados por laboratórios que exercem actividades em Portugal. E dizemos isto por espírito de justiça, com a sinceridade que desejamos imprimir à nossa actividade jornalística, que é desempenhada por pessoas que não a exercem como modo de vida, mas antes com espírito de sacrifício e a preocupação de servirem os interesses da medicina nacional. Todos nós somos médicos que vivemos do exercício da nossa profissão e é só nas horas vagas que somos jornalistas. E nesta questão das revistas dos laboratórios, independentemente de pontos de vista de doutrina que defendamos, apraz-nos salientar que não temos reparos a fazer quando, como sucede com o que se passa actualmente em Portugal, as publicações se mantêm em limites razoáveis e dentro da correcção científica e profissional que temos verificado.

Quanto aos «Cadernos Científicos», é interessante transcrever o que, no «Prefácio» do último número, diz o Prof. Carlos Larroudê:

«Dos Serviços de Bibliografia

Científica do Instituto Pasteur de Lisboa, recebeu a Sociedade a dádiva generosa da edição do magnífico volume dos relatórios do Congresso, o que demonstra que há entre nós quem compreenda o largo alcance científico que tal representa e o prestígio que traz para o nosso país, editarem-se em Portugal, trabalhos científicos como os deste Congresso.

Gestos desta índole são raros no nosso meio, o que lhe avulta ainda mais o valor.»

UM SÉCULO E MEIO DE EDIÇÕES MÉDICAS

A importante livraria, de Paris, Masson & C.^a, completou um século e meio de edições médicas, o que é acontecimento raro, que se deve salientar. Para comemorar tão honrosa efeméride, a livraria Masson publicou uma luxuosa «plaquette» de 53 páginas, na qual se historiam os esforços editoriais desenvolvidos durante 150 anos.

Apresentamos ao Sr. George Masson e aos seus principais colaboradores, os Srs. Robert Palamon e Henri Casales, os nossos parabens, com os desejos de que aquela casa, progredindo sempre, possa continuar a prestar, como até agora, valiosos serviços à medicina internacional.

A SABEDORIA DOS OUTROS

Certos homens e certas categorias de homens elevam-se acima do comum dos mortais: o soldado, o marinheiro e o pastor estão muitas vezes neste número, o padre ainda mais frequentemente e o médico quase sempre. Ele é a flor (por assim dizer) da nossa civilização. Quando o seu papel estiver desempenhado na terra e os seus trabalhos estiverem transmitidos à posteridade maravilhada, a história mostra-lo-á como o que mais se afastou dos vícios do seu século e praticou em mais alto grau as virtudes próprias duma profissão. Ele praticou a generosidade, companheira dos que se consagram ao exercício de uma arte e não aos comerciantes mercenários. Ele exerceu a discreção, posta à prova por centenas de confidências secretas, o tacto, observado em mil situações de embaraço, e, o que é mais, manifestou uma serenidade e uma coragem inalteráveis que transmitiu aos doentes, aos quais levou — embora pouco da vontade deles — a felicidade da cura.

ROBERT LOUIS STEVENSON

(Tributo clássico ao clínico)

III CONGRESSO INTERNACIONAL DE BRONCOESOFAGOLOGIA

Reuniu em Lisboa, nos dias 10 a 13 do mês findo, o III Congresso Internacional de Broncoesofagologia, que teve o patrocínio do Governo Português, através do Instituto de Alta Cultura, e da International Bronchoesophagological Society.

Na importante reunião, que se efectuou no Instituto Português de Oncologia, tomaram parte representantes de catorze países.

Durante o Congresso, de que foi presidente de honra o Prof. Lopo de Carvalho, efectuaram-se, em honra dos delegados nacionais e estrangeiros, uma recepção seguida de «garden-party», na

e à esquerda, pelos Profs. Gustavo Cordeiro Ramos; Chevalier L. Jackson, secretário-geral da S.I.B.; Dr. Francisco Calheiros e Dr. Madeira Pinto, provedor da Santa Casa da Misericórdia. Entre a numerosa assistência, o Prof. Aires de Sousa, a representar a Ordem dos Médicos.

Aberta a sessão, falou, em primeiro lugar, o Dr. Alberto de Mendonça, que começou por agradecer ao Sr. Subsecretário de Estado da Educação Nacional a sua presença e o interesse com que se tem dedicado a tudo que diz respeito ao desenvolvimento científico e à cultura

a do American College of Chest Physician, celebradas, recentemente, em Madrid e Barcelona, às quais esta reunião de Lisboa disse dar continuidade, visto que a broncologia fornece hoje preciosos elementos informativos à patologia pulmonar. Aludiu à influência das escolas de Chevalier Jackson, na América, e de Soulas e Lemoine, em França, no estudo deste novo capítulo da ciência médica que é a Broncoesofagologia e, ao referir-se à extraordinária evolução que tanto a Medicina como a Cirurgia sofreram nestes últimos anos, o orador, escutado com viva atenção pelo selecto auditório, salientou que aquela última perdeu o seu carácter destrutivo para se tornar uma cirurgia recuperadora e de conservação da função, evidenciando a contribuição para tal dos antibióticos. Depois de várias considerações de ordem científica concluiu nestes termos: «O doente é um conjunto de elementos individuais que reagem diferentemente aos mesmos choques, às mesmas agressões e às mesmas terapêuticas e que por conseguinte a Medicina persistirá como uma arte delicada e difícil que exige de nós toda a nossa inteligência e direi mesmo todo o nosso coração».

Falou, depois, o Dr. André Soulas, que saudou o Sr. Subsecretário de Estado da Educação Nacional e agradeceu, em nome da Sociedade Internacional de Broncoesofagologia, o bom acolhimento recebido. Disse, depois, que era com profunda alegria que se encontrava na bela capital de um país onde os seus habitantes são atraentes e as suas qualidades apanágio de uma civilização prestigiada, onde a grandeza do presente se associa ao esplendor do passado. Acrescentou que a solidez e a clarividente objectividade do povo português se aliavam ao espírito de descoberta, ao idealismo e à elevação de alma. Tudo isto — disse — faz pensar nos seus marinheiros, naqueles navegadores que tinham nos olhos o reflexo dos vastos horizontes, que determinam um espírito aberto, universal.

O orador referiu-se, depois, à magnífica acção portuguesa no campo da medicina, assinalada pelo Instituto Português de Oncologia, Hospital Escolar e outros estabelecimentos hospitalares, para, em seguida, agradecer a presença de tantos colegas que aqui se deslocaram, bem como ao presidente da comissão de honra e aos Drs. Francisco Calheiros e Costa Quinta, cujo valor científico salientou.

Continuando, o Dr. Soulas fez votos para que a afectuosa hospitalidade portuguesa constitua mais uma razão para as nossas estreitas afinidades.

Passando a referir-se à broncoesofagologia, explicou a evolução dessa ciência nos últimos quarenta anos e referiu os resultados obtidos para bem da humanidade e, em especial, das crianças. Classificou em seguida em três períodos a actividade deste sector da Medicina, desde 1895:



A mesa da presidência da sessão inaugural do Congresso, no momento em que falava o Sr. Subsecretário de Estado da Educação Nacional

Estufa Fria, oferecidos pelo presidente da Câmara Municipal de Lisboa; recepção no Palácio Foz, pelo secretário nacional da Informação; visitas ao Museu dos Coches, Mosteiro dos Jerónimos e Parque Florestal de Monsanto; jantar e festa típica, e almoço e festa de campo, na lezíria de Vila Franca de Xira.

Fizeram parte da comissão de honra os Srs. Ministros do Interior, dos Negócios Estrangeiros e da Educação Nacional, tendo desempenhado as funções de presidente e vice-presidente do Congresso, respectivamente, os Drs. Alberto de Mendonça e Francisco Calheiros, os quais faziam, também, parte da comissão organizadora, bem como os Drs. Costa Quinta e Lopo de Carvalho, filho.

Os trabalhos do Congresso iniciaram-se no dia 11, com a sessão solene efectuada, pela manhã, no anfiteatro do I. P. O., à qual presidiu o Dr. Veiga de Macedo, Subsecretário de Estado da Educação Nacional, ladeado, à direita, pelo Dr. Alberto de Mendonça; Prof. Francisco Gentil; Dr. André Soulas, presidente da Sociedade Internacional de Broncoesofagologia, e Dr. Costa Quinta;

dos portugueses. Agradeceu, ainda, aos membros da comissão de honra do Congresso e ao Instituto de Alta Cultura, o seu valioso patrocínio para a realização do Congresso, não esquecendo o Dr. Costa Quinta, cuja actuação — disse — é credora de todos os louvores. Por fim, e depois de dirigir saudações aos congressistas estrangeiros, o orador agradeceu ao Prof. Gentil as facilidades concedidas à comissão organizadora do Congresso.

A MEDICINA PERSISTIRÁ COMO UMA ARTE DELICADA QUE EXIGE INTELIGÊNCIA E CORAÇÃO

— afirmou o Dr. Francisco Calheiros

O Dr. Francisco Calheiros, que falou a seguir, começou, também, por agradecer a honra da presença do Dr. Veiga de Macedo como testemunho — disse — de grande interesse por aquele Congresso, e congratulou-se por a reunião decorrer em Lisboa, salientando o facto dos congressistas estrangeiros se reunirem na nossa capital depois de outras conferências internacionais, nomeadamente a da União Internacional da Luta Antituberculosa e

O primeiro, o jacksoniano, representado pela Escola de Filadélfia, onde ele próprio e muitos outros especialistas de grande renome, entre os quais citou Costa Quinta, estudaram, e onde foi criada uma técnica: a da pesquisa para lutar contra os corpos estranhos dos brônquios e do esófago.

O segundo período fez nascer a endoscopia na Europa e na França em especial. A broncoscopia estava transformada na broncologia. No terceiro período — disse — assiste-se à difusão transcendente da endoscopia, surgindo uma pleiade de especialistas, indispensáveis na maior parte dos ramos médico-cirúrgicos.

Hoje, salientou, a broncoesofagologia é uma ciência que atingiu a sua plena maturidade, e a nossa Sociedade representa muito bem as suas tendências e aspirações. Também este Congresso — continuou — patrocinado pelo Governo Português, sob os auspícios do Instituto de Alta Cultura e de outras organizações, dotado de organizadores eminentes, é, em todos os aspectos, uma bela realização.

Seguiu-se-lhe o Prof. Chevalier Jackson, que agradeceu o trabalho feito pela comissão organizadora do Congresso, especialmente ao Dr. Costa Quinta, e disse estar satisfeito com o desenvolvimento atingido pela Sociedade Internacional de Broncoesofagologia, que cada ano aumenta a sua influência com tal rapidez que excede todas as previsões. Da mesma — disse — fazem parte, actualmente, cinquenta países e nela cabem otorrinolaringologistas, tisiologistas, radiologistas, etc. Referiu-se às reuniões anteriores, no Brasil e na Bélgica, e anunciou que o próximo Congresso se realizará em Viena, em 1956, esperando que o seguinte se efectue, em 1957, em Filadélfia.

A terminar, o Prof. Jackson entregou os diplomas de sócios da Sociedade a numerosos dos presentes, que, estando já agremiados, não tinham, no entanto, ainda em seu poder o respectivo certificado.

O DISCURSO DO DR. VEIGA DE MACEDO

Falou, então, o Sr. Subsecretário de Estado da Educação Nacional, que pronunciou o seguinte discurso:

«Ao patrocinar o III Congresso Internacional de Broncoesofagologia o Governo não fez mais do que seguir na esteira da já tradicional orientação de prestar todo o possível auxílio a quaisquer iniciativas que visem à intensificação

das nossas relações culturais com outros países. Desta forma se tem facultado ao nosso escol intelectual as convenientes possibilidades para o seu aperfeiçoamento científico, técnico ou artístico. Neste domínio, tem sido realizada, com método e persistência, mas sem alardes uma obra notável, que, por desconhecida de muitos, não deixa de atestar a excelência de uma política de cultura fomentadora da investigação científica e da elevação do nível intelectual. Em obediência a tal política, tem-se procurado estimular a realização, no País, de reuniões internacionais e dado as maiores facilidades aos organizadores de congressos destinados ao estudo de problemas de interesse para o progresso das ciências ou expansão das artes.

E se é certo que grande parte dos intelectuais portugueses se têm deslocado, com frequência, ao estrangeiro, em missão oficial ou a título particular, para tomarem contacto com as mais recentes conquistas da ciência, não menos verdade é que alguns milhares de investigadores, de médicos, de juristas, de educadores, de engenheiros e arquitectos, integrados ou não nos numerosos congressos ultimamente realizados em Portugal, nos têm honrado com as suas visitas de estudo.

Defensor e interessado no desenvolvimento do intercâmbio cultural com os outros países, tem-se esforçado o Governo, especialmente através do Instituto de Alta Cultura, por facilitar aos intelectuais portugueses, estreitas relações com os centros e entidades que, lá fora, podem, de algum modo, trazer contributo útil, não apenas para o avanço científico, mas ainda para um melhor entendimento entre os homens de boa vontade, quaisquer que sejam as suas convicções políticas ou credos religiosos e a sua raça».

E acrescentou depois: «Amamos a liberdade desde que, há oito séculos, nascemos como Nação. Com a epopeia dos Descobrimientos abrimos as mais amplas perspectivas ao progresso material e moral dos povos e ao avanço das ciências, dando novos mundos ao mundo. Com o nosso génio missionário conquistamos para a civilização gentes de diversas raças e latitudes e continuamos hoje, com a mesma coragem do passado, a erguer nas nossas províncias do Ultramar novos padrões de luz e de fé. Sem deixar de ser portugueses e europeus, caldeamos o nosso sangue com outros sangues, alargando e consolidando a grande comunidade portuguesa espalhada pelo Mundo, mas unida por laços indestrutíveis de indefectível patriotismo e de aspirações

comuns. Com a nossa alma atlântica e o nosso espírito ecuménico temos podido compreender e sentir as características e os sentimentos dos diferentes povos e as próprias particularidades dos continentes. Criamos uma comunidade luso-brasileira, que é o nosso maior orgulho, à qual por força do nosso espírito e das coisas está reservado papel do maior relevo na vida mundial do futuro. Por imperativo dos princípios que presidem aos nossos destinos, desde os alvares da nacionalidade, não somos capazes de atraí-loar compromissos assumidos e sempre respeitamos os direitos alheios, do mesmo modo que saberemos, como soubemos no passado, defender a todo o transe, sem olhar à força ou ao número de eventuais inimigos, a integridade moral e territorial da Nação, pelo Mundo repartida, mas una e indivisível, na sua carne e no seu espírito.

Esta nossa idiosincrasia muito própria, esta nossa experiência secular de contactos permanentes e fecundos com outros povos e raças, religiões e sistemas políticos, por um lado, e, por outro, a nossa ancestral adesão à concepção cristã acerca do homem e da vida, haveriam por força de criar em nós uma formação doutrinária sólida e um senso crítico apurado, o que nos tem permitido atravessar os grandes sobressaltos ou as graves desorientações colectivas registadas ao longo dos tempos sem perder o sentido das realidades, nem o respeito pelos princípios fundamentais de ordem moral ou política que estruturam e explicam a nossa História.

Não poderíamos, por isso, pactuar com os filósofos da força pela força e a esta contrapomos a força do Direito e da Moral. Respeitadores dos direitos sagrados do homem, não podemos tomar outra atitude que não seja de protesto veemente e indignado contra os que praticam o crime de sacrificar a personalidade e a liberdade humanas à onipotência do Estado, e erigem este em único árbitro da vida das nações e em supremo mentor das consciências.

Não acreditamos que haja povos predestinados a presidirem, sem o concurso de outros povos, aos destinos da humanidade, nem aceitamos as teorias aviltantes que exaltam a hegemonia do sangue e atribuem à raça direitos discriminatórios, para em nome desses falsos direitos perseguirem outras comunidades humanas só por terem origem ou caracteres somáticos diferentes.

Prestamos homenagem ao esforço dos

IBÁLSAMO IBENGUIÉ

O ANALGÉSICO DE EFICIÊNCIA CONSTANTE PARA O TRATAMENTO LOCAL DAS AFECÇÕES REUMÁTICAS E DAS NEURALGIAS

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

sábios — tantas vezes heróico — admiramos o poder da ciência e as maravilhas da técnica, e, por isso, está o Governo empenhado em valorizar e desenvolver as actividades científicas, com a preocupação de melhorar, cada vez mais, o nível económico e social do País. Mas estamos longe de aderir à tese daqueles que, orgulhosos da sua inteligência e deslumbrados com as descobertas de alguns segredos da natureza, cometem um erro tremendo de tentar inverter ou destruir a tábua dos verdadeiros valores, vendo na ciência o centro do Mundo e do homem, e transformando-a de meio que é, em fim que não pode ser.

Não: a ciência não pode como já um dia pretendeu alguém, «ser uma religião, redigir credos e oferecer ao homem a solução dos enigmas eternos». Ela pode, e é muito, dizer-nos o que é, mas não o que deve ser.

E será necessário lembrar, nesta reunião internacional de altos expoentes da medicina especializada, que ao homem da ciência não basta, para cumprir o seu dever, dominar os conhecimentos ou manobrar toda a metodologia da investigação? Será, com efeito, necessário recordar as especiais responsabilidades que os homens de ciência — por serem homens e por serem homens de ciência — têm de assumir, perante a sua consciência e perante a sociedade, mormente nos tempos conturbados e angustiosos que se atravessam?

Julgo bem que não. Eu, pelo menos, não me atreveria a fazê-lo, nem tão pouco isso se coadunaria com o carácter de uma breve alocução de encerramento de uma sessão solene.

Terminou, formulando votos, em nome do Governo Português, pelo êxito do Congresso tão auspiciosamente inaugurado, depois do que a sessão foi encerrada.

AS SESSÕES CIENTÍFICAS

A primeira sessão científica realizou-se pelas catorze horas, sob a presidência dos Drs. Alberto de Mendonça e André Soulas. O Dr. Fernando Navarro (Espanha) apresentou uma comunicação intitulada «Sanguessugas nas vias aerodigestivas. Comentários sobre uma estatística de 508 casos». O autor fez um resumo dos acidentes que o verme pode causar quando hospedeiro acidental do homem. O trabalho apresentado suscitou elogiosas referências do Dr. Costa Quinta, que pôs em relevo a sua importância excepcional.

Seguiu-se o Prof. Guillermo Nuñez (Espanha), que falou de «Estenoses laringotraqueais», referindo particularmente as dispneias laringeas provocadas por alterações congénitas ou adquiridas na infância, cujo diagnóstico só se tornou possível por laringoscopia directa.

O Prof. Tato interveio com brilho, focando a questão da estenose adquirida pelo uso não aconselhável da intubação laringea.

O Dr. A. A. Carabelli (E. U. A.) que dissertou sobre «Técnica de encerramento de alfinetes de segurança com um novo tipo de pinça», cuja vantagem fundamen-

tal é passar através de tubos endoscópicos de calibre até quatro milímetros de diâmetro. Seguidamente, o Dr. William A. Hudson (E. U. A.), falou acerca de «Obstrução brônquica», servindo-se de uma colecção de espécimes para demonstrar as graves situações pulmonares criadas por aquele acidente.

Seguidamente, o Dr. Luís Quintela (Portugal) fez «Breves considerações sobre anestesia traqueobrônquica», apresentando um método próprio, que muito interessou o auditório.

O Dr. Lopes Soares (Portugal) falou da «Anestesia geral em broncoesofagologia», fazendo considerações que mereceram a apreciação de diversos congressistas que se dividiram em duas facções: os Drs. Quinta, Jackson e Hudson rejeitaram o uso sistematizado da anestesia geral, contra a opinião de Villar e Santos.

O Dr. Joaquim Bark (Alemanha) referiu-se aos «Problemas anestésicos nas afecções endobrônquicas»; os Drs. N. E. Silbert e H. E. Worne (E. U. A.) apresentaram um «Relatório preliminar sobre os níveis sanguíneos de certos metabolitos na asma brônquica» e o Dr. Ph. Schwartz (E. U. A.) falou de «Tipos de localização e patogénese das lesões linfáticas», terminando por convidar os congressistas a visitarem a exposição de peças anatómicas, a documentar o seu trabalho, existente no primeiro andar do edifício.

No dia 12 efectuaram-se duas sessões, de manhã e à tarde. A primeira, que começou pouco depois das 9 horas, sob a presidência do Prof. Jo Ono (Japão), abriu com um trabalho do Prof. Peter G. Gerlings (Holanda), intitulado «Hemorragia, uma complicação da esofagite ulcerosa». Seguiram-se os Drs. Alexandre Cayas (Grécia) e J. Triboulet-Piton (França), que apresentaram uma comunicação sobre «Um novo processo de tratamento paliativo nos cancros inoperáveis do esófago. Técnica e resultados». Falou, depois, o Dr. Tedjini Haddam (França)

O trabalho apresentado a seguir, da autoria do colega português, Dr. M. Montezuma de Carvalho, versava o tema «Prevenção da esofagite por refluxo post-operatório», e foi discutido pelo Dr. Tedjini Haddam. Seguidamente, o Dr. Arthur Olsen (E. U. A.) deu conta dos «Estudos sobre a pressão intraluminal do esófago e do valor prático do diagnóstico», tema documentado com projecções muito elucidativas.

Por fim, o Dr. Costa Quinta apresentou um notável trabalho sobre «Divertículo do esófago torácico». Tratava-se de um caso de etiologia pouco frequente, só revelado pela radiografia, uma mulher que, em criança, tivera uma osteíte tuberculosa da coluna. O trabalho do nosso colega mereceu muito elogiosas referências ao Dr. André Soulas.

Encerrada que foi esta sessão, realizou-se o almoço do Conselho da International Bronchoesophagological Society, no decorrer da qual foram tomadas importantes deliberações, a referendar em sessão administrativa do Congresso.

O Conselho confirmou a revelação feita na sessão inaugural pelo Prof. Ja-

ckson, de que as próximas reuniões se efectuarão em 1956 e 1957, respectivamente, em Viena e Filadélfia, e resolveu, ainda, que elas sejam presididas pelos Profs. Hasling, austríaco, e Charles Jackson, de Filadélfia.

Resolveu, também, o Conselho eleger presidente da Sociedade Internacional de Broncoesofagologia o Dr. Costa Quinta, que, por isso, deixa o cargo de vice-presidente, que será ocupado pelo Dr. E. Broyles, professor da John Hopkins University, de Baltimore. Para o cargo de secretário-geral foi reeleito o Prof. Jackson.

Na sessão da tarde, presidida pelo Prof. Peter G. Gerlings e pelo Dr. Júlio Barani, foram apresentadas as seguintes comunicações: «Complicações pulmonares post-operatórias depois de adenotonsilectomia», pelo Dr. Shinjokoshida (Japão), que documentou o seu trabalho com um elucidativo filme colorido; «Laringotraqueo-aspirações e dispneia laringotraqueal», do Dr. Guilherme Penha (Portugal); «O registo fotográfico das imagens broncoscópicas», pelo Dr. Lopo de Carvalho, filho; e «Problemas de diagnóstico no cancro dos pulmões», pelo Dr. André Soulas (França).

Os trabalhos do Congresso terminaram no dia 13, tendo-se, nesse dia, efectuado apenas uma sessão científica, esta sob a presidência do Dr. Francisco Calheiros e do Prof. F. Casadesus, na qual foram apresentados os seguintes trabalhos: Prof. Chevalier Jackson (Filadélfia), que apresentou uma nova nomenclatura referente à anatomia aplicada aos brônquios e aos pulmões. Seguiu-se o Dr. Luigi Bonelli (Itália), que se referiu à motilidade traqueal e à patologia pulmonar. O Dr. Adriano Seabra, colega português residente nos Estados Unidos, deu conta de um estudo das secreções brônquicas com cateter de duplo lumen em doentes tuberculosos com expectorações positivas. Falou, depois, o Dr. Tomé G. Vilar (Portugal), sobre a relação entre os gânglios linfáticos e a árvore traqueobrônquica na tuberculose da criança e do adulto, mostrando vários aspectos broncoscópicos. O Dr. Arthur A. Cracovaner (U.S.A.) ocupou-se do problema do diagnóstico precoce do carcinoma do pulmão e, por último, o Dr. Coleman Rabin (U.S.A.) apresentou uma comunicação sobre a «Natureza e tratamento do adenoma brônquico».

Terminada esta sessão científica realizou-se uma sessão administrativa, a que presidiu o Dr. André Soulas.

Depois de aprovadas as resoluções do Conselho da Sociedade Internacional, quanto à designação dos novos dirigentes e à realização dos futuros congressos, às quais nos referimos acima, o presidente cessante, Dr. André Soulas saudou o Dr. Costa Quinta, novo presidente, a quem felicitou pela sua designação para aquele cargo. Este agradeceu e, por último, o Dr. Alberto de Mendonça agradeceu o valioso concurso dado pelo Governo Português para a realização do Congresso e saudou os congressistas estrangeiros.

Os congressistas seguiram, depois, para a lezíria de Vila Franca de Xira, onde foram obsequiados pelo Dr. Fran-

A VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 29 de Outubro a 7 de Novembro)

Dia 29 — É colocado em Estremoz, como Subdelegado de Saúde, o Dr. Alvaro Martins.

30 — Em Coimbra, a fim de comemorar o XX aniversário da sua formatura, realiza-se a reunião do curso médico de 1929-1934, do qual fazem parte entre outros, os Drs. António Tavares de Sousa, Alvaro dos Santos Madeira, Adriano Gomes Serrano, Fernando Lacerda, Flávio Gouveia, Manuel Brinca, Fernando Pimentel, etc. Depois de apresentarem cumprimentos ao director da Faculdade de Medicina, assistem à inauguração da ponte de Santa Clara, reunindo-se a seguir, num jantar.

31 — Em Mortágua, o Cortejo de Oferendas a que já nos referimos, rende mais de 300 contos, segundo cálculos feitos na ocasião.

— Pelo Ministério do Ultramar é publicado um decreto em que se diz:

«Nas condições actuais da Escola Médico-Cirúrgica de Goa, especialmente se se atender aos recursos técnicos e hospitalares de que dispõe o estabelecimento, verifica-se que, em determinados casos pode ser tão eficiente, como garantia de preparação dos meios diplomados, a exigência da dissertação estabelecida pelo artigo 6.º do Decreto n.º 35.610, de 24 de Abril de 1946, que reformou aquela Escola, como a prestação de um estágio de alguns meses no Hospital Escolar».

Depois de algumas considerações sobre o incremento do ensino da Medicina e da Farmácia, no Estado da Índia, o decreto promulga que seja substituída por um estágio escolar a exigência da dissertação estabelecida no artigo citado, que reformou a Escola Médico-Cirúrgica de Goa e que esse estágio deve ser de seis a oito meses, nos termos que forem regulamentados pelo Governo-Geral, ouvindo o conselho escolar».

1 — Em Lisboa, com a assistência do Dr. Emílio Faro, enfermeiro-mor, e funcionários superiores dos Hospitais Civis, foi inaugurada ontem, nas salas da Biblioteca do Hospital de S. José, a interessante exposição «Figuras e Panoramas da Medicina de Outros Tempos».

— Em Carraceda de Ansiães inaugura-se com a presença do Ministro do Interior, Bispo da Diocese, e demais autoridades o novo Hospital da M'ericórdia. No meio de geral regozijo realiza-se um Cortejo de Oferendas que rende cerca de 120 contos.

— Em Lisboa, os engenheiros e médicos que constituem o I Curso de Aperfeiçoamento de Engenharia Sanitária ocupam o seu dia em visitas a várias estações sanitárias da província.

cisco Calheiros, com o almoço e festa de campo, a que atrás nos referimos.

O BANQUETE DE ENCERRAMENTO

À noite, no restaurante do Castelo de S. Jorge, realizou-se o banquete oficial para encerramento do Congresso, a que presidiu o Dr. Alberto de Mendonça, ladeado pelos Prof. Francisco Gentil e Chevalier Jackson, à direita, e pelo Dr. Francisco Calheiros e Prof. E. Casadesus, à esquerda.

Trocaram-se brindes entre o Dr. Alberto de Mendonça, Prof. Jackson e Dr. Costa Quinta.

— Da capital partem para Hambur-

go, como representantes da Campanha Nacional de Educação de Adultos, a fim de tomar parte numa reunião internacional sobre «Os meios audio-visuais e a cultura popular», organizada pelo Instituto da Unesco para a educação, os Drs. Afonso Botelho e António Carlos Leónidas, respectivamente, chefe dos serviços centrais e membro da comissão executiva e de orientação pedagógica da campanha.

— Iniciam-se no Norte, por 2 dias, peditórios destinados à luta contra o cancro, para criação do Centro Regional do Porto, de tratamento do cancro.

— Em Lisboa a Liga Portuguesa Contra o Cancro realiza o peditório anual, de que são presidentes de honra o Chefe do Estado e o Snr. Cardeal Patriarca.

— No Porto, reúne a direcção da

Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal, sob a presidência do director em exercício, Dr. António Lopes Rodrigues. O presidente diz ter convocado a reunião para submeter à apreciação da direcção o orçamento ordinário para o ano de 1955, o qual prevê uma receita de um milhão trezentos e oitenta e nove mil cento e sessenta e um escudos e trinta centavos (1.389.161\$30) a ser aplicada em igual despesa.

2 — Noticia a imprensa diária do Porto que foi recentemente inaugurado no Hospital da Ordem da Trindade um consultório oftalmológico. Instalado em gabinete expressamente adaptado para tal efeito e encontra-se provido de excelente e moderna aparelhagem, e é superiormente dirigido pelo médico especialista Dr. Rufino Ribeiro.

SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»
DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-KAPA

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-TIAZOL

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

— Em Coimbra, abrem as aulas da Escola de Enfermagem «Dr. Ângelo da Fonseca», que funciona nos Hospitais da Universidade.

— Em Lisboa, na Ordem dos Médicos, reúne-se a assembleia geral da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica, que elege a nova direcção para o biénio de 1954-56, que fica assim constituída:

Direcção — Presidente, Prof. Miguel Mendes Alves; e vogais: Drs. Lobato Guimarães, Oliveira Magalhães, Luís da Costa e Silva, Neiva Vieira, José Amaro de Almeida e Manuel Marques da Mata.

— Regressa à noite a Lisboa o Dr. Vitor Fontes, director do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, a quem foi concedido o Prémio da Fundação Mundial Pestalozzi, numa cerimónia que se realizou no Pestalozzianum de Zurique.

Pedagogo de valor internacionalmente reconhecido, com uma obra de estudo e de assistência à criança, formada, lenta mas seguramente, em anos de persistente dedicação aos problemas infantis, o Prof. Vitor Fontes é a quinta alta personalidade mundial a receber aquele prémio.

3.— Em Braga, reveste-se de solenidade a abertura do novo ano lectivo da Escola Dr. Henriques Teles, do Hospital de S. Marcos, tendo-se realizado uma sessão solene no Salão dos Bemfeitores daquela Santa Casa.

Preside o Dr. Alberto Cruz, director do Hospital e deputado da Nação, representando o Governador Civil. Além do seu discurso, a assistência ouviu as palestras do Dr. Teotónio dos Santos, director da Escola de Enfermagem. Seguidamente, o Dr. José António Vieira dos Santos Júnior, profere uma lição, sobre «Subsídios para a História da Medicina Bracarense — Duas notáveis figuras médicas do passado», falando com elevação e conhecimentos profundos, de dois médicos e ilustres cirurgiões daquele Hospital, que foram o Dr. Alves Passos e Dr. Henrique Teles. O orador, prende o vasto auditório com o valor do seu trabalho, focando alguns pontos da vida daquelas altas figuras.

— Em Coimbra e promovida pelo Núcleo do Centro da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, o Prof. Bernardino Landete, catedrático de cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de Madrid, profere uma conferência na Ordem dos Médicos.

— De Lisboa para Trás-os-Montes, em visita a dezóito localidades dos distritos de Vila Real e Bragança, a XII Missão Cultural da Campanha Nacional de Educação de Adultos. Esta missão de cinema e educação sanitária, é constituída pelo médico Dr. Teodoro de Sousa Pedro, que tem a seu cargo a divulgação de noções elementares de educação sanitária, por meio de palestras, visitas locais e filmes especializados.

— No Porto, decorre com solenidade a sessão inaugural do VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário realizada no salão nobre da Faculdade de Medicina do Porto, sob a presidência do reitor da Universidade, Prof. Amândio Tavares, secretariado pelos Profs. Rocha Pereira e Manuel Cerqueira Gomes, bastonário da Ordem dos Médicos.

O presidente do Conselho Regional da Ordem dos Médicos, Dr. Frazão Nazaré, alude ao significado e importância dos trabalhos e agradece a colaboração que lhe prestam os prelectores convidados.

Fez em seguida votos pelo êxito da iniciativa e afirma que o prestígio da Ordem dos Médicos não se conquistará, nem junto dos seus membros nem fora, por benefícios, vantagens ou direitos que porventura obtenha ou deseje conseguir; o caminho é inverso: do prestígio que alcance lhe virão os direitos a que tenha jús.

Recursos novos, diferentes conceitos de vida obrigam à solução de problemas delicados que se levantam frente à medicina de hoje.

O Prof. Amândio Tavares foca depois

o interesse e carinho com que a Faculdade de Medicina olha os empreendimentos culturais que tendem a aperfeiçoar e elevar o nível profissional dos que nela se formaram.

Leccionam no primeiro dia os Prof. Joaquim Bastos e Dr. Mendonça e Moura.

— Em Lisboa, no Hospital do Ultramar, realiza-se pelas 21 e 30, a segunda reunião do seu corpo clínico do novo ano académico de actividades culturais. Os Drs. Pedro Monjardino e Seabra Dinis apresentam um trabalho intitulado «Parto sem dor? Parto sem medo? Parto natural?»

A reunião, a que preside o coronel Dr. João Pedro Faria, é pública e termina com a projecção de um filme.

4.— Notícias de Vila Real dizem que o Dr. Cristóvão Madeira Pinto, Subdelegado de Saúde de Vila Real, foi nomeado médico da P. S. P., daquela cidade.

— No Porto, no Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, preleccionam os Prof. Esteves Pinto, sobre «Empiomas» e Dr. Lopes dos Santos, sobre «Vómitos na primeira e segunda infância».

— Em Lisboa, iniciam-se na sala da biblioteca do Palácio Foz, as reuniões internacionais da comissão técnica da Iso International Organization for Standardization, que estuda a normalização dos recipientes metálicos estanques para géneros alimentícios.

5.— Em Coimbra decorre a XVI Reunião da Sociedade Anatómica Portuguesa, de que fazem parte dezenas de médicos, devendo ser apreciadas quase meia centena de comunicações.

Hoje, pelas 15 horas, no salão nobre dos Hospitais da Universidade, com a presença de muitos anatomistas e muitas senhoras, realiza-se a sessão inaugural. Preside o Prof. Maximino Correia, em representação do Ministro da Educação Nacional, ladeado pelos Profs. Novais e Sousa, director da Faculdade de Medicina, João Porto, director dos Hospitais da Universidade, Vitor Fontes, secretário da Sociedade e na falta de outro secretário, Dr. Silva Pinto, foi indicado o Dr. Abel Tavares.

Aberta a sessão, fala o Prof. Maximino Correia que, depois de agradecer aos Drs. João Porto, director dos Hospitais da Universidade a cedência do salão nobre e a presença do director da Faculdade de Medicina, Dr. Novais e Sousa declara sentir-se honrado em representar o Sr. Ministro da Educação Nacional, afirma: «É pois em nome do Sr. Ministro da Educação Nacional, da Universidade de Coimbra, da sua Faculdade de Medicina e em meu nome pessoal que dirijo a todos os consócios e àqueles que o não sendo nos honram com a sua presença e o seu contributo, as saudações mais veementes e cordeais, com a afirmação de que Coimbra e seus Estudos, vos recebem como irmãos, com prazer e amizade, com desvanecimento e respeito. Desde 1946, há pois oito longos anos que Coimbra não recebe a Sociedade Anatómica Portuguesa. As reuniões em Lisboa e Porto, e as que se fizeram conjuntamente com a Sociedade Anatómica Luso-hispano-americana, em Santiago, em Granada e em Salamanca, assim o dispuzeram. E também desde que me destes a imerecida honra de me eleger para a presidência da nossa Sociedade, é a primeira vez que a assumo efectivamente».

— Realiza-se, pelas 21 horas e meia, na Secção Regional do Porto da Ordem dos Médicos, uma reunião, subordinada ao título: «Alterações psíquicas nas epilepsias temporais», comunicação apresentada pelo Dr. Marinus Pizarro Soares, no âmbito de actividades do núcleo de «Neuro-psiquiatrias do Norte».

6.— Além das sessões de trabalhos da Sociedade Anatómica Portuguesa, reunida em Coimbra, realiza-se um chá oferecido pela Câmara Municipal de Coimbra.

7.— A Universidade de Coimbra oferece aos sócios da Sociedade Anatómica Portuguesa um almoço de homenagem, neste dia de encerramento dos trabalhos da sua XVI Reunião.

— Realizam-se Cortejos de Oferendas a favor dos hospitais da Misericórdia de Tarouca e Amarante.

AGENDA

Portugal

Concurso

Está aberto:

Para médico neuropsiquiatra do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Macau.

Realiza-se a 21 de Novembro o Cortejo de Oferendas a favor do hospital de Paços de Ferreira, e, ainda este mês, provavelmente, o de Fafe, para o hospital local.

NOTICIARIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 28/X a 3/XI/1954)

29/X

Dr. Cristóvão Madeira Pinto — contratado para o lugar de médico do Comando distrital da Polícia de Segurança Pública de Vila Real.

— Dr. Álvaro de S. João Baptista da Silva Ferrão, médico municipal do concelho de Seia — nomeado Subdelegado de Saúde do referido concelho.

— Dr. António Jacinto Nunes de Vasconcelos Marques — assistente da especialidade de neurocirurgia dos Hospitais Cívis de Lisboa — autorizado a aceitar a equiparação a bolseiro fora do País do Instituto de Alta Cultura.

— Dr. Mário Augusto Mendonça e Silva — interno do internato complementar dos serviços gerais da clínica cirúrgica dos Hospitais Cívis de Lisboa, contratado além do quadro — autorizado a ausentar-se do serviço até 30 de Dezembro próximo, por prorrogação da equiparação a bolseiro do Instituto de Alta Cultura fora do País que lhe foi concedida.

— Dr. Vitor Hugo Moreira Fontes — professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa e director do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira — considerado em missão oficial fora do País, pelo Instituto de Alta Cultura, durante 5 dias a contar de 29 deste mês.

30/X

Dr. Amândio Nunes e Dr. Júlio Hugo Pina e Bicho — aprovados por unanimidade quanto ao mérito absoluto no concurso para habilitação ao provimento do lugar de médicos auxiliares do Dispensário Antituberculoso da Covilhã.

2/XI

Dr. Manuel Henriques de Campo Castelo e Dr. António Nunes Patrício — aprovados por unanimidade quanto ao mérito absoluto no concurso para habilitação ao provimento do lugar de especialistas de estomatologia do Sanatório Sousa Martins.

3/XI

Dr. Manuel Lourenço Coelho — Subdelegado de Saúde privativo do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelegações de Saúde privativa do concelho de Almeirim — mandado prestar serviço na subdelegação de Saúde privativa do concelho de Cascais.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Prof. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Prof. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Prof. 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 do H. C. Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), 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 (Prof. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotosa do Dispen. de Higiene Social), 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), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio 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 Hospital de Santo António) — PORTO

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), 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 — Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde) e Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Outros países: um ano — 200\$00

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com a «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$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.

BISMUCILINA

Bial

BISMUCILINA

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 g
Por ampola de 3 c. c.

SÍFILIS (em todas as formas e períodos)
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g

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 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS