

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 163  
14 de Outubro 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  
F O R T E — 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.	SUPLEMENTO	Pág.
H. PAULA NOGUEIRA, H. MOUTINHO e J. CORTEZ PIMENTEL — Facomatoses .....	847	Mais uma desilusão... — M. DA SILVA LEAL .....	661
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Brometo de Pamina: efeitos gástricos anti- secretórios e uso terapêutico na úlcera e outros padecimentos gastro-intestinais .....	854	O que foi o Terceiro Congresso de Medicina rural .....	662
Resumos da Imprensa Médica .....	863	Ecos e Comentários .....	664
		Um hospital moderno de 1.500 camas com novas clínicas univer- sitárias, em pleno funcionamento .....	666
		O desenvolvimento da Medicina preventiva no Mundo .....	674
		Um milagre de Santiago de Compostela? — MÁRIO CARDIA .....	676
		Noticiário diverso.	

NÃO HÁ NECESSIDADE DE QUEBRAR  
OS COMPRIMIDOS



NÃO ENTOPE O BICO  
DO BIBERON



NÃO DEIXA RESÍDUOS  
NO BIBERON



AS GOTAS PERMITEM UMA DOSIFICAÇÃO EXACTA

CECON *gotas* simplifica consideravelmente a administração do ácido ascórbico nas crianças. A única coisa que as mães têm que fazer será deitar gota a gota o CECON no biberon, cereais ou outros alimentos, e misturar o medicamento. Assim misturado, passa despercebido, pois não tem sabor nem cheiro. A dose exacta é obtida por meio de contas-gotas especial que acompanha cada frasco; este conta-gotas é calibrado de forma a fornecer em cada gota 2,5 mg. de ácido ascórbico. Por essa razão, o clínico deverá apenas especificar o número de gotas que o doente deverá tomar. CECON *gotas* não coagula o leite, não se oxida, nem forma sedimento; não é pegajoso, não aderindo nem ao biberon nem ao conta-gotas. Não requiere refrigeração. Pode ser guardado durante vários meses sem que perca a sua potência; as últimas gotas do frasco contêm a mesma concentração de ácido ascórbico que a obtida no frasco recém-aberto. • CECON *gotas* é especialmente indicado para os lactentes, podendo também ser receitado aos adultos. O produto é apresentado em frascos de 10 c. c. e 50 c. c., acompanhado de um conta-gotas que fornece 2,5 mg. de ácido ascórbico por gota.

## CECON GOTAS

Marca registada

(Solução de ácido ascórbico a 10 % em Propilena Glicol)

Para informações mais completas e literatura pormenorizada dirijam-se a:

**ABBOTT LABORATÓRIOS, LDA.**

R. Joaquim António de Aguiar, 43-r/c Dto — LISBOA

Telefone 4 4073 — End. telegráfico Abbotlab — Lisboa



# Facomatoses

H. PAULA NOGUEIRA, H. MOUTINHO

J. CORTEZ PIMENTEL

## I

O caso clínico que despertou o meu interesse por este capítulo da patologia diz respeito a um doente que deu entrada pela primeira vez neste serviço há cerca de 5 anos.

Por queixas dispépticas um pouco vagas, consultou um médico que, ao fazer a palpação abdominal, notou a existência duma massa tumoral ocupando parte do hipocondro e flanco esquerdos. Essa formação tumoral foi tomada como esplenomegália e foi-nos pedido o internamento do doente.

Foi ao fazer a palpação do tumor abdominal que notámos, ajudados pela circunstância de a luz incidir tangencialmente sobre a face do doente, o carácter peculiar dumas pequenas formações cutâneas simétricas, nos sulcos nasogenianos e no mento, que nos fizeram pensar no diagnóstico, e orientar a história e a observação nesse sentido.

Na realidade, as formações cutâneas tinham o típico aspecto do adenoma sebáceo descrito na esclerose tuberosa, e que por nós já tinha sido observado uma vez, uns anos atrás, quando frequentávamos um serviço de neurologia.

Como sabemos, a esclerose tuberosa, doença de Bourneville ou epiloia, faz parte dum grupo de afecções que hoje habitualmente designamos como facomatoses.

Tais afecções são fundamentalmente caracterizadas pela existência de *perturbações do desenvolvimento tecidual* — essencialmente uma mistura defeituosa — originando inclusões teciduais (hamartias ou hamartomas) que muitas vezes tomam o carácter *blastomatoso*. Essas perturbações de desenvolvimento não atingem só os derivados neuroectodérmicos, como primeiramente se supôs, mas também os derivados mesodérmicos e endodérmicos. Isto justifica perfeitamente o carácter proteiforme destas afecções, e o facto de estarem interessadas nelas tantos sectores da medicina. Na doença de Bourneville, por exemplo, é curioso o contraste entre o pequeno número de casos referidos e o volume da literatura acumulada.

Outro traço destas afecções é o seu carácter *congénito, familiar e hereditário*, revelado claramente por cuidadosos estudos feitos a propósito dos vários tipos de facomatoses.

Mas aqui, como em tantas outras situações clínicas, é preciso não procurar só os quadros completos de cada uma das afecções, e ter sempre em mente a existência de formas frustres, por vezes quase só monossintomáticas, susceptíveis de escapar quando aparecidas num caso aparentemente esporádico, mas que têm o mesmo significado duma foram completa, como o demonstram os casos em que a história familiar é evidente. Referimo-nos em particular aos casos em que a facomatose se revela pela existência de um ou mais tumores viscerais, habitualmente de aspecto misto, e tomando por vezes uma evolução maligna, como se observou no interessante caso publicado pelos Profs. Wohlwill e Reinaldo dos Santos.

Tem grande importância este problema da possibilidade de transformação maligna dos hamartomas nas facomatoses em geral. Wohlwill (1946) diz que habitualmente aqueles pequenos tumores têm um crescimento bastante restrito, não se observando na maioria das vezes atípicas celulares consideráveis, crescimento infiltrativo e metástases. O autor não conhece casos de degenerescência maligna na doença de Sturge-Weber, e pensa que ela é muitíssimo rara na de von Hippel-Lindau. Na doença de Bourneville já não é de todo excepcional a degenerescência maligna, que na doença de Recklinghausen, segundo estatísticas antigas, se observa em 12-13 % dos casos.

Ainda outro aspecto destas doenças é o da sua possível associação com *malformações corporais*, tais como espinha bífida, guela de lobo, lábio leporino, polidactilia, agenesias nervosas,

falta de oclusão dos septos cardíacos, macro ou microcefalia, agenesia ou aplasia testicular, etc.

Dentro do vasto grupo de afecções com estas características, incluem-se diversos tipos, que podemos considerar como fundamentais, e que se conhecem pelos nomes de neurofibromatose de Recklinghausen, esclerose tuberosa, doença de von Hippel-Lindau, e doença de Sturge-Weber. Cada um destes síndromas tem um número de características peculiares, mas devemos acentuar desde já que existem determinadas manifestações comuns a todos os tipos, e que estabelecem o elo natural entre eles.

## ESCLEROSE TUBEROSA (DOENÇA DE BOURNEVILLE)

As primeiras observações sobre a esclerose tuberosa datam de meados do século passado, e devem-se a Recklinghausen e, posteriormente, a Hartdegen. A doença foi cuidadosamente estudada por Bourneville, nas suas publicações de 1880 a 1898, e por tal motivo recebeu o nome deste autor.

Na sua forma clássica, a esclerose tuberosa é caracterizada por déficit mental, que pode chegar à imbecilidade ou à idiotia, crises comiciais de grande e pequeno mal, de ritmo mais ou menos frequente e de aparecimento mais ou menos tardio, e malformações cutâneas de tipo tumoral, situadas predominantemente à volta da boca e do nariz, com um tamanho variando desde a cabeça dum alfinete a uma azeitona, com uma coloração amarelada ou vermelho-vinosa, e descritas sob o nome de adenomas sebáceos.

As alterações anatómicas do cérebro na esclerose tuberosa são tais que já ao exame macroscópico permitem um diagnóstico seguro. Diferenciam-se no córtex cerebral duas espécies de alterações: em primeiro lugar alargamento e endurecimento de zonas das circunvoluções, que, contudo, conservam a sua conformação geral; em segundo lugar, formações mais circunscritas nodulares — as chamadas tuberosidades — que são separadas do relevo da circunvolução por um sulco circular. Estes nódulos mostram frequentemente no centro uma depressão em forma de cratera. Ambas as espécies de alterações se destacam pela sua cor esbranquiçada ou cinzento-esbranquiçada, no cérebro fresco, em geral com bastante nitidez. Mais ainda se torna evidente à palpação a sua dureza, que pode ir até à de cartilagem.

Um cérebro pode mostrar focos muito numerosos, mas ocasionalmente encontra-se apenas uma pequena zona alterada. Com bastante frequência, mas não regularmente, encontram-se tumores nos ventrículos laterais, os quais em geral estão na proximidade da «Taenia Striothalamica». São nódulos que vão do tamanho duma cabeça de alfinete ao de uma cereja, e que fazem saliência nas cavidades do cérebro. Pode encontrar-se apenas um destes nódulos, ou vários. Muito raramente está comprometido o cerebelo, ainda mais raramente o bulbo ou a espinal medula.

A encefalografia gasosa feita no nosso caso de Bourneville não mostrou atrofia cortical apreciável, não se notando deformações nem dilatações do sistema ventricular que nos fizéssem pensar na existência de formações tumorais.

Os tumores ventriculares, e também os cerebelosos, podem ser sede de depósitos de cálcio, reveláveis em certas circunstâncias, pelos raios X.

As radiografias simples do crânio do nosso caso de Bourneville não revelaram a existência da descrita hiperostose da tábua interna, nem de calcificações cerebrais. O electro-encefalograma foi negativo, no exame psíquico não se notou déficit mental, sendo negativo o exame neurológico.

Uma radiografia do crânio cedida pelo Dr. Miller Guerra, mostra-nos calcificações cerebrais num caso de Bourneville.

As alterações cutâneas já referidas não são na realidade adenomas, mas sim formações de origem névica — Critchley propõe a designação de nevos sebáceos — em cuja constituição entram os vários elementos que formam a derme, ou que a esta estão anexos. Conforme predomina um ou outro destes elementos, assim se distinguem três tipos clínicos e histológicos:

- 1) tipo Balzer-Ménétrier, em que predomina a hiperplasia das glândulas sebáceas, conhecido por variedade branca.
- 2) tipo Pringle, com telangiectásias acentuadas — é a variedade rosada ou vermelha.
- 3) tipo Hallopeau-Leredé-Darier, em que é mais nítido o carácter fibroso — é a variedade dura.

Foram mostradas 4 gravuras:

- |        |                 |   |
|--------|-----------------|---|
| 1<br>2 | } Face          |   |
| 3<br>4 | } Tumor cutâneo | 3 — Cerca de metade da área do fragmento está ocupada pelas formações pilo-sebáceas.<br>4 — Aspecto angiomatóide e infiltrações de pequenas células redondas. |

Foram, por consequência, os anatomopatologistas, neurologistas, psiquiatras e dermatologistas, os primeiros a interessar-se pelo estudo desta doença.

Por volta de 1920, van der Hoeve, oftalmologista holandês, verificou a existência frequente de *formações tumorais retinianas*, não só na doença de Bourneville como em alguns dos outros tipos destas afecções, e propôs para elas a designação geral de facomatoses.

Raramente se encontram na esclerose tuberosa sintomas oculares subjectivos ou visuais. Geralmente, as manifestações oculares são objectivas. O achado mais importante é o tumor retiniano, que pode ser fundamentalmente de três tipos, por vezes coexistindo:

- 1) tumor nodular, estendendo-se para dentro do vítreo, mais frequente na região da papila, em forma de framboesa;
- 2) tumor quístico em balão;
- 3) mais frequentemente — tumores planos ou pouco elevados, ovais ou circulares, brancos, cinzentos, amarelados ou rosados.

O tumor é em regra uma massa cinzento-esbranquiçada, bem delimitada, cheia de nódulos como uma amora, e do tamanho da papila ou maior. Os nódulos podem comparar-se a pequenos rebentos pediculados, tendo van der Hoeve descoberto que podem desprender-se e flutuar livremente no vítreo, formando metástases por sementeira na retina; por vezes há quistos, que podem intermitentemente esvasiar-se ou apresentar hemorragias.

Os tumores planos, frequentemente múltiplos, formam manchas na retina, geralmente com pouca elevação, com diâmetro médio de cerca de metade da papila. Não estão em relação íntima com os vasos sanguíneos e parecem ser relativamente avasculares.

Tem-se observado papila de estase quando há aumento da pressão intracraniana de longa data. O aumento de volume do nervo óptico pode causar a dilatação do buraco óptico.

Em geral os tumores não penetram muito na retina, não indo a maioria além da camada de fibras nervosas ou da camada ganglionar; mas podem atingir toda a espessura da retina.

A massa tumoral é composta essencialmente de fibras e células, podendo ter depósitos e concreções calcáreas, ou espaços cheios de sangue. As fibras parecem ser de natureza glial. As células são características; grandes e polimorfas, com um núcleo redondo vesicular, um nucléolo evidente, um contorno indistinto, sugerindo um «syncytium». São provavelmente de tipo embrionário e de natureza glial. Ferraro e Doolittle sugerem o termo de neuroespongioblastose difusa para esta afecção. Embora não se possam classificar com segurança, os tumores são provavelmente de natureza astroblástica, com malignidade relativamente baixa.

No exame oftalmoscópico do nosso caso de Bourneville verificou-se a existência no olho esquerdo de uma formação tumoral na região papilar, de coloração branca e reflexos nacarados, bosselada, com numerosos pequenos nódulos na sua superfície, como vemos habitualmente na esclerose tuberosa. Esta imagem será mostrada juntamente com outras imagens retinianas da doença de Bourneville e de outras facomatoses pelo Dr. H. Moutinho.

Os tumores dos órgãos internos que fazem muitas vezes parte do quadro clínico da doença de Bourneville só raramente dão manifestações clínicas. Os tumores cardíacos foram muitas vezes estudados pelos anatomopatologistas. Segundo Steinbiss, não são tão raros na esclerose tuberosa como parece deprender-se da literatura. Trata-se de tumores em geral muito pequenos, que se devem considerar como rhabdomiomas. Constan de células vacuoladas, que contêm uma rede plasmática, na qual o núcleo está suspenso com uma aranha na teia. São células musculares não maduras.

De maior importância clínica são os tumores renais, bastante frequentes na esclerose tuberosa. Encontram-se em geral em ambos os rins nódulos pequenos ou mesmo muito grandes. Histologicamente trata-se de tumores mistos, que podem conter tecido adiposo, conjuntivo, musculatura lisa, e também partes epiteliais. Em um ou outro caso tais tumores tornaram-se malignos, e deram motivo a intervenções cirúrgicas, como no conhecido caso de Kirpicznik, que chama a atenção para a semelhança destes tumores com os chamados tumores mistos dos rins nas crianças.

Ocasionalmente, encontram-se formações tumorais doutra natureza em outros órgãos, como o fígado e a tiroideia. Kirch-Hertel viu uma verdadeira hiperplasia pancreática, e um verdadeiro pulmão acessório.

A existência dum tumor renal foi reconhecida no meu caso de Bourneville.

A pielografia de eliminação apresentava ao fim de 30 minutos o aspecto que vemos nesta radiografia.

A pielografia ascendente esquerda confirma em absoluto as deformações pielo-caliciais e o desvio do uretero lombar, que a urografia de eliminação deixava entrever.

Não havia invasões infiltrativas dos órgãos e tecidos vizinhos, nem metástases nos gânglios regionais.

Foi feita a extracção do tumor, que tinha o aspecto que mostramos nestas imagens.

Foram projectadas fotografias do tumor renal (anterior, posterior, e com o tumor aberto ao meio).

Foi feito o exame anátomo-patológico pelo Prof. Horta. Lemos uma parte do relatório referente ao exame macroscópico:

«Rim com um tumor. A superfície externa do rim tem uma cor vermelha escura, e a sua cápsula continua-se com a cápsula do tumor. Este último apresenta várias elevações que chegam até ao tamanho de tangerinas. Na superfície de secção verifica-se uma boa separação entre o tumor e o rim. O uretero está situado na face posterior do tumor, entre o tecido deste e a respectiva cápsula. A veia renal não está invadida pelo tumor; é muito larga e atravessa a massa da neoplasia. O tumor é duro, nalguns sítios custa mesmo a cortar». A sua superfície de secção tem o aspecto que observámos na fotografia projectada há pouco.

O exame microscópico mostrou que se tratava duma neoplasia histioide composta por elementos de ordem vária; era um lipo-mio-angiosarcoma.

Foram mostrados 4 aspectos do tumor renal:

- a) componente lipomatoso
- b) componente vascular
- c) componente vascular (vasos de parede bastante espessa e de lume em fenda)
- d) zona sarcomatosa (células gigantes polinucleadas).

O doente teve alta e tem passado bem desde há 5 anos.

O reconhecimento da existência destas formações tumorais, além da dos tumores cerebrais já descritos, fez tomar contacto com esta doença a cirurgiões e urologistas. Vemos assim como as especialidades repartem entre si o estudo dos casos de esclerose tuberosa, e o motivo pelo qual nós, os médi-

cos internistas, vemos ou diagnosticamos tão raras vezes esta doença.

Contudo, creio ter mostrado suficientemente a importância do diagnóstico precoce da esclerose tuberosa, sobretudo em casos pouco expressivos como o que lhes apresentei, em que a existência dum tumor maligno constituía uma condenação segura do paciente.

Isto só por si justifica a divulgação do conhecimento desta doença, e por consequência a sua inclusão no programa deste curso.

Antes de entrarmos no 2.º grupo de facomatoses que nos propomos analisar, quero fazer-vos uma observação: ao ser feita a distribuição deste tema — facomatoses — pelos 3 expositores, verificou-se logo que para não excedermos demasiadamente o tempo máximo que a vossa atenção nos poderia conceder, cada um de nós tinha de se orientar pelo que os outros dois tivessem a dizer, resultando daí que, embora no seu conjunto cada tipo de facomatose fosse tratado de uma maneira equilibrada, cada um de nós teria de falar muito desigualmente a respeito de cada um deles.

Esta a razão por que iremos tratar mais superficialmente, embora procurando tocar todos os problemas mais importantes, os restantes tipos de facomatoses.

### NEUROFIBROMATOSE (DOENÇA DE V. RECKLINGHAUSEN)

A neurofibromatose é uma doença congénita, caracterizada por tumores de localização cutânea, nervosa ou visceral. São frequentes os nevos e zonas pigmentadas «café au lait» da pele, e também, embora menos, defeitos de desenvolvimento do sistema nervoso central, anomalias ósseas, buphthalmos, persistência do buraco de Botal, e outras malformações congénitas.

As *formações tumorais* são mais abundantes nos nervos periféricos, mas encontram-se com frequência nas raízes nervosas, cranianas e mais raramente raquidianas. São menos frequentes os tumores das meninges, e excepcionais os intracerebrais ou intramedulares. O sistema nervoso vegetativo pode também ser afectado.

Têm-se encontrado neurofibromas no tubo digestivo, aparelho urinário, suprarrenais, hipófise e outras endócrinas, ossos, periósteo, retina, íris, nervo óptico, enfim em quase todas as localizações possíveis.

Os neurofibromas cutâneos encontram-se em todo o corpo, mas são mais abundantes na cabeça, pescoço e tronco, sendo raros nas palmas das mãos, solas dos pés e mucosas. Mostram por vezes uma certa simetria, embora só raramente evidenciem uma distribuição nervosa topográfica.

Podem variar muito de forma e de tamanho, indo desde o de um grão de painço ao de uma cabeça de feto humano. Excepcionalmente, podem atingir dimensões muito maiores, como num caso de Piollet, em que um tumor pesava 5,600 kg. Os autores franceses dão a tumores semelhantes o nome de «tumeur royale».

Em geral são de consistência mole — donde o nome de «molluscum fibrosum» — mas por vezes encontra-se um ou outro nódulo mais duro. Podem ser sésseis ou pediculados, e neste último caso podem apresentar o tipo clássico do «molluscum pendulum».

Associadas a estas formações tumorais, vêm-se na pele *alterações pigmentares* — manchas de forma e dimensões variáveis, indo desde a pequena mancha lenticular às grandes manchas «café au lait» dispostas geralmente em sentido transversal sobre o tronco, longitudinalmente sobre os membros, desenhando por vezes uma verdadeira sistematização radicular ou metamérica. São muito mais frequentes nas regiões não expostas da pele, e coexistem frequentemente com simples nevos hiper-crómicos.

As manifestações cutâneas podem ser frustes, o que, a

par da variabilidade de localizações viscerais, por vezes dificulta muito o diagnóstico.

Os neurofibromas dos nervos periféricos são raramente visíveis. À palpação dão geralmente a sensação de contas dum rosário. Estes nódulos podem tornar-se mais ou menos confluentes, originando um espessamento uniforme ou irregular do nervo numa certa extensão. Quando localizados nas raízes cranianas ou raquideanas, os neurofibromas dão com frequência uma sintomatologia extraordinariamente discreta.

Quando a proliferação neurofibromatosa afecta todas as ramificações distais dum nervo ou de vários nervos vizinhos, origina-se o chamado neuroma plexiforme, de que são formas peculiares o pachydermatocele — em que o tumor tem o aspecto dum manto caído em pregas — e a «elephantiasis neuromatosa».

Como dissemos, podem observar-se casos de neurofibromatose central, em que são atingidas as raízes nervosas cranianas ou raquidianas, com ou sem acompanhamento do habitual compromisso dos nervos periféricos.

Entre os tumores intracranianos, tem especial interesse o do acústico. São conhecidos vários exemplos de tumor bilateral deste nervo, entre eles os notáveis casos de Gardner e Frazier de neurofibroma duplo do acústico, produzindo surdez, em 38 membros duma família de 217 indivíduos (ao longo de 5 gerações). Nestes casos, os restantes sinais de neurofibromatose eram extremamente escassos, mas supõe-se que se tratava realmente de formas frustes da afecção.

O síndrome observado é o de um tumor uni ou bilateral do ângulo ponto-cerebeloso, com surdez precoce, e sinais cerebello-labirínticos. Os tumores têm forma ovóide, consistência variável, e tamanho que pode chegar ao de um ovo de pomba. Frequentemente destroem por compressão a parede posterior do rochedo. Ao corte apresentam-se muitas vezes como formações quísticas, cheias dum líquido mucóide, por vezes hemorrágico.

Além do acústico, também o vago, o trigémio e menos frequentemente o hipoglossos, o facial, o espinal acessório e o óculo-motor podem ser atingidos. Mais raros ainda são os tumores dos II, IX, VIII, VI, IV e I pares.

Na radiografia podem observar-se, conforme os nervos atingidos, alargamento do canal óptico, alargamento da sela turca, destruição das clinóideias anteriores, etc. destruição das clinóideias anteriores, etc.

Os tumores espinais, mais raros que os cranianos, são desenvolvidos a maioria das vezes à custa das raízes raquideanas, por vezes das meninges. São únicos ou múltiplos, dando origem a síndromas radiculares ou de compressão medular, quando um dos tumores toma maior desenvolvimento. Na doença de Recklinghausen encontram-se por vezes, mas muito mais raramente que nas outras facomatoses, *formações tumorais retinianas* de aspecto branco nacarado. Van der Hoeve insiste na existência de formações quísticas que se podem ver, no espaço de alguns dias, encher e esvasiar, deixando desprender partículas que ficam flutuando no vítreo, e que se depositam na retina. Lisch cita também como sintoma ocular constante da neurofibromatose uma íris salpicada de manchas de pigmento mais ou menos escuro.

É frequente o achado de *associação com outros tumores*: rhabdomiomas do coração, cavernomas do fígado, adenomas tiroideus, carcinomas, hemangiomas, epiteliomas, gliomas, fibromas, etc.

Esta associação poderá exprimir uma predisposição ou susceptibilidade do indivíduo, devida a influências hereditárias e disontogénicas.

Os próprios neurofibromas da d. de Recklinghausen sofrem *transformação sarcomatosa* em 12-13% dos casos. Depois dum trauma, ou sem causa aparente, um nódulo começa a crescer rapidamente, embora fique durante muito tempo incluído na sua cápsula de tecido conjuntivo. Feita a extirpação, as recorrências são locais ou nos nervos adjacentes, sendo as metástases internas tardias ou ausentes. Como se vê, estes sarcomas têm caracteres distintos dos do sarcoma primário dos nervos.

Quanto à origem dos tumores da neurofibromatose, há

duas opiniões distintas: segundo alguns autores, originam-se nas células da bainha de Schwann, segundo outros, dos elementos fibrosos do nervo. Esta questão será tratada mais largamente pelo Dr. Pimentel.

O *diagnóstico* apresenta dificuldades não só nas formas frustes e atípicas de que já fizemos menção, como naquelas em que é extremamente difícil decidir se se trata de Recklinghausen ou de esclerose tuberosa. De resto, podem coexistir estes dois tipos de facomatoses, como num caso de White e Loewenstein.

Assemelham-se à doença de R., podendo conduzir a diagnóstico errado da afecção: a doença de Dercum, em que os lipomas são em regra dolorosos à pressão; os quistos sebáceos múltiplos; os neuromas verdadeiros de Virchow.

Muita vezes só a história familiar permite o diagnóstico.

#### DOENÇA DE VON HIPPEL-LINDAU

Esta afecção entra justificadamente no grupo das facomatoses, pois revela, como as que estudámos anteriormente, uma perturbação do desenvolvimento embrionário afectando a mesoderme e a ectoderme.

O síndrome apresenta-se com grande frequência sob uma forma incompleta, dando alguns o nome de *doença de von Hippel* à angiomatose retiniana isolada, reservando o de *doença de Lindau* para o síndrome completo, com localização retiniana, cerebelosa e frequentemente em outros órgãos.

Tal distinção, segundo outros autores, é injustificada, tanto mais que num certo número de casos de doença de von Hippel não tem sido feito o estudo neurológico cuidadoso, cujo resultado faria certamente diminuir o número de casos considerados de angiomatose retiniana pura.

Segundo Lindau, 20 % dos casos com «angiomatosis retinae» apresentam quistos ou tumores angiomasos cerebelosos ou bulbares, mas Dandy pensa que a associação é menos frequente.

A história dos dois componentes principais do síndrome não data do mesmo tempo: a angiomatose da retina foi a primeira a ser reconhecida. Houve vários casos comunicados anteriormente, mas foi em 1904 que von Hippel estabeleceu a entidade clínica da afecção, a que deu o nome de «angiomatosis retinae».

A necropsia de vários casos semelhantes foi revelando a frequente associação com lesões angiomasos em outros órgãos, até que em 1926 Lindau estabeleceu a relação entre as lesões retinianas e os quistos do cerebelo, dos rins e, dum modo geral, os tumores angiomasos quísticos em vários órgãos — epidídimo, pâncreas, suprarrenal, rim, fígado, etc. Este mesmo autor sugeriu a probabilidade da relação desta doença com a esclerose tuberosa.

Em 1932, van der Hoeve incluiu a doença de von Hippel-Lindau no grupo das facomatoses, em que tem lugar de direito. Mas sucede, como dissemos, que são extremamente frequentes as formas incompletas e até monossintomáticas, estas por vezes só classificáveis com segurança quando existe história familiar.

A *doença é essencialmente uma angiomatose* caracterizada por tumores com sede em vários órgãos, mas muito principalmente no *sistema nervoso central* e na *retina*. Estes tumores constituem-se a partir de formações aberrantes (hamartomas) de vasos e elementos de estirpe histiocitária, causados por uma perturbação do desenvolvimento fetal, que sofrem a pouco e pouco neoformação e diferenciação celulares.

Os angiomas cutâneos são extremamente raros, mas têm sido observadas lesões nevóides da pele.

A doença é hereditária, descobrindo-se história familiar em cerca de 30 % dos casos. A hereditariedade é provavelmente recessiva e não ligada ao sexo.

Manifesta-se em geral entre os 20 e os 25 anos, sendo habitualmente os primeiros sintomas o déficit visual, a princípio unilateral, seguido de sintomas focais do sistema nervoso central ou de hipertensão craniana. Em raros casos, podem ser as localizações viscerais as primeiras a evidenciar a doença.

O tumor vascular típico pode ser uma simples malformação (angioma verdadeiro) ou um tumor propriamente dito (hemangioblastoma). O primeiro é constituído por capilares mais ou menos anastomosados e enovelados sobre um estroma de estrutura glial; o segundo é constituído por formações vasculares limitadas por uma só camada de células endoteliais, e com estroma não neural de células mesenquimatosas.

A localização mais frequente (80 % dos casos) é no cerebelo, quase sempre ao nível do córtex, raramente na profundidade, vindo a seguir as do bulbo, teto do 4.º ventrículo e medula; aqui o tumor é geralmente sólido e de localização dorsal junto do septo mediano. É extremamente rara a localização acima do tentorium.

Os sintomas clínicos correspondentes são os de um tumor cerebral, em geral da fossa posterior. «Poussées» congestivas dos angiomas ou hemorragias podem precipitar o quadro de hipertensão intracraniana.

O crescimento do quisto e a produção do líquido serofibrinoso, de composição semelhante à do plasma, que o enche, dependem da presença do tumor mural; pensa-se que haja transsudação de plasma através das paredes capilares do tumor para dentro do quisto.

A *lesão retiniana* é bilateral em cerca de 40 % dos casos.

O quadro oftalmoscópico clássico da «angiomatosis retinae» consiste em um par de vasos dilatados e tortuosos, estendendo-se da papila para uma massa tumoral, situada geralmente na parte periférica da retina, e de dimensões vizinhas do diâmetro daquela. Os vasos podem mostrar praticamente a mesma cor, devido a comunicação artério-venosa, mas a veia é geralmente maior, e a arteriola pode apresentar dilatações em forma de contas de rosário.

Pode estar comprometido mais de 1 par de vasos, assim como podem ser múltiplas as formações tumorais. A doença é progressiva, aparecendo alterações exsudativas e degenerativas. Em volta do tumor aparece edema, hemorragia e exsudados branco-acinzentados. Exsudados semelhantes podem ver-se ao longo dos vasos afectados e em outros pontos da retina, especialmente a região macular. Nas fases mais avançadas pode haver edema subretiniano com descolamento da retina, catarata complicada e glaucoma secundário. Em alguns casos desenvolve-se extensa gliose da retina, que pode encobrir a lesão vascular primária.

As *lesões viscerais* podem ter as mais variadas localizações, e muitas vezes não dão sintomatologia. Podem ser hemangioblastomas, quistos, ou adenomas benignos, que por vezes coexistem no mesmo órgão.

Atribuem-se os quistos dos órgãos glandulares a ectásias congénitas dos canais excretórios.

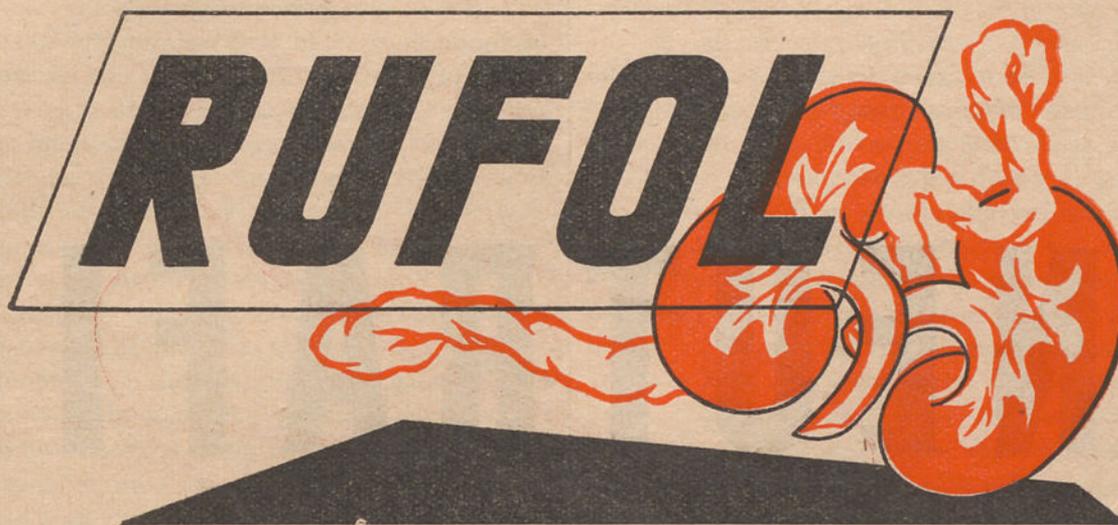
No pâncreas são frequentes os cristadenomas, produto da degenerescência quística dos adenomas.

É de notar a ausência de malignidade dos tumores na doença de von Hippel-Lindau.

Alvim e A. Marques apresentaram um caso típico, com história familiar e tumor angiomaso quístico do hemisfério cerebeloso, hemangioma da retina, e tumores e quistos renais e pancreáticos.

#### SINDROMA DE STURGE-WEBER

Este síndrome distingue-se do de von Hippel-Lindau, embora tenha com ele semelhanças um tanto maiores que as que



SULFAMETIL-TIODIAZOL

Tratamento da colibacilose das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol . . . . . 0,1 g.

Boião de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

# NEUTRAFIL

Bial

● **INJECTÁVEL**

DIIDROXIPROPILTEOFILINA . . . . 0,3 g

Por ampola de 3 cm<sup>3</sup>

● **SUPOSITÓRIOS**

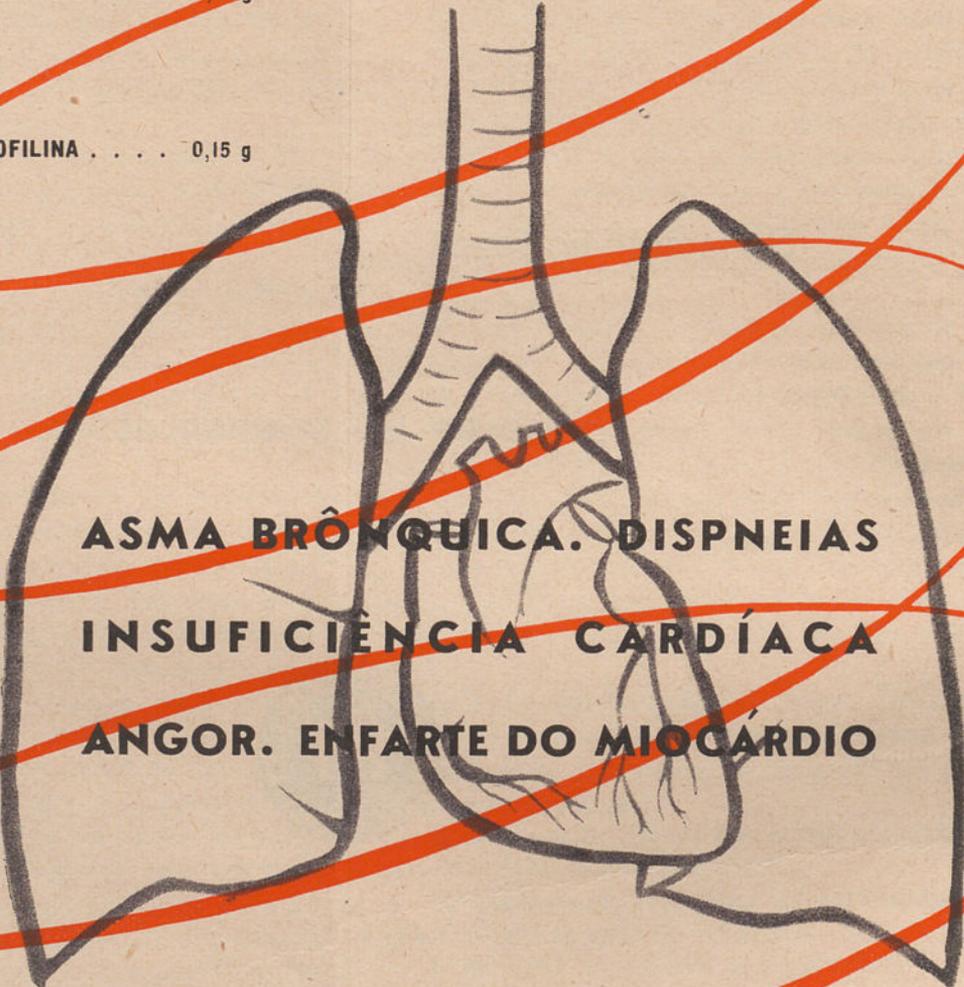
DIIDROXIPROPILTEOFILINA . . . . 0,5 g

Por supositório

● **COMPRIMIDOS**

DIIDROXIPROPILTEOFILINA . . . . 0,15 g

Por comprimido



**ASMA BRÔNQUICA. DISPNEIAS  
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA  
ANGOR. ENFARTE DO MIOCÁRDIO**

**OLIGÚRIAS. EDEMAS**

se encontram entre as facomatoses em geral. De facto, trata-se, em ambos os síndromas, de angiomas oculares e do sistema nervoso central, tendo Delay e Pichot pretendido englobá-los sob a designação de «facomatoses angiomasos».

Estes autores observaram, em duas irmãs, dois casos típicos, respectivamente, de von Hippel-Lindau e de Sturge-Weber.

Fracasso apresentou um caso típico de Sturge-Weber, que à autópsia mostrou um tumor do cerebello típico de Lindau.

Contudo, estes factos podem considerar-se dentro da já mencionada tendência para associação dos vários tipos de facomatoses. Por outro lado, encontramos caracteres distintivos bastantes para individualizar os dois síndromas:

Segundo Anderson, no Sturge-Weber encontrar-se-iam angiomas, sendo os hemangioblastomas típicos do Lindau; contudo, vimos que também aqui são frequentes os angiomas. Mais importância tem o facto da diferente localização das afecções. Como vimos, o Lindau limita-se quase exclusivamente ao cerebello, retina e diversas vísceras, ao passo que o Sturge-Weber atinge de preferência o cérebro, as meninges, a coroideia e a pele.

Foi apresentada a hipótese de se tratar duma diferença no momento de origem da malformação. O síndrome de Lindau teria a sua origem no 3.º mês da vida embrionária, ao passo que o Sturge-Weber se originaria no 4.º mês. Concordaria com esta hipótese o facto da maior tendência evolutiva dos tumores do síndrome de Lindau.

Segundo Elwyn, foram Bergstrand, Olivecrona e Tönnis quem em 1936 designou o síndrome com o nome de Sturge-Weber. Estes dois autores tinham descrito respectivamente o quadro clínico e o radiológico da afecção, embora não tivessem sido os primeiros a mencioná-la.

*Caracterizam o síndrome completo:* Nevus vascular da face, compromisso angiomaso das meninges e do cérebro, epilepsia (geralmente jacksoniana e contralateral), áreas de calcificação intracraniana e participação ocular com nevus conjuntivo e glaucoma ou angioma da coroideia.

Encontra-se em muitos casos debilidade mental ou oligofrénia, sendo rara a demência. O *angioma da face* é na maioria dos casos plano, mas pode ser tuberoso, este em regra coexistindo com o primeiro. Note-se que mesmo no angioma plano há em geral uma elevação ligeira em relação à parte não afectada da pele. É frequente o compromisso das mucosas.

A cor varia de caso para caso, indo do rosa claro ao violáceo.

Muito frequentemente o nevus é unilateral. Embora não haja uma zona de compromisso constante, nota-se predilecção pela região peri-ocular, sendo também muito frequente o nevus ocupar o território de diferentes ramos do trigémio: nasal externo, oftálmico, maxilar superior; a zona correspondente ao maxilar inferior só é atingida excepcionalmente. A correspondência é porém muitas vezes grosseira, sendo também frequente estarem atingidos territórios de vários ramos do trigémio e outros nervos.

Os angiomas manifestam-se em geral, mas nem sempre, à nascença, e evoluem frequentemente, quase sempre no sentido da progressão.

Larmande insiste na frequência e importância da assimetria crânio-facial, em geral hipertrofia da zona afectada pelo nevus, atingindo todos os tecidos, especialmente o ósseo. Sézary e Teysier citaram um caso em que a hipertrofia atingia o lado oposto ao do nevus.

Caso interessante de Sturge-Weber com hemihipertrofia que não se limita à face mas atinge também os membros do mesmo lado é o que foi publicado pelo Dr. Henrique Moutinho e Prof. Diogo Furtado em 1948, e de que lhes vou mostrar alguns aspectos:

- a) aspecto geral (cabeça e mãos)
- b) face (nevus, hemihipertrofia)
- c) véu do paladar (nevus).

É excepcional a hemiatrofia crânio-facial; foi observada quase exclusivamente no crânio, e do lado do angioma.

A *epilepsia* é quase constante, manifestando-se habitualmente na infância. É em geral jacksoniana, mas pode ser generalizada ou apresentar-se sob a forma de equivalentes.

Estes três tipos podem observar-se num mesmo doente.

Associadas à epilepsia, encontram-se por vezes perturbações paréticas, também em regra contralaterais. Quando se manifestam na infância acompanham-se de perturbação do crescimento; mais tarde, há uma simples paralisia espástica.

As *áreas de calcificação intracraniana* são *corticais e oculares*. As primeiras são muito frequentes e de aspecto característico: as linhas opacas são sinuosas, muitas vezes de contorno duplo, seguindo a forma das circunvoluções. Encontram-se do lado do angioma cutâneo, sendo a sua sede mais frequente a região parieto-occipital. As calcificações oculares são menos frequentes.

A angiografia cerebral permitiu estudar a *relação das calcificações com os vasos*. Mas ao passo que E. Moniz e A. Lima afirmam não ter observado no seu caso relações da calcificação com as circulações arterial ou venosa, D. Furtado e Green, cada um em um caso diferente, dizem ter observado tal relação. Larmande sugere uma possível conciliação das duas observações:

Na infância, o depósito estaria na parede do vaso ou na sua vizinhança imediata, e mais tarde ficaria isolado. De facto, os casos de Furtado e Green eram de crianças de 5 e 3 anos, respectivamente, e o de Moniz e Lima era de 18 anos.

Foram mostradas:

- a) radiografia simples do crânio
- b) angiografia cerebral.

O *glaucoma* é em geral de tipo congénito ou infantil. Associa-se com angioma das pálpebras, conjuntiva, íris, coroideia e outras formações oculares. Mas observou-se glaucoma bilateral, ainda que excepcionalmente, em casos de angioma facial unilateral.

Resta-nos mencionar a *aplasia do córtex e a microgiria*, atingindo de preferência o lobo occipital, reveladas pelos aspectos pneumo-encefalográficos.

No decorrer desta exposição, verificamos a frequente associação num mesmo caso clínico de sintomas que definem mais concretamente um determinado tipo de facomatose. E assim referimo-nos à associação de Bourneville e doença de Recklinghausen. Igualmente apontámos a coexistência de manifestações de Sturge-Weber e doença de von Hippel-Lindau. Descrições em que se mencionam a associação de facomatoses com diversos síndromas de base muitas vezes displásica, são frequentes.

Com tudo isto, verificamos a existência de inumeráveis formas atípicas e de transição, e as dificuldades em estabelecer limites entre as entidades fundamentais, e entre elas e outras afins, o que levanta por vezes, em face dum caso clínico concreto, sérias dificuldades nosológicas.

(Lições proferidas no VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário do Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos).

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### Brometo de Pamina: efeitos gástricos antisecretórios e uso terapêutico na úlcera e outros padecimentos gastro-intestinais

JOSEPH B. KIRSNER, M. D., ERWIN LEVIN, M. D.  
e WALTER L. PALMER, M. D.

(Do Departamento de Medicina, Universidade de Chicago e Cleveland City Hospital)

#### INTRODUÇÃO

O brometo de Pamina (composto Upjohn U-0382) é o n-metilbrometo do ester do ácido trópico da epoxitropina (epoxytropine tropate methyl bromide).

Visscher e colabs. demonstraram a pronunciada inibição da secreção gástrica provocada pela histamina, nos cães, e decréscimo da produção de ácido, nos ratos com o piloro laqueado, que receberam brometo de Pamina subcutâneo, intramuscular, intravenoso ou intraduodenal. A Pamina em pequena dosagem evita nitidamente a ulceração no piloro laqueado dos ratos e nos ratos em jejum durante sete dias; também protege contra as úlceras duodenais os cães com transplantes de antro.

Estudos prévios, por nós feitos, demonstraram a significativa baixa da secreção em jejum ou «basal» em doentes com úlcera duodenal, depois de doses únicas de Pamina intramuscular, intragástrica ou intraduodenal. O presente estudo executou-se com vista a investigar mais pormenorizadamente os efeitos gástricos antisecretórios do brometo de Pamina, e para apreciar a sua utilização no tratamento da úlcera hepática e outros padecimentos gastro duodenais.

#### PLANO DO ESTUDO

Determinou-se o efeito de doses isoladas da Pamina sobre a secreção gástrica basal em 110 experiências, concluídas em indivíduos segregando continuamente suco gástrico ácido. O método de estudo já se descreveu algures (2-4). De igual modo se investigou, dada a estreita relação química da Pamina com a escopolamina, a acção antisecretória de doses orais únicas de escopolamina em 15 doentes, com vista a confrontação de efeitos.

A secreção basal também se mediu a intervalos durante a prolongada administração oral da Pamina em 15 casos. O efeito da Pamina sobre a secreção gástrica continuamente estimulada estudou-se em 8 doentes, 7 com úlcera duodenal e 1 com úlcera gástrica, pelo seguinte processo: conseguiu-se e manteve-se a secreção máxima de ácido clorídrico com uma injeção subcutânea de 12,5 mgrs. de histamina-análoga, 3-beta amino etilpirazol, (6) (Histalog) cada 15 minutos; após 90 minutos administrou-se intramuscularmente a Pamina em doses únicas no total de 0,13 a 0,23 mgrs., continuaram-se as injeções de histamina análoga a intervalos de 15 minutos durante a duração de cada estudo, aproximadamente quatro horas.

O estômago foi completamente aspirado com seringa manual, por sucção contínua; mediram-se do modo usual os volumes de secreção em cada 15 minutos e as concentrações de ácido clorídrico.

A potência antisecretória em todos os estudos avaliou-se principalmente pela frequência e duração da anacidez provocada pelo medicamento.

A resposta clínica à Pamina estudou-se em 88 doentes com úlcera péptica e em 37 com outros padecimentos gastro-intestinais. O período de observação começou em Abril de 1952 e conforme os casos individuais continuou-se por vários meses até aproximadamente um ano, aquando deste relatório (14-9-53). A incidência e gravidade dos efeitos secundários avaliou-se com inquérito sobre os mesmos sintomas característicos da sobredosagem com atropina. A apreciação dos efeitos secundários ou laterais é muito subjectiva; tais cálculos são de difícil determinação e, portanto, tendem para serem altamente variáveis.

A inocuidade clínica da Pamina investigou-se com frequentes contagens de leucócitos, esfregaços sanguíneos e análises de urina. Ocasionalmente também mediu-se o azoto não proteico do sangue e a função hepática.

Em 10 doentes, antes e durante o tratamento, procedeu-se a verificações electrocardiográficas.

#### RESULTADOS

*Efeito de doses isoladas de Pamina sobre a secreção basal.* Suprimiu-se completamente e por vários períodos, em 20 das 47 provas por via intramuscular, a produção de ácido clorídrico.

A anacidez desenvolveu-se em 3 dos 5 doentes recebendo somente 0,014 a 0,019 mgrs. e em 7 dos 10 casos depois de 0,02 a 0,05 mgrs. O efeito inibitório passou além de 3 horas em 10 dos 25 casos positivos. A acção antisecretória da Pamina pareceu mais incerta, enquanto que a anacidez, quanto presente, tende para ser de maior duração.

Referiram-se efeitos laterais comparativamente mais suaves durante a administração de doses intramusculares de 0,030 mgrs., aumentando a sua severidade em proporção com a quantidade de Pamina. A fixação e subida da pressão sanguínea e do pulso não foram significativamente alteradas.

A anacidez manifestou-se em 22 dos 57 estudos intragástricos. Doses isoladas de 2,5 mgrs. não determinaram anacidez; 2 de 5 doentes manifestaram uma redução de cinquenta por cento de ácido livre por pequenos períodos e descidas de 36 e 70 %, respectivamente, na acidez livre durante a hora de efeito máximo.

Suprimiu-se completamente a secreção gástrica em 6 dos 20 doentes recebendo 5,0 mgrs. de Pamina.

Doses isoladas de 25 mgrs. produziram anacidez em 4 dos 5 doentes, continuando o efeito durante 5 horas e meia. A instilação intraduodenal de 10 a 20 mgrs. inibiu completamente a secreção gástrica em 2 de 6 doentes. Os efeitos late-

# Sympatol

Quando existe uma  
alteração no equilíbrio circulatório,  
o Sympatol,  
mercê da sua  
acção cárdio-vascular,  
desempenha uma função  
reguladora da circulação,  
aumenta o débito  
cardíaco e normaliza  
a tensão arterial.

Apresentação:  
Liquidum 10%  
Ampolas  
a 0,06 g



C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN

Representantes para Portugal e Ultramar:

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

Ampla 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  
seco, 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

raís notaram-se em 32 dos 63 indivíduos deste grupo; eram relativamente suaves até às doses singulares de 15 mgrs. ou mais. A frequência e gravidade dos efeitos laterais, depois de doses únicas, de drogas antsecretórias gástricas, não deve necessariamente reflectir a tolerância para repetida ou prolongada terapêutica com estes compostos.

O brometo de Pamina em pastilhas laminadas administrou-se em 10 doentes na expectativa de um efeito antsecretório mais prolongado. A pastilha engoliu-se intacta com cerca de um decilitro de água. A anacidez manifestou-se durante 30 minutos em 2 doentes, após 5 mgrs., e 135 minutos em um que recebeu 10 mgrs. Manifestou-se secura de boca leve em 2 de 5 doentes que receberam 10 mgrs.; parece interessante efectuar-se o estudo do efeito de doses maiores de Pamina em pastilhas laminadas sobre a secreção gástrica.

*Efeito de doses orais isoladas de escopolamina sobre a secreção basal.* Administraram-se doses únicas de bromidrato de escopolamina, 0,16 a 2,24 mgrs., por via intragástrica a 15 doentes hospitalizados. Apareceu anacidez de duração variável em 5 casos; em 2 estudos o efeito persistiu respectivamente por 105 e 165 minutos.

Apareceu sonolência com 0,64 mgrs. de escopolamina e aumentou em proporção com a dosagem. A sonolência foi acentuada em um doente a quem se administrou 2,24 mgrs.; neste caso também se manifestou secura de boca, acentuada perturbação da visão e atraso na emissão de urinas. Como contraste, não se referiu sonolência em doentes recebendo Pamina repetidamente em quantidades superiores a 35 mgrs. diários.

Estas observações e achados de Visscher e colabs., de que a Pamina não causa efeitos apreciáveis de estímulo do sistema nervoso central do rato, excepto em altas doses parenterais, sugere que a desmetilização da Pamina pela escopolamina não deve influir em grau significativo.

*Efeito de doses únicas de Pamina intramuscular sobre a secreção gástrica continuamente estimulada.* O volume e a acidez livre não mudaram em dois casos e diminuíram fugazmente em 5 pessoas. A anacidez manifestou-se durante trinta minutos num doente com úlcera gástrica.

A Pamina parece ser mais potente neste caso que outras preparações. Contudo, o efeito antsecretório das drogas anticolinérgicas, incluindo a Pamina, sobre a secreção gástrica máximamente estimulada no homem não foi marcante.

*A secreção basal durante a administração oral prolongada de Pamina.* A secreção em jejum ou basal gástrica durante uma hora mediu-se a intervalos, durante o tratamento de 15 doentes. O período de observação até à data desta comunicação foi de 14 a 23 semanas; continuou por 36 semanas em C.S. e cerca de 12 meses em Q.M. Com uma excepção (G.M.) a Pamina omitiu-se na manhã da prova. Dos 15 doentes dez não receberam outro tratamento senão uma dieta branda. O volume de secreção diminuiu em 50% ou mais em 9 casos; a concentração de ácido clorídrico diminuiu em 50% ou mais em 12 casos. A produção de ácido clorídrico reduziu-se em 50% ou mais em 13 casos.

A anacidez persistiu durante a administração de Pamina em 5 doentes. O efeito inibitório manteve-se geralmente durante a terapêutica; um aumento para valores anteriores ao tratamento observou-se em três casos; em um (C.S.) maiores quantidades de Pamina baixaram novamente a produção de ácido. Em 3 doentes (M. C., E. N. e M. R.) observou-se excelente inibição da secreção gástrica com 15, e 15 e 20 mgrs. de Pamina diários mas com o desenvolvimento de efeitos laterais desagradáveis. Não obstante reduções na quantidade da Pamina para doses não produzindo acções laterais, o efeito antsecretório manteve-se em cada caso por 6, 9 e 11 semanas respectivamente; infelizmente não foi possível continuar os estudos por maiores períodos de tempo nestes doentes, com o fim de determinar se ou não se mantinha indefinidamente o efeito inibitório. A secreção gástrica regressou aos valores iniciais em dois doentes quando a Pamina foi administrada por via oral e novamente suprimiu completamente a produção de ácido (Q. M.).

*A Pamina no tratamento da úlcera péptica.* A Pamina administrou-se por via oral em 88 doentes com úlcera péptica. A duração do tratamento foi de um mês ou menos em 17 casos;

foi descontínua a terapêutica neste grupo por razões que indicaremos depois. O tratamento manteve-se aproximadamente dois meses em 13 casos, três a seis meses em 42 e seis a 11 em 16 doentes.

A terapêutica na maior parte dos casos também incluía uma dieta mitigada e fenobarbital.

Em dez doentes até agora sem sintomas a Pamina administrou-se como terapêutica associada para prevenir frequentes recorrências da úlcera péptica. Em 15 doentes a Pamina constituiu a exclusiva medicação. Prescreveu-se o composto em pastilhas de 5 mgrs., usualmente 2 a 4 vezes por dia, com a dose final à hora de deitar.

Interpreta-se como favorável ou boa a resposta clínica à Pamina em 62 doentes de úlcera que presentemente continuam em tratamento. Os bons efeitos são duplos: pronto e completo alívio dos padecimentos da úlcera e não recorrência da úlcera péptica durante o período de observação. Dois dos doentes, deste modo, afastaram uma recorrência pela primeira vez respectivamente em 10 e 15 anos.

Um homem na fase final de uma siringomielia e siringobulbia, recebeu 430 mgrs. de Pamina em dois meses como único tratamento da sua úlcera gástrica; a autópsia mostrou completa cura da lesão. Por outro lado, um doente com úlcera duodenal obteve pequeno benefício sintomático com esta droga, preferindo outro composto anticolinérgico, U-0229. A dose diária efectiva de Pamina, em muitos casos, foi da ordem dos 10 a 20 mgrs. Presentemente três doentes estão sem sintomas com 7,5 mgrs. por dia; em três pessoas 10 mgrs. aliviaram só parcialmente os padecimentos ulcerosos; outro doente só notou parcial melhora sintomática com 15 mgrs. diários.

Duas pessoas necessitaram de 30 mgrs. ou mais por dia. Um destes, um rapaz de 11 anos, recebeu correntemente 35 mgrs. diários de Pamina com completo alívio dos padecimentos ulcerosos e cura de uma grande úlcera duodenal; antiácidos combinados com outras drogas anticolinérgicas que previamente tomara foram inefectivos. A interrupção da droga em 10 doentes seguiu-se, com vários intervalos, de sintomas leves de acidez subjectiva ou abrasamento no epigastro, desaparecendo com o regresso à medicação. Um homem com úlcera gástrica, obteve excelente alívio sintomático durante dez meses de terapêutica com 10 e 15 mgrs. de Pamina diários, mas suspendeu a medicação com dosagens mais altas por causa de persistentes manchas na visão e moderada secura de boca; a úlcera gástrica recorreu alguns meses depois. Vários indivíduos que se libertaram dos sintomas com doses de 10 a 20 mgrs. diários, mantem a sua melhora agora com 5 mgrs. de Pamina ao deitar. Um está convencido que uma ingestão adicional de 5 a 10 mgrs. protege-o efectivamente contra possíveis prejuízos de excessos alcoólicos ou alimentares, e ingere esta «protecção» frequentemente.

Neste grupo referem-se efeitos laterais ou secundários, como queira chamar-se, em 42 de 62 doentes. Por último 20 dos 62 casos tinham recebido outras drogas anticolinérgicas sem consistente benefício, embora simultaneamente tivessem manifestações de inibição sistémica parasimpática. Os sintomas mais frequentes foram secura de boca, perturbação da visão e obstipação.

Sete doentes referiram dificuldade na micção. A obstipação é o efeito secundário mais desagradável, mas obedece usualmente ao carbonato de magnésio ou outros laxativos. Os efeitos secundários diminuíram em 25 de 42 doentes, ou aparentemente desapareceram por completo durante a terapêutica. Em outros casos, os sintomas diminuíram ou desapareceram quando se diminuiu a quantidade de Pamina; nalguns doentes os efeitos laterais persistiram mas toleravam-se melhor que os anteriores sofrimentos provocados pela úlcera.

A Pamina interrompeu-se em 26 de 88 doentes com úlcera péptica. Em 20, a duração do tratamento foi de 3 a 77 dias, geralmente menos de três semanas; um doente tomou 4340 mgrs. em 249 dias e outro 2510 mgrs. em 244, até ao fim da medicação. A resposta clínica classificou-se como favorável ou boa em 12 e fraca ou nula em 8 casos; 6 doentes receberam medicação insuficiente para poder ser apreciada. Manifestaram-se efeitos laterais em 25 dos 26 doentes e em 17 houve necessidade de interromper a administração da droga; não se fez qualquer tentativa para diminuir a quantidade de

Pamina neste grupo. Um doente administrou a si mesmo 40 mgrs. diários durante duas semanas; desenvolveram-se graves sintomas, incluindo a dificuldade de urinar após ter aumentado temporariamente a dosagem para 60 mgrs. diários; as grandes quantidades de Pamina não produzem aparentemente sonolência ou outros sintomas reflectindo depressão ou estímulo do sistema nervoso central. A medicação interrompeu-se em 9 casos deste grupo pelos seguintes motivos: em 2 doentes outra terapêutica, em 2 casos ausência de alívio e 5 com resposta clínica pobre. Os últimos 5 doentes também não colheram benefício durante a terapêutica corrente da úlcera; em exame retrospectivo, o maior problema clínico parece ser, mais que a própria úlcera, o sofrimento funcional gastro intestinal. Cinco dos nove doentes não referiram efeitos secundários.

A Pamina em outras doenças gastrointestinais. Administrou-se a Pamina oralmente em 37 doentes com perturbações gastrointestinais outras que não a úlcera péptica. A resposta clínica foi favorável ou boa em 11 dos 16 doentes com sofrimentos funcionais gastrointestinais acompanhados de diarreia, que não tinham melhorado satisfatoriamente com a terapêutica convencional; 6 deste grupo não tinham melhorado com a prévia administração de outras drogas anticolinérgicas. Os efeitos benéficos consistiram num decréscimo ou completa ausência da diarreia e alívio dos sofrimentos dolorosos intestinais. A Pamina interrompeu-se em 6 dos 16 doentes, em 2 por fraca resposta clínica e em 4 por efeitos secundários. A terapêutica manteve-se em 10 casos; assim um doente recebeu até 4270 mgrs. em 262 dias; os efeitos secundários presentes com 20 mgrs. diários passaram quando a dose se reduziu para 15 mgrs.

A Pamina aliviou mas geralmente não eliminou a diarreia em 7 de 10 doentes com enterite regional.

Uma jovem com enterite grave melhorou dramaticamente com 20 mgrs. diários e depois necessitou de tratamento por endurecimento fecal. Um homem de 40 anos, com úlcera duodenal previamente tratada por vagotomia e gastro-entrostomia, nefrolitíase bilateral e cirrose do fígado, padecia de persistente diarreia por enterite regional a despeito de ressecção do intestino doente. A administração oral de 10 a 15 mgrs. de Pamina, diariamente, determinou melhoria clínica acentuada e moderado aumento de peso. Contudo, após um ano de tratamento, uma operação para cura de hérnia ventral revelou persistente e extensa enterite. Este doente queixou-se de moderada secura de boca e enevoamento da visão; a intensidade destes sintomas varia bastante, nem sempre em relação com a dosagem de Pamina. A droga interrompeu-se em 3 doentes com enterite regional, por motivo de resposta clínica inadequada e, em 3, por efeitos secundários.

Administrou-se a Pamina em 7 doentes com grave colite ulcerosa nas doses diárias de 15 ou 20 mgrs. como adjuvante da outra terapêutica. A diarreia diminuiu em 4 casos. Um homem de 53 anos, seriamente incapacitado há 17 anos, obteve admirável benefício e tornou-se depois obstipado; os efeitos laterais ocorreram com 20 mgrs. diários e desapareceram com a diminuição para 15 mgrs.

Numa jovem, com colite ulcerosa de moderada gravidade, foi feliz a administração inicial de 15 mgrs. diários de Pamina; posteriormente, deposições líquidas, embora pouco frequentes, persistiram a despeito da dose diária de 20 mgrs. de brometo de Pamina; a doente não referiu efeitos secundários com esta dosagem.

Continuou-se com a Pamina em 3 casos; um doente recebeu 3220 mgrs. em 161 dias; a diarreia aumentou quando se suspendeu a medicação. Suspendeu-se a terapêutica em 3 doentes por motivo da pobre resposta clínica e num por causa dos efeitos secundários; no último doente 40 mgrs. diários de Pamina em 3 dias determinaram grave distensão abdominal e ausência de actividade peristáltica audível; a atonia intestinal passou logo que se interrompeu a administração do fármaco.

A azia diminuiu levemente em dois doentes com hérnia do hiatus; contudo, a terapêutica interrompeu-se pelos efeitos secundários. Um doente com «síndrome post-gastrectomia» melhorou muito durante administração, durante 4 meses, de 20 mgrs. diários. A droga não foi activa em um doente

com pancreatite crónica recorrente; o tratamento interrompeu-se por endurecimento fecal.

*Inocuidade clínica da Pamina.* A administração prolongada da Pamina não alterou o número de leucócitos em 38 doentes, nem os esfregaços sanguíneos diferenciais. A urina permaneceu normal nos 47 casos examinados. O azoto não proteico permaneceu normal em 9 e também a depuração ureica em dois dos doentes examinados. A função hepática, como a indicaram os exames da floculação pela cefalina colesterol e da turvação pelo timol permaneceu normal nos 9 doentes examinados.

Um doente quando recebia a Pamina como terapêutica adjuvante contra a enterite regional melhorou inesperadamente da sua hepatite infecciosa. Os E.C.G. conservaram-se normais em 10 doentes examinados.

## COMENTÁRIO

Está ainda por descobrir o composto ideal antisecretório gástrico, capaz de inibir a produção de ácido clorídrico por longos períodos de tempo após a administração oral, sem efeitos secundários desagradáveis.

Contudo, parece ter-se progredido para este último objectivo. O presente estudo indica que a Pamina pode diminuir a secreção gástrica em jejum nos doentes com úlcera duodenal com maior eficácia que as drogas anticolinérgicas já conhecidas. Deve registar-se, contudo, que a inibição da secreção gástrica basal não tem de significar similar descida da secreção *digestiva*, caracterizando as usuais condições clínicas. O grau da secreção inibitória, após doses únicas da Pamina, varia consideravelmente entre os doentes; a produção de ácido, como seria presumível, por vezes não se altera a despeito de poderosas quantidades.

Estas variações são inexplicáveis; podem reflectir diferenças na absorção da droga ou possíveis diferenças individuais na predominância relativa de estímulos neurogénicos, hormonais, ou outros na secreção gástrica. Tal como outros compostos quaternários do amónio anticolinérgicos, a Pamina, miligrama por miligrama, é muito menos activa após administração intragástrica ou intraduodenal que por administração intramuscular; a dose intragástrica activa é aproximadamente 500 vezes maior que a dose activa intramuscular; o factor importante é provavelmente a pequena absorção do composto pelo tubo digestivo. As quantidades mais poderosas não são clinicamente utilizáveis por causa dos seus desagradáveis efeitos secundários; contudo, 15 ou 20 mgrs. diários de Pamina por via oral podem diminuir a secreção em jejum por longos períodos de tempo e ocasionalmente em certos doentes, podem produzir anacidez duradoira.

O mecanismo de acção dos compostos anticolinérgicos sobre a secreção gástrica não está bem esclarecido. A solução deste problema facilitar-se-á com o desenvolvimento de um método seguro para medir a concentração de Pamina nos líquidos orgânicos, afim de estudar a sua distribuição no vivo. *In vitro*, os estudos indicam não haver alteração na actividade antisecretória gástrica da Pamina após incubação nas concentrações de 0,1 a 2,0 % no suco gástrico do rato e do homem (1). A anterior incubação da Pamina com o conteúdo do intestino delgado do rato e do cão só levemente impediu o efeito antisecretório gástrico deste composto, como se mediu nos ratos com o piloro laqueado. Estes resultados estão geralmente de acordo com a observação de que a Pamina intraduodenal não é mais activa que a intragástrica. As drogas anticolinérgicas baixam, presumivelmente, a produção do ácido clorídrico inibindo o excessivo estímulo neurogénico da secreção gástrica. Até ao presente não há evidência de que tais compostos tenham influência directa hormonal, enzimática, ou por outros caminhos; a inibição directa da actividade celular parietal pode ocorrer, mas esta acção não ficou estabelecida. Se o conceito geral de inibição neurogénica está correcto, não é de esperar persistente, completa supressão da acidez gástrica, sob aspectos e condições práticas, em doentes com úlcera duo-

(1) Estas experiências realizou-as o Dr. Frank Visscher da Companhia Upjohn.

denal só com compostos anticolinérgicos. A acção da Pamina aparentemente não depende da sua possível conversão no vivo em escopolamina. Neste estudo, a escopolamina diminuiu a produção de ácido clorídrico para grau menor que a Pamina. A sonolência, sintoma comum após a ingestão oral de escopolamina, não se observou com a Pamina.

A apreciação cuidadosa da terapêutica na úlcera péptica requer meticolosa observação por períodos longos, talvez 2 a 5 anos, e em relação a quatro critérios, pelo menos: alívio dos sintomas, grau de cura, incidência de complicações e grau de recorrência. Assim, o presente estudo apreciativo da Pamina deve então ser encarado como uma análise preliminar; esta também diminuída pelas dificuldades inerentes a qualquer estudo de critério subjectivo. A Pamina não cura por si a úlcera péptica. Os resultados, contudo, indicam que a Pamina pode ser um adjuvante utilizável na terapêutica. O maior problema clínico no uso da Pamina, como outros compostos anticolinérgicos, está na tolerância individual do doente para as quantidades terapêuticas activas da droga. Para o momento a resposta clínica pareceu-nos ser boa ou favorável em 78 dos 88 doentes; a evolução em 6 indivíduos não se apreciou por motivo de tratamento insuficiente. Os efeitos benéficos parecem atribuíveis primeiro à diminuição da produção de ácido clorídrico; as primeiras observações indicam que com doses únicas de 10 mgrs. de Pamina oral não se suprime a resposta dolorosa à instilação gástrica de 0,5 % de ácido clorídrico em doentes com úlceras gástricas *sensíveis*.

A dose diária activa de Pamina na maioria dos casos varia entre 10 e 20 mgrs., contudo as necessidades individuais variam consideravelmente. A Pamina pode ser prescrita inicialmente em quantidades de 2,5 mgrs. antes das refeições (com o fim de conseguir mais efectiva absorção, e 5 mgrs. ao deitar; a subsequente dosagem pode ajustar-se em relação à resposta clínica e bem estar do doente. A resposta clínica favorável à Pamina, tal como o efeito antissecretório, não se manteve após a interrupção do medicamento. A suspensão temporária da terapêutica frequentemente acarreta o reaparecimento de sintomas relativamente suaves no decurso de alguns dias ou semanas. Recentemente, as úlceras recorreram em diversos doentes durante a administração de Pamina.

No geral a Pamina facilitou uma dieta e um regimen antiácido mais liberais, mas não permite o abandono total do programa de tratamento da úlcera; este objectivo desejável, infelizmente, não é obtível como nenhum dos compostos que se encontram no mercado. Assim, o maior uso da Pamina e de outros poderosos farmacos anticolinérgicos será para obter uma neutralização mais eficaz do conteúdo ácido do estômago, com menos forçoso regimen antiácido que o até agora exigido para muitos doentes com úlcera péptica; com esta finalidade continuam os estudos. Este composto, tal como os outros anticolinérgicos, está contra-indicado nos doentes com hipertrofia prostática, glaucoma incipiente, cardio-espasmo e obstrução pilórica.

A Pamina também parece ser um auxiliar utilizável no tratamento de certos doentes com outros padecimentos gastrointestinais.

Notam-se ocasionalmente resultados benéficos em doentes com perturbações funcionais gastrointestinais, enterite regional e colite ulcerativa. Estas observações sugerem indirectamente que a hiperactividade do sistema nervoso parasimpático é um factor importante na patogenese da diarreia característica destas doenças. Dado que a maioria dos compostos anticolinérgicos inibe a motilidade gastrointestinal mais rapidamente que a secreção gástrica, o controle eficaz da doença é possível com menores quantidades que as necessárias para diminuir aquela secreção, diminuindo-se também deste modo a tendência para os efeitos secundários.

Se todos os compostos anticolinérgicos baixam de modo significativo a secreção gástrica, nos doentes com úlcera duodenal também determinam manifestações de inibição do sistema parasimpático. Nelas está o maior inconveniente. Os efeitos nocivos simultâneos apareceram em 63 dos 88 doentes com úlcera péptica e em 17 houve necessidade de interromper o uso do medicamento. Sintomas semelhantes notaram-se em 25 dos 37 doentes com outros padecimentos gastrointestinais, tendo 11 destes necessitado da interrupção da terapêu-

Há mais de 50 anos que os

**Laboratórios Sherman**

investigam no sentido de  
criar novos medicamentos

# PROTAMIDE

(Solução coloidal de Enzima Proteolítico desnaturado)

apresentado em 1947 é um dos  
resultados dessas investigações

as suas acções  
terapêuticas nas

**N E V R I T E S**

**HERPES ZOSTER**

**TABES DORSALIS**

**V A R I C E L A**

são seguras e eficientes

**Todos os dias vão surgindo  
novas indicações para**

# PROTAMIDE

★

REPRESENTANTES E DISTRIBUIDORES

Soc. Com. CROCKER, DELAFORCE & CIA., S. A. R. L.

Rua D. João V, 2.º — LISBOA

tica. Em geral, os efeitos laterais foram menos intensos que os observados com a Bantina e mais pronunciados que os sofridos com o Prantal; estes dois compostos, segundo a nossa experiência, são agentes de menor potência antsecretória, por via oral, que a Pamina. O uso da Pamina manteve-se em 80 do total dos doentes, 125. Entre os 14 doentes que recebiam 10 mgrs. ou menos por dia, os efeitos secundários não apareceram em 7, foram suaves em 4, moderados em 2 e intensos num caso. Nos 33 doentes que recebiam 15 mgrs. diários, ausentes em 11, suaves em 14, moderados em 6 e intensos em 2. Entre os 33 individuos com 20 mgrs. ou mais diários, ausente em 9, suaves em 8, moderados em 12 e intensos em 4 casos. Até ao presente, está sem explicação a tão variável tolerância individual à Pamina; a sua significação pode depender da taxa de absorção ou de destruição do composto, de diferenças individuais na actividade do sistema nervoso autónomo e na sua resposta aos compostos anticolinérgicos.

A recente indicação da Pamina no tratamento da úlcera péptica e padecimentos gastrointestinais com diarreia deve ser determinada somente após prolongado estudo de maior número de casos. O desenvolvimento químico e a aplicação clínica do Brometo de Pamina e de outros poderosos farmacos anticolinérgicos representa, contudo, progresso na síntese dos compostos diminuidores da secreção gástrica e da motilidade intestinal no homem, com menor toxicidade e com actividade maior que a atropina.

### SUMÁRIO

O Brometo de Pamina em doses de 0,014 a 1,10 mgrs. por dia, intramuscular, produziu anacidez em vinte e cinco de 47 doentes. Os efeitos nocivos manifestaram-se com quantidades de 0,039 mgrs. e aumentaram proporcionalmente com as doses. A Pamina produziu anacidez em 22 de 53 doentes a quem se deu doses isoladas de 2,5 a 25 mgrs. por via intragástrica e em 2 de 6 doentes que receberam 10 a 20 mgrs. intraduodenais. Os efeitos nocivos secundários marcaram-se com doses de 15 mgrs. ou mais. O Brometo de Pamina em comprimidos laminados contendo 5 ou 10 mgrs. suprimiu temporariamente a secreção gástrica em 3 dos 10 doentes.

O bromidrato de escopolamina por via oral em doses de 0,16 a 24 mgrs. produziu anacidez de curta duração em 5 de 15 doentes. Os efeitos acessórios, principalmente sonolência, manifestaram-se em 11 de 15 casos, aumentando na proporção com a quantidade de escopolamina.

Injecções intramusculares únicas de brometo de Pamina em doses de 0,13 a 0,23 mgrs. diminuíram rapidamente a secreção continuamente estimulada do estômago em 6 de 8 doentes. A secreção em jejum durante uma hora, medida a intervalos durante a prolongada ingestão da Pamina, decresceu em 13 de 15 doentes. A primeira resposta clínica julgou-se boa ou favorável em 74 de 88 doentes com úlcera péptica; em 6 a terapêutica considerou-se insuficiente. Efeitos laterais referiram-nos 63 de 88 doentes e 17 necessitaram a supressão da droga. Os sintomas mais frequentes foram secura da boca, enevoamento da visão e obstipação. Os efeitos laterais decresceram ou aparentemente desapareceram por completo durante prolongada terapêutica em 25 doentes. Em nove outros doentes abandonou-se a terapêutica por motivo de fraca resposta clínica, por seguirem outra ou impossibilidade de melhorar o doente.

O brometo de Pamina administrou-se por via oral em 37 doentes com outros padecimentos gastrointestinais que a úlcera péptica. Diminuição da diarreia e alívio das dores espasmódicas do abdómen notaram-se em 11 dos 16 doentes com padecimentos gastrointestinais funcionais. Em 7 dos 10 doentes com enterite regional e em 4 dos 7 doentes com grave colite ulcerativa. Notou-se também melhora sintomática em dois doentes com hérnia do hiatus e azia e num com síndrome de post-gastrectomia. A Pamina foi ineficaz na doente com pancreatite crónica recorrente. Os efeitos laterais sentiram-nos 25 destes 37 doentes; a sua gravidade exigiu a suspensão da droga em 11 casos. O tratamento abandonou-se em oito outros doentes por resposta clínica indesejável.

A ocorrência e gravidade dos efeitos laterais variou

muito entre os casos. Continuou-se a Pamina em 80 dos 125 doentes. Os efeitos laterais estavam aparentemente ausentes em 27, e foram interpretados como suaves em 26, moderados em 20 e graves em 7 doentes. Entre os 45 doentes nos quais a Pamina foi interrompida, a terapêutica terminou em 28 por efeitos laterais; não se tentou reduzir a dose inicial nestes doentes. Em 17 casos a Pamina foi suspensa por outros motivos, principalmente por resposta clínica defeituosa. A prolongada administração oral da Pamina não produziu efeitos tóxicos sobre o sangue, urinária, função hepática ou electrocardiograma.

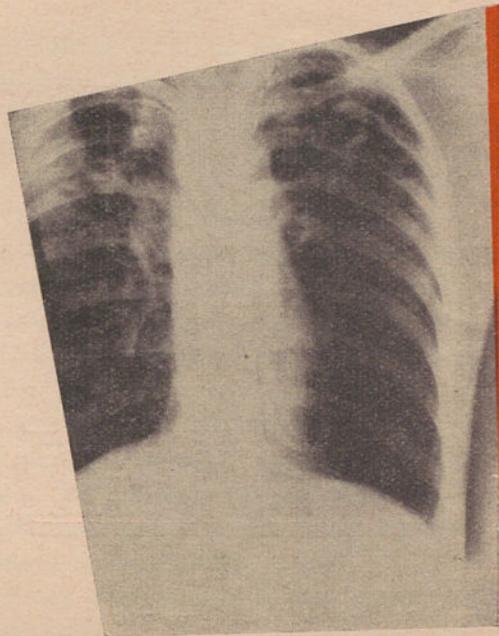
### CONCLUSÕES

- 1 — O brometo de Pamina pode inibir completamente a secreção gástrica basal continua por várias horas ou muito mais.
- 2 — O efeito antsecretório gástrico da Pamina tem variações individuais entre os doentes; o fármaco pode diminuir a secreção gástrica quer dado intramuscular quer por ingesta, mas requerem-se doses muito maiores quando por via oral.
- 3 — A ingestão oral de brometo de Pamina por longos períodos de tempo pode determinar baixa prolongada da secreção basal e, em certos doentes, prolongada anacidez.
- 4 — Os efeitos laterais desenvolvem-se em grau variável na maioria dos doentes e constituem a principal desvantagem; contudo, os sintomas costumam desaparecer com a administração continuada da droga; a incidência e gravidade pode reduzir-se por individualização das doses.
- 5 — Tal como as outras drogas anticolinérgicas o brometo de Pamina não cura a úlcera péptica. Contudo, pode ser um útil auxiliar no tratamento.
- 6 — Brometo de Pamina, diminuindo a motilidade gastrointestinal, pode ser um feliz auxiliar nos cuidados de certas perturbações gastrointestinais acompanhadas de diarreia.
- 7 — A prolongada ingestão de Pamina em doses terapêuticas efectivas não pode causar efeitos tóxicos demonstráveis.
- 8 — O agente ideal antsecretório gástrico, suprimindo completamente a produção de ácido clorídrico por longos períodos após administração oral e altamente eficaz no tratamento da úlcera péptica, sem desagradáveis efeitos laterais, não foi ainda descoberto; contudo, parece ter-se feito algum progresso nesse sentido.

(Gastroenterology, 26, 6. June, 1954. Pgs. 852 — Trad. de A. B.).

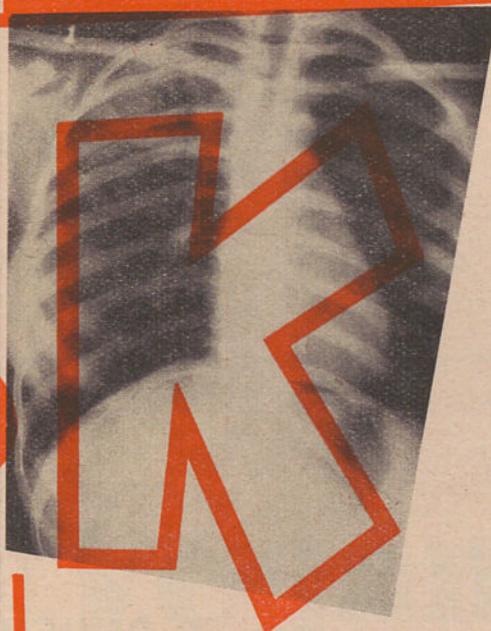
### BIBLIOGRAFIA

- 1 — Visscher, F. E., Seay, P. H., Tazelaar, A. P., Jr., Veldkamp, W. and Vander Brook, M. J. — Pharmacology of Pamine bromide. To be published.
- 2 — Kirsner, J. B. and Palmer, W. L. — Newer gastric antsecretory compounds. J. A. M. A. 151: 798, 1953.
- 3 — Levin, E., Kirsner, J. B. and Palmer, W. L. — A simple measure of gastric secretion. Gastroenterology 19: 88, 1951.
- 4 — Kirsner, J. B., Levin, E. and Palmer, W. L. — The affect of newer anticholinergic drugs upon gastric secretion in man. Gastroenterology 23: 199, 1953.
- 5 — Nyman, E. — N-methylated scopolamine derivatives. Acta physiol. Scandnav. 6: 206, 1943.
- 6 — Kirsner, J. B., Levin, E., Palmer, W. L. and Ford, H. — Gastric secretory response to 3-beta aminoethylpyrazole in man. Gastroenterology 20: 138, 1952.
- 7 — Kirsner, J. B., Palmer, W. L., Levin, E. and Klotz, A. P. — Gastric antacid and antsecretory drugs: A survey based primarily on their effects upon gastric secretion in man. Ann. Int. Med. 35: 785, 1951.



**UMA  
NOVA  
HIDRAZIDA**

**B**



**D-GLUCURONOLACTONA ISONICOTIL-HIDRAZONA**

ACTIVA CONTRA AS ESTIRPES DE B. K.  
RESISTENTES À MEDICAÇÃO CONHECIDA

**COMPRIMIDOS DE**

***Hidraglutone***

MENOR TOXICIDADE  
MAIOR ACTIVIDADE  
ANTIBACILOSA

**UMA NOVA ARMA CONTRA A TUBERCULOSE**

**INSTITUTO LUSO-FARMACO-LISBOA**

# ANTIBIÓTICOS

**WANDER**

## WANDERCILINA

NOVA PENICILINA PROCAINICA  
PRONTA A INJECTAR

FRASCOS DE  
400.000, 600.000, 800.000  
2.000.000 e 3.000.000

## WANDERCILINA R

PENICILINA PROCAINICA + PENICILINA  
POTÁSSICA NA PROPORÇÃO DE 3 PARA 1

FRASCOS DE  
400.000 e 800.000 (Caixas de 1 e 3 frascos)  
FRASCOS SILICONADOS

## PENICILINA POTÁSSICA

CRISTALIZADA, TIPO «G»

MÁXIMA POTÊNCIA E ACTIVIDADE  
PARTICULARMENTE INDICADA EM «AEROSOL»  
FRASCOS DE 100.000, 200.000, 500.000 e 1.000.000

# RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

## Uretrite não gonocócica — ROBERT GRAHAM

A uretrite não gonocócica constitui um dos problemas mais complexos da terapêutica. Conhecendo-se muito pouco dos métodos de tratamento, empreendeu-se um estudo em mais de 1.500 indivíduos afectados desta doença, pertencendo às forças armadas dos Estados Unidos. A fim de se fazer um diagnóstico desta forma particular de uretrite, investigaram-se outras causas possíveis de afecção uretral, tais como uretrite gonocócica, infecção uretral e prostática, por tricomonas vaginalis, uretrite traumática, química e alcoólica, secreção prostática normal e infecção do saco prepucial. O primeiro sintoma da doença é, em geral, uma sensação de ardor no ureter durante a micção, seguido, imediatamente, dum líquido muco-purulento ou purulento, e, algumas vezes, tão profusa como a descarga habitual observada na gonorreia. O período de incubação dura uns 14 dias sendo, raras vezes, menor. Em quase 100 % dos pacientes foi afastada a possibilidade duma infecção sexual.

Por vezes, esta doença coexiste com o aparecimento da gonorreia, podendo diagnosticar-se a existência das duas afecções simultaneamente, quando, depois de curada a gonorreia com penicilina, continua o fluxo uretral.

Nalguns doentes desenvolver-se-ão também prostatites sem que se observem orquites, epididimites, artrites ou qualquer outra complicação. A penicilina não deu nenhum resultado no tratamento destes pacientes. A sulfadiazina deu resultados positivos em 90 % de 1.000 doentes tratados, mas só quando, à dose inicial de 4 grs. se seguia outra de 1 gr. de quatro em quatro horas. O cloranfenicol, na dose de 500 mgrs. de seis em seis horas, também se mostrou útil mas não tanto como a sulfadiazina. A aureomicina deu fracos resultados. Não se encontrou nenhum outro agente terapêutico de valor, excepto os indicados. Nalguns casos resistentes, além dos antibióticos, prescreveram-se banhos de assento, massagens prostáticas e repouso na cama, com bons resultados. Tivemos que suprimir as irrigações locais, visto que tendiam a aumentar a inflamação.

(«U. S. Army Med. J.», 401, 1952).

## As reacções serológicas irreduzíveis: patogénese e tratamento — M. BARBATA.

O autor encara a situação dos luéticos com reacções serológicas constantemente positivas, apesar de, clinicamente, se considerarem curados. Alarmados com a sua situação, recorrem a diversos médicos sem conseguirem eliminar a positividade da sua Wassermann. *Pietravalle*, em trabalhos iniciados em 1922, demonstrou que, no soro luético, a positividade da reacção de Wassermann e da reacção de flocculação são devidas ao *Ca* que neste soro, aumenta muito acima do normal. Baseia esta demonstração nos seguintes factos, experimentalmente comprovados: 1) no soro luético W-positivo o *Ca* aumenta de 1,5 a 2 vezes em relação ao soro normal W-negativo; 2) a junção de determinada quantidade de iões *Ca* a um soro negativo transforma-o em W-positivo; 3) como demonstrou *Fommassi*, pode-se obter a reactivação serológica em luéticos W-negativa, injectando adrenalina, mas observou-se que esta provoca um aumento da calcemia; 4) podem obter-se reacções Wassermann negativos não específicas em indivíduos indemnes de lues mas com outras

enfermidades descalcificantes, quando o conteúdo de *Ca* está aumentado no soro, e em indivíduos sãos durante um tratamento intensivo com *Ca*; 5) em coelhos normais, que apresentavam espontaneamente reacção Wassermann-positiva, o conteúdo sérico de *Ca* é maior que no indivíduo normal; e 6) em caviar *Parrino* obteve reacções Wassermann positivas mediante injecções de *Ca*. Partindo destes dados, o autor, nos indivíduos por ele examinados, encontrou sempre, nos casos de reacção de Wassermann irreduzivelmente positiva o nível hemático de *Ca* superior ao normal, opinando que o intento de obter uma reacção serológica negativa nestes pacientes pode reduzir-se à normalização da sua calcemia. Segundo *Pietravalle*, o agente patogénico de lues provoca alterações patológicas nos tecidos que tem por efeito, entre outras coisas, provocar uma acidose hística e uma descalcificação. O *Ca* que chega aos tecidos através da corrente sanguínea, encontrando no plasma um meio alcalino, deposita-se sobre as globulinas que como demonstrou *Loeb*, são as substâncias calciotropas do plasma, determinando uma mudança do sinal eléctrico e uma melhor dispersão (*Epstein, Paul e Lorenz e Pietravalle*). O problema consiste, pois, em influenciar esta alteração físico-química do plasma em sentido oposto, aumentando a tendência calciopfixadora hística de modo que diminua a quantidade de cálcio, o que se obtém com substâncias alcalinizantes tipo citrato de sódio ou cálcio-fixadores (Vitamina D<sub>2</sub> ou hormonas).

(«Min. Derm.», Janeiro de 1952).



# Véganinne

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



**Contra  
a tosse**

# TUSSIPECT

Xarope • Gotas

Actua pelo saponinato de amónio da raiz da «Primula elatior», pelo cloridrato de efedrina e pelo extracto de tomilho. É um medicamento de sabor agradável, com resultados seguros nas afecções agudas e crónicas do aparelho respiratório.

**TUSSIPECT** — sem codeína

Xarope 150 c c — 180 g

Gotas em frascos conta-gotas de 20 c c

**TUSSIPECT** — com codeína

Xarope 150 c c — 180 g

fosfato de codeína 0,1 %

Gotas em frascos conta-gotas de 20 c c

fosfato de codeína 0,75 %

Um produto com resultados clínicos assegurados e preparado por:

**P. BEIERSDORF & CO. A. G. — HAMBURGO (ALEMANHA)**

Representante

**Pestana & Fernandes, L.<sup>da</sup>**

Secção de Propaganda — R. Prata, 153-2.<sup>o</sup> Esq. — Lisboa

# S U P L E M E N T O

## MOSAICOS NORTENHOS

### LIX

## MAIS UMA DESILUSÃO...

Não se deve estranhar que me interessem de forma particular os problemas da nossa *Assistência* e da nossa *Previdência*. Tende-se, cada vez mais, para o alargamento da prestação dos serviços médicos e isso obriga a esmiuçar os problemas que daí resultam; escalpeliza-los, pondo a nu as facetas em que a sua execução claudica, é, por muitos, interpretado como oposição sistemática, teimosa e impertinente. Mas, de facto, essas críticas têm um sentido de colaboração, a que não são indiferentes os anseios do *bem comum* aplicado e difundido com a generosidade dos ideais que entusiasman, mas que devem por-se em prática de modo a respeitar os limites definidos pela verdadeira *justiça-social*.

Desde há muito que manifesto franca concordância com a orientação adoptada pelo nosso sector da *Assistência*. O critério que se instituiu e se tem seguido neste departamento, está inteiramente isento da faceta socialista que nestes últimos anos apareceu como figurino, que por muitos é defendido com certa inconsciência.

Agrada, e é para louvar, que se vá procurando aperfeiçoar o sistema da assistência escalonada, tornando-o mais suave, para que se esbatam as antipatias que as actuais tabelas ainda despertam. Bem certo estou que assim se fará e os decretos agora aparecidos no «*Diário do Governo*» mostram uma intenção definida não só de manter o sistema, como também de o melhorar e corrigir nos seus pormenores. Refiro-me ao decreto publicado no dia 4 de Setembro, no qual se definem as responsabilidades com a assistência hospitalar e ainda a outro em que se regula o pagamento das importâncias em dívida pelas Câmaras Municipais aos estabelecimentos hospitalares.

Não me interessa analisar artigo por artigo e desbobinar uma ou outra discordância com o que agora se estatue; inte-

ressa-me, principalmente, marcar, mais uma vez, a minha posição concordante com a assistência escalonada e louvar quanto se faça no sentido de a aperfeiçoar e de bem a estruturar.

Já em 1947 no *III Congresso Internacional dos Médicos Católicos*, realizado em Lisboa, manifestei aquela concordância e formulei o desejo de ver a nossa *Previdência* enveredar pela mesma senda, abandonando a fórmula socialista adoptada.

Estou seguro que uma *Previdência escalonada*, actuando sincronamente com a *Assistência* nos moldes em que esta se vem desenvolvendo, daria resultados surpreendentes e reduziria a um número sem valor os queixumes dos beneficiados.

Também em 1951, no *III Congresso da União Nacional*, efectuado em Coimbra, levantei o problema, com larga argumentação, preconizando que a *Previdência* seguisse a mesma orientação da *Assistência*.

Infelizmente, até hoje, nada se fez neste sentido e os dois sectores da nossa administração, continuam a manter-se separados nas suas bases ideológicas e nos modos de actuação. A marcar bem essa separação, afirma-se, no relatório que precede o decreto agora publicado para melhor definir as responsabilidades com a assistência hospitalar: «*eliminou-se a menção dos organismos corporativos, em correlação com a autonomia da função da previdência social*».

Ora nessa autonomia, nesse divórcio, nessa vida à parte, reside a razão do plano inferior em que se vem desenvolvendo o *seguro-doença*, que, na prática, não satisfaz as necessidades — apesar de ser caro. — e dá motivos a comentários que se ouvem por todos os cantos

Continuo a não concordar com a eliminação dos organismos corporativos quando se trate de suportar as responsabilidades com os internamentos hospita-

lares. Vigorando entre nós um *seguro na doença*, não compreendo que um trabalhador atingido por uma doença que o obriga a ser internado, não tenha na sua *Caixa de Previdência* o amparo a que lhe devia dar direito o dinheiro que ele e o seu patrão, semanal ou mensalmente, vão ali depositando. Não se concebe que o *seguro-doença* seja parcial e falhe, precisamente, nos aspectos mais graves da doença, quando era possível torná-lo total e eficiente, se houvesse outra orientação.

Não é a primeira vez que me refiro a este pormenor antipático e nas ocasiões em que o fiz, apontei exemplos convincentes e chocantes, que hoje me abstenho de aqui reproduzir, tão conhecidos são.

Afinal continuam a vigorar os erros que enumerei nos *Congressos* de 1947 e de 1951, mantendo-se a *Previdência* divorciada da *Assistência*. O insucesso da minha insistência não me conduz ao desânimo. Ainda um dia se reconhecerá que os comentários que neste campo se formulam, são a melhor defesa da *Previdência social*. Não se admirem, pois, que nestas colunas o assunto continue a ser varejado com interesse ideológico e total desinteresse material.

A autonomia da *Previdência* nunca dará resultados agradáveis. Abandone-se esse critério errado e vamos antes para um *seguro escalonado* e uma interligação da *Previdência* com a *Assistência*. Só assim conseguiremos uma obra durável e eficaz, em moldes essencialmente nacionais.

Mas as palavras atrás respigadas do «*Diário do Governo*» mostram que, por enquanto, se mantém o erro. Para aqueles que anseiam um *seguro* sério e real, conservar a *Previdência* num trilho ideologicamente errado, constitui mais uma desilusão que choca e fere.

# O QUE FOI O TERCEIRO CONGRESSO DE MEDICINA RURAL

Mais de 350 pessoas, na maioria médicos rurais, compreendendo, também, numerosos veterinários, parteiras, enfermeiros, assistentes sociais, etc., assistiram em Grenoble, em 19, 20 e 21 de Junho do ano findo, ao III Congresso Nacional de Medicina Rural, que teve lugar no Instituto Politécnico, cuja sessão solene de abertura foi presidida por *M. Pariselle*, Reitor da Universidade.

No decurso destas jornadas, *Paulin*, Presidente da Secção de Isère da Associação de Medicina Rural, expôs os *problemas das vacinações no meio rural*. Pede a realização duma experiência, baseada na realização destas vacinações no gabinete do clínico e faz ressaltar que, desta maneira de actuar, haveria benefícios para todos.

*Bonniot*, Director da Escola de Medicina, evoca as lacunas do ensino médico actual e procura as medidas a tomar para remediá-las, especialmente por um inquérito geral junto dos clínicos, para conhecer as suas necessidades para a prática médica diária.

*Sappey* acolhe os congressistas em nome da Ordem dos Médicos no decurso da primeira sessão, no final da qual, os participantes foram junto do monumento erigido à memória de *Valois*, médico rural e herói da resistência de Vercors.

A *História e a Geografia Sanitárias de Dauphiné* foram estudadas, no segundo dia, por *Paulin* que fez ressaltar o despovoamento desta província, desde 1852. A sua comunicação foi ilustrada com um filme consagrado à vida em Saint-Véran, a mais alta comuna da França.

Depois, sob a presidência de *Aujalen*, Director da Higiene Social do Ministério

de Saúde Pública que chamou a atenção para a baixa considerável da percentagem da mortalidade infantil que, de 120 % em 1930, baixou para 41 % em 1952, o Professor *Mahon*, de Bordeus, estudou a *Protecção Pre-natal* e estabeleceu como princípios: que esta vigilância deve ser exercida pelo médico de família que acompanhou a mulher grávida; que os exames sistemáticos são necessários. É necessário não hesitar em recorrer à radiologia e à biologia para poder despistar, precocemente, as doenças.

*Borie e Vial*, da Secção do Loire, estudaram, em seguida, o *papel do clínico rural na vigilância pré-natal*. A sua comunicação baseava-se num inquérito por sondagem, empreendido pela Associação junto de 1.800 médicos, escolhidos à sorte, entre os quais mais de 700 preencheram o questionário que lhes tinha sido enviado.

A segunda Jornada deste Congresso finalizou com uma sessão de informação por *Debuine*, secretário geral, que expôs os fins da Associação que não é nem uma ordem, nem um sindicato e que se limita ao estudo técnico dos problemas da saúde rural.

Os participantes deste Congresso reuniram-se, depois, num banquete de mais de 200 talheres, em Uriage.

A terceira Jornada começou pelo estudo *duma doença rural, provocada pelas bruceloses*, cujo diagnóstico e tratamento foram expostos pelo Professor *Janbon*, de Montpellier, que prestou homenagem a Cantaloube, médico rural das «Hantes-Cévennes» que, desde 1909, reconheceu a existência da febre de Malta.

Em seguida, coube a *Magallon*, médico veterinário, expor o *problema da profilaxia das Bruceloses animais*, en-

quanto que *Faure*, de Bourg-d'Oisans, tratava da *profilaxia humana*. Mais uma vez, foi demonstrada a necessidade da coordenação entre médicos e veterinários, que é um dos fins da Associação de Medicina Rural.

Sob a presidência de *J. Oudot*, cirurgião dos Hospitais de Paris, que foi o médico da Expedição Francesa de Annapurna e que devia sofrer umas semanas depois, a morte trágica num acidente de viatura. *Yandel*, Director da Educação, Sanitária, tratava dos *transportes sanitários em regiões acidentadas*, relação que se seguiu duma exposição sobre as *possibilidades do helicóptero*, pelo médico comandante *Achiary*, do Centro de Ensaio de Voo de Brétigny. De tarde, fazia-se uma demonstração dum salvamento na montanha por um grupo de C. R. S. de Socorro na Montanha, sobre as encostas da Bastille.

O Congresso finalizou com a apresentação de dois filmes sobre «*os enxertos arteriais*», de *J. Oudot*, que precederam o *Relatório de Síntese*, de *Bour*.

O banquete de encerramento teve lugar no restaurante da Bastilha sob a presidência de *M. Ricard*, Prefeito de Isère.

Falta, finalmente, assinalar a Conferência reservada aos Veterinários, feita pelo professor *Goret*, de Lião, sobre a *Doença de Carré*, as relações entre o vírus desta doença e certas doenças humanas; uma reunião sobre as *capacidades profissionais reduzidas a Seguros Sociais Agrícolas* e, finalmente, a reunião dos quarenta delegados departamentais, das Secções da Associação.

Além disso, realizou-se uma excursão para as famílias dos congressistas ao Massiço da grande Chartreuse e ao Castelo de Vizille.

Todas estas manifestações conservaram, sempre, um alto nível técnico bem como uma grande cordialidade nas discussões, cordialidade que, desde há 3 anos, tem-se mantido pela Associação de Medicina Rural, não só nos médicos rurais, mas também entre os representantes qualificados das elites rurais, para bem da nossa agricultura porque a saúde é um factor de produtividade.

(«*La Semaine des Hôpitaux*», n.º 62 de 14 de Outubro de 1953).



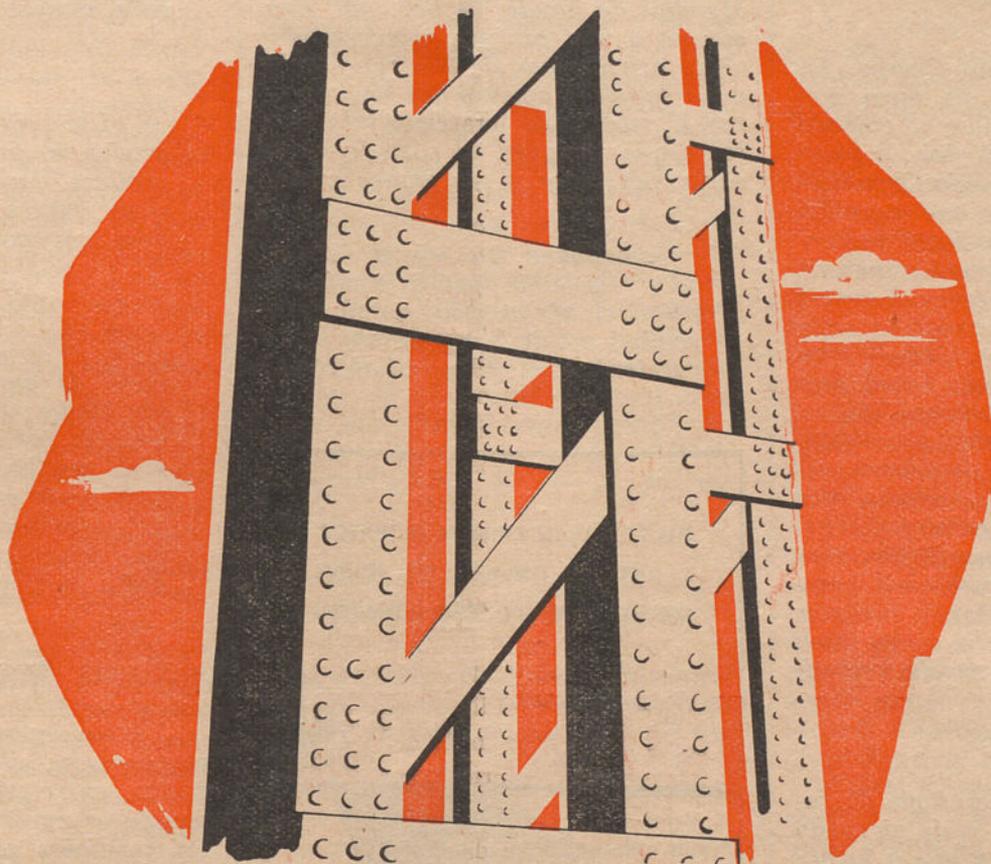
E. TOSSE & C.<sup>A</sup>  
HAMBURGO

## Bismogenol

O MAIS PODEROSO ADJUVANTE DOS ANTIBIÓTICOS MODERNOS

A aplicação combinada de BISMOGENOL e Penicilina provoca uma multiplicação do efeito total, o que se torna vantajoso não somente no tratamento da LUÈS mas também nitidamente em todas as infecções STREPTOCÓCICAS (Heite e outros). O BISMOGENOL e a Penicilina podem ser administrados em seringa mixta; a vantagem especial que isso permite está na possibilidade de um ajustamento exacto das doses individuais.

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART  
Rua de Santo António, 203 — PORTO  
SUB AGENTE: A. G. GALVAN — R. da Madalena, 66-2.º — LISBOA



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

# VICOMBIL

Bial

## DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A . . . 5.000 U. I.	VITAMINA B <sub>2</sub> . . . 0,002 g.
VITAMINA D <sub>2</sub> . . . 500 U. I.	VITAMINA B <sub>6</sub> . . . 0,003 g.
VITAMINA C . . . 0,075 g.	VITAMINA B <sub>12</sub> . . . 0,001 mg.
VITAMINA E . . . 0,01 g.	VITAMINA P. P. . . 0,02 g.
VITAMINA B <sub>1</sub> . . . 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 INTELÉCTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÓNICAS, CONVALESCENÇAS

# ECOS E COMENTÁRIOS

## OS MÉDICOS E O SEGURO SOCIAL

Não há ainda muito tempo, foi largamente difundido no meio médico, graças à diligência e ao cuidado dos Serviços Médico Sociais, o parecer do grupo de peritos da Organização Mundial da Saúde que a pedido da Organização Internacional do Trabalho fora elaborado para estudo da chamada «Convenção sobre a norma mínima de segurança social».

Parece razoável que, a título complementar, algo se diga sobre esta Convenção e aquele Parecer.

Segundo a primeira, «as prestações médicas, em caso de doença, devem compreender os cuidados dos práticos de medicina geral e dos especialistas, o fornecimento dos produtos farmacêuticos essenciais prescritos por um médico ou por qualquer outro prático qualificado, assim como a hospitalização em caso de necessidade».

\*

E isto nos diz, desde logo, da falha do nosso sistema, mais atrasado hoje do que ontem, em que a hospitalização, para cuidados médicos ou cirúrgicos, para curta ou longa duração, como nos sanatórios, foi já considerada e constituíu direito e benefício que usufruíram, com pleno êxito e total garantia, centenas ou milhares de beneficiários da nossa Previdência, com inteiro cabimento e solvabilidade, aliás, das Caixas que o instituíram.

\*

Quanto ao segundo, o «parecer» em causa, deve dizer-se que aquilo que nele motivou maior celeuma, foi a proposta referente aos honorários dos médicos, que se pretendia ver volvidos, no quadro do Seguro Social, em vencimento fixo, bem como a própria composição do Comité, formado de médicos ilustres, onde abundavam os altos funcionários mas não havia um único clínico...

Assim o extranhou a Associação Médica Mundial, criticando o referido Relatório e expondo o seu ponto de vista, de pleno desacordo com tais propostas.

Não teve, entre nós, a atitude e parecer da Associação que na verdade representa os médicos de todo o mundo livre, quem a divulgasse. Deram-lhe, contudo, larga publicidade, além do órgão daquela Associação, o *British Medical Journal* e o *J. A. M. A.*, entre outros.

\*

Não parece, todavia, que deva deixar de meditar-se sobre o próprio

Relatório dos peritos da Organização Mundial de Saúde, se bem que esta mesma o não perfilhe inteiramente, antes afirme que ele não representa mais do que a opinião dos seus autores. E, meditando, anotemos três pontos a que qualquer de nós não recusaria, por certo, o seu franco apoio:

«Qualquer que seja o sistema adoptado, é em todo o caso indispensável que o médico seja convenientemente remunerado, que mantenha relações satisfatórias

com os seus doentes e lhes conceda atenção contínua.»

\*

«Uma parte dos fundos consagrados ao programa de cuidados médicos deve servir para organizar cursos de aperfeiçoamento para o corpo médico...»

\*

«...O grupo insistiu sobre o facto de que os médicos devem ser facilmente acessíveis e que os doentes, tal como o corpo médico e as profissões aparentadas, devem estar representados no seio da autoridade administrativa de que depende o programa de cuidados médicos.»

M. M.

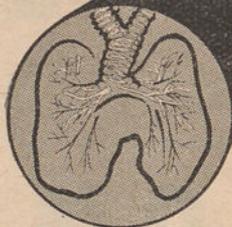
## A NOSSA GINECOLOGIA

Várias vezes me tenho referido à pouco airosa situação em que se encontra, entre nós, a ginecologia. São poucos os centros onde se trabalha, em condições razoáveis, nesta especialidade, que lamentavelmente continua ligada, nos nossos grandes hospitais, a outros sectores clínicos. Portugal é hoje dos pouquíssimos países em que os doentes do foro ginecológico são atendidos nos serviços de cirurgia geral. Numa época em que a grande maioria dos casos de ginecologia estão fora do domínio da terapêutica cirúrgica e em que os conhecimentos relativos à ginecologia são tão vastos que se torna difícil, a um só médico, abrangê-los a todos! De resto, são precisamente os países nos quais a ginecologia ainda continua, em grande parte, a ser feita pelos chamados cirurgiões gerais que ela se encontra mais atrasada e decadente. Como poderá um clínico, cuja actividade se estende a vários sectores da cirurgia, interessar-se pelos múltiplos problemas que dizem respeito à ginecologia, como a endocrinologia, a fisioterapia, os conhecimentos actuais sobre as doenças infecciosas e parasitárias genitais, a variedade de assuntos referentes à anatomia patológica do aparelho genital feminino, etc., etc.?

Fundou-se, recentemente—enfim!— a Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia, cuja primeira reunião se vai realizar no dia 25 do corrente em Coimbra. Esperamos que da actividade desta nova organização resulte alguma coisa de benéfico para as duas especialidades, que, para maior eficiência, conviria separar quanto aos serviços hospitalares e universitários. As sociedades, ao mesmo tempo de ginecologia e de obstetrícia, existem em todos os países; nalguns, porém, para melhor se de-

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

# PULMAXIL N



Iodidrato do éster  $\beta$ -dietilamino-etílico  
de benzilpenicilina

PARA 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

envolverem os problemas ginecológicos, criaram-se sociedades só de ginecologia.

Compreende-se que, de momento, se mantenham as sociedades ao mesmo tempo de ginecologia e de obstetrícia, pois que, na maior parte dos países, os clínicos que se dedicam a uma dessas especialidades, trabalham também, mais ou menos, na outra. A nossa nova sociedade surge, pois, com a maior oportunidade e os seus dirigentes, a quem cabe graves responsabilidades, não deixarão, pois, de as assumir decididamente, trabalhando, com entusiasmo e tenacidade, para elevar o nível dos sectores médicos a que dizem respeito.

Já aqui me referi à organização recente da Federação Internacional de Ginecologia e de Obstetrícia. Na sessão inaugural, em Genebra, esteve representada a nossa nova Sociedade, que só, aliás, à última hora pôde indicar que se faria representar, pois estivemos na iminência, por falta da sociedade nacional, de não sermos representados numa reunião de grande projecção internacional. Logo a seguir, realizou-se o Congresso Internacional de Ginecologia e de Obstetrícia, no qual o nosso país tinha, apenas, inscritos seis representantes! É curioso salientar que, nesse mesmo congresso, estavam inscritos 18 colegas jugoslavos e 25 espanhóis.

M. C.

#### PRÉMIO HORMONAL CIBA

Com o patrocínio da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, criou a CIBA três prémios, a distribuir anualmente, na «intenção de estimular e apoiar os trabalhos de investigação nos campos da endocrinologia clínica e laboratorial, realizados em Portugal com o fim de galardoar, por ordem do seu merecimento, um até três trabalhos com as aplicações terapêutica ou experimental de produtos hormonais cedidos pelos Laboratórios CIBA».

Aí está uma iniciativa que merece a maior simpatia da classe médica. Mais uma vez um laboratório de especialidades farmacêuticas, contribuindo para os progressos das ciências médicas, vem ao encontro de muitos clínicos e investigadores, auxiliando-os e estimulando-os em trabalhos de utilidade manifesta. Tratando-se dum campo onde largos horizontes se descortinam e é possível realizar trabalhos de alcance científico e clínico — a endocrinologia — e sendo a casa CIBA uma das organizações que melhor e mais intensamente se têm dedicado a este ramo da farmacologia e da terapêutica, tem toda a idoneidade para lançar uma iniciativa que, naturalmente, a nossa Sociedade de Endocrinologia — que, apesar de recém-constituída, disfruta já de justo prestígio — imediatamente patrocinou. Fazemos votos porque, em breve, possamos aplaudir, igualmente, iniciativas de outros laboratórios, que, como esta, muito podem contribuir para o estímulo e a ajuda material de investigações no campo da medicina.

do-os e estimulando-os em trabalhos de utilidade manifesta. Tratando-se dum campo onde largos horizontes se descortinam e é possível realizar trabalhos de alcance científico e clínico — a endocrinologia — e sendo a casa CIBA uma das organizações que melhor e mais intensamente se têm dedicado a este ramo da farmacologia e da terapêutica, tem toda a idoneidade para lançar uma iniciativa que, naturalmente, a nossa Sociedade de Endocrinologia — que, apesar de recém-constituída, disfruta já de justo prestígio — imediatamente patrocinou. Fazemos votos porque, em breve, possamos aplaudir, igualmente, iniciativas de outros laboratórios, que, como esta, muito podem contribuir para o estímulo e a ajuda material de investigações no campo da medicina.

#### MORTALIDADE DEVIDA A MORDEDURAS POR SERPENTES

A Organização Mundial da Saúde organizou um inquérito sobre a mortalidade devida a mordeduras por serpentes.

Das 2.500 espécies de serpentes, menos de 200 são perigosas para o homem. Em geral, as serpentes venenosas vivem nos países quentes; mas também existem algumas nos Estados Unidos, na Escandinávia e noutros países frios.

O inquérito referido não pôde chegar a conclusões seguras sobre as estatísticas das pessoas atingidas pelas mordeduras de serpentes. Aproximadamente, o total dos habitantes dos países a respeito dos quais se possuem informações e que não compreendem a China, a Rússia e os países satélites, é de 1.122.000.000; nestes países, o número total de mortes é de 30.000 a 40.000 por ano. A Ásia está à frente, com 25.000 a 35.000 mortes. Nas Índias, todas as espécies venenosas aí vivem e se reproduzem.

Calcula-se em 3.000 a 4.000 as mortes em cada ano por mordeduras de serpentes na América do Sul, fora o Brasil, que conta 4.800 mortes anuais.

Na Europa, as serpentes venenosas pertencem apenas à família dos viporídeos; encontram-se sobretudo na Escandinávia, nos Apeninos, nos Balcans e nos Pirineus. A média das

mortes por ano durante os anos de 1944 a 1947 é: para a França—21,8; Itália—17,6; Inglaterra e País de Gales—8; Espanha—5,3; Finlândia—1,2; Suíça—0,5; Noruega, Holanda e Suécia—0,4; Escócia—0,2, por 100.000 habitantes. Na Europa, a mortalidade é sobretudo em crianças.

#### GREVE DE MÉDICOS

2.200 médicos de Israel estiveram em greve devido a insuficiência de salários; desses 2.200, 400 são empregados do Estado e 1.500 funcionários das «Trade-Unions».

A greve abrangeu a maior parte dos médicos do país. Em Israel, com 1.500.000 habitantes, há cerca de 4.000 médicos; é a nação com maior percentagem de médicos.

O governo opoz-se a um aumento dos vencimentos dos médicos, alegando que, sendo Israel um país de economia dirigida, o aumento de salários para os médicos só poderia dar-se desde que houvesse um aumento geral de salários, e isso provocaria a inflação, com agravamento geral do custo de vida.

Certa imprensa, sobretudo a socialista, criticou ásperamente os médicos grevistas, dizendo que não tinham o direito de se porem em greve. Esse modo de proceder — declararam — era sem precedentes e em contradição com a ética da profissão médica. As «Trade-Unions» demitiram os médicos grevistas e levaram-nos a um tribunal de honra, acusando-os de indisciplina.

Os médicos organizaram um fundo destinado a recomençar e a estender a greve.

#### LOUVÁVEL INICIATIVA

Os Laboratórios Vitória tomaram a excelente iniciativa de criarem um prémio, com a designação de «Prémio Alberto Mac Bride», destinado aos autores dos melhores trabalhos a apresentar à Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa. Esta notícia, que nos chega à hora de encerrarmos este número — e por isso não podemos desenvolvê-la agora — enche-nos de satisfação, por termos oportunidade de a destacar, com os devidos louvores.

## 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

## Um hospital moderno de 1.500 camas com novas clínicas universitárias, em pleno funcionamento

Conquanto nós tivéssemos levado à Suíça, nesse Verão de 1953, assuntos de especial interesse para o Instituto de Reumatologia, nomeadamente a indispensável participação no Congresso Internacional, não nos era lícito deixar de tornar extensiva a todo o Hospital Cantonal de Zurique, uma visita que fizemos às novas e modelares instalações da Clínica Reumatológica e do Instituto de Fisioterapia, ambos funcionando conjuntamente sob a direcção do Prof. Böni.

Justamente nesse dia de Agosto estas instalações estavam em exposição para o público, pois constituíam uma nova zona hospitalar a entrar em funcionamento; pôde ser minuciosa tal visita, em que o nosso companheiro de missão Dr. Assunção Teixeira e eu próprio fomos acompanhados pelo Dr. Gross, assistente da Clínica. Passado o Congresso, entendeu o nosso Colega voltar lá por uns dias, para se inteirar ainda de certos processos de terapêutica e das instalações.

Como nos viesse à ideia o inquirir das condições de trabalho e apetrechamento à disposição do Prof. Böni e dos seus colaboradores, verificamos facilmente que além do espaço necessário para hospitalizar 41 doentes (em dois andares), havia amplas salas para duas piscinas, aplicação de ligaduras e sistemas de extensão da coluna vertebral, aquecimento e mistura de lamas, massagens, termoterapia, duches, numerosas tinas para banho de modelos modernos, electroterapia, pequena cozinha, quartos para repouso, banhos eléctricos, consulta externa com gabinete de colheitas e sala de espera, registo de doentes e respectivo arquivo, arrecadação de material e acessórios. No 2.º piso, além da direcção da Clínica e do seu secretariado, mais quartos de internamento, sendo cinco de clínica privada, laboratórios de química, de física e de serologia, biblioteca, electrocardiografia, câmara escura além de colecções de trabalhos. Assim, é muito apreciável a área ocupada por este sector, a que foi dada natural importância no sistema hospitalar.

Uma recomendação do Prof. Böni para a direcção do Hospital permitiu a um de nós, especialmente interessado no caso, de o percorrer durante horas podendo colher todos os apontamentos que lhe foi possível sobre o funcionamento desde 1951, dum grande máquina hospitalar, trabalhando em pleno rendimento, expressão do espírito de eficiência, de organização e de dinamismo que são apanágio do povo suíço.

De facto como povo instruído e são, foi aos progressos técnicos que foi buscar possibilidades de existência e de expansão, sobrepondo-se à pobreza dos recursos naturais. Nenhuma actividade lucrativa ocupa actualmente nesse país tantas pessoas como a indústria, muito mais que o comércio e a banca, os hotéis, os transportes, as profissões liberais, e a administração. Sempre em crescendo, as indústrias têxteis tradicionais, a metalúrgica, a construção de máquinas, a indús-

tria relojoeira, a dos produtos alimentares, a das artes gráficas, a indústria química e farmacêutica, as indústrias eléctricas, graças a muita tenacidade e aos aproveitamentos de energias hidráulicas, transformaram e mantêm em elevado nível a economia federal para uma população crescente e agarrada ao solo natal. Se adicionarmos a tudo isto a valorização dos recursos turísticos, o cuidado e aperfeiçoamento posto nos meios de transporte, a situação central e neutral vigorosamente defendida, mais completamos as nossas ideias sobre as razões fundamentais de tão grande intensidade de vida e de prosperidade.

Progresso técnico e espírito renovador carecem dum educação elevada e acessível que existe nesse país, onde não há praticamente analfabetos e onde, numa área modesta cabem sete Universidades, frequentadas por 15.000 estudantes, dos quais 3.300 são estrangeiros.

Precisamente a Universidade de Zurique é a que tem maior número de alunos circunstância que terá fatalmente que contribuir para o ambiente cultural em que se construiu e funciona o Hospital Cantonal. A Universidade é porém o mais alto grau dum educação complexa que é organizada pelos cantões e subvencionada pela Confederação, com instrução obrigatória para as crianças em idade escolar e durante anos; portanto escolas primárias, secundárias ou preparatórias para o bacharelato e altos estudos, cursos de artes e ofícios, de comércio, de agricultura são de frequência elevada. É corrente pessoas em situação modesta falarem bem, mais dum língua.

O ambiente espiritual que cria o consciente propício à visão larga de problemas de certa grandeza a resolver e também às iniciativas e ao pensamento criador, harmoniza-se bem com as actividades dos centros de cultura, as conferências, as publicações, a frequência às bibliotecas, aos concertos musicais e mesmo a boa difusão pelas emissoras e pela imprensa.

Ao percorrermos, pois, as diferentes instalações e ao anotarmos o seu funcionamento, ansiosos de conhecimentos positivos e claros, acudia-nos constantemente a visão do Novo Hospital Escolar em acabamento; e víamos, distante da Pátria, com uma certeza perfeita e segura, como também fora profunda a transformação e o espírito renovador que permitiu dar corpo e realidade a uma tal mole hospitalar.

O maior edifício construído em Portugal é simultaneamente uma notável obra de engenharia e de humanidade, de processos técnicos e de cultura universitária. Surge numa época de fomento e de vigorosa modificação de procedimentos, sequência lógica da valorização económica e aproveitamento de recursos por largos anos latentes; mas surge também a aplicação de conceitos e técnicas hospitalares inteiramente diferentes das que ainda pretendem anacrónicamente manter-se,

cimentadas pela continuidade de respeitáveis tradições.

Assim, não se possuindo uma verdadeira e perfeita visão das principais finalidades hospitalares, as actividades dos interventores tenderão a desviar-se dum perfeita coordenação e tração, portanto, desarticulação das funções e o desperdício de energias.

É preciso ver-se a alta importância que socialmente tomaram os hospitais; não só as exigências materiais e instrumentais como as actividades médicas organizadas criaram formas de trabalho conjunto cuja tradução financeira tende a elevar-se. Aumentou a população dos grandes centros, a vida familiar tomou novos rumos, o doente, cada vez mais, tende a sair para o ambiente do hospital; também a cultura geral leva a cuidar melhor da saúde, cresce em importância a prevenção das enfermidades e novos modos de ver, rompendo com preconceitos, caracterizam a sociedade moderna. Ao homem civilizado interessa antes de mais nada, a saúde; logicamente quanto mais a sociedade se preocupa com a saúde pública, maior civilização atinge. É também no hospital que o trabalho médico mais se eleva nas suas responsabilidades técnicas, morais e sociais; as funções do hospital são assistenciais no tratamento de doentes, profiláticas na prevenção das doenças, educativas na formação de médicos e de pessoal, de investigação do progresso da própria Medicina.

Para poder cumprir tais funções e não atrofiá-las, muitos e variados profissionais coordenarão os seus esforços para beneficiar máximamente o doente e não para o vilipendiar, e privar do que lhe é devido, documentando-se todos os dados necessários ao ensino e ao trabalho científico. Seja como for, certo é, que não é de sobrepôr nem a disposição geral nem mesmo a distribuição das Clínicas Universitárias de Zurique às que farão parte do Novo Hospital. Há porém muitas circunstâncias que pela sua identidade, se correspondem e assim a totalidade dos hospitalizados atinge o número de 1.491, conforme distribuição a'iante mencionada. Muitos dos problemas que se têm entre nós suscitado, podem já ter tido a solução adequada e confirmada pela prática.

Há que tomar em consideração também que muitas das instalações representaram a melhoria ou a ampliação com aperfeiçoamento, de outras já anteriormente existentes. Situado em terreno inclinado o Hospital aproveitou certas áreas desocupadas por efeito de demolições o que deu lugar ao aproveitamento de armazéns existentes no subsolo. Na parte mais alta edificou-se a cozinha principal ligada ao grande bloco por uma galeria bastante extensa.

Já em 1885 o antigo hospital cantonal era um grande e extenso edifício; em conformidade com o desenvolvimento e os progressos da Medicina estava em conexão com outras instalações canto-



**Gardénal**  
FENIL-ETIL MALONILUREIA

**EPILEPSIAS  
CONVULSÕES  
ESTADOS ANCIOSOS  
INSONIAS REBELDES**

EM TUBOS DE COMPRIMIDOS  
• 0 gr. 10. 0 gr. 05 0 gr. 01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
SPÉCIA  
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE

Representantes:

Sociedade Comercial CARLOS FARINHA, LDA.

Rua dos Sapateiros, 30-3.º

LISBOA

nais para as doenças mentais, para hospitalização de crianças e para clínica de mulheres.

Desde 1882 o Instituto de Anatomia Patológica e desde 1885 o de Fisiologia tinham entrado em funcionamento; atrás deles foram aparecendo um grande anfiteatro operatório, a clínica oftalmológica, a de dermatologia e doenças venéreas, a de estomatologia e a de garganta, nariz e ouvidos. O Instituto de Higiene data de 1912, e o de Fisioterapia de 1917. Finalmente alargou-se o Hospital infantil. Por meados de 1941 construções dispersas numa área importante onde avultava o edifício principal, instalações daqueles institutos e clínicas e também do Instituto de Anatomia, da Farmacologia, da Radioterapia, da Farmácia cantonal,

das consultas de Medicina, Neurologia e psiquiatria, do Laboratório de Química Médica, pavilhões separados para doentes, arquivo de inflamáveis, lavandaria, armazéns, habitações para pessoal, estação de aquecimento e máquinas, tudo se relacionava e congregava naquelas áreas.

Assim o Hospital cantonal e os edifícios dos Institutos, servindo o ensino e as investigações no domínio da medicina, tornaram-se escola também de pessoal técnico. Porém durante a segunda guerra mundial tudo se orientou no sentido da construção dum grande e moderno Hospital Universitário. Nele estão representadas todas as grandes divisões médicas que se entendeu dever agregar. Não vamos ocupar-nos dos pormenores da construção, aliás sem preocupações de sum-

ptuosidade, antes de conforto e eficiência; pontos há até onde os revestimentos de cortiça nos pavimentos encerados, a cor das paredes, sistema de protecção das esquinas, a densidade das janelas e os relógios suspensos são de tal forma parecidos com os do Novo Hospital de Lisboa, que permite asseverar que a técnica de construção foi em certos pormenores semelhantemente concebida e executada. Até na maneira de mostrar o edifício aos visitantes se começa como entre nós também por ir ao terraço para se admirar a vista que é aliás interessantíssima e permite apreciar um conjunto que lá se completa porém numa sala próxima com o exame da «maquette». Mas na verdade o que nos preocupou francamente foi acima de toda a anatomia estrutural das construções, a sua fisiologia e organização e é nesse sentido que orientámos este nosso artigo.

O Hospital Cantonal de Zurique depende da Direcção de Saúde e nele cada Clínica constitui uma unidade cujo director foi nomeado por aquela Direcção à qual estão também subordinados directamente o director administrativo do Hospital e o farmacêutico cantonal.

Para tratarem dos assuntos comuns os directores das Clínicas reúnem-se em conjunto (Klinikdirectoren-Konferenz), a fim de se ocuparem de problemas e serviços médicos, técnicos de enfermagem e sociais, competindo-lhe assim tudo que não tenha natureza superiormente considerada como económica e administrativa. Também fazem as propostas de nomeação dos médicos, de todo o pessoal técnico e das Chefes das enfermeiras; até um certo montante podem decidir da aquisição, de instrumentos e aparelhos médicos. Para o director administrativo estão reservados todos os assuntos gerais hospitalares de natureza económica e doméstica e os que respeitam à conservação do edifício.

O farmacêutico cantonal tem a seu cargo o abastecimento em medicamentos das Clínicas e Consultas não só do Hospital como de outros estabelecimentos do cantão, tendo atribuições não somente técnicas mas também administrativas. A farmácia cantonal está instalada no Hospital.

Tal como se encontra em funcionamento, é o Hospital Principal do cantão, o centro médico duma rede de outros hospitais mais pequenos e, na maioria, pouco especializados; por isso lhe deu desenvolvimento nas Clínicas especiais. Também se considerou, em virtude da sua condição de Hospital Universitário que os maiores agrupamentos seriam as clínicas médicas, as cirúrgicas e as de obstetria e ginecologia. As clínicas de pediatria e de psiquiatria não existem no Hospital Cantonal; somente divisões para lactentes são e doentes em ligação com a obstetria e consultas de psiquiatria, com algumas salas para internamento.

Como Clínica pediátrica é utilizado o Hospital infantil e como Clínica psiquiátrica o Manicómio Burghöltz. A ortopedia só tem consulta externa, sendo os internamentos feitos noutra estabelecimento.

## SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»  
DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

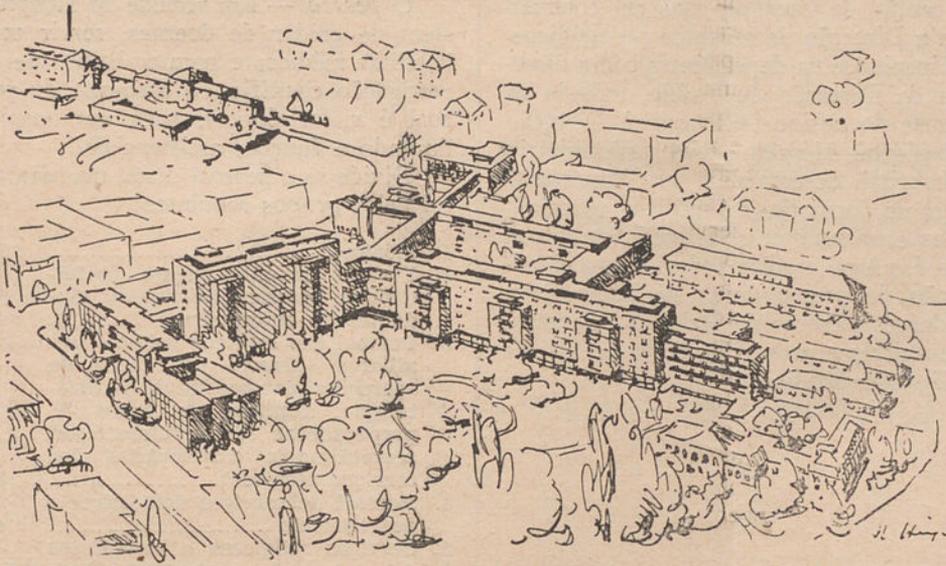
# FTALIL-KAPA

# FTALIL-TIAMIDA

# FTALIL-TIAZOL

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA



O desenvolvimento da distribuição dos serviços pode agora ser apreciado:

#### A) DOENTES HOSPITALIZADOS

1. Admissão	Números de camas	10	
2. Clínicas Médicas:			
a) Medicina interna geral...		164	
b) Doenças infecto-contagiosas		37	
c) Tuberculose		20	
d) Convalescentes		52	
		273	273
3. Consulta de Medicina (em observação)			
			26
4. Clínica Neurológica			
			14
5. Clínica Reumatológica			
			41
6. Clínica de Dermatologia e Venereologia			
			110
7. Clínicas Cirúrgicas:			
a) Cirurgia geral, com secções urológica e de acidentes de urgência		182	
b) Cirurgia torácica		32	
c) Cirurgia infantil		34	
d) Convalescentes		48	
		296	296
8. Clínica de Neurocirurgia			
			56
9. Clínica de Olhos			
			90
10. Clínica Otorinolaringológica			
			72
11. Clínica de Radioterapia			
			40
12. Consultas de psiquiatria (em observação)			
			14
13. Clínica de mulheres:			
a) Ginecologia		125	
b) Obstetria		152	
c) Lactentes		127	
d) Lactentes doentes		45	
		449	449

#### B) CONSULTAS EXTERNAS

- Medicina geral
- Dermato-venereologia
- Neurologia
- Reumatologia
- Cirurgia geral, com secções de ortopedia e de urologia
- Neurocirurgia
- Oftalmologia
- Ouvidos, nariz e garganta, com secções de foniatria e aparelhos de audição
- Radioterapia
- Psiquiatria, para adultos
- Psiquiatria, para crianças
- Ginecologia, com secções de colposcopia e de hormonoterapia
- Obstetria.

#### C) INSTITUTOS E SERVIÇOS CENTRAIS DE DIAGNÓSTICO E DE TRATAMENTO

- Instituto Central de Roentgen diagnóstico
- Instituto de Radioterapia, com laboratórios de isótopos
- Instituto de Fisioterapia
- Estação electroencefalográfica
- Laboratório de Química Médica
- Instituto de Patologia
- Instituto de Histopatologia
- Farmácia Cantonal
- Biblioteca.

Todos os médicos exercendo actividade hospitalar são funcionários do Hospital. Só os directores das clínicas e alguns docentes das consultas externas podem além do trabalho hospitalar, manter clínica particular. Além disso aos Directores das Clínicas é facultado, nas divisões para esse fim destinadas, tratar os seus doentes particulares e regular com eles, os seus honorários. Os outros médicos não podem intervir nas secções de doentes privados; médicos-chefes e

assistentes estão em regime de tempo completo e não podem exercer clínica particular.

À frente de cada Clínica há um director que é simultaneamente o detentor da respectiva cadeira de ensino na Universidade. No ensino clínico o director tem a colaboração dos médicos-chefes, os quais em grande proporção são docentes da Universidade (Privatdozenten). Abaixo destes há os assistentes, dos quais o maior número tem bastantes anos de trabalho hospitalar.

Em princípio competem 70 camas a um médico-chefe e 20 a um assistente.

As consultas externas estão em correspondência, duma maneira geral, com as respectivas clínicas, não gozando de completa independência, no entanto ficando muitas vezes a cargo dum antigo médico-chefe, desfrutando da possibilidade de actividade clínica particular.

Só a consulta externa de medicina é completamente independente; pertence-lhe uma divisão com camas e o respectivo director tem categoria de director de Clínica.

Duma forma geral as diferentes clínicas e consultas estão apetrechadas com os necessários meios de diagnóstico e de tratamento. Apenas se centralizaram algumas secções de pesquisa médica e de terapia, nunca porém de forma impeditiva.

Estão centralizados o diagnóstico e a terapêutica roentgenológicos. Porém as clínicas têm a possibilidade de instalações próprias, de forma que as Clínicas de mulheres e dermatologia têm estações privativas de radioterapia.

O Instituto de Fisioterapia que está sob a alçada dum Professor-Director, provê à terapêutica física de todo o Hospital. Todavia alguns métodos de tratamento fisioterápico estão instalados em clínicas especiais, por exemplo na Clínica oto-rino-laringológica.

A Electroencefalografia é uma estação geral do Hospital onde um clínico especializado trabalha sob a orientação superior do director da Clínica de Neurologia.

O Laboratório Central de Química Médica, que é adstrito às clínicas médicas, provê aos complicados exames de todo o Hospital; no entanto todas as pesquisas de rotina estão descentralizadas para as respectivas Clínicas. Disseram-nos que o movimento do Laboratório Central de Química regula por umas 200 análises diárias, tendo 20 preparadoras em regime de trabalho de 48 horas semanais. Os doentes nunca vão a este labo-

# DIGITALINA MIALHE

(SOLUÇÃO MILESIMAL DE DIGITALINA CRISTALIZADA)

SUPERIORIDADE INCONTESTÁVEL SOBRE TODAS AS PREPARAÇÕES  
DE DIGITALIS PURPÚREA

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

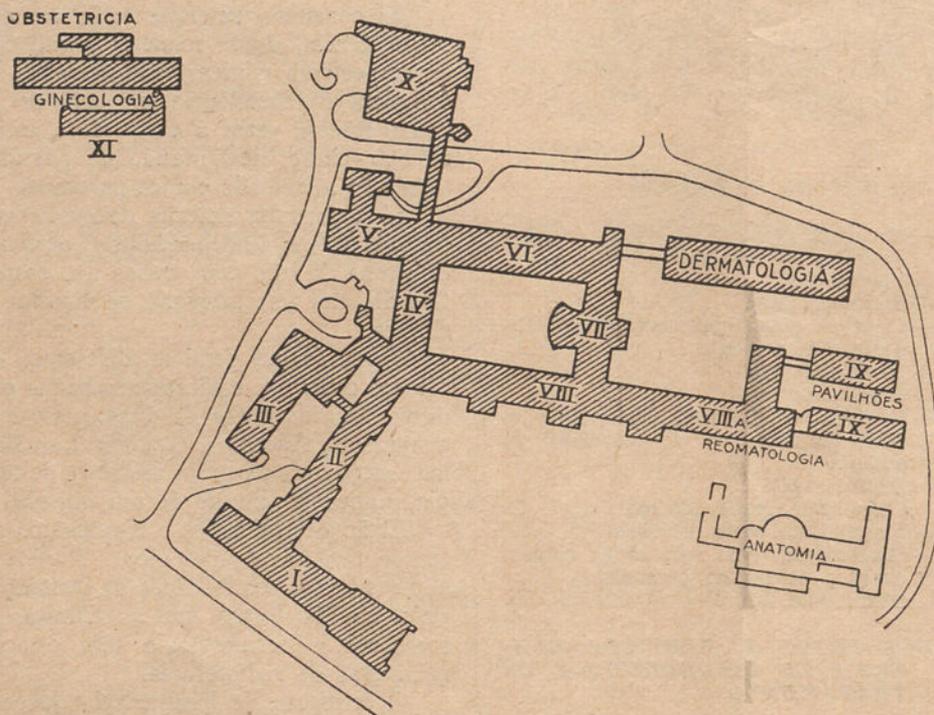
LISBOA

ratório, com excepção apenas dos diabéticos em jejum.

A Anatomia Patológica está centralizada nos Institutos de Patologia e de Histopatologia que dependem da direcção pedagógica cantonal. Porém as clínicas têm as possibilidades de realizar o trabalho histológico da sua especialidade.

A Bacteriologia e a Serologia estão centralizadas no Instituto de Higiene da Universidade que está construído ao lado do Hospital, dependendo no aspecto orgânico, também da direcção pedagógica. Todavia algumas clínicas têm labo-

do cantão de Zurique, mas em conexão com a Direcção de assuntos pedagógicos. O Hospital é na dependência como dissemos da Direcção de Saúde, todavia as normas do ensino pertencem à Direcção pedagógica. Além do ensino universitário o hospital desempenha um importante papel na formação de médicos especializados e no progresso da medicina. Também é o local escolar próprio para a formação de preparadoras de laboratório, ajudantes técnicos de Raios X, dietistas, massagistas e pessoal de Agentes Físicos e Ginástica médica.



— Em I, II, e III há nos pavimentos inferiores dependências, farmácia cantonal, garage, direcção administrativa; por cima consulta de medicina, clínica otorinolaringológica, oftalmológica, neurocirurgia, clínica de radioterapia, quartos particulares e terraço superior.

— Em IV serviços fabris, admissão de doentes, neurologia, Raios X, neurocirurgia, central telefónica, pessoal de serviço.

— Em V Institutos de patologia e de histopatologia.

— Em VI debaixo para cima: Serviços fabris, rouparia, dependências do bloco operatório, biblioteca, entrada dos estudantes, roentgendiagnóstico, bloco operatório, grande laboratório de química (2 pisos).

— Em VII e VIII a — Instituto de fisioterapia, Clínica reumatológica, clínicas médicas e cirúrgicas.

— Em X — cozinha principal e salas de jantar. Dispensas.

ratórios próprios bacteriológicos e sorológicos.

O abastecimento dos medicamentos é exclusivamente feito pela farmácia cantonal que aliás produz uma grande parte dos preparados.

Em instalações especiais está também centralizada a desinfecção das seringas, luvas, material de penso, etc.

Existe uma Biblioteca geral do Hospital, de forma que as clínicas mantêm somente pequenas bibliotecas de livros escolhidos.

*O ensino* — A Faculdade de Medicina da Universidade de Zurique conta aproximadamente 800 estudantes, dos quais uns 200 são estrangeiros. É geralmente adoptado o sistema dos cursos clínicos. Para tal fim tem o Hospital grandes auditórios e muitas salas de curso.

A Universidade, tal como sucede com o Hospital Cantonal, é uma instituição

Não tem uma escola própria para enfermeiras mas abre as suas portas às várias escolas de enfermagem para os trabalhos práticos das suas alunas.

*A investigação* — Na investigação científica e para determinados problemas, muito contribui o Hospital. Não só possui laboratórios de investigação bem dotados mas está colocado no centro do bairro dos estudos superiores da cidade, na vizinhança imediata dos institutos científicos universitários e das Altas Escolas Técnicas da Confederação. Foi sempre muito importante para Zurique este aglomerado pouco habitual, de numerosos institutos superiores.

*Serviços sociais* — Estes serviços não estão de momento centralizados mas existem nalgumas Clínicas. Em todo o Hospital trabalham dez assistentes sociais, que são auxiliadas por praticantes.

*O pessoal* — Em virtude do Hospital, além de cuidar de doentes, servir para habilitar médicos e para trabalhos de investigação científica, o conjunto do pessoal é maior do que para um hospital limitado a funções assistenciais.

Divide-se o pessoal duma maneira geral pelos grupos seguintes:

1. Médicos .....	143
2. Pessoal de enfermagem (enfermeiras, enfermeiras-alunas, ajudantes de enfermeiras) .....	426
3. Pessoal dos serviços médicos auxiliares (pessoal das casas de operações, das consultas, de fisioterapia, técnicos de Raios X, preparadoras dos laboratórios, secretárias e escriturárias dos serviços técnicos) .....	335
4. Pessoal de serviços domésticos e de economia .....	444
5. Serviços religiosos e mortuários .....	14
6. Administração central .....	48
<b>Total .....</b>	<b>1.410</b>

O pessoal de enfermarias e dos serviços auxiliares clínicos é em parte empregado directamente da administração hospitalar; outra parte trabalha por via de contratos especiais com as casas de enfermeiras (Schwesternhäusern), que fornecem, às clínicas, enfermeiras e alunas-enfermeiras. Este pessoal não habita, aliás, no Hospital; tem-se, porém, pensado em se fazer uma construção para o efeito. O pessoal dos serviços domésticos e de economato é todo nomeado directamente pela administração hospitalar; os médicos-assistentes pela Direcção de Saúde; os Directores das Clínicas, médicos-chefes e pessoal da administração é todo de nomeação oficial superior.

*Transfusões* — O sangue é preparado pela Cruz Vermelha que o fornece ao Hospital.

## ASSUNTOS ECONÓMICOS E DOMÉSTICOS

a) *Cozinhas* — Uma cozinha principal e cinco cozinhas de distribuição e dietéticas (cada uma destas em seu andar) abastecem de alimentação doentes e pessoal. Além disso existe cozinha própria para as clínicas de mulheres. A grande cozinha é eléctrica, havendo porém uma parte trabalhando a vapor. O cozinheiro-chefe informou-nos que todo o material eléctrico trabalha perfeitamente e não tem carecido de reparações frequentes ou importante. Dispõe de boas instalações frigoríficas, a temperaturas diferentes conforme os alimentos. Recipientes de distribuição, quando tenham destino especial para certas secções são expedidos com etiqueta e são dum modelo especial. No meio da cozinha um pequeno escritório, tem além de folhas de requisição, as ementas para cada semana, em relação a duas grandes refeições, sendo duas para alimentação corrente, duas para doentes particulares, ainda outras para médicos, para pessoal e também para regimes sem sal.

Com o cozinheiro-chefe trabalham três cozinheiros, três cozinheiras e uma dúzia de mulheres para a preparação dos alimentos. Os géneros alimentícios e o pão são descarregados num cais, logo

MAIS UM PROGRESSO  
NO TRATAMENTO DA

ÚLCERA GASTRODUODENAL

# P A M I N A

HIGIENE

METILBROMETO DO TROPATO DE EPOXITROPINA

UM ANTI-COLINÉRGICO  
MUITO ACTIVO  
PRÁTICAMENTE ISENTO  
DE ACCÕES SECUNDÁRIAS

COMPRIMIDOS A 2,5 mg

FRASCO DE 50 — ESC. 22\$50



LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE

verificados e pesados numa báscula Busch, de 500 quilos, muito sensível, antes de armazenados.

Desta grande cozinha e por uma galeria, em carros rebocados por um pequeno tractor eléctrico, seguem às cozinhas de distribuição, das quais cinco ficam em cada piso. Nestas cozinhas de distribuição é que se confeccionam as dietas especiais; são bastante amplas e é feminino todo o seu pessoal. Nelas os alimentos são preparados para seguirem em carros de modelo especial e muitíssimo prático, aquecidos electricamente, não excessivamente pesados que os levam ou às copas ou mesmo directamente aos doentes. O pessoal tem refeitórios especiais pelo sistema de auto-serviço.

b) *Salas e quartos de doentes*—Como em todos os modernos hospitais são salas para poucos doentes e quartos para um ou dois doentes, com pavimento de cortiça como nos corredores e ar condicionado. Assim o aquecimento com radiadores só existe nos pontos onde não estão os doentes; trata-se dum aquecimento muito especial que sabemos já ter sido estudado pela engenharia portuguesa e que vem do Instituto Politécnico que aproveita a energia proveniente do movimento das águas do rio Limat. Cada doente tem na pequena enfermaria o seu armário para o vestuário; a mesa de cabeceira não é complicada nem tem adstrita mesa para comer na cama, que constitui um objecto à parte. Há uma pequena étagere para as flores. A iluminação é por luz fluorescente. Muitas destas pequenas enfermarias dão para um balcão onde nos dias agradáveis o doente pode estar em contacto com o ar livre. Amplos corredores com muitas janelas dão fáceis acessos às salas de doentes e de tratamento, gabinetes e instalações sanitárias. Cores claras, pavimentos de cortiça, tudo está impecavelmente limpo por máquinas de aspirar, encerar e lavar, nas mãos de uma brigada de pessoal masculino, pois para as mulheres só há encerados de casas pequenas.

*Oficinas*—O Hospital tem algumas oficinas necessárias à conservação do Edifício que é aliás construído em boas condições de resistência e qualidade de materiais. Essas oficinas são as de reparações mecânicas, as de electricidade e de mecânica delicada, as de material sanitário e de aquecimento, as de afinação de instrumentos e as de pintura, carpintaria e estofador.

*Lavandaria e limpeza geral*—A lavagem das roupas do Hospital é feita na prisão cantonal (Regendorf), a qual se encarrega do tratamento das roupas de outras instituições. Nalguns pontos o Hospital tem casas para reparação de roupas, costura e engomados.

A limpeza corrente das salas, quartos e dependências é feita pelo pessoal das respectivas secções ou enfermarias; corredores, escadas e grandes salas são limpas por uma brigada de operários de limpeza especializados que manejam grandes máquinas; para juntar os detritos, há grandes baldes cobertos que os levam a queimar.

*Jardins*—Têm o necessário para a conservação do parque, viveiros e para a produção de flores para o Hospital. Não são permitidas as culturas de produtos hortícolas.

*Transportes*—O Hospital não mantém serviço de transporte para trazer os doentes do seu domicílio. O serviço de transporte de doentes é comunal. Alguns automóveis hospitalares movimentam-se entre os edifícios hospitalares e estações de convalescença. Os transportes de mercadorias e outros fazem-se dentro do Hospital com tractores eléctricos. Nos pisos do subsolo, na condução de carros da cozinha principal para as de distribuição estes pequenos tractores (Elektroschlepper) prestam excelentes serviços.

*Administração hospitalar*—A administração tem duas partes importantes: a secção comercial e a secção técnica. O primeiro sector ocupa-se das receitas provenientes dos doentes hospitalizados e de consulta, pagamentos ao pessoal, compras de géneros alimentícios e contabilidade. O sector técnico ocupa-se das reparações nos edifícios e instalações, da aquisição de artigos técnicos correntes, da organização dos serviços de revisão, transporte e pessoal de oficinas e da organização dos métodos de trabalho. Toda a parte administrativa é subordinada a um director secundado por um chefe do sector comercial e um adjunto técnico.

*Financiamento*—A despesa total do Hospital foi no ano de 1950, de 17.738.580 francos suíços. Esta soma foi coberta pelas receitas do Hospital em 53%; os restantes 47% pela tesouraria do Estado. As pensões pagas pelos doentes, quer directamente quer pelos Seguros de doenças e acidentes perfizeram 23% das receitas totais.

Para cada doente, isoladamente, as taxas são calculadas em conformidade com as suas possibilidades financeiras. Mais de metade das despesas são com os vencimentos e obrigações sociais com o pessoal; vem depois a alimentação com 12% e em terceiro lugar os medicamentos com 9%. O custo médio diário do doente, tudo incluído, atingiu 29,99 francos suíços naquele ano. As taxas de pagamento das 1.<sup>as</sup> Consultas são de 5 francos e as seguintes de 3,50 francos. Acrescentaremos que a construção dos novos edifícios se efectivou a partir de Novembro de 1942 e durou até ao Outono de 1952, calculando-se a importância dispendida em 95.560.000 de francos suíços.

*Algumas considerações*—Não obtivemos dados que nos permitissem conhecer dos êxitos terapêuticos especialmente aplicáveis ao Hospital Cantonal: vimos trabalhar em plena actividade sem perdas de serenidade e sem atritos, um pessoal activo e atencioso. Ao lado disto um asseio impecável aliado a certo ambiente familiar, onde não faltam uma excelente alimentação e preocupação de conforto para com os doentes. Há uma proporção de pessoal para os doentes que vai a números quase iguais aos dos internados.

Financeiramente o custo do doente, não é baixo, mesmo atendendo a que tudo se passa dentro de números com os quais não é possível fazer comparações com os nossos, adoptando o critério simplista de aplicar a taxa de câmbio.

Contudo a despesa total é coberta pelas receitas próprias em 53%, número muito para pensar por parte das nossas administrações. A mobilidade do pessoal, com contratos individuais ou colectivos permite renovações e dá elasticidade aos quadros ao mesmo tempo que aumenta a actividade e a eficiência. Assim tratamento dos doentes, formação de médicos, de especialistas e de pessoal técnico são fins atingidos com êxito. A grande convivência, a vida no ambiente hospitalar torna-se propício ao trabalho médico, cada vez tendendo mais a fazer-se em conjunto. Não há um serviço verdadeiramente tão centralizado que impeça a ideia das Unidades Clínicas; estas têm as possibilidades ditadas pelas suas características. Em matéria de laboratórios, por exemplo, apenas a química médica está centralizada e tem movimento que explica o seu desenvolvimento (200 análises diárias). Já não sucede o mesmo com outros grupos de análises: assim o laboratório mais bem apetrechado para a hematologia é o que está ligado à Clínica Médica, o que não quer dizer que outros não existam, por exemplo nas consultas externas. Os Raios X dividem-se por dois Institutos de que um interna doentes, o de Roentgenoterapia, tendo-se o de radiodiagnóstico mostrado eficaz para todo o Hospital. Por tudo se vê que o bom-senso, a maleabilidade de procedimento e as necessárias actividades geradas no benefício do doente e não intransigências rígidas, é que regulam o andamento de tudo que a complexa organização hospitalar carece. Para quem visita e pode estabelecer comparações e renovar também as suas ideias, as impressões óptimas colhidas são sempre apropriadas a favorecer outras missões.

Se o nosso fim foi atingido e se pudermos ter sido úteis, sentir-nos-emos bem premiados dos nossos esforços.

**ADELINO PADESCA**

(«Boletim da Assistência Social»  
— N.ºs 113 e 114 — 1953).

## Organização Mundial de Saúde

Realizou-se em Leopoldville, no dia 21 findo, a primeira sessão do IV «Comité» Regional da O.M.S. para a África, tendo os trabalhos decorrido no Instituto de Medicina Tropical do Congo Belga, na presença do governador geral, que proferiu o discurso de abertura e de boas-vindas aos delegados. A delegação portuguesa era composta pelos Drs. Guilherme Janz, do I.M.T. de Lisboa; Barata Feio, representando Angola; J. Ferreira da Silva, ido de Moçambique; e Costa Monteiro, de Cabo Verde.

Estava, ainda, presente o Prof. Francisco Cambournac, Director regional da O.M.S. em África.

Um **NOVO** e Superior

**A**ntibiótico

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 Dispersível, 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 cm<sup>3</sup> com 1 gr ; 5 gotas — 25 mg. de Acromicina.

Outras formas de dosagem serão postas à disposição das Ex.<sup>mas</sup> 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.<sup>A</sup>**  
RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA  
RUA DE SANTO ANTÓNIO, 15-2.º — PORTO

# O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA PREVENTIVA NO MUNDO

No nosso tempo a medicina preventiva ultrapassa o quadro das medidas tradicionais de higiene e de saúde pública. É alguma coisa que diz respeito a todos os médicos, sejam eles quais forem. Esta mudança de atitude é o resultado do desenvolvimento das condições sociais e da medicina. Uma sociedade muito industrializada e muito especializada só pode funcionar se os seus membros são educados e em boa saúde. Além disso, somos de opinião, como explicitamente se diz na Constituição da Organização Mundial da Saúde, que a «posse do melhor estado de saúde que se é capaz de atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, quaisquer que sejam a raça, a religião, as opiniões políticas, as condições económicas e sociais». Por outro lado, a ciência médica fez tais progressos que o médico é capaz de levar a medicina preventiva a uma escala considerada como impossível anteriormente. O conceito da medicina alargou-se consideravelmente. Então que, no passado, a medicina era apenas a arte de curar, actualmente, ela compreende quatro tarefas principais.

A primeira e de longe a mais importante destas tarefas é a manutenção da saúde pela educação, pela cultura física, pelas boas condições de existência e assegurando os melhores meios possíveis de repouso.

A segunda destas tarefas é a prevenção das doenças por medidas sanitárias e, duma maneira geral, pela protecção de toda a sociedade contra os perigos exteriores e, mais particularmente, dando uma protecção especial aos grupos de indivíduos que são mais ameaçados do que outros, seja fisicamente (mulheres, mães, crianças, velhos), seja socialmente (operários de certas indústrias).

Quando a prevenção médica fracassou, o indivíduo doente deve ser tratado e curado e é aí que a medicina desempenha a sua tarefa tradicional com armas infinitamente melhores do que no passado, tanto sob o ponto de vista científico como social. A medicina científica tornou-se tão complicada e tão cara que ficaria fora das possibilidades de muitos indivíduos, mesmo nos países economicamente fortes (sem falar dos países sub-desenvolvidos) se a colaboração médica não fosse organizada segundo um sistema que reparte os riscos financeiros pelo maior número de pessoas e que reúne os

recursos de vastos agrupamentos humanos. Qualquer que seja o sistema (serviços públicos, seguros obrigatórios ou voluntários), deve ser tal que os indivíduos sejam encorajados a solicitar conselhos médicos desde o mais leve sintoma. Vale mais prevenir do que curar e é, aliás, mais económico.

A quarta tarefa que incumbe ao mé-

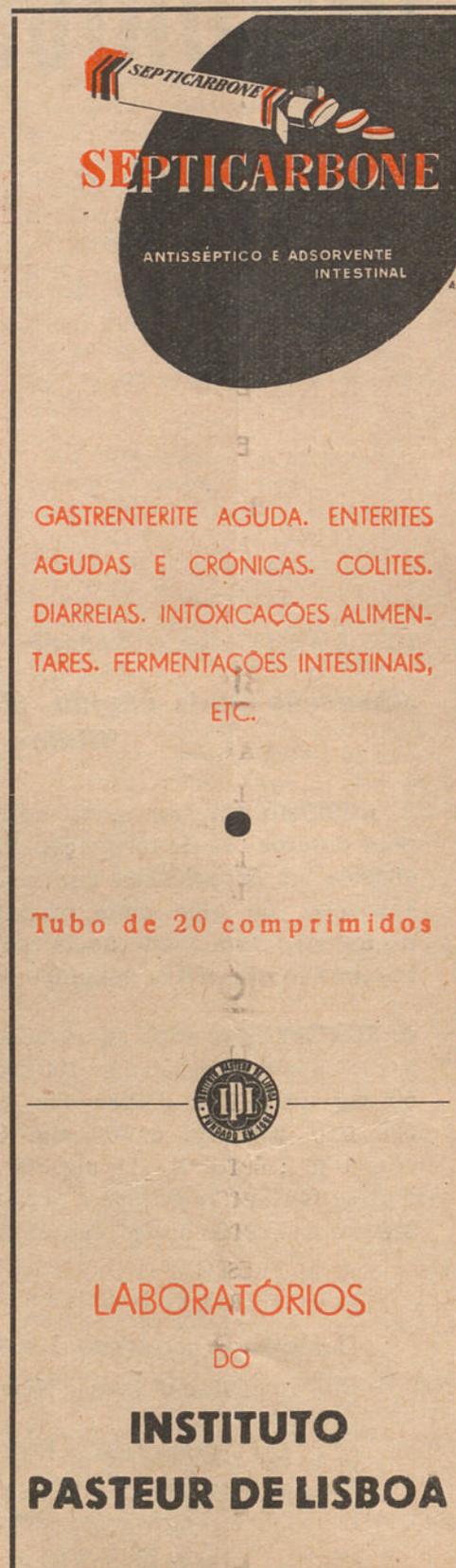
dico e aos seus colaboradores é a readaptação social do convalescente, que não deveria ser considerado como curado antes de ser reintegrado na sociedade. Ali ainda, devemos lembrar-nos da definição de saúde da OMS: «estado de bem-estar completo, físico, mental e social».

O médico não pode, evidentemente, completar, só, estas quatro diferentes tarefas, mas tem necessidade da cooperação de educadores, de assistentes sociais e de vários serviços de Estado. Ele é contudo o perito de todo este vasto domínio e o principal guarda da saúde.

Se reconhecemos a cada indivíduo o direito de gozar a «posse do melhor estado de saúde que é capaz de atingir» e se nós lhe damos gratuitamente todos os meios para a salvaguardar, para a melhorar e para a restaurar, estamos no direito de lhe pedir um esforço para manter a saúde. Isto é um novo ponto de vista que só se desenvolveu recentemente e que não é aceite, dumã maneira geral, devido ao facto de muitas destas pessoas temerem que isso possa restringir a nossa liberdade individual. Contudo, já aceitamos numerosas obrigações no interesse da sociedade (ensino obrigatório, vacinações, impostos, serviço militar, etc.). Não podemos aproveitar as vantagens da nossa sociedade industrial e continuar a viver como se estivéssemos ainda na era pré-industrial. Num país após outro, as barreiras entre a medicina preventiva e a medicina curativa, entre a medicina pública e a privada estão em vias de desaparecerem; devem desaparecer se as populações querem aproveitar interiormente de todas as vantagens da medicina científica moderna. A tarefa tornou-se muito mais fácil, actualmente, devido ao facto de algumas grandes potências europeias fazerem experiências no domínio da medicina social e preventiva em escala nunca atingida anteriormente; podemos aprender muito destas experiências positivas, como também dos erros cometidos, que são inevitáveis nos princípios de tais iniciativas.

H. E. SIGERIST

(Resumo da «Introdução» ao volume publicado com as conferências realizadas no Congresso Internacional de Ginecologia e Obstetrícia — Genebra, Julho de 1954).



**SEPTICARBONE**  
ANTISSÉPTICO E ADSORVENTE INTESTINAL

**GASTRENERITE AGUDA. ENTERITES AGUDAS E CRÓNICAS. COLITES. DIARREIAS. INTOXICAÇÕES ALIMENTARES. FERMENTAÇÕES INTESTINAIS, ETC.**

**Tubo de 20 comprimidos**

**LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

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, MICROCO-  
COS 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

## TEMAS MÈDICO-LITERÁRIOS

## Um milagre de Santiago de Compostela?

MÁRIO CARDIA

*Em 1946, o Dr. Mário Cardia, então em Madrid, foi homenageado com um banquete que se realizou no «Casino» da capital espanhola, ao qual assistiram muitas das figuras mais representativas da medicina do país vizinho. A homenagem foi promovida pela Associação Espanhola dos Escritores Médicos, para a qual o Dr. Mário Cardia tinha sido eleito dois anos antes. No dia seguinte, reunindo-se a Associação, como frequentes vezes sucede, para ouvir palestras sob temas médico-literários, o Dr. Mário Cardia, aproveitando a sua estadia em Madrid e acedendo ao convite que lhe tinha sido feito, realizou, na sede do Conselho Geral dos Colégios Médicos, a palestra que a seguir publicamos.*

É com grande satisfação que hoje me encontro entre os ilustres camaradas da Associação Espanhola dos Escritores Médicos, para cujo cenáculo tive a honra, há mais de dois anos, de entrar, graças à benevolência de queridos amigos. Por essa altura, foi-me sugerido, pelo nosso estimado Presidente, Dr. Velasco Pajares, que, em Portugal, eu promovesse a organização duma semelhante Academia. Diversas circunstâncias me levaram a adiar tão grata missão; mas penso que em breve chegará o momento de iniciarmos os trabalhos da Associação Portuguesa dos Médicos Escritores (e, pela minha parte, lembrando-me da bela conferência do Dr. Velasco Pajares, julgo preferível esta denominação). É possível que se aproveite a oportunidade, que me parece excelente, para em Outubro próximo, materializarmos essa aspiração — de médicos portugueses e espanhóis, estes últimos mostrando assim, mais uma vez, a simpatia que tão gentilmente querem manifestar aos seus colegas de Portugal. Desejo referir-me a uma iniciativa que a revista que dirijo, «Jornal do Médico», resolveu promover em Lisboa: duas exposições, uma de médicos amadores de arte (verdadeiro «salon» dos médicos portugueses) e a outra — exposição bibliográfica de autores médicos. Por essa ocasião — com os olhos de muitos milhares de portugueses voltados para um certame que, sem dúvida, marcará o alto valor intelectual da classe médica lusitana — não será boa a oportunidade de os médicos escritores do meu país iniciarem a sua Associação — irmã deste aréopago tão prestigioso, que honra a medicina e a intelectualidade espanholas? Assim o espero.

E, meus caros colegas, feito este exórdio, e depois também de os saudar a todos, aproveito esta minha estadia em Madrid — tão grata, como todas, ao meu coração de incondicional amigo da Espanha — para lhes contar uma pequena história — uma lenda, envolta na poesia da caridade cristã, e que ouvi referir, pela primeira vez, era ainda criança de poucos anos; e, depois, no decorrer da vida, anda constantemente ao alcance do meu coração.

\*

Matosinhos é uma vila de quarenta mil habitantes, nos arrabaldes do Porto, e é ali que a capital do Norte de Portu-

gal possui o seu principal porto de mar — Leixões. Matosinhos é povoação antiga, que nos últimos anos adquiriu grande importância industrial; Leixões é denominação nova, dos fins do século XIX, quando se construiu o porto artificial, na costa do Atlântico, a dez quilómetros da praça mais central da cidade do Porto, que é como que a *Puerta del Sol* da minha terra.

Foi ali que, segundo a lenda, sucederam grandes milagres; e se o relato deles serve de pretexto para esta despretenhosa palestra é porque se enlaçam com a história religiosa duma das mais belas regiões desta bela Espanha — a Galiza.

Eu conto...

E começo por contar que, na praia de Matosinhos, muito perto do mar, se ergue, desde há dois séculos e pico, uma curiosa construção que é denominada *Padrão da Areia*, e mais conhecida ainda por *Senhor do Padrão*. Trata-se de um pavilhão aberto, com quatro pilares que sustentam um zimbório. Cada uma das faces apresenta um arco, e, entre os arcos, vêm-se as imagens dos quatro evangelistas. Dentro do pavilhão, ergue-se a imagem do Bom Jesus, sobre um altar de azulejos.

Este pequeno monumento comemora os acontecimentos que vou referir.

Aqui, nesta praia, então desabitada, conhecida por *Praia de Espinheiro*, veio aportar, numa terça-feira, 3 de Maio do ano de 124 da nossa era, uma imagem de Jesus, que se atribue a Nicodemus, discípulo e companheiro do Divino Mestre. Diz-se que Nicodemus esculpiu quatro imagens e que para evitar perseguição dos judeus as lançou ao mar, em Jope, porto da Palestina. Uma dessas imagens veio dar à Síria, outra à Itália, outra veio a Burgos e a quarta aportou à costa portuguesa, precisamente nesta praia, hoje de Matosinhos, onde se ergueu, mais tarde, o monumento a que atrás me refiro.

A imagem de Jesus aparecera sem o braço esquerdo. Procurou-se arranjar-lhe o outro braço. Diversos artistas se encarregaram da tarefa, mas nenhum conseguiu um braço que bem se adaptasse à imagem.

Passaram 50 anos. Numa outra terça-feira, 23 de Maio do ano 174, andava, na Praia de Espinheiro, uma velha a procurar madeira para o seu lume. Levou para casa o que conseguiu arranjar e, ao

acender a fogueira, viu que um pedaço de lenha saltava para fora, e isto por diversas vezes. Ao lado, uma filha muda presenciava a cena.

De repente, a rapariga fala pela primeira vez e declara que o braço é de Jesus, e logo se verifica que, de facto, ele se adapta perfeitamente à imagem.

Outras lendas andam ligadas ao *Padrão da Areia*.

Decorria o ano de 44 da era de Cristo. O régulo Caio Carpo celebra casamento com Cláudia Lobo, e, entre as várias festas que então se realizam, figura um torneio, que obriga os cavaleiros a entrarem pelo mar dentro. Sucede que o cavalo de Caio Carpo avança demasiadamente, em grande correria, conseguindo, perante a admiração de todos os presentes, atingir um navio que então passa não longe da costa. Era o barco que levava o cadáver de S. Tiago, que seguia da Palestina para a Galiza. O navio pára, Caio Carpo entra nele, e lá é baptizado, dando origem ao início da fé cristã naquela terra da Península Ibérica.

O Padrão da Areia, esse Senhor do Padrão que eu tantas vezes visitava quando era criança, ali está para comemorar os acontecimentos que, como dizia antes, se relacionam com a poética história da religião cristã nas terras da Galiza.

A imagem do Bom Jesus de Matosinhos está agora em importante igreja, depois de se ter conservado, durante alguns séculos, no convento de Bouças, e é profundamente venerada. O culto do Bom Jesus é mesmo dos mais antigos, ou, talvez mesmo, o mais antigo de Portugal, e, à sombra dele, tem-se desenvolvido notável acção beneficente.

A imagem do Bom Jesus só seis vezes saiu do seu nicho, para ir, em grandiosas procissões, umas vezes até ao Porto, outras limitando-se a Matosinhos. A última vez em que saiu — e já há muitas dezenas de anos se não dava tal acontecimento — foi durante a última Guerra, em 1944, com o fim de se implorar a paz para todos os povos. Das outras vezes, tratava-se de pavorosas tempestades, de inundações prolongadoras e da peste que grassou em Portugal no ano de 1696.

\*

A que propósito vêm, pois, estas singulares histórias, para a palestra que o

nosso querido Dr. Fernan Perez intitulou «Temas médico-literários de Portugal»?

Eu não fui o autor do título. Mas a verdade é que a argúcia do nosso dedicadíssimo secretário não foi, mais uma vez, iludida. A minha modestíssima comunicação tem alguma coisa de literário e também se enlaça com um tema médico.

É que o culto do Bom Jesus de Matosinhos deu motivo a desenvolvida acção beneficente, e, à sombra dele, fundou-se um hospital — um hospital que progrediu muito nos últimos anos, onde eu tenho trabalhado intensamente, e dele sou hoje director clínico. E embora a minha actividade de cirurgião se desenvolva também num grande hospital, com mil camas, que é o maior e o principal do norte de Portugal, conservo por esse pequeno hospital dos arredores do Porto um carinho muito especial, porque tenho assistido ao seu progressivo desenvolvimento, e foi mesmo ali que realizei as minhas primeiras intervenções cirúrgicas — era ainda estudante, e o hospital de Matosinhos uma pequena casa, de rudimentares proporções.

No moderno bloco operatório deste hospital, mandei colocar uma imagem do Bom Jesus, e sempre que ali realizo uma intervenção cirúrgica, essa imagem é iluminada, e assim se conserva durante toda a operação. Assim, ao entrarmos no bloco, perpassa a história religiosa deste rincão peninsular — o barco que conduzia o cadáver de Santiago à Galiza; a investida de Caio Carpo pelo mar dentro, o seu baptismo e a conversão daquele povq; o aparecimento da imagem de Nicodemus, o braço que surgiu cinquenta anos depois, o culto do Bom Jesus, as imponentes procissões para implorar a protecção divina contra as grandes calamidades; e, por fim, as escolas, o Asilo, a acção de assistência que à sombra desse culto se desenvolveu, principalmente o hospital, onde a imagem tutelar, que se venera muito perto, e está sempre a dispensar os fulgores da sua graça. E, assim confortados, os doentes, os médicos e as enfermeiras, mostram-se mais confiantes... e os óbitos são felizmente raros.

Tais são os milagres do Bom Jesus de Matosinhos, cuja história se relaciona, como dizia no princípio com as terras tão belas da Galiza, onde se venera Santiago de Compostela. Santiago fez o primeiro milagre ao converter à fé cristã os povos desta zona que fica junto da foz do Rio Dóuro, que vem

de Espanha. E deste primitivo milagre nasceram outros milagres, o último dos quais foi a origem e o desenvolvimento dum hospital, que, em breve, integrado na importante rede hospitalar cujas bases aprovou, há poucos meses, a Assembleia Legislativa do meu País, esse hospital, ainda muito pequeno e modesto há vinte anos, será, em breve, um bem apetrechado estabelecimento de assistência, com cerca de duzentas camas. Creio, pois, que está certo o título desta palestra. Não será este mais um milagre do Santo que se venera na capital da Galiza?

## Prof. Lopo de Carvalho

No fecho da sessão inaugural do XIII Congresso da União Internacional contra a Tuberculose, realizada no dia 26 do mês findo, em Madrid, foi prestada homenagem ao mestre brasileiro Prof. Manuel de Abreu, presidente da reunião anterior, e ao Prof. Lopo de Carvalho, iniciador dum novo método de exploração do aparelho circulatório, conhecido pelo nome de «angio-cardio-pulmologia». O Prof. Lopo de Carvalho foi saudado com grande entusiasmo pelos colegas espanhóis, que assim quiseram exprimir-lhe a sua gratidão pelo facto de ter, insistentemente, recomendado a admissão da Espanha na U.I.C.T. Agradecendo, o Prof. Lopo de Carvalho disse:

«Na qualidade de membro mais antigo do «comité» executivo desta União, «comité» a que presidi durante 14 anos consecutivos, felicito-me duplamente por ter contribuído para a reunião deste 13.º Congresso na capital dum país tão estreitamente ligado ao meu».

Por seu lado, o Prof. Manuel de Abreu, grande partidário de um exame periódico, por via radioscópica, das populações, afirmou, numa conferência de Imprensa que o perigo principal de propagação da tuberculose era o «caso desconhecido», isto é, aquele que escapa a todos os meios de inspecção. O sábio brasileiro declarou-se partidário da instalação obrigatória, nas praças mais frequentadas dos grandes centros urbanos, de postos de observação antituberculosos equipados com aparelhos radioscópicos aperfeiçoados.

No decorrer da sessão solene da aber-

tura, o chefe de Estado espanhol condecorou com a Ordem Civil da Saúde Pública o Prof. alemão Gerhãrd Domagk, prémio Nobel e inventor do «Prontozyl»; o Prof. Selman Waksman, prémio Nobel e descobridor da estreptomocina, e o Prof. sueco Jorge E. Lehman, prémio Nobel e inventor do «P. A. S.», assim como o Prof. brasileiro Manuel de Abreu, iniciador da foto-radioscopia.

## Dr. Adriano Seabra Veiga

Encontra-se em Lisboa, onde chegou há dias, o Dr. Adriano Seabra Veiga, médico de renome nos meios científicos norte-americanos e entre a colónia portuguesa dos Estados Unidos.

O Dr. Adriano Seabra que vem a Portugal, onde tem a sua família, em viagem de núpcias, espera poder avistar-se com o Prof. Francisco Gentil, com quem tratará da possibilidade de criar em Portugal uma delegação do Colégio Internacional dos Cirurgiões. Em Lisboa, apresentará uma comunicação sobre «O contróle de secreção brônquica na cirurgia torácica» e, em Barcelona, no Congresso Internacional de Cirurgia Torácica, falará sobre «O cancro do pulmão».

## III Congresso Hispano-Português de Dermatologia

Realizou-se em Santander, nos dias 13 a 17 do mês findo, a reunião conjunta da Academia Espanhola de Dermatologia e Sifilografia e da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, na qual foram discutidos importantes problemas da especialidade, entre os quais os que se referem às dermatoses reumatismais e às tinhas.

Portugal esteve representado naquela reunião, entre outros, pelos Profs. Juvenal Esteves e Mário Trincão e pelos Drs. Aureliano da Fonseca, Norton Brandão, Artur Leitão, Cruz Sobral, Simões Carrelo, Mário Basto e Maria Manuela Antunes.

# BÁLSAMO BIENGUIÉ

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

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Montelro, 142

LISBOA

# A V I D A M É D I C A

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 3 a 9 de Outubro)

**Dia 3** — Decorre no Algarve um movimento para angariação de fundos destinados ao Hospital Infantil de Montemor-o-Novo das Irmãs Hospitaleiras de S. João de Deus, obra bastante eficiente dentro das suas escassas possibilidades.

**4** — Informam que a Delegação do Instituto de Assistência à Família do Porto, acaba de instalar mais uma Secção de Serviço Social, na Rua de Álvaro Castelões, no edifício da Junta de Freguesia de Paranhos, que cedeu as necessárias instalações em benefício da assistência às famílias pobres daquela populosa freguesia.

Deste modo, está quase completada a descentralização da Delegação do Instituto contando, já, com nove secções de Serviço Social, distribuídas por diversas freguesias desta cidade, para o que muito tem contribuído o espírito de colaboração da Câmara Municipal e Juntas de Freguesia e bem assim o auxílio dispensado pelo Governo Civil do Distrito.

— É o «Dia Mundial da Infância» celebrado por iniciativa da União Internacional de Protecção à Infância, com sede em Genebra, representada em Portugal pela Federação Nacional das Instituições de Protecção à Infância, do Ministério da Justiça, que promove no Cinema Tivoli uma sessão cinematográfica a que assistem vários membros do Governo e entidades ligadas à protecção à infância.

No seu programa da noite, a Emissora Nacional transmite um programa intitulado «A mãe e a criança na canção», com o concurso da União Europeia de Radiodifusão, Rádio Genebra e da Federação Nacional de Protecção à Infância.

**6** — Em Lisboa, na Junta de Freguesia de Santa Isabel, inaugura-se um Posto clínico na Escola Primária n.º 9.

**7** — Regressa a Lisboa, o Dr. Fraga de Azevedo, director do Instituto de Medicina Tropical que esteve em Moçambique em missão de estudo da bilharziose e depois seguiu para o Congo Belga onde, a convite do Governo da Bélgica, tomou parte nas Jornadas Médicas de Leopoldville e na importante reunião de peritos de parasitologia da Organização Mundial de Saúde, que estudou diversos problemas.

— Dizem de Ovar que o Dispensário Polivalente local, pronto a funcionar há cerca de 10 anos, ainda não iniciou qualquer actividade.

**8** — Na Póvoa de Varzim decorre o «dia do hospital», sendo o mesmo muito visitado e bem acolhido o pedatório que muitas senhoras e meninas desta vila fazem nas ruas em benefício daquela instituição.

Informam-nos que o Dr. Alberto Moreira, provedor daquele estabelecimento hospitalar, depois de agradecer a presença dos convidados, acompanha-os na visita às obras ali levadas a efeito e que constam de quatro salas de consulta externa, duas de clínica geral e duas para curativos, salas de raios X e anexos, duas de especialidades, sala de agentes físicos, sala destinada a fabricação de gelo, farmácia e anexos, sala de pensos e secretaria, etc. Estas obras custaram quinhentos contos, tendo sido a despesa geral do hospital de 1.356 contos, incluindo a verba das obras do ano findo, o que demonstra a valiosa assistência que vem prestando aos necessitados.

— Em Lisboa, o Dr. Joaquim de Mendonça é provido, definitivamente, no cargo de subdirector do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— Passam em Coimbra quarenta internados do Instituto de Surdos Mudos, de Lisboa, que são acompanhados por duas religiosas da Ordem da Imaculada Conceição e que regressam à capital depois de passarem as férias com suas famílias.

**8** — Em Coimbra, na Escola de Enfermagem Rainha Santa Isabel, na Rua de Eça de Queirós, estão abertas as inscrições para os cursos geral e curso de auxiliar. A inscrição para o curso geral seá até ao dia 15 do corrente, para raparigas dos 18 os 30 anos, que possuam o 1.º ciclo dos Liceus, tendo o curso a duração de 3 anos. No curso auxiliar, que acaba de ser criado, a inscrição será até ao dia 25, para raparigas de 18 a 30 anos, que possuam o exame de instrução primária e terá a duração de um ano.

**9** — Pelo Ministério das Obras Públicas concede-se à Santa Casa da Misericórdia da Guarda, para aquisição de mobiliário e equipamento destinado ao seu hospital, 38.650\$00.

— No Porto, no Hospital Geral de Santo António, realiza-se uma sessão de passagem de filmes científicos coloridos, promovida pelos agentes dos Laboratórios Ge'gy, da Suíça. Esses filmes projectam imagens sobre o «Tratamento das lombalgias (médico e cirúrgico)» e a «Operação de B'acock por tetralogia de Fallot.

Na sessão realizada na véspera, na Casa de Saúde da Boavista, o Dr. Carlos Lima comentou a primeira daquelas películas.

— A Lisboa, regressam de França, onde tomaram parte, como representantes de Portugal no Congresso da Sociedade Internacional de Hidrologia Médica, que se realizou em Vichy, Paris e Enghiens, os Drs. Amaro de Almeida, assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa e Dr. Marques da Mata, inspector de Águas da Direcção Geral de Saúde.

— De Lisboa e com destino à capital do Peru, onde em representação do nosso País vão tomar parte no Congresso de Segurança Social, partem, por via aérea, os Drs. António Martins da Costa Leão e Arnaldo da Fonseca Roseira.

**10** — Iniciam-se no Instituto Português de Oncologia, os trabalhos do III Congresso Internacional de Broncoesofagologia com a sessão solene inaugural presidida pelo Ministro da Educação Nacional e durante a qual proferem alocações os Dr. Alberto de Mendonça, de Lisboa, presidente do Congresso; Dr. André Soulas, de Paris, presidente do International Bronchoesophagological Society; e Prof. Chevalier Jackson, de Filadélfia, secretário-geral do Conselho Internacional.

As 14 horas, celebra-se a primeira sessão científica, seguindo-se uma visita dos congressistas aos pontos mais interessantes da cidade oferecendo-lhes, ao fim da tarde, o presidente da Câmara Municipal e vereação, uma recepção na Estufa Fria do Parque Eduardo VII.

As 22 horas, o «SNI», oferece uma recepção festiva no Palácio Foz, em honra dos congressistas e respectivas comissões.

### Estrangeiro

No passado dia 6, em Barcelona, sob a presidência do médico espanhol, Rosel, foi inaugurado o III Congresso Internacional de Cirurgia do Tórax, no palácio nacional de Montjuich, na presença de 2.570 congressistas que representam 74 países.

— Encerrou-se em Madrid, no passado dia 2, a XIII Conferência da União Internacional contra a Tuberculose.

— Em Amesterdão encerrou-se, em 28 de Setembro passado, o I Congresso Europeu de Química Clínica.

## AGENDA

### Portugal

O «British Council» de Londres oferece, para o ano académico de 1955/56, com a duração de 10 meses, em princípio, bolsas de estudo numa Universidade ou outra Instituição Britânica que maiores facilidades ofereça para o respectivo estudo ou investigação. Estas bolsas de estudo não conferem, porém, qualquer título universitário, nem se destinam a facilitar a sua obtenção.

Os portugueses de ambos os sexos diplomados por qualquer Faculdade, Escola Superior ou Instituto Universitário podem concorrer a estas bolsas, sendo dada preferência a indivíduos de idade superior a 25 anos e inferior a 35, que se tenham ocupado da sua especialidade há, pelo menos, dois anos.

Os boletins de candidatura e demais informações podem obter-se na sede do Instituto Britânico, em Portugal, Rua de Luís Fernandes, 3, Lisboa; na Casa da Inglaterra, Rua Alexandre Herculano, 34, Coimbra; e na Associação Luso-Britânica, Rua do Breyner, 155, Porto. O prazo de entrega da respectiva documentação termina no dia 30 de Novembro.

— Foram marcadas para o próximo dia 18, pelas 9 horas, as inspecções médicas das candidatas a Curso Geral da Escola de Enfermagem «Dr. Angelo da Fonseca», de Coimbra.

A este curso só são admitidas candidatas que possuam, pelo menos, o 1.º ciclo liceal, que o requeiram até ao dia 17 e terão de sujeitar-se a um exame de aptidão, constando de provas de português e aritmética.

As candidatas que possuam o 2.º ciclo estão dispensadas deste exame.

### Estrangeiro

Em Genebra, de 21 a 23 de Outubro, realiza-se o Curso de Aperfeiçoamento da Faculdade de Medicina, com título «Diagnósticos e Terapêuticas de Urgências».

— Em Londres, realiza-se no dia 27 de Outubro a Reunião Geral da Associação Renal, na Fundação Ciba.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 30/IX a 6/X/1954)

6/X

Dr. Joaquim Manuel Manso Lemos de Mendonça — delegado do procurador da República, exercendo, em comissão de serviço, o cargo de subdirector do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos — provido definitivamente neste último cargo.

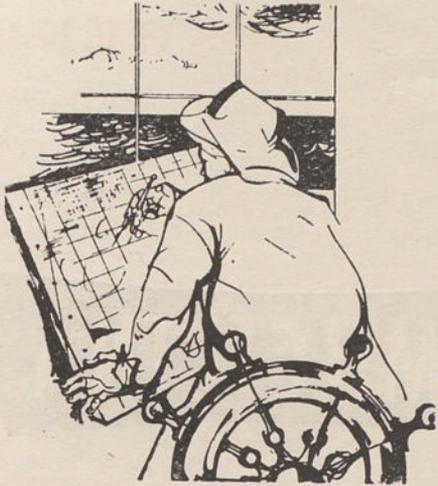
## Ordem dos Médicos

### CONSELHO GERAL

Avisam-se os Colegas interessados que se realizam, com início em 28 de Janeiro do próximo ano, as provas de aptidão para a inscrição no quadro dos especialistas.

O prazo de entrega de documentação termina em 20 de Dezembro p. f. Lisboa, 8 de Outubro de 1954.

O Presidente da Direcção,  
Ayres de Sousa.



considere a

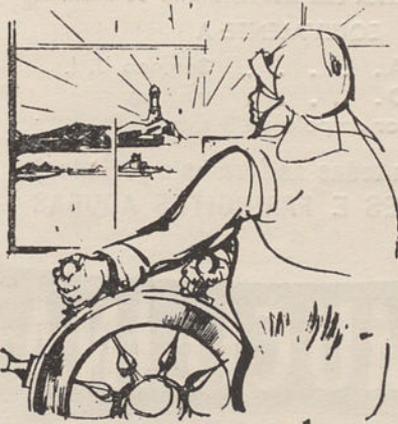
**promessa**

do **Tetracyn\***

marca da tetraciclina

o mais recente antibiótico de largo espectro

\* O Tetracyn está sendo apresentado em várias formas de administração.



considere as

**provas**

da **Terramicina\***

marca da oxitetraciclina

inexcedível antibiótico de largo espectro

*qualquer que seja a situação  
clínica... qualquer que  
seja a nossa preferência...  
há um agente terapêutico Pfizer  
para cada indicação antimicrobiana.*

**TERRAMICINA\***  
(marca da oxitetraciclina)

COMBIÓTICO\*  
DIHIDROESTREPTOMICINA  
MAGNAMICINA\*  
PENICILINA  
PERMAPEN\*  
POLIMIXINA  
PRONAPEN\*  
ESTREPTOMICINA  
ESTREPTOHIDRAZIDA\*  
VIOCINA\*

**TETRACYN\***  
(marca da tetraciclina)

*Unicos Distribuidores:*

**NÉO-FARMACÉUTICA, LIMITADA**  
AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21, R/C. — TEL. 51830  
LISBOA

*Representantes de*

**Pfizer**

FUNDADA EM 1949

*O maior Produtor de Antibióticos do Mundo*

**PFIZER INTERNATIONAL Service Co., Inc., 25 Broad Street, New York 4, N. Y., U. S. A.**

\* MARCA REGISTRADA DE CHAS. PFIZER & CO., INC.

# 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