

O MEDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 165
28 de Outubro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

COBENIL ★ AZEVEDOS

FOSFATO DE ADENINA + ANEURINA ACTIVADA * + VITAMINA B₁₂

* Aneurina activada pelo ião-pirofosfórico, em meio adenosino-fosfórico glicosado

INDICAÇÕES

Adinamia neuro-muscular e cardíaca • Convalescências • Astenia consecutiva ao uso de antibióticos • Neurastenia nervosidade, instabilidade psíquica • Estados de desnutrição • Deficiências de crescimento e desenvolvimento das crianças e lactentes • Anorexia e astenia dos velhos e crianças • Dermatoses seborreicas • Neurodermites e certos eczemas • Dermatitis de contacto • Urticária crónica • Lupus • Zona • Esclerose em placas • Nevrites • Nevralgias do trigémio • Polinevrites diversas • Osteoartrite e osteoporose • Hemicrânia • Hepatopatias • Perturbações da gravidez: vômitos, hiperestesias, etc.

APRESENTAÇÃO

Injectável:

- NORMAL 5x2,2
- FORTE 3x3,3
- FORTÍSSIMO 3x3,3

Oral:

- XAROPE — Frascos de 100 cm³ para uso oral.

LITERATURA DETALHADA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS EX.MOS CLINICOS

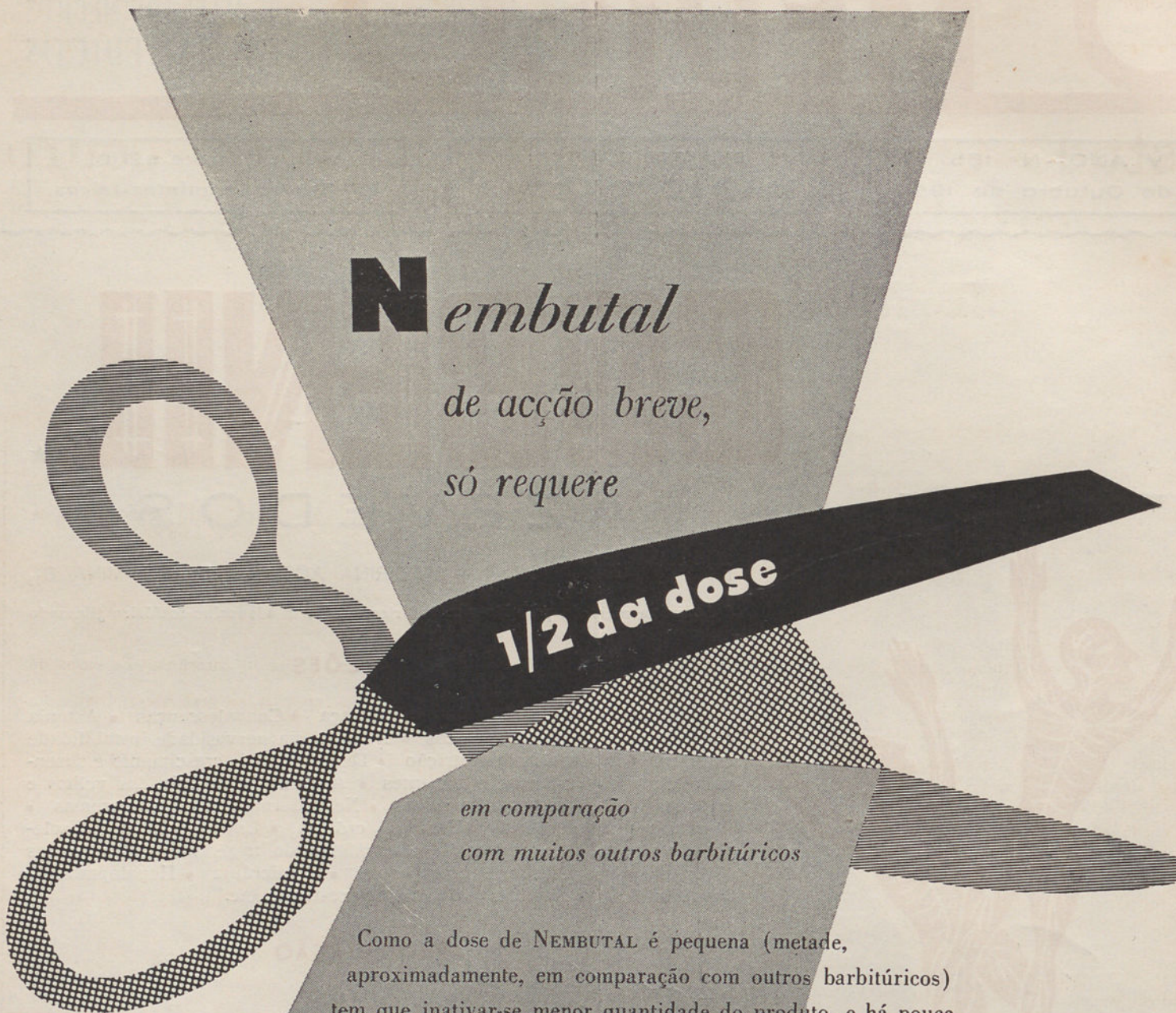
LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

* Este mesmo produto estava anteriormente à venda sob a designação de COBENAL

SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
AURELIANO DA FONSECA — Estudo epidemiológico da tinha do couro cabeludo no Norte de Portugal	887	Comentários gerais a um relatório especializado — MENDONÇA E MOURA	693
ANTÓNIO AUGUSTO COSTA — Comas	901	Ecos e Comentários	695
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Estado do estômago nos ulcerados tratados pelo sono medicamentoso prolongado	906	Efeitos Clínicos da bomba atómica	698
Factores etiológicos, concepções patogénicas e tratamento das obesidades	908	O cepticismo na Medicina	701
		Noticiário diverso.	



Nembutal

*de acção breve,
só requiere*

1/2 da dose

*em comparação
com muitos outros barbitúricos*

Como a dose de NEMBUTAL é pequena (metade, aproximadamente, em comparação com outros barbitúricos) tem que inativar-se menor quantidade do produto, e há pouca tendência para o efeito acumulativo e as reacções secundárias tardias. Regulando a dose de NEMBUTAL de acção breve, pode-se obter exactamente o grau de depressão adequado, desde a sedação ligeira até à hipnose profunda. No adulto médio, uma dose de 0,10 a 0,20 gm. (1-2 cápsulas de NEMBUTAL) provoca rápida e profunda hipnose, se o doente se encontrar em ambiente tranquilo; o efeito prolonga-se cerca de seis horas, inactivando-se neste período toda a dose. O NEMBUTAL é apresentado em frascos de 10 e 25 cápsulas a 0,1 e 0,05 gm.

Em doses iguais, por via oral nenhum outro barbitúrico combina
UM EFEITO MAIS RÁPIDO, MAIS BREVE E MAIS PROFUNDO, que o NEMBUTAL

Nembutal*
MARCA REGISTRADA

(Pentobarbital Abbott)

INFORMAÇÕES MAIS COMPLETAS E LITERATURA PORMENORISADA SÃO FORNECIDAS POR:

ABBOTT LABORATÓRIOS, L.^{DA} · Rua Joaquim António de Aguiar, 43 r. c. Dt.º
LISBOA — PORTUGAL

DISPENSÁRIO CENTRAL DE HIGIENE SOCIAL DO PORTO

Estudo epidemiológico da tinha do couro cabeludo no Norte de Portugal

Inquérito e factores epidemiológicos (*)



AURELIANO DA FONSECA

A determinação dos diferentes factores que possam intervir na disseminação da tinha do couro cabeludo tem, naturalmente, uma importância capital para o estudo epidemiológico desta doença.

Sabemos que a maior ou menor facilidade no desenvolvimento e difusão da tinha do couro cabeludo depende do género e espécie da tinha, de certas condições do meio e de circunstâncias individuais.

É óbvio aceitar, ao lado de factores gerais e comuns a todos os casos necessários para o estabelecimento da tinha, a existência de circunstâncias variáveis de região a região, que por ventura possam intervir na manutenção e propagação desta doença.

A existência da tinha no Norte de Portugal já é conhecida desde longa data; porém, é facto concreto que, nas duas últimas décadas, esta doença sofreu um incremento extraordinário, invadindo regiões onde não era conhecida e atingindo todas as classes sociais.

O estudo da provável incidência da tinha do couro cabeludo, assim como das razões que, possivelmente, tenham provocado ou determinado a sua difusão, são os temas do nosso trabalho.

A primeira atitude necessária ao nosso estudo, consistiu na realização de um inquérito para conhecer a extensão e intensidade da epidemia.

O inquérito que realizámos, foi executado segundo dois modos: indirecto e directo.

Aplicámos o método indirecto procurando adquirir informação junto dos professores escolares e das respectivas autoridades sanitárias. Para este efeito, elaborámos os dois tipos de impressos seguintes:

Impressos enviados aos professores escolares:

Distrito Concelho

Cidade, vila ou localidade

Nome da escola

N.º de alunos: sexo masculino Sexo feminino

1.º Há na escola crianças com *tinha* no couro cabeludo?.....

Quantas crianças { casos suspeitos: sexo masc..... sexo fem.....
casos comprovados: sexo masc.... sexo fem....

2.º Além destas crianças com *tinha*, há outras com lesões no couro cabeludo, tais como: falhas de cabelo, escamas ou caspa, feridas ou crostas, impingens ou nascidas, e ainda queixas de queda de cabelo?

Quantas crianças { sexo masculino

{ sexo feminino

3.º Já houve na escola crianças com *tinha* no couro cabeludo?

Quando? quantas crianças { sexo masculino

{ sexo feminino

4.º Costumam as crianças dessa localidade frequentar algumas praias?.....
Que praias frequentam?

5.º Tem conhecimento (ou pode adquiri-lo) se há casos de *tinha* na localidade, em outras crianças ou adultos?.....

Quantos casos { sexo masculino: crianças..... adultos.....
{ sexo feminino: crianças..... adultos.....

6.º Tem conhecimento de ter havido anteriormente casos de *tinha* na localidade?

Quando?..... quantos casos: sexo masculino.....
sexo feminino.....

8.º Quando se identificou o primeiro caso de *tinha* na localidade?

8.º Qual é a localidade (ou localidades) com a qual os habitantes dessa terra convivem mais intimamente?.....

9.º Qual é a característica económica da terra: rural, industrial ou mista?

10.º Tem conhecimento de qualquer localidade onde existem casos de *tinha*?

OBSERV.

Impressos enviados às autoridades sanitárias:

Distrito Concelho

1.º Tem conhecimento de haver nesse concelho *tinha* no couro cabeludo?

a) em que localidades?

b) são casos suspeitos ou averiguados?.....

c) quantos casos (mais ou menos) em cada localidade?.....

2.º Já houve anteriormente casos de *tinha*?.....

a) onde?

b) como e onde foram tratados?

3.º Será possível saber quando apareceram os primeiros casos de *tinha* nas localidades onde ela existe ou existiu?

Incluimos, ainda, no inquérito indirecto, as informações colhidas nos Serviços de Dermatovenereologia do Dispensário Central de Higiene Social do Porto e dos Serviços Médico-Sociais, assim como os dados fornecidos pela Direcção Geral de Saúde e ainda por diversos médicos.

O método directo consistiu numa inspecção sistemática à população infantil de diversas localidades e regiões.

(*) Relatório apresentado no III Congresso Hispano-Português de Dermatologia, realizado em Santander — 1954.

Ao mesmo tempo que fizemos estes inquéritos, procurámos conhecer as condições gerais, corográficas, sanitárias e demográficas de todas as regiões onde fizemos inquéritos, orientados mais ou menos pelo esquema seguinte:

I — Descrição corográfica:	
a)	Limites, área e acidentes oro e hidrográficos;
b)	factores climáticos (temperatura, humidade — nevoeiros e pluviosidade, predominância dos ventos);
c)	flora predominante (espécie, intensidade e situação);
d)	meios de comunicação com as localidades vizinhas (indicando as principais localidades para onde se desloca a população).
II — Condições sanitárias gerais e salubridade das habitações:	
a)	exposição e arejamento;
b)	distribuição do casario.
III — Estudo demográfico:	
a)	número de habitantes;
b)	densidade de população;
c)	número de fogos e famílias (composição);
d)	grupos etários;
e)	profissões dominantes;
f)	usos e costumes (feiras e romarias) na localidade e na vizinhança para onde se desloca a população;
g)	características económicas.
IV — Animais existentes (espécies predominantes).	

Posto isto, vejamos quais os elementos obtidos no trabalho realizado.

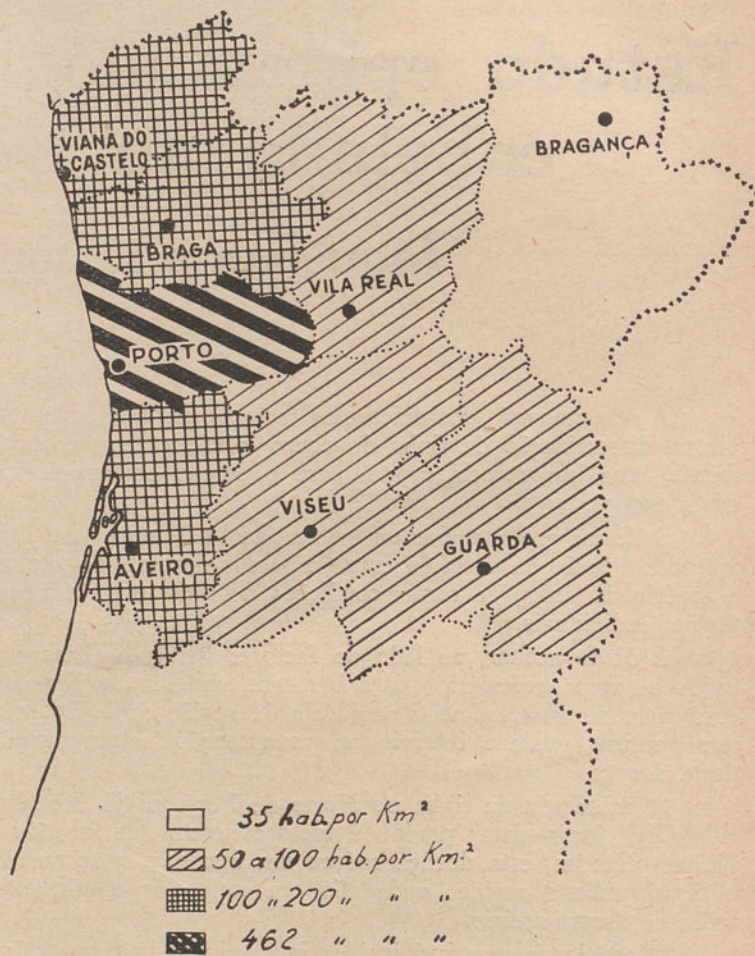
Fizemos o nosso estudo nos 8 distritos do norte do País, os quais têm uma área total de 31.100 quilómetros quadrados e uma população residente de 3.712.000 habitantes, dos quais 1.204.000 são de indivíduos até aos 14 anos de idade, período etário onde praticamente se situa a quase totalidade dos casos da tinha no couro cabeludo.

DISTRITOS	ÁREA (quilómetros quadrados)	POPULAÇÃO RESIDENTE			Número de habitantes por quilómetro quadrado
		Masculino	Feminino	TOTAL	
AVEIRO	2.700	230.000	253.000	483.000	178,00
BRAGA	2.730	262.000	284.000	546.000	200,00
BRAGANÇA	6.540	114.000	114.000	228.000	36,00
GUARDA	5.500	149.000	159.000	308.000	56,00
PORTO	2.280	498.000	556.000	1.054.000	462,00
VIANA DO CASTELO	2.110	128.000	151.000	279.000	132,00
VILA REAL	4.240	158.000	161.000	319.000	75,00
VISEU	5.000	237.000	258.000	495.000	99,00
TOTAL	31.100	1.176.000	1.936.000	3.712.000	

DISTRITOS	População até aos 14 anos de idade (nos dois sexos)			TOTAL
	0-4	5-9	10-14	
AVEIRO	57.000	49.000	48.000	154.000
BRAGA	74.000	60.000	59.000	193.000
BRAGANÇA	26.000	25.000	24.000	75.000
GUARDA	34.000	33.000	31.000	98.000
PORTO	127.000	101.000	101.000	329.000
VIANA DO CASTELO	32.000	27.000	27.000	88.000
VILA REAL	39.000	36.000	34.000	109.000
VISEU	57.000	49.000	49.000	158.000
TOTAL	446.000	385.000	373.000	1.204.000

Nota: Os dados estatísticos demográficos foram recolhidos do IX Recenseamento Geral da População realizado em 1950.

Como vemos, trata-se de uma extensa área com uma densidade de população muito variável, de 35 a 462 habitantes por quilómetro quadrado, sendo a densidade média de 119,2. (Mapa n.º 1).



MAPA N.º 1

A quase totalidade da população situa-se nos 4 distritos ao longo da costa, os quais, ocupando apenas uma área de 31,5 % da área total, possuem 62 % da população.

O solo destes quatro distritos (Viana do Castelo, Braga, Porto e Aveiro) desenvolve-se em planície com pequenas ondulações de terreno que em regra não ultrapassam os 100 ou 200 metros. Porém, nos limites interiores, o terreno é montanhoso. Nos restantes distritos, o solo é acidentado, cortado por vales mais ou menos profundos e apertados onde correm os rios.

A rede hidrográfica desta região é intensa, destacando-se 7 principais rios (Minho, Lima, Cávado, Ave, Douro, Vouga e Mondego) cujos vales perpendiculares à costa têm a interessante característica de serem sensivelmente paralelos uns aos outros.

O principal rio é o rio Douro, que vindo de Espanha separa a região que estamos a estudar em duas partes sensivelmente iguais. A este rio vêm desaguar numerosos afluentes, alguns dos quais têm elevado valor hidrográfico, correndo todos em bacias que lhe são perpendiculares.

Feita esta descrição, muito sumária, da região que estudámos, vamos apresentar os resultados obtidos no nosso inquérito.

I) Método indirecto:

Os impressos que distribuímos aos professores escolares foi em número de cerca de 7.000, correspondentes sensivelmente a igual número de escolas. O número de crianças sobre as quais incidiu o inquérito foi de cerca de 380.000.

Como já era de esperar, as informações obtidas no sector escolar foram pouco elucidativas quanto à existência actual de casos de tinha (rubrica n.º 1) o que é aliás compreensível, dado que os professores não têm os necessários conhecimentos técnicos para poderem fazer um diagnóstico. Porém, em relação ao restante questionário, podemos dizer que os dados registados foram muito interessantes, sobrepondo-se, mais ou menos, às impressões que sobre o assunto já possuíamos.

Em relação à rubrica n.º 2, verificámos o facto curioso de serem exactamente as localidades que mais casos de tinha possuem ou possuíram, aquelas que referem a existência de variadas lesões no couro cabeludo das crianças. Por outro lado, verificou-se, como é habitual na tinha, uma maior percentagem de casos em crianças do sexo feminino. A resposta era fácil, dado que se refere a alterações do couro cabeludo com os nomes populares, acessíveis à identificação.

A rubrica n.º 3 mereceu de um modo geral respostas dignas de interesse, verificando-se perfeita concordância com os dados obtidos por outras vias.

As respostas à rubrica n.º 4 forneceram, também, elementos importantes, verificando-se serem as crianças dos distritos do litoral (Viana, Braga, Porto e Aveiro) quase exclusivamente as que frequentam as praias, indo as crianças mais humildes, em regra para «colónias de férias». Das províncias do interior,

As respostas à rubrica n.º 9 não permitiram qualquer sistematização; também em relação à rubrica n.º 10, as respostas foram pouco elucidativas.

O inquérito realizado junto das autoridades sanitárias foi distribuído nos distritos do Porto, Viana do Castelo, Braga, Vila Real e Bragança.

Neste inquérito os dados obtidos foram muito vagos, principalmente em relação à rubrica n.º 1. Porém, as rubricas n.ºs 2 e 3 já nos deram elementos mais interessantes, que se sobrepuzaram, mais ou menos, aos obtidos no inquérito junto do corpo escolar.

Vemos conseqüentemente, que estes inquéritos não resultaram eficientes para a determinação do estado actual do problema, mas apenas foram úteis para podermos conhecer as loca-



MAPA N.º 2

Freguesias onde se identificaram casos de «tinha»

praticamente só frequentam as praias as crianças de algumas terras dos distritos de Viseu e Vila Real. De um modo geral, pode dizer-se que só vão para o mar as crianças das famílias abastadas, ou por absoluta indicação médica.

As rubricas n.ºs 5 e 6 não tiveram resposta concreta em muitos casos; todavia, verificámos que a tinha já era conhecida nas localidades do litoral em épocas anteriores a 1920, enquanto que no interior a existência da doença só entrou no conhecimento público depois de 1940 a 1945.

A rubrica n.º 8 teve resposta na quase totalidade dos impressos, verificando-se haver uma certa relação de vizinhança entre as terras onde se tem identificado casos de tinha.

lidades onde a tinha tem existido e ajuizarmos da sua provável existência actual.

Ponderados todos os dados registados nos inquéritos, e juntando os dados obtidos por outras vias, principalmente através dos Serviços do Dispensário Central de Higiene Social do Porto e dos Serviços Médico-Sociais, e os fornecidos pela Direcção Geral de Saúde em relação aos distritos da Guarda e de Viseu, foi possível organizar um mapa com as principais localidades onde se tem identificado casos desta doença. (Mapa n.º 2).

Observando cuidadosamente o mapa, notamos que as terras onde se tem verificado maior incidência de tinha se dispõem segundo certa sistematização ao longo das bacias hidrográficas.

(Mapa n.º 3). Verificámos, também, que a tinha diminui à medida que nos afastamos da costa e que caminhamos em altitude.

Pósto isto, deixemos estas impressões suspensas, e vamos encarar o método directo que utilizámos e verificar os resultados conseguidos.

II) Método directo:

Inicialmente, pensámos em observar toda a população infantil até aos 14 anos, no maior número possível de freguesias dispersas pelo Norte, mas logo à primeira tentativa encontramos

A norma que seguimos para a realização do inquérito directo foi o seguinte:

Nuns concelhos, examinaram-se todas as crianças das escolas e nas suas respectivas escolas; noutros concelhos, optou-se pela reunião, na escola principal da freguesia, das crianças das escolas das localidades limítrofes.

Em todas observamos também a pele a descoberto e as unhas das mãos, para despistagem da existência de outras lesões micóticas.

Nalgumas localidades procurámos examinar também as crianças conviventes; e sempre que foi possível observámos também os adultos do sexo feminino, conviventes com os doentes, principalmete as irmãs mais velhas e as respectivas mães. Esta



MAPA N.º 3

tais dificuldades óbvias que tivemos que desistir. Pensámos, então, em observar apenas a população escolar de todas as escolas: examinando uma pequena percentagem de crianças escolhidas à sorte dentro de cada escola. Porém, o elevado número de escolas e postos de ensino, e a sua forte dispersão, não permitiria a conclusão do trabalho dentro do ano escolar. Consequentemente, decidimos limitar o estudo somente a certo número de concelhos diferentes, observando toda a população escolar, procurando conhecer as razões de existência da doença. Dentro do tempo que dispuzemos de um ano escolar, conseguimos apenas estudar 11 concelhos.

Escolhemos 4 concelhos do litoral (Viana do Castelo, Póvoa de Varzim, Vila do Conde e Vila Nova de Gaia); 3 concelhos um pouco afastados do litoral e com características económico-sociais um pouco diferentes (Braga, Santo Tirso e Gondomar) e convivendo mais ou menos intimamente com os concelhos atrás referidos e mais 4 concelhos situados no interior e a altitude média (Paredes de Coura, Melgaço, Baião e Alijó). (Mapa n.º 4).

Não escolhemos concelhos em plena serra por termos já verificado que, nestas regiões, só por excepção poderemos encontrar qualquer caso de tinha.

atitude resultou do facto de termos encontrado alguns casos de tinha em adultos, que muitas vezes foram a única explicação para a existência de tinha nas crianças ou a sua reinfeccção depois de terem sido tratadas.

Em todas as crianças com tinha, ou apenas suspeita desta doença, tirámos cotos ou escamas, para posterior exame microscópico directo e cultural.

Vamos agora descrever o estudo realizado em cada um dos concelhos.

CONCELHO DE ALIJÓ

A) *Estudo corográfico, sanitário e demográfico:*

O concelho de Alijó encontra-se na província de Trás-os-Montes, distrito de Vila Real, limitado a sul pelo Rio Douro, que o separa do distrito de Viseu, a leste pelo Rio Tua (afluente do Rio Douro), que o separa do distrito de Bragança, a oeste pelo Rio Pinhão (também afluente do Rio Douro) e a norte pela estrada nacional que liga o distrito de Vila Real ao de Bragança, e que o separa do concelho de Murça.

P V R

Imunoterapia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÃO

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

SUPÓSITÓRIOS E INJECTÁVEL

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

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

DIESTREPTO

Sulfatos de estreptomina e dihidroestreptomina em associação sinérgica para anular os efeitos tóxicos e exaltar o valor antibiótico

COMPOSIÇÕES

ADULTO

Cada dose contém:

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

INFANTIL

Cada dose contém:

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

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

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



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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



Torna a intratável

asma tratável

*Hydro Cortone**

(Hidrocortisona de Merk & Co., Inc.)

RESULTADOS IMPRESSIONANTES: Um artigo¹ recente salienta que a terapêutica pelas hormonas mostrou efeitos marcantes ou completos no controle de aproximadamente 85 por cento dos doentes de asma bronquica aguda refractária.

No tratamento de tais doentes a HIDROCORTONE apresenta significativas vantagens. É um esteroide adrenocortical e consideravelmente mais potente do que a cortisona. Relatórios já publicados mostram que os indesejados efeitos

fisiológicos também se dão menos vezes, com doses mais pequenas, mas igualmente efectivas, de HYDROCORTONE de que com a cortisona. Este facto é particularmente vantajoso quando se torna necessária uma administração prolongada, que certos asmáticos carecem e se podem conservar livres de sintomas com uma terapêutica de dosagens reduzidas.

1. Thorn, G. W., et al., *New England J. Med.* 248:632, April 9, 1953. Fornece-se, para administração: ORAL — Comprimidos de HYDROCORTONE de 20 mg., frascos de 25.

MERCK-SHARP & DOHME INTERNATIONAL

DIVISION OF MERCK & CO., INC.

161 AVENUE OF THE AMERICAS, NEW YORK 13, N. Y., U. S. A.

*HYDROCORTONE é a marca registada de Merck & Co., Inc., para a sua hidrocortisona. Este produto foi pela primeira vez apresentado ao mundo pelos laboratórios de pesquisas e produções de Merck & Co., Inc.

Distribuidor

SOC. COM. CROCKER, DELAFORCE & CO. S.A.R.L.

Rua D. João V, 2, Lisboa

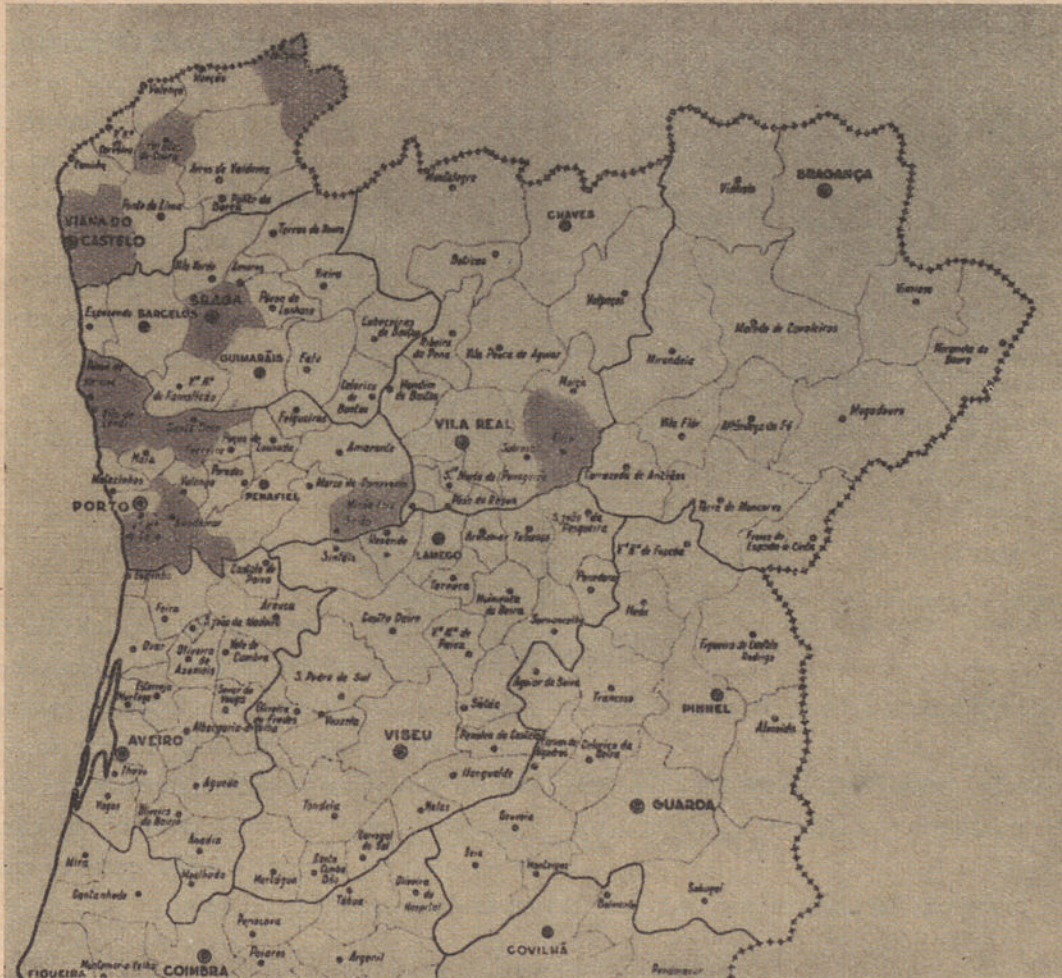
Este concelho, que tem uma área de 286 quilómetros quadrados, pode considerar-se acidentado, com um pequeno planalto na parte norte, a uma altitude média de 400 a 600 metros, de onde partem diversas pequenas serranias cujos vales se dirigem para os 3 limites hidrográficos referidos.

O clima é puramente continental, muito quente no verão e frio no inverno, ainda que o número de dias com temperaturas extremas seja relativamente pequeno. Humidade e nevoeiros apenas existem nas encostas dos 3 rios que cercam o concelho; a pluviosidade é muito fraca em toda a região. Os ventos predominantes são os do quadrante sul, com fracas brisas do oeste durante o verão.

tipo rural, com fracas condições higiénicas. Todavia, na séde do concelho (Alijó), assim como nas encostas voltadas ao Rio Douro, há numerosas casas que possuem todas as condições de higiene e salubridade.

O concelho possui 19 freguesias e mais 33 povoações, que se dispõem segundo 3 linhas dirigidas de Norte para Sul, uma ao longo da encosta esquerda do Rio Pinhão, outra ao longo da encosta direita do Rio Tua e outra que atravessa o concelho pelo centro.

O número de habitantes é de 24.000, que se distribuem em partes sensivelmente iguais pelos dois sexos, com uma densidade de população de 83 habitantes por quilómetro quadrado.



MAPA N.º 4

O estudo da flora deve ser encarado separadamente nas encostas dos 3 rios e na zona norte do planalto. Nas encostas, predominam as vinhas cujas uvas são sobretudo destinadas à preparação do vinho do Porto. Há, todavia, também bastantes oliveiras. A parte norte, porém, tem como principais culturas os cereais e a batata, entrecortadas por pequenas manchas de pinheiros e castanheiros.

Quanto a meios de comunicação, o concelho possui uma boa rede de estradas rodoviárias e duas linhas de caminho de ferro. Da estrada nacional que limita o concelho a norte, partem duas estradas principais que se dirigem para o sul, quase paralelamente, ao encontro do Rio Douro. Destas estradas partem ramais que ligam todas as localidades do concelho. Os caminhos de ferro situam-se ao longo dos vales dos rios Douro e Tua.

A população desta região tem, na sua maioria, uma vida local, deslocando-se principalmente para as estações de caminho de ferro do Pinhão, situado no extremo sudoeste do concelho. Pela estrada rodoviária a população dirige-se sobretudo para a capital do respectivo distrito (Vila Real), principalmente para as feiras que aí se realizam.

O casario tende a aglomerar-se, constituindo a povoação. Este aspecto é, por assim dizer, uma característica quase geral nos distritos de Vila Real, Bragança, Guarda e Viseu,

A maior parte das populações localizam-se no alto das encostas ou no planalto, e na maioria voltadas ao sul.

As casas, de um modo geral, são muito modestas, de

Há mais ou menos 5.900 fogos, e sensivelmente igual número de agregados familiares, cuja composição, todavia, é muito variável. Com 1 a 3 pessoas há 46,6% das famílias com 4 a 6 há 40,7% e com 7 e 10 pessoas há 12,0%. Os restantes 0,7% dos agregados familiares tem mais de 11 pessoas de família, das quais 2 são constituídos por 20 pessoas. O número de casais é de cerca de 4.200, dos quais só apenas 560 casais não tem filhos.

Vejamos o número de filhos vivos existentes nos casais com filhos.

Com 1 e 3 filhos há 61,7% casais, com 4 a 6 filhos há 32,0%, com 7 a 10 filhos há 6,1% e apenas 0,2% dos casais tem mais de 11 filhos.

A distribuição etária da população é a seguinte:

Idade	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
0- 4 anos	1.480	1.410	2.890
5- 9 >	1.370	1.310	2.680
10-14 >	1.190	1.230	2.420
15-19 >	1.140	1.180	2.320
20-49 >	3.510	3.380	6.890
50 e mais	3.070	3.730	6.800
TOTAL . . .	11.760	12.240	24.000

A população activa é constituída por 9.500 pessoas (6.900 do sexo masculino e 2,600 do sexo feminino) dos quais 78% se dedicam à agricultura (5.600 do sexo masculino e 1.800 do sexo feminino). O homem é o elemento activo fundamental (59 % da população masculina, 22 % da população feminina).



MAPA N.º 5

Os pontos em negro indicam as localidades onde se identificaram casos de tinha

Em relação ao total de elementos activos, o sexo feminino colabora em 27,8%.

Da restante população activa, 6 % dedica-se a pequena indústria caseira e 16 % é ocupada nos serviços administrativos, comércio e transportes.

Quanto a usos e costumes, devemos referir as principais

feiras que se realizam na sede do concelho, em Pegarinhos, Carlão e em Vilar de Maçada, para onde acorre praticamente apenas a população do concelho. Quanto a romarias, merece referência especial, e sobretudo, a da Nossa Senhora da Piedade em Sanfins do Douro, onde aflui muita gente de toda a província de Trás-os-Montes.

Merece salientar-se que, próximo de Carlão, existe uma fonte de águas minerais que está praticamente abandonada, não possuindo as mais rudimentares condições de higiene; todavia, é muito procurada pela população humilde de Trás-os-Montes.

As crianças não saem da região, salvo raras excepções; só algumas crianças de melhor sociedade frequentam uma ou outra praia. Porém, no verão, há muitas que vão passar as férias para as propriedades existentes no concelho, sobretudo nas propriedades vinícolas da encosta do Douro, crianças que, na maioria, são de nível social bom.

Finalmente, para terminar este panorama geral do concelho, resta-nos referir que os animais existentes nesta região são principalmente galináceos, porcos, ovelhas, cabras e bois. O cão e o gato existem também, mas em número muito reduzido em comparação com o que se verifica nos concelhos do litoral.

B) Inquérito sobre a tinha

Fizemos o inquérito sobre a tinha do couro cabeludo visitando todas as escolas do concelho e examinando todas as crianças que as frequentam. Em todos os lugares observámos também muitas crianças em idade inferior aos 7 anos, assim como muitos indivíduos em idade superior aos 14 anos, que tinham qualquer doença no couro cabeludo. O número de indivíduos observados foi superior a 3.500, entre os quais encontrámos 18 casos de tinha. (Mapa n.º 5).

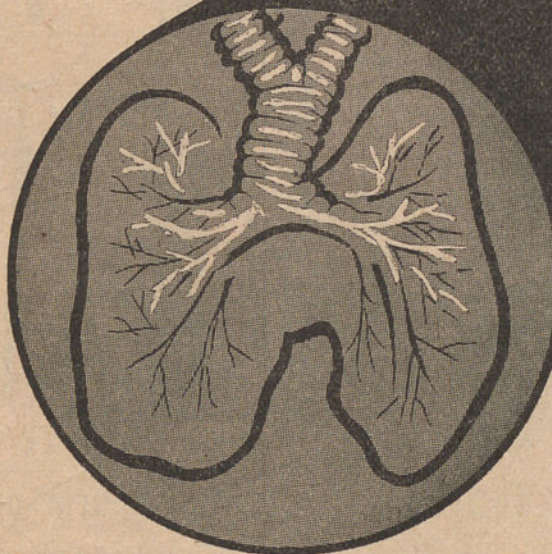
FREGUESIAS DO CONCELHO DE ALIJÓ	POPULAÇÃO RESIDENTE			POPULAÇÃO ES. COLAR OBSERVADA			CASOS DE TINHA IDENTIFICADOS		
	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
ALIJÓ — (Santa Maria Maior)	1.540	1.670	3.210	188	197	385	—	1	1
AMIEIRO — (Santa Luzia)	170	180	350	17	11	28	—	—	—
CARLÃO — (Santa Águeda)	920	1010	1.930	92	84	176	1	1	2
CASAL DE LOIVOS — (S. Bartolomeu)	260	210	470	27	15	42	—	—	—
CASTEDO — (S. João Baptista)	400	400	800	37	31	68	—	—	—
COTAS — (Santa Maria)	450	380	830	42	37	79	—	—	—
FAVAIOS — (S. Domingos)	1.100	1.170	2.270	105	109	214	—	—	—
PEGARINHOS — (Santa Maria dos Serafins) ...	530	570	1.100	55	57	112	—	—	—
PINHÃO — (Nossa Senhora da Conceição)	440	460	900	49	56	105	—	1	1
PÓPULO — (S. Sebastião)	330	340	670	43	43	86	—	—	—
RIBALONGA — (Santana)	290	270	560	31	30	61	—	—	—
SANFINS DO DOURO — (N.ª S.ª da Assunção)...	1.340	1.460	2.800	135	136	271	—	—	—
SANTA EUGÉNIA — (Santa Eugénia)	330	340	670	35	37	72	1	1	2
S. MAMEDE DE RIBA TUA — (S. Mamede)	830	840	1.570	97	92	189	—	—	—
VALE DE MENDIZ — (S. Domingos)	210	240	450	23	23	46	—	—	—
VILA CHÁ — (Santiago)	560	540	1.100	66	57	123	—	—	—
VILA VERDE — (Santa Marinha)	880	910	1.790	104	94	198	—	—	—
VILAR DE MAÇADA — (N.ª S.ª da Conceição) ...	1.090	1.150	2.240	149	138	287	3	5	(a) 8
VILARINHO DE COTAS — (Santo António)	90	100	190	18	20	38	—	4	(b) 4
TOTAIS	11.760	12.240	24.000	1.313	1.267	2.580	5	13	18

(a) Estes doentes eram da mesma família dos quais 3 não frequentavam a escola.

(b) Estes doentes eram da mesma família, nenhum frequentando a escola.

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

PULMAXIL N



Iodidrato do éster β -dietilamino-etílico de benzilpenicilina

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

LISBOA

PORTO

COIMBRA



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

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

Por drageia
ou
Por colher das de sobremesa = 10 g.

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

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

Os casos identificados em Vilarinha de Cotas e em Vilar de Maçada, possuíam todos tinha favosa; os restantes eram todos de tinha tricofítica.

A distribuição etária foi a seguinte:

IDADE	TINHA TRICOFÍTICA			TINHA FAVOSA			TOTAL
	SEXO		M + F	SEXO		M + F	
	M	F		M	F		
0-3 anos	—	—	—	1	—	1	1
4-6 >	—	—	—	—	1	1	1
7-9 >	1	2	3	—	3	3	6
10-12 >	1	2	3	1	2	3	6
13-15 >	—	—	—	1	2	3	3
16-20 >	—	—	—	—	—	—	—
21 e mais	—	—	—	—	1	1	1
Total .	2	4	6	3	9	12	18

Quanto à identificação das espécies tricofíticas, apenas não conseguimos culturas positivas nos dois casos de Carlão. Nos casos de Santa Eugénia, identificámos o «T. Acuminatum» e nos de Alijó e Pinhão, identificámos o «T. Violaceum».

Procurámos saber quais as razões de presença destes casos de tinha em localidades tão diferentes e dispersas e em números tão reduzidos e verificámos o seguinte: os 8 casos de Vilar de Maçada pertencem à mesma família, que vive nessa terra há muitos anos, sendo a doença transmitida dos seus pais; os 4 doentes de Vilarinha de Cotas, são igualmente fávicos (mãe e 3 filhos) e vieram da Régua há cerca de 2 anos. O único caso identificado em Alijó, é de uma criança de condição social média e que veio há pouco tempo da Régua; o caso encontrado no Pinhão é de uma criança que habitualmente passa o verão perto do Porto (em Cête). Os 4 casos de Carlão e de Santa Eugénia não foi possível esclarecer, sendo todavia aceitável que possam estar em relação com as proximidades das águas de Carlão, onde habitualmente vem pessoas das mais distantes terras com o fim de tratar as doenças da pele.

C) Conclusão:

O concelho de Alijó é um concelho de média altitude, dotado de clima continental e seco, cuja população, na sua maioria modesta, se dedica fundamentalmente à agricultura. A mulher colabora na vida activa numa percentagem de 22% em relação ao total da população feminina.

A tinha não constitui nesta região problema sanitário, sendo uma doença desconhecida da população.

Dos 18 casos identificados, 10 foram importados de localidades onde a tinha existe há já muitos anos.

Os 8 casos restantes, 4 são fávicos, existindo na mesma família desde há muito, família que sempre tem vivido na região com certo isolamento. Os restantes 4 casos, embora não tivesse sido possível esclarecer a sua origem, possivelmente terão sido contagiados por outras crianças que acidentalmente passaram pela região.

Considerando apenas as crianças em idade escolar com tinha, em número de 11, verificámos que, em relação ao total de crianças escolares observadas, a percentagem é de 0,4.

É conveniente referir que a maioria das crianças do sexo masculino observadas possuíam o cabelo cortado curto; as crianças do sexo feminino, embora tivessem quase todas o cabelo comprido e com tranças, todavia, a quase totalidade tinham a cabeça com relativos cuidados de limpeza.

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

CONCELHO DE BAIÃO

A) Estudo corográfico, sanitário e demográfico:

O concelho de Baião pertence à província do Douro Litoral, distrito do Porto, situado entre os concelhos de Marco de

Canaveses, Amarante e Mesão-Frio que o cercam, respectivamente, pelo oeste, norte e leste, e pelos concelhos de Rezende e Cinfães, que estão a sul, dos quais está separado pelo Rio Douro.

Tem uma área de 170 quilómetros quadrados, estendida num terreno muito ondulado que dos contrafortes da Serra do Marão desce para o sul até ao leito do Rio Douro.

A bem dizer, todo o concelho está situado numa encosta com a exposição sul-sudeste, cortado por maravilhosos e férteis vales onde correm pequenos rios e ribeiros que vão desaguar no Douro.

O clima deste concelho é muito beneficiado pela sua exposição sul-sudeste; todavia, a zona norte é consideravelmente mais fria que a zona ribeirinha.

Toda a região é pouco húmida e os nevoeiros só se verificam com relativa frequência na zona sob a influência do Rio Douro ou no extremo norte do concelho, que por vezes é, coberto pelos nevoeiros da serra.

A vegetação é abundante, com numerosas pequenas áreas de pinheiros, carvalhos e eucaliptos. A cultura de variadas espécies vegetais, particularmente o milho, centeio, feijão, etc., têm nesta região particular desenvolvimento.



MAPA N.º 6

A população do concelho convive com todas as terras vizinhas principalmente com as dos concelhos de Marco de Canaveses, Amarante, Mesão-Frio e Régua. Apenas os habitantes das povoações mais a nordeste, já metidas na serra (Teixeira e Teixeira) vivem praticamente uma vida local.

As condições sanitárias gerais do concelho são muito razoáveis. Os povoados tem, em regra, as habitações dispersas, sendo por vezes difícil concretizar o centro da localidade. Na maioria dos casos, as habitações têm boa situação e são bem arejadas, mesmo as mais modestas.

Apenas nas localidades serranas as habitações se agrupam, e têm, portanto, menores condições de salubridade.

O número de habitantes é de 29.460, dos quais 13.940 são do sexo masculino e 15.520 são do sexo feminino, que se dispersam por 20 freguesias e 230 povoações.

A densidade média da população é de 176 habitantes por quilómetro quadrado, com maior incidência ao longo dos rios Óvil e Douro. O número de fogos é de cerca de 8.000, albergando mais ou menos 7.500 agregados familiares, dos quais 47,6% são constituídos por 1 a 3 pessoas, 39,7% têm 4 a 6 pessoas, 12,2% 7 a 10 pessoas e o restante 0,5% tem um número de pessoas compreendido entre 11 e 18.

O número de casais é de 5.790, havendo 670 que não têm filhos. Entre os casais com filhos, 60,2% têm 1 a 3 filhos, 30,3% têm 4 a 6 filhos, 9,1% tem 7 a 10 filhos e 0,4% tem 11 a 14 filhos.

A distribuição etária da população é sensivelmente a seguinte:

Idade	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
0- 4 anos	1.880	1.710	3.590
6- 9 >	1.550	1.570	3.120
10-14 >	1.550	1.500	3.050
15-19 >	1.410	1.520	2.930
20-49 >	3.840	4.140	7.980
50 e mais	3.710	5.080	8.790
Total . . .	13.940	15.520	29.460

A população activa é de 10.000 pessoas (8.400 do sexo masculino e 1.600 do sexo feminino), das quais se dedicam à agricultura 70 %.

Da restante população activa, 8,5 % dedica-se a pequena indústria local de cabos de guarda-chuva e de bengalas, olaria e serração de madeira.

No total da população activa, o sexo feminino colabora em 16 %; em relação ao total da população feminina, a relação é de 10,3 %.

Há neste concelho algumas importantes feiras, principalmente em Campelo, Góve e Santa Marinha do Zézere, assim como várias romarias. Para fora do concelho, a população desloca-se principalmente às romarias de Amarante e Lamego. Quanto à frequência de praias, apenas algumas crianças costumam ir para as praias de Matosinhos e Aguda.

Os animais existentes na região são de variada espécie, predominando as ovelhas nas localidades serranas e o gado bovino na restante área do concelho. Há também quem se dedique à criação de galinhas que existem em quantidade. O gato e o cão existem em quantidade moderada, sendo, todavia, talvez mais numeroso o número de cães.

B) Inquérito sobre a tinha

Percorremos todas as escolas do concelho em número de 29 e observámos 2.882 crianças, entre as quais identificámos 37 casos de tinha.

É interessante salientar que, tendo o concelho de Baião 20 freguesias, apenas encontrámos alguns casos de tinha em 12, os quais se situam todos ao longo da encosta do Rio Douro ou no vale do Rio Ovil. As restantes freguesias estão, em regra, localizadas em altitude ou no interior do concelho. (Mapa n.º 6).

Todos os casos são do género tricoftico; a identificação da espécie (que só foi possível em 20 casos) evidenciou apenas o «T. Violaceum».

Vejamus finalmente, qual a distribuição etária:

Idade	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
0- 6 anos	—	—	—
7- 9 >	6	13	19
10-12 >	7	11	18
13 >	—	—	—
Total . . .	13	24	37

C) Conclusões:

O concelho de Baião, estendido numa extensa encosta, possui na sua quase totalidade um clima temperado, região propícia à agricultura que ocupa 70 % da população. A mulher colabora na vida activa numa percentagem de 10,3.

A tinha é conhecida neste concelho apenas desde há poucos anos, não sendo possível descobrir a maneira como aí se instalou. Todavia, os casos identificados foram relativamente poucos, numa percentagem de 1,3 % em relação à população escolar observada, distribuindo-se, unicamente, nas povoações ao longo dos vales.

A quase totalidade das crianças do sexo feminino possuem o cabelo comprido; as do sexo masculino têm o cabelo curto ou rapado. De um modo geral, todas as crianças apresentavam as cabeças razoavelmente limpas, mesmo as mais modestas.

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

CONCELHO DE BRAGA

A) Estudo corográfico, sanitário e demográfico:

O concelho de Braga, localizado na Província do Minho e no centro do distrito de Braga, é limitado a norte pelo Rio Cávado que o separa dos concelhos de Vila Verde e Amares e está cercado por leste, sul e oeste, respectivamente pelos concelhos da Póvoa de Lanhoso, Famalicão e Barcelos.

A área é de 177 quilómetros quadrados, com suave ondulação de terreno, cuja cota mais elevada se encontra a leste do concelho no monte Sameiro com 580 metros de altitude. Os acidentes hidrográficos principais são o rio Cávado, situado a norte do concelho, e o rio Este, que o atravessa em diagonal de norte para sul e no sentido leste-oeste, dividindo-o em duas partes sensivelmente iguais.

FREGUESIAS DO CONCELHO DE BAIÃO	POPULAÇÃO RESIDENTE			POPULAÇÃO ESCOLAR OBSERVADA			CASOS DE TINHA IDENTIFICADOS		
	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL
	Masculino	feminino		Masculino	feminino		Masculino	feminino	
ANCEDE (Santo André)	1.480	1.630	3.110	161	118	279	1	1	2
BAIÃO (Santa Leocádia)	450	570	1.020	49	51	100		3	3
CAMPELO (S. Bartolomeu)	1.160	1.260	2.420	126	82	208	2		2
COVELAS (S. Tomé)	600	650	1.250	52	72	124			
FRENDE (Santa Maria)	480	550	1.030	54	58	112	1	4	5
GESTAÇÃO (S. João do Campo)	1.200	1.210	2.410	141	105	246			
GÓVE (Santa Maria)	980	1.030	2.010	104	88	192		2	2
GRILLO (S. João Baptista)	370	430	800	41	40	81			
LOIVOS DO MONTE (S. Paio)	350	320	670	35	37	72	1	3	4
LOIVOS DA RIBEIRA (St.ª M. Mad.ª)	350	390	740	43	47	90		1	1
MESQUINHATA (Santiago)	250	300	550	21	34	55			
OVIL (S. João Baptista)	860	940	1.800	71	79	150	1	2	3
RIBADOURO (Santo Antón'o)	450	530	980	45	39	84	1	2	3
ST.ª CRUZ DOURO (Santa Cruz) ...	1.370	1.470	2.840	159	107	266	3	6	9
ST.ª MARINHA ZÉZERE (St.ª Marinha)	1.530	1.650	3.180	177	169	346	2		2
TEIXEIRA (S. Pedro)	770	790	1.560	78	53	131			
TEIXEIRÓ (Santa Maria)	280	290	570	38	32	70			
TRESSOURAS (S. Miguel)	400	480	880	45	35	80	1		1
VALADARES (Santiago)	640	720	1.360	70	35	105			
VIARIZ (S. Faustino)	330	390	720	50	41	91			
TOTAIS	14.300	15.600	29.900	1.560	1.322	2.882	13	24	37

(Continua no próximo número)

UMA NOVIDADE
DO
I. L. F.



H I D R O C E T

Hidrocortisona em *comprimidos* para uso peroral
Acetato de hidrocortisona em *suspensão injectável*
para uso intra-articular

ACÇÃO BIOLÓGICA ANÁLOGA À DA CORTISONA • MAIS ACTIVA • MENOS
TÓXICA • DOSES MUITO MENORES • RESULTADOS MAIS RÁPIDOS

Instituto Luso-Fármaco — Lisboa

Mesmo para a insuficiência
cardíaca latente é necessário

LANATOSIDE A+B+C
PANDIGAL

— *elimina a discrepância entre a potência
tencionada do doente e a potência efectiva*

PANDIGAL é especialmente apropriado para este efeito por causa da sua eficácia bastante intensa e devido ainda a que o seu período de latência não é demasiadamente longo no organismo.

GOTAS

COMPRIMIDOS

AMPOLAS

Um produto de

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

Representante

Pestana & Fernandes, L.^{da}

Secção de Propaganda — R. Prata, 153-2.º Esq. — Lisboa

Comas (*)

(Considerações gerais)

ANTÔNIO AUGUSTO COSTA

(Ex-interno dos H. C. L.,
Médico do Quadro Comum do Ultramar)

I — Definição e conceitos

Entende-se por coma um estado patológico caracterizado fundamentalmente por abolição da consciência e perda total da sensibilidade e da motilidade voluntária.

Esta definição, muito idêntica à de Marañon (1), não anda longe da de Hyman (2): «total loss of consciousness with absence of all voluntary motion».

Assim, o coma apresenta-se como uma situação de limite razoavelmente marcado, embora ainda o possamos considerar susceptível de variar em profundidade. E não cabem dentro dele, devendo até sofrer a conveniente destrinça, outros estados que poderão parecer aparentar traços comuns, tais como a sonolência, a modorra, o estupor e a letargia, estados que definem graus diferentes, cada vez mais intensos, pela ordem enunciada, do fenómeno fisiológico, sono.

A sonolência representa um aumento patológico da propensão para o sono; os outros, referem-se a estados de adormecimento mais profundos e duradouros, relativamente com menor ou maior diminuição dos fenómenos conscientes e da reflexividade — fundamentalmente o próprio sono não é mais do que a suspensão transitória das ideias conscientes e da vida reflexa normal.

Que os limites destas situações são pouco precisos, de tal modo que, muitas vezes, elas são tomadas umas pelas outras, é um facto, como é um facto também a sua frequente transição para o coma, através dos chamados estados pre-comatosos ou semi-comatosos. Todavia, convém repetir que, no coma, a par da perda da consciência, desaparecem a sensibilidade e a motilidade voluntária.

Seja como for, interessa enunciá-los e até ponderá-los, já porque, muitas vezes, os vamos encontrar, como dissemos, nos momentos que precedem um coma, numa sequência quase insensível ou mesmo insensível, portanto, dignos de tanta ou mesmo de maior atenção, e nada tem de paradoxal esta afirmação, pois, da sua resolução eficaz, poder-se-á evitar o aparecimento da situação última, sempre de maior melindre no prognóstico e no aspecto terapêutico.

Por outro lado, ainda dentro desta ordem de ideias, quase não valeria a pena citar as situações agudas de falência cardíaca ou circulatória, por serem estranhas ao nosso tema, contudo, tem de se afirmar que, tantas vezes, na prática clínica, existe uma intercorrelação e interpenetração de todos estes diferentes quadros clínicos, de tal modo que é nossa obrigação reconhecê-los, na medida em que contribuem para o somatório da situação em causa, na finalidade de nos conduzir ainda a novas e mais específicas terapêuticas, com resultados seguramente mais promissores.

II — Esboço fisiopatológico

Fundamentalmente, o coma é a resultante de ter sido atingido, de qualquer maneira, o sistema nervoso central, conduzindo a essa ausência dos fenómenos da vida de relação e conservação das funções da vida vegetativa, estas preservadas em maior ou menor grau, na dependência de mil e um factores, alguns, por vezes, causadores do próprio quadro, outros, e constantemente, resultantes das evolutivas perturbações que, a par e passo, se vão desencadeando no metabolismo alterado.

Neste, se a acidose não dominou inicialmente o quadro comatoso, ela vai desempenhar o seu papel importante, em grande número de casos.

É sabido de todos que o equilíbrio ácido-básico, considerado invariável durante o estado de saúde, se pode perturbar, em condições patológicas, nos sentidos da acidose ou da alcalose. Este equilíbrio rompe-se quando um ou mais dos chamados mecanismos reguladores deixam de estar capazes de cumprir

a sua função, sejam as substâncias tampões, sejam os rins, os pulmões ou ainda os intestinos.

Ora, nos doentes em coma, por virtude de uma ou mais alterações orgânicas e humorais, há frequentemente ruptura destas linhas de defesa, por vezes, antes do estabelecimento da referida situação, muitas vezes, posteriormente ao seu aparecimento; por exemplo no coma diabético, a anormalidade metabólica antecedeu-o, como no coma por intoxicação barbitúrica, o dismetabolismo é alteração lógica, a considerar no seu futuro.

Assim, o estado acidótico antecedeu, estabeleceu-se ou agravou-se com a revelação da situação patológica de que nos estamos ocupando, por mecanismos diferentes, concorrentes, complexos; são as perturbações metabólicas que condicionam alguns dos comas mais importantes (diabético, urémico, hepático, etc.); também aparecem como resultantes esperadas, através da intensa desidratação ligada seja à febre, às restrições dietéticas anormais, a grandes perdas de água e de electrólitos, ao estado tóxico ou infeccioso (comas meningítico, palúdico, barbitúrico, etc.); ainda, as situações de insuficiência renal são boas contribuintes, como determinadas doenças pulmonares em que as suas graves lesões anulam grande parte do parênquima respiratório, e bem assim em alguns casos em que haja intensa diminuição da excitabilidade do centro respiratório (comas barbitúrico, opiáceo, etc.).

Se, por um lado, a acidose surge como resultante de vários factores, ela, por sua vez, impõe a sua presença, conduzindo agora à desidratação, a qual vai produzir instabilidade e desequilíbrio iónico modificação da quantidade do sangue no sentido da hipovolémia, portanto, produzindo hipotensão e estados de colapso vascular, e, finalmente, anóxia celular, com as consequentes perturbações metabólicas, que tomarão aspecto particularmente grave nos sistemas altamente diferenciados, como o cérebro, e a seguir no coração, nos rins e no fígado.

Ao fim e ao cabo, certas determinantes da acidose são, por ela, aumentadas e agravadas, estabelecendo-se assim um ciclo vicioso que importa considerar sempre.

Em conclusão, o que interessa é focar o valor que os fenómenos fisiopatológicos ocupam num coma, e fazer ponderar que parte há-de pertencer ao estabelecimento da acidose ou à sua evolução. A recordação presente de todas estas ideias terá aplicação na terapêutica a empregar nos nossos doentes.

III — Etiologia; classificação dos comas

A simples enunciação dos numerosos casos de comas que a clínica diária nos pode oferecer, seria fastidiosa e faria perder o aspecto de síntese que pretendemos dar a esta exposição; interessa mais, sem dúvida, uma classificação, se bem que se possam adivinhar dificuldades no seu arranjo.

Para este efeito, acompanharemos a classificação apresentada por Marañon, com algumas simplificações que não perturbarão a sua originalidade.

Assim, dividiremos os comas em:

- A — comas por lesões produzidas ao nível do sistema nervoso central;
- B — comas de origem metabólica;
- C — comas por intoxicação com determinadas substâncias;
- D — comas nas doenças infecciosas;
- E — comas nas hemopatias;
- F — comas de causa cardiovascular, e
- G — comas de outras causas.

(*) Palestra apresentada, no mês de Outubro de 1954, na Reunião do Corpo Clínico do Hospital Central Rainha Dona Amélia (Beira).

De entre os primeiros (grupo A), destaques:

- 1 — os comas por acidentes vasculares cerebrais (comas apopléticos),
- 2 — os comas por traumatismos cranianos, imediatos ou tardios,
- 3 — os comas da epilepsia (no estado de mal epilético),
- 4 — os comas por lesões crônicas do sistema nervoso (abscesso cerebral, tumores cerebrais, esclerose em placas, tabes, paralisia geral, etc.),
- 5 — os comas por lesões agudas do sistema nervoso (encefalites, meningoencefalites, meningites, doença do sono, tétano, etc.),
- 6 — os raros comas por hipotensão craniana (Marañon aponta possibilidades de comas desta etiologia após a punção lombar), e
- 7 — os comas, se assim se podem chamar, da histeria.

Passemos ao grupo B para enunciar os seguintes:

- 8 — coma urémico,
- 9 — coma diabético,
- 10 — coma hipoglicémico — acidental ou terapêutico,
- 11 — coma hepático,
- 12 — coma adissônico,
- 13 — coma tiroideo,
- 14 — coma acidótico (dos vômitos cíclicos das crianças), e
- 15 — coma carencial (na pelagra).

Ao grupo C pertencem:

- 16 — coma alcoólico,
- 17 — coma por intoxicação com opiáceos,
- 18 — coma por intoxicação com cocaína,
- 19 — coma por intoxicação com derivados barbitúricos,
- 20 — coma por intoxicação com o óxido de carbono, e
- 21 — comas do saturnismo e de outros produtos.

No grupo D, estarão incluídos os comas originados a partir de doenças infecciosas gerais, constituindo geralmente a fase terminal da doença.

Marañon ainda, cita a pneumonia dos velhos como susceptível de produzir estados comatosos, o que, de facto, muitos de nós, já tivemos possibilidades de comprovar.

Porém, entre nós, tem particular importância o

- 22 — coma pernicioso (da forma terçã maligna).

No grupo E, podem incluir-se os estados comatosos originados por hemorragias graves. As doenças hemorrágicas (púrpuras) poderão produzir quadros de hemorragia cerebral.

No grupo seguinte — F — incluir-se-ão os casos de coma observados a partir do síndrome de Stokes-Adams e do enfarto miocárdico.

E a terminar — grupo G — citaremos os comas por insolação, por arrefecimento grave e por bruscas descompressões (aviadores).

IV — Reflexões para o diagnóstico diferencial dos comas

Sem dúvida nenhuma, constituirá sempre a nossa maneira de actuar, colher uma anamnese cuidadosa, caso nos deparemos com o doente em coma, junto dos seus familiares, e um exame objectivo perfeito, a fim de permitir um diagnóstico imediato, quanto possível exacto; dever-se-á também recorrer ao auxílio do laboratório, com a urgência necessária, quando indispensável.

1.º — Através dos antecedentes pessoais, podemos averiguar se se trata de um portador de uma doença crónica anterior (sífilis, hipertensão, diabetes, epilepsia, cardiopatia, etc.), de moléstia aguda recente (paludismo, meningite, hepatite, ou doença febril ainda não diagnosticada), se há suspeitas de tentativa de intoxicação voluntária ou se esta foi acidental, se existiu acidente traumático recente ou antigo, etc.

2.º — Durante o exame clínico geral, que deve ser feito segundo as regras normais, há uma série de dados objectivos que nos podem pôr no caminho do bom diagnóstico ou afastar hipóteses menos consistentes. Assim, por exemplo:

Posição do doente — se não há uma atitude do doente comatoso, característica para cada caso, o certo é que, pelo menos, em determinados comas produzidos por doenças do sistema nervoso central (mais vezes, meningites, também encefalites, encefalomiélites e hemorragias subdúrris), ele apresenta-se

frequentemente com a cabeça em hiperextensão, acompanhada de flexão dos membros superiores e inferiores.

Idade do doente — o coma apoplético por hemorragia ou por arterioesclerose é quase regra depois dos 40 anos; as formas por endarterite sífilítica ou por embolia cerebral aparecem geralmente em indivíduos mais jovens. O coma diabético pode aparecer em qualquer idade mas, tanto ele como principalmente o urémico são mais frequentes em idades avançadas. O coma acidótico interessa a crianças com vômitos cíclicos.

Lesões traumáticas particularmente cranianas.

Perda de sangue principalmente pelos orifícios naturais. São factos a considerar em presença de um coma e orientam-nos para a etiologia traumática. Porém, será conveniente ter sempre em mente que o traumatismo pode ser posterior a um coma que se desencadeou súbitamente ou pode ainda o traumatismo aparente ter sido factor desencadeante (coma apoplético).

Hálito do doente — este sinal resolve só por si, algumas vezes, a natureza do coma (hálitos urémico, acetónico, hepático, alcoólico, etc.).

Facies — o aspecto pletórico pode encaminhar-nos para um coma apoplético; é acessível pensar na intoxicação pelo óxido de carbono frente a um facies congestivo cianótico. O facies tetânico ou um típico facies epilético resolverão o nosso problema; o aspecto conhecido por «fumar de cachimbo» evidenciará uma apoplexia.

Sinais oculares — os estrabismos são frequentes nas meningites, encefalites e hemorragias meníngeas; a ptose palpebral e o desvio conjugado da cabeça e dos olhos sugerem processos cerebrais. O aspecto das pupilas também dão indicações ao médico avisado; assim, a desigualdade pupilar aparece nos comas por traumatismo craniano, nas encefalites, etc.); a midríase é frequente no coma diabético e no coma por intoxicação cocaínica; a miose é mais usual no coma urémico, no coma barbitúrico, na fase inicial da intoxicação pelos opiáceos, etc.

Respiração — determinados tipos de respiração se não são patognomónicos de uma só modalidade de coma, servirão, pelo menos, para aumentar as probabilidades de diagnóstico: assim, a respiração de Cheyne-Stokes surge no estado urémico e a respiração tipo Kussmaul predomina nas situações graves de diabetes e também nos adissónicos. Os comas barbitúricos e os opiáceos apresentam uma respiração calma e profunda; a respiração do coma insulínico é ligeira e superficial. A respiração tipo Biot aparece frequentemente nas meningites e em estados de hipertensão craniana.

Temperatura e pulso — creditam-se, em determinados casos, como dados auxiliares: temperaturas altas em processos infecciosos (meningites, encefalites, paludismo, etc.) e nas insolações; temperaturas baixas poderão observar-se nos comas por hipoglicémia ou por intoxicação cocaínica; os restantes evoluirão usualmente com normotermia ou ligeiros aumentos.

Quanto ao pulso saliente-se só a bradisfigmia das hemorragias meníngeas e de outras situações de hipertensão craniana, não esquecendo, porém, a possibilidade do aparecimento de um pulso lento por Stokes-Adams.

Sinais neurológicos — o estudo neurológico constitui um momento importante para o diagnóstico desta classe de doentes. Nos comas meníngeos (por hemorragias ou por processos inflamatórios) é costume encontrar contracções de grupos musculares (rigidez da nuca, opistótono ou ortótono, membros flectidos, sinais de Brudzinsky e de Kernig, etc.) e hiperreflexia osteotendinosa (em fase adiantada pode haver arreflexia). As oftalmoplegias, já citadas anteriormente, podem aparecer em diversos processos cerebrais. Nos comas apopléticos sobressaem as hemiplegias, com arreflexia osteotendinosa e sinal de Babinsky do lado paralizado. No coma diabético, é frequente a hipotonia muscular e os reflexos patelares abolidos; no coma hipoglicémico, há hipertonía, reflexos conservados e aparecem, por vezes, convulsões epileptiformes. Nos casos de etiologia tetânica, observam-se as contracções tónicas ou clónicas, bem conhecidas.

3.º — A terminar estas reflexões, acentuemos que, numa emergência, dispomos de meios complementares valiosos, consoante as situações: o laboratório e a radiologia. Ao primeiro, para os exames de urina (albumina e sedimento ou glicose e corpos cetónicos), de sangue (contagem, hemoglobina e fórmula leucocitária; ureia ou glicose; parasitologia) e do líquido céfaloraquidiano (exames bacteriológico ou parasitológico; citologia e quimismo); ao segundo, para exames radiográficos, particularmente os do crânio.

Um **NOVO** e Superior

Antibiótico

de amplo espectro



ACROMICINA

TETRACICLINA **Lederle**

Absorção mais rápida. Reações 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 cm³ com 1 gr.; 5 gotas — 25 mg.; Suspensão oral, frascos de 30 cm³ com 1,5 g. de Acromicina.

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

* Marca Comercial Registrada



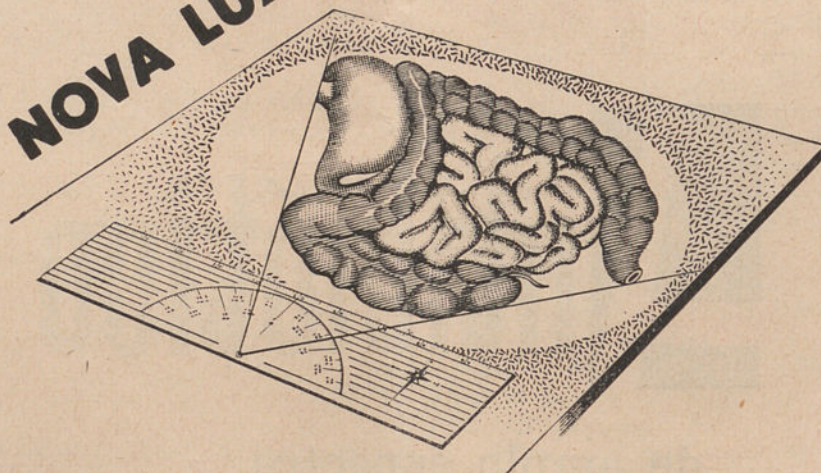
**Um nome que simboliza
supremacia na investigação
e na produção farmacêuticas**

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

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



NOVA LUZ



sobre a gastroenterite

Tem-se recentemente acentuado a importância do emprego da quimioterapia combinada nas infecções e do mérito da combinação judiciosa de antibióticos e sulfonamidas na prevenção da resistência bacteriana.

O tratamento de muitas infecções do segmento gastrintestinal pela terapêutica associada de estreptomicina e sulfaguanidina representa um avanço notável sobre os processos anteriores.

Guanimycin, em que se combinam a estreptomicina ministrada por via oral e a sulfaguanidina, está indicado no tratamento da gastroenterite, disenteria bacilar, diarreia estival, intoxicação alimentar pela salmonelas e noutras infecções mixtas gastrintestinais em crianças e adultos.

Guanimycin fornece-se na forma de pó fluente, do qual se faz uma suspensão macia, saborosa e homogênea, pela simples junção de água.

GUANIMYCIN

Marca registada

SULFATO DE ESTREPTOMICINA COM SULFAGUANIDINA POR VIA ORAL

Em frascos para preparar 114 cc. de suspensão

Folheto a pedido

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

V — Problemas a considerar no tratamento geral dos comas

Num doente portador de uma febre tifóide, por exemplo, ou ainda numa situação de urgência, como um edema pulmonar agudo, poderíamos definir, com certa dose de precisão, uma orientação terapêutica a seguir; todavia já não é possível, usar do mesmo critério, ao pretender falar do tratamento geral dos comas, pois, se por um lado, o pielomorfismo etiológico e a complexidade evolutiva não admitem simples esquematização, por outro lado, nestas situações clínicas — como, de resto em muitas, mas mais particularmente nestas — tem muita importância a orientação pessoal que cada um der à sua maneira de actuar.

Quando muito, não fica mal apresentar as linhas gerais de conduta, aplicável a uma maioria, acentuando-se, desde já, que a ordenação terapêutica que vai ser exposta tem toda a maleabilidade que cada caso deve exigir.

Assim, dividiremos em cinco partes o problema da terapêutica:

- 1 — atender às condições respiratórias;
- 2 — atender ao estado cardio-circulatório;
- 3 — atender ao quadro dismetabólico;
- 4 — atender à causa primária do coma, e
- 5 — outras medidas gerais.

1 — Atender às condições respiratórias — de uma maneira geral, o doente deve ser colocado em decúbito supino, convindo que, de preferência, fique ligeiramente inclinado de tal modo que as extremidades inferiores permaneçam mais baixas que a cabeça ficando esta voltada para um dos lados. Assim, evitamos parcialmente ou resolvemos a queda da língua e uma menor aspiração das secreções orais e nasais, de produtos vomitados, etc.; assim, fazemos profilaxia contra a pneumonia ou bronco-pneumonia por aspiração.

Se, ao tomarmos conta do doente, a sua respiração é difícil e barulhenta, e, mais ainda, ele está cianosado impõe-se, não só colocar na melhor posição, como ainda fazer a aspiração das secreções, tracção da língua e recorrer à oxigenoterapia sob pressão (em máscara, por cateterismo nasal ou orofaríngeo, em tenda).

Se o doente está cianosado e nada faz prever um obstáculo nas vias respiratórias, o que nos pode levar a crer que foi atingido o mecanismo respiratório central, deve empregar-se logo a oxigenoterapia, além da terapêutica pelos analépticos respiratórios.

2 — Atendre ao estado cárdio-circulatório — o mais importante, será, sem dúvida, combater a hemorragia, caso ela esteja em causa, por meio dos variados métodos usualmente conhecidos e consoante a sua sede. Ao mesmo tempo, administrar os líquidos mais apropriados com o fim de restabelecer a volémia: principalmente sangue, também plasma ou intradex e similares, menos vezes, soro fisiológico.

Os estados comatosos que evoluem com colapso circulatório, de etiologia não vascular hemorrágica, serão tratados com líquidos, por via parentérica (plasma, intradex ou similares), em quantidades suficientes, além dos analépticos circulatórios usuais (neo-sinefrina, nor-epinefrina, coramina, etc.).

A administração de tonicárdiacos fica dependente do aparecimento de fenómenos de insuficiência cardíaca, quer nos casos em que o factor cardíaco seja etiológicamente o responsável, quer nos outros casos.

Os analépticos circulatórios serão empregados rotineiramente nos estados comatosos, em posologia dependente dos seus requerimentos, o que não admira se pensarmos que a acidose por si só conduz à desidratação, portanto, à hipovolemia e hipotensão.

3 — Atender ao quadro dismetabólico — é um aspecto que deve merecer toda a nossa atenção e que, por vezes, é relegado para um plano muito secundário; da importância que tem a correcção das perturbações metabólicas, cite-se, de passagem, a resolução mais satisfatória ou a única maneira de obter solução satisfatória, para um dos comas mais frequentes da clínica — o coma diabético — se tratarmos convenientemente a acidose.

Ao fenómeno acidose, temos de considerar ligado, sem dúvida, uma das facetas que importa resolver neste tipo de doentes: a sua perda de capacidade para a ingestão de alimentos e, portanto, a sua alimentação. O doente comatoso perdeu a pro-

priedade de se alimentar, não se queixa de que tem fome, nem se queixa de que não lhe dão comida; somos nós que temos de tomar a iniciativa — esquecê-lo é aumentar a sua condenação por aumentar a gravidade da sua situação.

Se, de facto, assim é, na generalidade, o problema tem particular acuidade para os doentes indígenas, porque estes, como todos sabemos vivem frequentemente em regime orgânico instável de toda a espécie, motivado em parte por tantas doenças crónicas que o molestem, por outro lado, pelos seus hábitos alimentares nitidamente carenciais.

Nos casos de comas recentemente estabelecidos, durante as primeiras vinte e quatro horas ou pouco mais além do primeiro dia, é de aconselhar resolver a situação, com a administração parentérica de soros. É variável a quantidade e a qualidade destes a aplicar, relativamente ao coma em causa; pode aconselhar-se moderação em determinados comas apopléticos (se bem que haja autores que, mesmo nestes casos, aconselhem a hidratação generosa); maior atenção, sob este ponto de vista, deve exigir um coma por enfarto miocárdico e, ainda mais, se está em causa um traumatismo craniano; a liberalidade será mais regra nos comas tóxicos e infecciosos.

Por sistema e quando não haja sérias contra-indicações, poderemos administrar perentéricamente um mínimo de 1.000 cc. de 6 em 6 horas, havendo quem faça e aconselhe uma totalidade de 10 a 12 litros diários; usualmente são preferidos os soros fisiológico e salino glucosado, solutos de dextran ou similares e ainda o soluto de lactato de sódio, de bons resultados no combate à acidose.

Ao 2.º dia, quando muito ao 3.º dia, deve pôr-se de lado este processo e, caso o doente se mantenha em condições idênticas, recorre-se à entubação gástrica, por via nasal, para se conseguir a sua alimentação, a qual se fará, em média de duas em duas horas e em quantidades parciais de 200 gramas; deverá ser variada, caloricamente suficiente e correctora das perturbações reconhecidas (leite, sumo de frutos, solutos açucarados, extractos de vegetais e de carne, solutos com proteínas e vitaminas, cloreto de potássio, etc.).

4 — Atender à causa primária do coma, se ela não está já resolvida com as anteriores medidas. A enumeração das possibilidades e realidades terapêuticas que se nos oferecem, sob este ângulo, alargaria extraordinariamente o âmbito destas generalidades. Não iremos, pois descrever o uso da insulina no coma diabético, da glucose e epinefrina no hipoglicémico, da picrotoxina e da anfetamina no barbitúrico, da recente lehidrona no opiáceo, da terapêutica do coma apoplético, do emprego dos antibióticos nas formas infecciosas, nem dos antipalúdicos, particularmente do quinino, nas formas comatosas da terçã maligna, etc.

Não terminaremos, no entanto, sem afirmar que será sempre vantajoso o emprego rotineiro de um antibiótico de largo espectro, servindo bem a penicilina, a fim de evitar o aparecimento de infeções secundárias, principalmente as da árvore respiratória.

5 — Outras medidas gerais serão tomadas em consideração, consoante as necessidades, não olvidando mesmo aquelas que pertençam aos cuidados de enfermagem. Faremos referência breve a algumas: combater a hipertermia (antipiréticos, clísteres grandes e frios, hidroterapia); combater a obstipação intestinal; resolver a retenção urinária (algalias periódicas); abster-se do uso de qualquer medicamento de carácter sedativo, particularmente de morfina, a qual estará formalmente contra-indicada sempre que haja suspeita de traumatismo craniano; vigilância higiénica corporal (doente sempre limpo e enxuto, polvilhações frequentes das regiões de localização habitual de escaras, mudança periódica de posição do doente, lavagens dos olhos e da boca, etc.); vigilância da higiene e arranjo das roupas de cama (roupas limpas, nunca enrugadas), etc.

E assim dou por terminadas estas generalidades, quase que despidas de conceitos teóricos, antes com sentido constantemente pragmático, aquele que fomos adquirindo junto ao leito do doente e que precisamos essencialmente manter.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Manual de Diagnóstico Etiológico; Marañón, Gregório; Espasa-Calpe S. A., Madrid; 1950.
- (2) An Integrated Practice of Medicina; Hyman, Harold Thomas; Saunders, Philadelphia; 1948.

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Estado do estômago nos ulcerados tratados pelo sono medicamentoso prolongado

(Estudo clínico e radiológico — Primeiras comunicações)

S. A. KHOTIKOVA

(Moscou)

O nosso propósito é o de estudar a função motora do estômago nos ulcerados, durante o tratamento pelo sono medicamentoso.

Fizemos três grupos de observações:

1.º — Em cada doente, após um exame clínico e laboratorial, praticamos três séries de radioscopias e grafias do estômago, durante e no fim do tratamento pelo sono medicamentoso prolongado. Estudamos: a localização da úlcera; a sua forma e extensão; posição e tónus do estômago, bem como a sua função motora e uma série de outras particularidades.

2.º — Observamos as modificações sucessivamente nos segundos, terceiros, quintos e décimos dias, em diversos doentes e após a absorção de somníferos, respeitantes a: tónus do estômago; relevo da mucosa e das pregas, funções do cardia e do piloro; função motora.

3.º — Fizemos observações radiológicas imediatamente depois da administração dos somníferos, quer num grupo de doentes, quer num grupo de pessoas sãs. Fizemos igualmente algumas observações nestes últimos, de noite, durante o sono fisiológico.

METODOLOGIA

As observações fizeram-se quer em jejum quer depois da absorção de alimentos. Após uma administração de somníferos, de barita póxoccon e de um jantar dietético, leva-se o doente para a sala de radiologia onde adormece comodamente, sobre o dorso ou sobre o ventre. Seguidamente, observando silêncio e calma completa, procede-se primeiro todos os 10-15 minutos, e, seguidamente, depois de 1, 2, 3 e 5 horas à radioscopia e à radiografia em série do estômago e isso até ao acordar natural do doente.

Notou-se particularmente o estado do estômago no momento de adormecer, de acordar, ou em que mudasse de posição durante o sono.

As observações incidem sobre 27 homens, de 17 a 41 anos, sendo: 6 casos de úlcera do estômago e 21 de duodeno.

O exame do quadro junto, evidencia o número de dias: duração geral da hospitalização; a duração do tratamento pelo sono; a duração do período de cicatrização da úlcera.

Se, pelo exame radiológico, se não observasse cicatrização, prolongava-se o tratamento até ao total desaparecimento do nicho. Os sintomas de cicatrização — diminuição e modificação da forma do nicho — tornam-se visíveis a partir do 20-25 dia da absorção dos somníferos. Em certos doentes, vimos-la já, depois do 12-15.º dia, e noutros, por outro lado, não se via durante muito tempo. Em 21 de 27 casos o tratamento foi eficaz; em ?? destes a doença não recidivou durante um ano. Faltam-nos informações sobre os outros doentes.

TRATAMENTO PELO SONO

Os somníferos eram administrados por clisteres ou por hóstias. Diariamente, de manhã e à noite, applicava-se um clister

de hidrato de cloral (1,5-2 gr. para 150 a 200 gr. de água) e davam-se ao mesmo tempo dois comprimidos de luminal a 0,1 gr. ou um comprimido barbamyil, de veronal ou de bromural de 0,3 gr. Se estes somníferos não provocavam sono suficientemente calmo nem suficientemente prolongado, administrava-se mais 0,1 gr. de luminal ou equivalente. Em alguns, empregou-se o hexenal na dose de 0,5 gr. duas vezes por dia. Os melhores resultados foram com a combinação de barbamyil e luminal.

Alguns doentes receberam, por motivo das fortes dores que tinham, 30 gotas de platifilina, 2-3 vezes por dia, como antiespasmódico. Não se applicou nenhum outro tratamento ou fisioterapia.

Os doentes dormiram 12-20 horas por nictemero, com interrupção para as refeições (seguiam todos o regimen n.º 1 de M. I. Pevzner).

Durante a terapêutica pelo sono, para aliviar o estômago ao máximo, submetemos os doentes a dias de «meia fome» e, alguns, a dias de «fome».

Os primeiros recebiam nesse dia (1 vez cada 7 ou 8 dias, 200 gr. de leite condensado; 4 ovos e 2 copos de «kissel» (geleia de frutos com gelatina); os segundos tinham clisteres nutritivos, 2-3 vezes por dia (400 gr. de glucose e 50 gr. de álcool a 30º). Durante todo o período do tratamento pelo sono os doentes passavam por 1 a 3 dias de «fome». Um dia por semana não se administrava somnífero a todos os doentes.

TRATAMENTO PELO SONO NA ÚLCERA

ESTATÍSTICA CLÍNICA

De 12 a 15 dias sempre se procedia ao exame radiológico, interrompendo-se então os somníferos por 1 a 3 dias. Para uns doentes só se fez no início e no fim do tratamento. Noutros, fez-se o exame radiológico (scopia e grafia) sucessivamente no 2.º, 3.º, 4.º e 5.º dia da absorção dos somníferos.

Esta absorção provocou as seguintes manifestações secundárias (sobretudo para a combinação hidrato de cloral-veronal): em 5 doentes subida da temperatura (até 38º) entre o 6.º e 11.º dia. Por vezes, durante este período, notou-se nas pregas das extremidades uma erupção morbiliforme que durou 2-3 dias para desaparecer depois. Parava-se então os somníferos para retomar quando a temperatura regressava ao normal. Notava-se, igualmente, um estado eufórico e, mais raramente, um estado depressivo; quando acordado, lentidão dos movimentos, pobreza da mímica facial, dislalia, uma certa dismnésia mesmo após o término do tratamento (durante 3-5 dias). Ausência de hábito aos somníferos, nem qualquer morte.

A título de exemplo, eis uma observação do estado do estômago durante o tratamento pelo sono:

Doente, 18 anos, ingresso em 9-X-43 por úlcera, padecendo há 1 ano, não tendo sido ainda tratado.

15/X — Radiologia: estômago levemente hipotónico, aumentado, cheio de líquido; pregas da mucosa espessadas, com movimentos paralelos; mobilidade gástrica íntegra, esvaziamento após 3 1/2 a 4 horas depois. Bulbo deformado, esvaziando rãpi-

damente após o que se observa no relevo da mucosa a sombra do nicho; dores locais.

21/X — É posto no regimen n.º 1, simultaneamente com a aplicação dos somníferos; clister com hidrato de cloral (soluto a 1%—100 mg.) luminal 0,1 gr. e barbamy 0,3 gr., 3 vezes por dia.

28/X — Radiografia após administração do somnífero: doente acordado, deitado sobre o ventre. Estômago aumentado,

TRATAMENTO DA ÚLCERA PELO SONO

ESTATISTICA CLÍNICA

N.º Observações	Idade	Doença evoluindo desde:	N.º de dias de hospitalização	N.º de dias de trat.	N.º de dias de jejum	Dia do início do trat.	Dia do desap. do nicho	Results, terapes.
TRATAMENTO DA ÚLCERA DO DUODENO								
1	30	6 a.	56	40	5	10.º	36.º	Positivo
2	32	6 a.	46	35	4	7.º	34.º	>
3	20	18 m.	62	30	3	10.º	34.º	>
4	39	3 a.	62	30	6	10.º	35.º	>
5	25	7 a.	66	38	6	13.º	63.º	>
6	18	1 a.	72	37	4	12.º	60.º	>
7	18	5 a.	62	40	—	11.º	54.º	>
8	33	9 a.	90	46	3	37.º	60.º	>
9	26	18 m.	70	40	6	10.º	50.º	>
10	31	6 a.	69	21	—	20.º	54.º	>
11	41	3 m.	90	20	—	10.º	20.º	>
12	30	3 a.	51	20	5	10.º	45.º	>
13	23	5 a.	78	50	—	12.º	48.º	>
14	35	6 a.	92	40	6	32.º	75.º	>
TRATAMENTO DA ÚLCERA DO ESTÔMAGO								
15	36	6 a.	75	27	5	15.º	75.º	>
16	40	3 a.	66	20	—	16.º	47.º	>
17	38	4 a.	85	28	4	10.º	32.º	>
18	32	8 a.	34	12	—	15.º	26.º	>
19	31	8 a.	56	25	—	24.º	44.º	>
20	25	6 a.	49	32	6	15.º	32.º	>
21	17	7 m.	53	32	2	9.º	35.º	>
TRATAMENTO SEM BENEFÍCIO								
22	37	15 a.	63	45	—	10.º	45.º	Negativo
23	30	3 a.	62	45	—	7.º	45.º	>
24	36	6 a.	59	35	4	10.º	34.º	>
25	20	3 a.	61	40	—	13.º	35.º	>
26	31	10 a.	56	12	—	21.º	30.º	>
27	30	3 a.	78	42	6	17.º	44.º/60.º	>

N. do T. — Deve talvez entender-se, no 3.º gráfico, a penúltima coluna, como indicando o último dia em que se verificou a presença do nicho; outra não deve ser a significação.

contornos nítidos; pregas da mucosa bem dispostas, com direcções independentes, nitidamente marcadas, de espessura diferente. Ondulações peristálticas médias.

Radiografia 30 minutos depois (doente a adormecer): toda a barita está ainda no estômago, que está mais contrastado. Alguns movimentos peristálticos de intensidade média. A evacuação cessa, assim como os movimentos.

Radiografia após 2 h. de sono: estômago sempre cheio de barita. O cárdia está aberto, com vestígios de barita. O relevo longitudinal das pregas da mucosa do esôfago está esboçado. Ausência de movimentos peristálticos, ausência de evacuação. Estômago hipotónico, em forma de grande saco.

Três horas após o início do sono: o mesmo radiograma. Estômago atónico, mais contrastado, ausência de evacuação. Sobre poligrama (exposição repetida por 3 vezes) notam-se, na grande curvatura os deslocamentos respiratórios sob a forma de linha desfocada, em escada, tripla.

Quatro horas depois: a mesma posição do estômago, ausência de barita, nem no cólon nem no intestino delgado.

Acorda-se o doente e examina-se de pé. Estômago fortemente hipotónico, em forma de gancho suspenso, com secreção abundante. Mucosa pouco em relevo, pregas achatadas, ausência de movimentos peristálticos, não obstante a palpação. Não se consegue esvaziar o bulbo, despreguear o canal pilórico, nem a evacuação rápida.

Na continuação, constata-se que o esvaziamento total e a chegada da barita ao intestino grosso só se faz após 16 horas.

Conclusões radiológicas: Durante o sono medicamentoso de 4 horas, o esvaziamento do estômago não se faz; está inerte, a sua função motora parou; o relevo da mucosa muda, as pregas perdem a sua nitidez; no momento em que o sono começa, os movimentos peristálticos abrandam, param totalmente durante o sono profundo; constata-se então uma descida do tónus do estômago. O esfíncter do cárdia enfraquece, o canal pilórico fecha, o trabalho rítmico do piloro pára e há espasmo pilórico.

CONCLUSÕES GERAIS:

- 1.º — Depois de 37 dias de tratamento pelo sono, o estado do doente melhora, as dores e queixas dispépticas desapareceram; engordou 2,5 quilos e tem alta em bom estado.
- 2.º — O exame radiológico informa que o nicho desapareceu, a função motora melhorou e o esvaziamento faz-se em duas horas.
- 3.º — A acidez geral do suco gástrico foi reconduzida de 80 a 50; a acidez clorídrica livre de 60 a 20.

Com mais um exemplo menciona-se outra observação do estado gástrico durante o sono, com administração simultânea de somníferos, e durante as mudanças de posição do doente.

O doente B, de 32 anos, internado em 31/X/43 por agravamento da sua úlcera. Com início há 6 anos e cuidados por diversas vezes no hospital. Radiologicamente constata-se uma úlcera duodenal.

Após 17 dias de tratamento inoperante por regimen e medicamentos, inicia-se o tratamento pelo sono, renovando-se o exame radiológico. Constata-se:

- 1.º — No início do tratamento: estômago aumentado, hipotónico, cheio de secreção; deformação das pregas da mucosa gástrica, sintoma da «taça». No fim da evacuação permanece, no recesso do bulbo, a imagem em estrela do nicho. Bulbo muito doloroso, esvasia rapidamente. Boa mobilidade gástrica, com movimentos peristálticos enérgicos. O primeiro esvaziamento do estômago aparece após 30-40 minutos.
- 2.º — Dez dias após o início do tratamento: os vômitos pararam. Administra-se ao doente, simultaneamente, uma dose de hidrato de cloral (1,5 gr. para 200 mg.) e uma dose de barbamy (0,3 gr.) bem como uma dose de barita. O doente deita-se na mesa e adormece rapidamente sobre o ventre, durante quatro horas ininterruptas, mudando diversas vezes de posição durante o sono. Fazem-se 5 radiografias destas diferentes posições. Durante todo o sono, o estômago permanece inactivo, hipotónico: ausência de evacua-

ção, e as mudanças de posição do doente não auxiliam esta.

- 3.º — No 21.º-25.º dias: as náuseas e as dores desapareceram. A acidez geral do conteúdo estomacal é reconduzida de 56 para 18; a acidez clorídrica livre de 37 para 0.

Segundo os dados radiológicos o nicho desapareceu no 34.º dia: a úlcera cicatrizou. Quanto ao estado geral do estômago, durante e depois do tratamento pelo sono, não se notam mudanças acentuadas. Para o fim do tratamento o estômago mantém-se hipotónico, com larga zona de secreção, conservando o sintoma da «taça». As pregas da mucosa estão espessadas. O esvaziamento dura 3 horas, o bulbo permanece deformado, de contornos dentados, esvasia-se totalmente. O nicho desapareceu e não há sensibilidade local.

Assim, durante o sono artificial, o estômago permanece inactivo durante tempo determinado, e este período de repouso funcional dura mais que durante o sono fisiológico. Neste, após 2-3 horas de inacção, logo que o indivíduo se volta, move as extremidades, os movimentos peristálticos aparecem, e a evacuação do estômago pode dar-se, e isto de maneira mais igual e mais prolongada.

Quando do sono medicamentoso, a evacuação do estômago dá-se cerca de 5-6 horas após o despertar, e faz-se rapidamente em 30-40 minutos. É evidente que os mecanismos reguladores centrais desempenham um papel no esvaziamento do estômago, além dos movimentos peristálticos e da abertura do piloro.

Consideramos esta paragem da função motora do estô-

mago, durante o sono, como um estado de inibição do estômago, que depende da falta de excitações do córtex cerebral, provenientes ou do estômago ou de fora.

As observações radiológicas evidenciam por um lado, a influência do córtex cerebral sobre o trabalho do estômago e, por outro, demonstram que a função motora gástrica depende da regulação central cortical.

BIBLIOGRAFIA

- R. A. Asratian, I. A. Andreiev, A. O. Doline, Krasnogorski, M. K. Petrova, M. A. Oussievitch, P. P. Razenkov. Comunicações aqitando a comemoração dos 10 anos sobre a morte de I. P. Pavlov, Medguiz, Moscovo, 1948.
- K. M. Bikov e I. T. Kourtsine. A teoria cortico-visceral da patologia da úlcera, M. 1949.
- K. M. Bikov e I. T. Kourtsine. Medicina Clínica, I. XXIX, n.º 9, pp. 12-26, 1951.
- A. G. Ivanou-Smolenski, E. A. Astarian, N. I. Krasnogorski, A. D. Speranski, A. L. Miasnikov, P. S. Koupalou, M. V. Tchernoroutski, A. O. Doline, P. T. Kourtsine, F. A. Andrew, K. M. Bikov. Comunicações à sessão científica consagrada aos problemas do ensino fisiológico de I. P. Pavlov, 28-VI a 4-VII-1950 (stenogramas/Medguiz, Moscovo, 1950).
- I. P. Pavlov, 20 anos de experiência no estudo objectivo da actividade nervosa superior (comportamento dos animais) Obras Completas, T. III, V. I, M-L, 1951.
- I. P. Pavlov, 20 anos de experiência no estudo objectivo da actividade nervosa superior (comportamento dos animais) Obras Completas, T. III, V. 2, M. L., 1951.

(«Medicina Clínica», de Moscovo — pp. 70-75, 1952).

Factores etiológicos, concepções patogénicas e tratamento das obesidades

M. PLANCHU, E. POMMATAU e R. VOTTERO

Consagramos um capítulo à melhoria e embelezamento da vida humana, falando-vos da obesidade e trazendo-vos as reflexões que pudemos fazer a propósito de cem observações recolhidas no nosso serviço.

Estas foram:

- 1.º — Os trabalhos históricos sobre a obesidade de *Colies Aurelianus*, em *Bouchard*;
- 2.º — A época dos nutricionistas com *Marcel Labbe* e seus alunos, *Boulin* e *Mouriquand*;
- 3.º — Depois desta, surgiu o período, mais recente, da endocrinologia anexa a esta doença, como o testemunha a primeira edição do tratado de endocrinologia de *De Gennes*;
- 4.º — Finalmente, surgem as concepções actuais sobre a obesidade, aceites por quase todos e, em especial, pelos autores parisienses *Azeard*, *Gilbert Dreyfus*, *Weill* e seus discípulos.

Da observação de 100 casos tratados quer no hospital quer em consulta, procuramos isolar os factores etiológicos principais encontrados.

FACTORES ETIOLÓGICOS E CONCEPÇÕES PATOGÉNICAS DAS OBESIDADES

A) A HEREDITARIEDADE

Em 35 % dos casos verificados por nós, existem obesos entre os ascendentes ou colaterais.

- 1.º — Quando a hereditariedade está em causa, pode admitir-se o papel dum factor genético, determinando uma aptidão especial dos tecidos para fixar a gordura. Conhece-se a variedade especial, descrita por *Danworth*, do rato amarelo congénitamente obeso em

que o factor obesidade é suportado pelo mesmo gene que a cor amarela do pêlo;

- 2.º — Porém, muitas vezes, vai-se mais longe: as experiências têm demonstrado que estes ratos apresentam perturbações congénitas ao nível do hipotálamo, o que nos faz prever o papel do sistema nervoso nas obesidades. Tratar-se-ia, em certos casos, duma verdadeira hereditariedade de superalimentação, repouando em lesões hipotalámicas. Este mecanismo não se opõe ao precedente visto que o hipotálamo e o sistema simpático têm sob a sua dependência a receptividade tecidular para a fixação das gorduras;

- 3.º — Pode invocar-se um terceiro mecanismo para explicação das obesidades hereditárias, com os maus hábitos familiares levando à superalimentação.

Estes três mecanismos conjugam-se correntemente e, nas observações, a obesidade familiar é sempre uma obesidade em que existe o factor superalimentação.

B) A SUPERALIMENTAÇÃO

Seria pueril negar o papel da alimentação na génese da obesidade e na sua manutenção. *Bouchard* assinalava o factor alimentar em 40 % dos casos de obesidade. Pudemos chegar à mesma conclusão em 70 % daqueles que observamos. É necessário procurar, sempre, no interrogatório dos doentes o apetite exagerado e a superalimentação, na fase de constituição da obesidade. Com efeito, os doentes submetem-se, muitas vezes, a um regimen restrito (por vezes insuficiente para frenar a curva ascensional do seu peso) e pretendem quando nos consultam, não comer mais que os outros.

A superalimentação pode ser, apenas, relativa: neste caso, intervém então, o papel clássico da sedentariedade; segundo *Bouchard*, 37 % dos obesos seriam sedentários. Muitas vezes há reunião da superalimentação e da sedentariedade, como, por exemplo, no decurso de afecções crónicas, nos períodos de convalescença e depois das intervenções cirúrgicas.

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

PROPULMIL
Bial

PROPULMIL

INJECTÁVEL

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

PROPULMIL

SUPOSITÓRIOS

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

PROPULMIL INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

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

ESTEVÃO SUARES 27

PHOSOTROPE



«SANS PHOSPHORE, PAS DE PENSÉE»
MOLLESCHOTT

SOLUÇÃO AQUOSA DE ESTERES MONO E DIETILFOSFÓRICOS DO ÁCIDO FOSFÓRICO A 33%.

TÓNICO GERAL

FADIGA CEREBRAL • PERDA DE MEMÓRIA
NEURASTENIA • FOSFATÚRIA • CISTITES

FRASCOS DE 65 C. C.

DISTRIBUIDO POR: SOCIEDADE PORTUGUESA DE PRODUTOS WANDER, L.^{DA}

Porém, o carácter quantitativo dos *ingesta* não é a única explicação que se pode dar; é necessário, também, que intervenha o desequilíbrio alimentar qualitativo pelo abuso de lipídeos e, sobretudo, de glucídeos.

Estes últimos são responsáveis, pelo menos em França, pela quase totalidade das obesidades alimentares.

Destes hábitos alimentares nasce uma certa lassidão de que muitas vezes, o indivíduo não se apercebe. Teríamos, então, uma certa tendência para comparar estes lamentáveis hábitos alimentares à intoxicação alcoólica crónica e a qualificar a obesidade «de etilismo alimentar».

C) AS GLANDULAS ENDÓCRINAS

Contrariamente à opinião geralmente espalhada outrora, o papel das glândulas endócrinas na determinação das obesidades parece ser apagado. No entanto, pensa-se que algumas delas têm influência na evolução da obesidade, actuando sobre a repartição do tecido de sobrecarga e modelando um tipo morfológico especial. Porém, o seu papel no estabelecimento duma obesidade parece ser, apenas, acessório.

Estudaremos, sucessivamente, as glândulas mais voluntárias, postas em causa.

a) O pâncreas endócrino

Poder-se-iam originar certas obesidades por insuficiência de lipocaic, como estabeleceria *Sendrail*. Com efeito, é ainda muito discutida a existência desta hormona.

Alguns autores, pelo contrário, admitem com *Carnot* a possibilidade de obesidade por hiper-insulinismo.

A insulina pode actuar aumentando a fome, favorecendo a hipogénese a partir dos glucídeos, ou favorecendo a retenção de água. Com efeito, em clínica, é excepcional poder afirmar este mecanismo se não se tratar de tumores langerhansianos em certos diabéticos já tratados pela insulina.

b) O corpo tiroide

O hipofuncionamento tiroideu favorece o aumento de peso mas, não deve ser considerado, nunca, como o mais importante e uma grande parte deve-se à infiltração visceral e ao edema mucoso. É possível que o hipotiroidismo favoreça a obesidade mas não a origina. O abaixamento do metabolismo base e o aumento da colesterolemia, que se encontra em certos obesos, não são argumentos a favor dum hipofuncionamento tiroideu, que justifique o emprego de extractos tiroideus no tratamento da obesidade.

É demasiado simples considerar a hormona tiroideia como uma hormona de «emagrecimento» cuja insuficiência originaria a obesidade.

D) AS GLANDULAS GENITAIS

Tem-se invocado a origem genital de certas obesidades. Parece não estarem suficientemente definidos os factores que se associam, frequentemente, a estas perturbações e que são, na realidade, as causas primárias da crise ponderal. Deste modo, a obesidade chamada «pre-pubertária» deve-se muitas vezes, à superalimentação e ao desequilíbrio alimentar que acompanham este período em que a criança, segundo uma crença popular já bem arreigada, «deve comer muito».

As mesmas crenças e os mesmos hábitos lamentáveis estão na origem das obesidades da gravidez e da lactação, tão frequentemente encontrados: «a mãe deve comer por dois».

Outros factores, além da superalimentação, juntam-se, muitas vezes, a este último: a fadiga, a *surmenage*, as vigílias.

a) O ovário

Há numerosas contradições no que diz respeito às relações da secreção ovárica com a obesidade. Assim, pensa-se que

a insula pode favorecer a obesidade; ela desempenha, na realidade, um certo papel na fixação hidrosalina. *M. Albeaux-Fernet* insistiu no factor ovárico na sua descrição de «*hidrolipopexia*».

No entanto, é certo que se encontram, muitas vezes, síndromas típicos de *hiperfolliculinia* nas mulheres magras. Além disso, desde longa data, considerava-se a insuficiência ovárica como uma causa importante de obesidade. Actualmente, sabe-se que as perturbações das regras no decurso das obesidades são uma consequência da própria adiposidade e melhoram com a perda de peso. Em todos os casos não são a causa primária.

É possível, então, que certas amenorreias dos obesos sejam amenorreias psicogénicas.

Quanto à *obesidade da menopausa*, ela começa, muitas vezes, antes da cessação das regras. Trata-se dum período forte em perturbações que interessam não só a esfera genital da mulher, mas todo o seu organismo. Muitas vezes, é a mudança total do género de vida, com mudança do carácter, modificação do psiquismo e cessação das regras e, por vezes, a causa de verdadeiras psicoses cujo papel no estabelecimento duma obesidade é possível. Acompanha-se, frequentemente, de apatia, diminuição da actividade genital e, também, da possibilidade de superalimentação que se explica pela procura de compensações.

Os mesmos factores podem actuar na obesidade que aparece após a castração. É necessário encarar o repouso imposto após uma intervenção à qual se junta, muitas vezes, a superalimentação da convalescença.

b) Testículos

A insuficiência testicular tem sido considerada, durante muito tempo, como uma das causas de obesidade, alegando-se como defesa desta tese a frequência de gordura nos eunucos.

Tem sido esquecida a preguiça, a sedentariedade e a gula dos guardas de harém.

Nas observações clínicas, não existe eunuquismo sem obesidade. A insuficiência testicular pode favorecer uma distribuição do tecido adiposo, segundo um tipo feminino, mas não origina, por si só, a obesidade.

c) Hipófise

Sabe-se agora, que a sua insuficiência secretória não está em causa no síndrome de *Babinsk-Froehlich*.

Concorda-se, hoje, em atribuir à obesidade do síndrome adiposo genital uma origem hipotalâmica por lesões diencefálicas visíveis ou não.

Com efeito, não se pode considerar obesidade, onde a hipófise intervém directamente. Quando esta glândula está em causa, é por um mecanismo indirecto: a hipersecreção da hormona corticotropa e, seguidamente, o hipercorticismo suprarrenal.

E) CORTICO-SUPRARRENAL

Actualmente, admite-se a origem endócrina de certas obesidades, acompanhando-se de sinais de hiperfunção cortico-suprarrenal. Estes casos são bem conhecidos desde as observações de *Apert* e *Galais* em que estava em causa um tumor cortico-suprarrenal. Com efeito, a hiperbasofilia hipofisária do síndrome de *Cushing* não é, muitas vezes, mais do que um hipercorticismo indirecto.

O quadro característico destas obesidades está ligado a excesso de hormona protidoglucídica. O aspecto andróide e o virilismo destes doentes são devidos à hipersecreção concomitante de androgéneos.

Em suma, além do hipercorticismo suprarrenal, nenhum outro síndrome endócrino pode originar a obesidade. Só pode haver obesidade de origem endócrina no síndrome de *Cushing*.

Diz *Gilbert Dreyfus* que ainda que o hipercorticismo seja adiposo alimenta-se com parcimónia, ainda que nesta obesidade, que pode ser endócrina, intervenham factores psíquicos e nervosos, além da superalimentação, como afirmam alguns autores.

F) AS PERTURBAÇÕES NEURO-PSÍQUICAS

Em matéria de obesidade, atribui-se, agora, ao sistema nervoso aquela importância que outrora era atribuída às glândulas endócrinas.

À periferia, conhece-se a acção do sistema neuro-vegetativo sobre a célula adiposa como o provam as experiências de secção e de irritação dos troncos nervosos.

O parasimpático favorecerá o depósito das gorduras enquanto que o simpático o frenaria (experiências de *Kenkure*).

Finalmente, um de nós com seu mestre *Hermann* provou, no cão, sem medula, a existência de perturbações importantes do metabolismo dos lípidos com lipúria e aumento das reservas adiposas.

Os centros diencefálicos têm um papel cada vez mais preponderante. Já em 1904 *Erdheim* procurava explicar o síndrome de *Babinsky-Froehlich* por lesões da base do cérebro. Numerosos factos se acumularam, provando a importância da região hipotalâmica:

- No plano *experimental*, os trabalhos de numerosos autores americanos têm demonstrado que pode obter-se a obesidade por lesões isoladas do diencefalo ou do hipotálamo. A obesidade obtida deste modo, que poder-se-ia explicar por alterações do centro da fome, seria de constituição rápida, precedida duma hiperfagia importante. A superalimentação não é suficiente para explicar tudo porque a obesidade aparece, por vezes, apesar dos animais de experiência serem submetidos, exclusivamente, a um regimen restricto.
- No plano *anátomo-clínico* verificaram-se numerosos casos de lesões orgânicas. Conhecem-se obesidades devidas a tumores da região hipófiso-tubárica. Podem intervir, também, as lesões infecciosas; outrora, conheciam-se as sífilis basilares.

Certas obesidades aparecem em seguida a encefalites e verificou-se um grande número, após a pandemia de 1920.

As perturbações da hidrállica do liquido céfalo-raquidiano podem estabelecer determinadas obesidades, por hidrocefalia.

As *perturbações funcionais*: a obesidade pode resultar também dum simples desregulamento das funções fisiológicas de certos centros sem que nenhuma investigação anatómica permita descobrir a afecção orgânica.

Assim, ao nível do hipotálamo, uma perturbação do *centro da fome* é susceptível de explicar certos hábitos alimentares que causarão a obesidade. Além disso, os centros diencefálicos estão sob a influência do córtex cerebral. São, então, as *perturbações do apetite* que podem estar em causa. Os casos mais evidentes são representados por estes doentes que a gulodice impele a comer muito mais que as suas necessidades e, por vezes mesmo, que a sua fome. É necessário evocar aqui o papel da influência do meio familiar ou social.

Podem, ainda, aumentar o apetite numerosos factores psíquicos primitivos e secundários: o doente luta pela superalimentação contra uma astenia constitucional, ou contra a astenia secundária à sua obesidade. A exaltação do apetite, fenómeno puramente cortical, leva ao aumento da ingestão de alimentos. Se o facto se repete, pode admitir-se que se originam perturbações do centro da fome que pode elevar o seu limiar; o individuo faz imediata e automaticamente uma alimentação superior àquela que as suas necessidades reclamam.

Além destas perturbações do apetite, pode estar em causa o factor psíquico sem pôr em jogo, pelo menos essencialmente, as perturbações do equilibrio alimentar. É o caso das *obesidades paradoxais* de *Gilbert Dreyfus*. Com efeito, há numerosas observações de obesidades que começam nos dias que se seguem a um choque psíquico brutal. Inversamente, pode-se assistir à regressão da obesidade pelo desaparecimento do conflito afectivo, em causa.

Os choques emotivos, um traumatismo afectivo, estados de psicastenia, *surmenage* e inquietações, desempenham, muitas vezes, um papel preponderante no estabelecimento duma obesidade ou na sua manutenção.

Os autores franceses, com *Gilbert Dreyfus* e *Decourt* insistiram bem neste ponto de vista. Temos encontrado, muitas vezes,

este factor psíquico, com particular frequência, na mulher. Com efeito, ele entra em jogo em 47 % das nossas observações e, se encarmosmos, somente, as obesas do sexo feminino, este número atinge 58 % o que nos revela a sua importância. Isto demonstra também, o interesse que haverá em instituir um tratamento e explica o insucesso duma terapêutica que pode parecer bem conduzida.

Em resumo, podemos afirmar que o sistema nervoso desempenha um papel de primeiro plano no estabelecimento da obesidade. Este actua à periferia, na escala celular e, também, ao nível dos postos de comando. Além do córtex cerebral, o hipotálamo aparece como um centro duma importância considerável.

*

Os factores da obesidade são variados, da mesma forma como as formas etiológicas que se descrevem, segundo o predomínio dum destes factores e aqui reside a causa importante da confusão que reina ainda nas noções que dizem respeito à patogenia da obesidade.

A maior parte dos autores referem-se, com efeito, a um único factor da afecção, esquecendo os outros. Hereditariedade, superalimentação, perturbações neuropsíquicas, desordens endócrinas, etc., cada um destes elementos é, praticamente, incapaz por si só, de originar uma obesidade verdadeira e estável. Não concebemos, em geral, a constituição duma obesidade, sem a associação de vários factores.

Entre estes, a superalimentação ocupa, certamente, um lugar de eleição, mas todos têm a sua importância quer estejam ligados ao próprio organismo ou provenham do exterior.

Acreditamos também, que a distinção entre obesidade endógena e obesidade exógena só serve para obscurecer o problema.

Actualmente, a oposição que existe entre teoria endógena e teoria exógena não tem razão de ser, pois parece-nos estar provado que a obesidade é devida a uma *perturbação dos centros que regulam a entrada dos alimentos e a sua utilização endógena*.

Quanto à importância relativa destes dois factores, é difícil estabelecer uma lei geral, porque varia de doente para doente.

As obesidades em que é certo entrar um único factor são raras e não constituem mais de 5 a 10 % dos casos. São mais particularmente as obesidades ocasionais e, sobretudo, aquelas que se sucedem a um choque psíquico, em que o factor de superalimentação pode faltar enquanto que este factor é constante nas obesidades hereditárias.

Quanto à constituição anatómica da obesidade, é evidente que ela se forma, antes de tudo, pela sobrecarga adiposa, mas todavia, é necessário não esquecer a retenção de água. A sua importância é variável segundo os casos que permite explicar, em parte, um certo número de discordâncias entre o aumento de peso e o factor de superalimentação, e em especial, às obesidades de instalação rápida.

As provas de exploração funcional mostram a existência desta retenção de água (prova de *Volhard*, prova em ortostatismo e em clinostatismo para as quais *J. Decourt* chamou a atenção densimetria urinária fraccionada etc.).

Nas nossas observações a existência duma tal retenção de água pode verificar-se, em 37 % dos casos. É frequente na mulher (40 % dos casos). Porém, estamos persuadidos que este fenómeno existe, também, no homem com uma frequência que não tem sido suficientemente apreciada, até hoje. Encontramo-la em 24 % dos nossos casos de obesidade masculina. Também é verdade que um certo número era, ao mesmo tempo, etílica. Apenas citamos estes números, dizendo respeito a hidropexias importantes, baseando-nos em factos clínicos e em provas funcionais.

Considerámos dum valor diagnóstico especial os resultados terapêuticos obtidos pelo repouso em decúbito e a administração enérgica e prolongada da medicação diurética (*neptal-novurit*).

Além disso, este fenómeno não se explica, simplesmente, pelo poder hidropéxico do tecido adiposo. A obesidade, sobretudo se é muito importante, conduz à lentidão da circulação de retorno com aumento da pressão venosa, que favorece, ainda, esta retenção da água.

É possível também, que certas perturbações endócrinas actuem neste sentido (acção hidratante da foliculina, seu papel sobre o metabolismo hidro-mineral das hormonas suprarrenais, produção excessiva de hormona anti-diurética post-hipofisária).

Além disso, certos autores admitem a existência de centros reguladores diencefálicos do metabolismo hídrico que podem entrar em jogo em certas obesidades com factores nervosos ou psicogénicos.

Também nos insurgimos contra o termo obesidade «por» retenção de água e de sal. Para nós, como para *Azerard*, o problema da obesidade não pode ser estabelecido somente pela sobrecarga hídrica. Seria inconcebível admitir uma obesidade, apenas com retenção de água. *A sobrecarga adiposa é absolutamente indispensável e é sobre ela que se exerce a hidropexia. É necessário, então, dizer: obesidade «com» retenção de água e de sal.*

A existência desta última é muito mais frequente do que se pensa. Para nós, adipose e hidrose são os dois constituintes sempre presentes numa obesidade. Apenas as suas proporções relativas variam, segundo os casos.

Assim parece-nos inútil estabelecer formas etiológicas especiais entre as obesidades. Dum modo geral, verificamos que se intrincam numerosos factores para as originar, alguns parecem predominar sobre outros, mas, com efeito, estão aí todos os casos sendo sempre os mesmos e sempre múltiplos. Além disso, concorrem sempre para o mesmo resultado, por mais variadas que possam ser as aparências, é sempre a mesma doença que se origina pela sobrecarga adiposa e pela retenção de água.

O estudo topográfico e morfológico da obesidade não tem valor etiológico absoluto, por si mesma; é o terreno constitucional e hormonal que condiciona esta topografia. Com efeito, vemos, frequentemente, as mesmas faltas alimentares desenvolver, segundo o terreno, uma obesidade *andróide* ou uma obesidade *ginóide*.

TRATAMENTO DA OBESIDADE

Chegamos a uma concepção quase unicista da obesidade: todos os obesos se assemelham; estão todos atingidos pela mesma doença.

Pensámos que esta concepção tem uma vantagem prática de ordem terapêutica, visto que todos os obesos beneficiam dum mesmo tratamento-base. Pelo menos, utilizamos sempre o mesmo esquema terapêutico, introduzindo, somente, algumas variantes, segundo as reacções individuais dos doentes. Considerámos os casos excepcionais tais como as lesões tumorais que devem ser confiadas ao neuro-cirurgião, obesidades raras em que se justifica um tratamento anti-inflamatório, muitas vezes pouco eficaz. Por vezes, a encefalografia gasosa por via lombar teve uma acção feliz sobre certos bloqueios meníngeos. Duma maneira geral, recorreremos ao tratamento clássico, já suficientemente conhecido.

Num primeiro tempo, associamos:

- 1.º — O *regimen* pobre em elementos calóricos, insistindo sobretudo, na restrição dos hidratos de carbono e dos lípidos, sendo normal a reacção dos albuminóides, mesmo nos hipertensos. Aconselhamos uma restrição hídrica relativa e evitar o sal;
- 2.º — O *tratamento tiroideu*, quer se trate de tiroxina, de extractos tiroideus, de proteínas iodadas ou bromiodadas e utilizadas sem nenhuma faceta etiológica, mas, somente, com fins metabólicos. A tiroxina

parece ser mais activa, mas as proteínas iodadas são mais maneáveis nos doentes não hospitalizados;

- 3.º — A terapêutica azotada que nunca nos deu o menor acidente, com a condição de não se fazer tratamento de mais de um mês, empregando menos de um comprimido, por 10 kgs. Alguns doentes afirmam que foi com esta terapêutica que se sentiram melhor;
- 4.º — Os *medicamentos diuréticos* que utilizámos, muitas vezes, desde o início: hóstias de teobromina e diuréticos mercuriais (neptal-novurit). Obtivemos efeitos nítidos com a teobromina, embora raramente. O neptal, pelo contrário, tem-nos dado bons resultados mas é, muitas vezes, mal tolerado. Temos grande esperança nos comprimidos de novurit que temos dado, de início, em doses maciças (12 por dia) mas parece que na dose de 12 comprimidos por semana a sua acção é, na realidade, suficiente. É importante obter um resultado rápido desde o começo para dar confiança ao doente e poder persistir na continuação do tratamento.

Num segundo tempo, recorreremos:

- 1.º — *As psicaminas de síntese* que diminuem a sensação de fome, por um lado, e que, por outro lado, pela sua acção psico-tónica e euforizante ajudam na continuação do regimen e actuam favoravelmente sobre o factor psíquico. Empregamos mais vezes, a anfetamina dextrogira pela sua falta quase constante de toxicidade; ou ainda o glutamato de anfetamina, que dá efeitos secundários depressivos.
- 2.º — Continuamos o regimen. O emagrecimento médio obtido é de 3 kgs. por mês. Se depois dum mês ou mês e meio o emagrecimento é superior a 6 kgs., continuamos somente com o regimen, interrompendo o tratamento tiroideu ou azotado e abandonando apenas as psicaminas segundo os casos.

Devemos insistir na importância do repouso. Queremos falar não só do repouso no leito, de que necessitam os casos em que a retenção de água é notável, mas do repouso moral, da calma, do desaparecimento, de *surmenage* que é um factor importante na manutenção da obesidade. E, neste sentido, insistimos na necessidade da *utilização sistemática dos sedativos nervinos* que permitem neutralizar a agitação da vida actual e lutar contra os aborrecimentos, as inquietações, etc., e que suprem o repouso que não é sempre possível.

Devemos estar de sobreaviso contra as terapêuticas hormonais, que estão sempre votadas ao insucesso. Falamos de terapêuticas hormonais patogénicas quer sejam elas substitutivas, nos síndromas de hipofuncionamento, quer sejam frenadoras nos do hiperfuncionamento.

Temos um argumento importante a opor às pretensas obesidades endócrinas: se, por exemplo, podemos curar ou, pelo menos, melhorar nitidamente um Basedow de menopausa pela administração de estrogéneos ninguém, pelo contrário, curou nunca uma obesidade da menopausa, apenas com esta medicação. Constitue um exemplo entre tantos outros para ilustrar o

DIGITALINA MIALHE

(SOLUÇÃO MILESIMAL DE DIGITALINA CRISTALIZADA)

SUPERIORIDADE INCONTESTÁVEL SOBRE TODAS AS PREPARAÇÕES
DE DIGITALIS PURPÚREA

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

facto de que a classificação das obesidades em diferentes variedades etiológicas expõe a numerosos erros terapêuticos.

Pensamos que o tratamento se limita ao esquema que mencionamos acima. O regimen deve ser prolongado o mais possível e deve-se obter do doente a compreensão duma disciplina alimentar que deve conservar mais ou menos definitivamente.

Poder-se-ão obter, por este tratamento, curas definitivas?

Sim, em certos casos. Todavia, as recaídas são, naturalmente, sempre possíveis, correspondendo a uma insuficiência da vontade de reacção do doente. Nestes casos, teremos de encarar um novo tratamento de ataque mais ou menos a longo prazo.

Se a obesidade é gigantesca, atingindo até 80-90 % do peso ideal, é necessário não ultrapassar 10 a 15 kgs. de emagrecimento no primeiro tratamento de ataque, deixando logo após um período em que se alivia o regimen, e um segundo tratamento de ataque após três ou seis meses desta detenção.

A diminuição do peso permite, em certos casos, um alargamento relativo do regimen sem aumento de peso, mas a atenuação das restrições deve ser vigiada ao menor aumento de peso.

RESULTADOS

O tratamento de que nós acabamos de dar os princípios gerais foi utilizado em 100 casos sobre os quais se baseia este trabalho. Estas 100 observações compreendem homens e mulheres, quer as hospitalizadas, quer as que seguimos na consulta hospitalar.

Os resultados terapêuticos foram classificados em:

— Muito bons, quando o emagrecimento ultrapassou 10 kgs., em três meses, podendo ir até mais de 30 ou 40 kgs.;

— Bons resultados, quando o emagrecimento foi de 9 a 10 kgs., em três meses;
— Resultados médios, quando foi de 6 kgs.;
— Insucessos, quando foi apenas de um ou dois kgs., ou nulo.

Finalmente, fizemos uma menção especial aos casos em que assistimos, primeiramente, a um emagrecimento, depois a um estado estacionário e em seguida, a uma retomada do peso, apesar da terapêutica.

Duma maneira global tivemos 71 % de resultados satisfatórios e 29 % de maus resultados que se classificam, do seguinte modo:

— Muito bons resultados: 18 %;
— Bons resultados: 33 %; Resultados médios: 20 %; ou seja 71 % de resultados satisfatórios;
— Insucessos: 10 %;
— Bons resultados temporários seguidos de insucessos: 19 %; ou seja 29 % de maus resultados.

A importância da obesidade que pode atingir, por vezes, 100 % de aumento do peso em relação à normal e que está muitas vezes compreendida entre 50 a 100 %, nunca constituiu obstáculo a excelência dos nossos resultados e, mesmo nas obesidades gigantesca, tem-se obtido o mais belos sucessos. Pudemos obter nas grandes obesidades emagrecimentos de 30 a 40 kgs.

A que se devem os insucessos? Não dependem nem do grau da obesidade, nem do predomínio da adipose sobre a hidrose ou inversamente. A maior parte do tempo trata-se de doentes que não seguiram o seu regimen de maneira correcta e isto, mesmo no hospital. Pelo menos 70 % dos nossos insucessos explicam-se por esta insubmissão ao tratamento e, especialmente, à restrição alimentar. Porém, restam cerca de 30 % de casos de insucessos em que o tratamento parece ter sido respeitado. O doente segue o seu regimen, mas não emagrece.

Um dos nossos doentes, diabético, era submetido à insulino-terapia, o que explica talvez o insucesso do tratamento de emagrecimento em virtude da insulina favorecer o aumento de peso. Porém, o tratamento falha muitas vezes, não se sabe bem porquê. Nestes doentes prevê-se a existência dum factor psíquico importante. Serão casos que dizem respeito à psicoterapia e, talvez, à psicanálise.

Quanto à encefalografia gasosa por via lombar, há casos em que não hesitaremos em empregá-la com o assentimento do doente, quando as possibilidades técnicas no-lo permitem.

De certo modo, os resultados obtidos são sensivelmente idênticos nos homens e nas mulheres. No entanto, comparando os resultados obtidos nos doentes hospitalizados por um lado e de consulta, por outro, não verificamos diferenças notáveis. A hospitalização para tratamento da obesidade parece ser inútil, excepto nos casos em que os doentes estão impossibilitados, material e moralmente, de aplicar neles o tratamento prescrito.

CONCLUSÃO

Assim, a obesidade é uma afecção que se procurou desmembrar, desde há alguns anos, em numerosas formas etiológicas, mas cuja unidade deve ser restabelecida precisando que os seus factores são múltiplos e devem ser procurados em cada caso. Entre estes, a superalimentação e os factores neuro-psíquicos parecem ser os mais frequentemente encontrados.

Terminamos, insistindo na necessidade absoluta de tratar a obesidade, se possível, antes do aparecimento das complicações; não se trata duma simples distrofia, mas duma doença e, muitas vezes duma doença grave. O seu tratamento é, quase sempre, eficaz e sem perigo.

(«La Clinique» — n.º 447; Junho de 1954).



Véganinme

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

S U P L E M E N T O

COMENTÁRIOS GERAIS A UM RELATÓRIO ESPECIALIZADO

O âmbito dos cuidados de um serviço de saúde pública, em vez de se restringir, como aparentemente parece que devia suceder, perante o retrocesso daqueles morbos de génio epidémico, cada vez mais distantes ou mais circunscritos, acresce-se, paradoxalmente, com novos encargos e mais latos cometimentos.

Assim, por estranho que possa parecer aos que ainda julgam a acção sanitária limitada aos problemas epidemiológicos e de salubridade, vemos hoje a Organização Mundial de Saúde incumbir-se, ou patrocinar, reuniões de estudo de problemas que se situam em polo oposto ao das preocupações que se pode ser levado a atribuir-lhe exclusivamente.

Vem isto a propósito do relatório do comité de peritos das doenças reumáticas, reunido há precisamente um ano, sob os auspícios daquela Organização, a comprovar o interesse dos sanitaristas por enfermidades como as que ocuparam o pensamento deste grupo de peritos, bem compreensível, aliás, perante o complexo de sofrimentos, a extensão do mal, o peso económico e a geodifusão que as caracterizam.

*

Deste primeiro relatório parece oportuno destacar algumas conclusões e outras tantas considerações, que permitem esclarecer pontos de vista e acentuar encaminhamentos para o futuro, menos ainda no que ao tema proposto se refere, do que aos grandes traçados e às linhas de força do pensamento que parece guiar o actual momento médico.

*

O Comité foi unânime em reconhecer a importância primordial que apresenta a formação dos médicos para a luta contra as doenças reumáticas. Não será possível triunfar a não ser que o corpo médico, no seu conjunto, se interesse mais pelos problemas médicos e sociais que este grupo de doenças levanta».

Se, entre nós, um Instituto de Reumatologia avança passos seguros no bom caminho, não será todavia lícito indagar o que se está fazendo, no plano do ensino, quanto à necessária formação do corpo médico neste sector?

*

Que o problema, todavia, nos não atinge com exclusividade demonstra-o outra passagem do mesmo Relatório:

«Ora, o ensino deste grupo de doenças ao corpo médico foi, até aqui, muito desprezado na maior parte dos países...».

E, ainda:

«O Comité dá plenamente conta que é difícil inserir o ensino desta matéria no programa já sobrecarregado do estudante de medicina. Considerou, contudo, que os últimos anos de estudos médicos deveriam sempre comportar certo número de conferências sobre as doenças reumáticas».

« Os professores de medicina geral e de medicina social deveriam consagrar deliberadamente às doenças reumáticas certas das suas conferências, assim como uma parte do seu ensino à cabeceira dos doentes».

*

O que possivelmente nos atinge com exclusividade é a carência de preocupação por estes problemas em determinados sectores educacionais, que nem se dão conta da sobrecarga dos estudos que é, aliás, mal geral a suscitar, em diferentes meios, gerais preocupações, é ainda, como elemento de base, a inexistência do sentido social na formação do médico e na economia dos programas de instrução que se lhe destinam.

*

Nem só profesores e cátedras de medicina social resolveriam o problema e refundiriam um modo de pensar que já se volveu, pela continuidade, em maneira de ser.

Se a medicina social é uma especialidade, com técnicas individualizadas e instrumentação própria, nem por isso deixa de constituir essencialmente, um conceito de vida, um teor de pensamento, uma directriz de acção. E, como tal, fundamentalmente traduzida na forma de encarar o doente e a doença, na atitude do médico perante o enfermo, perante a Sociedade e perante a profissão.

Razão maior para interesse de sanitaristas, que, como já um dia tivemos ocasião de acentuar, a partir do caso individual estão habituados a fazer a projecção do mal na Sociedade, e nem quando a sua unidade de trabalho é uma população, ignoram o caso individual que é tantas vezes o elo da cadeia que une as pessoas na comunidade e consente ao morbo difundir-se, constituir foco, disseminar-se com carácter pandémico e projecção universal.

*

Razão maior para os sanitaristas, pois como acentuou ainda em Maio passado a Assembleia Mundial de Saúde a propósito dos serviços locais de Saúde Pública nas zonas rurais, «os médicos deveriam ter no decurso dos seus estudos preparação social além da preparação técnica, a fim de poder desempenhar o seu papel numa sociedade moderna».

*

O Comité de peritos afirma, também, que um ensino pós-universitário é indispensável, porque numerosos médicos que já exercem aprenderam muito pouco sobre as doenças reumáticas antes de obter o seu diploma. O Comité julgou pois que um curso especial de cerca de uma semana deveria ser organizado uma vez por ano, no mínimo, em todos os centros de reumatologia — ligados aos hospitais universitários

..... nos países insuficientemente desenvolvidos sob o ponto de vista médico, o melhor é indubitavelmente ensinar métodos simples de tratamento das doenças reumáticas, por ocasião de cursos complementares correspondentes a um programa mais vasto.

Anotemos aqui o à-vontade com que se atribue os serviços altamente diferenciados, como os centros de reumatologia, a organização de cursos de aperfeiçoamento na matéria a que se dedicam, a contrastar com o monopólio do ensino médico de actualização que entre nós se esboçou firmar, e a sugerir possivelmente que, na esteira de alguns pioneiros, mesmo entre nós, outros serviços, outros institutos, por si ou em colaboração com a Ordem dos Médicos, que lhes poderia fornecer os quadros de organização burocrática e facilitar o contacto com os diversos clínicos interessados, abram as suas portas, facultem sua experiência, facilitem do seu saber o que possa interessar ao prático de medicina geral, habitualmente desejoso de actualizar seus conhecimentos, mas desprovido de possibilidades práticas de fazê-lo de modo ordenado e útil. Colóquios, simpósios, o que quiserem chamar-lhe, desde que os cursos de aperfeiçoamento especializados, mais no sentido de circunscritos do que de aprofundados, se multipliquem e ofereçam a todos os que o desejarem a actualização nos sectores preferidos, para que não tenhamos limitados aos cursos com-

plementares de mais amplo espectro de matérias, de incluir nestes, a «fortiori», práticas e doutrinas, métodos e temas de toda a ordem, mais no interesse do expositor que do aluno, mais na preocupação de inserir múltiplas ciências do que de vincar bem dados concretos e novas orientações, correndo o risco de nos vermos catalogados no grupo pouco lisonjeiro de países a que o Comité acima se referia...

*

O Comité entendeu, finalmente, que um sistema de segurança social que facilite o longo processo de readaptação que devem sofrer numerosos reumáticos não acarreta despesas excessivas, porque é

preciso entrar em linha de conta com as economias realizadas pelo facto de impedir a invalidez de se instalar».

*

Aqui, por certo, a conclusão nos fere, não apenas por carecermos de um Seguro de doença de longa duração e de invalidez, não apenas por carecermos, no âmbito do Seguro, de serviços de readaptação funcional e de recuperação profissional, não apenas por ignorarmos hoje a valia da saúde e os prejuízos para a economia da Nação dos dias de trabalho perdidos, em salários, em encargos de assistência, em perda de produtividade, em subsídios e dispêndios.

SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»

DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-KAPA

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-TIAZOL

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

*

Não apenas por tudo isto, mais ainda pelo retrocesso que acusa o pensamento de um Seguro que não cura de volver sua actividade no sentido profiláctico, antes a malbarata numa fase curativa cujas deficiências não consegue ultrapassar.

*

Mais ainda por um retrocesso que não permite buscar nem destrinçar, na obra do presente, aqueles dados de que possa extrair-se conhecimento útil para a obra do futuro.

*

E, todavia, entre nós, há anos já, no período de entusiasmo que a ideia generosa do Seguro Social levantara em muitos dos novos de entre os médicos, que nele viam ainda, antes de um míster de hierarquizados estados-maiores, uma missão social que quadrava à sua ânsia juvenil de desinteressados cometimentos, fôra possível estabelecer em relação pelo menos a um sector importante da indústria nacional, a larga comparticipação dos reumatismos para o total de incapacidades temporárias, entendendo-se «encarar a luta médico-social contra o reumatismo sob o signo da verdadeira campanha sanitária».

*

Fora possível, por igual, acentuar o peso desta afecção como das tuberculoses e das cardiopatias, no conjunto da incapacidade definitiva, para que comparticipavam em mais de 66 % dos casos.

Fora possível averiguar das possíveis razões do condicionalismo da sua frequência, pôr as premissas de mais detalhado estudo médico-social do tema, encarar normas da possível profilaxia.

*

Bem pouco, sem dúvida, o pouco que se conseguiu no espaço circunscrito em que nos íamos movendo, no tempo limitado que essa quadra de fervor durou. Apenas o sentido que se conferia à labuta, a orientação que se imprimiu ao trabalho, fica a marcar a consciência com que se balizava então na nossa Previdência o caminho a percorrer, que a ter-se continuado a trilhar nos teria levado, bem cedo, ao ponto de intercepção com a rota que a Organização Mundial de Saúde nos vem apontar.

*

Fruto de uma colaboração que não pretendia inverter posições nem derrubar hierarquias, traduzia tão somente a compreensão das preocupações dos médicos por parte dos dirigentes, a integrar-se, como então escrevemos, invocando o pensamento de Marcelo Caetano naquele convívio que deve ser *dos dirigentes entre si e dos dirigentes com os seus dirigidos, convívio que permita tornar os homens conscientes das razões que os conduzem a compartilhar responsabilidades por interesses que a todos pertencem.*

MENDONÇA E MOURA

ECOS E COMENTÁRIOS

SERVIÇO DE ENFERMAGEM PRESTADO PELAS MÃES

Sob este título publica o «Lancet» de 10 de Abril, na secção «Cartas ao editor», algumas considerações sobre enfermagem que parecem de real interesse, e que vêm ao encontro de um ponto de vista que já foi exposto neste jornal. Tivemos então ocasião de dizer, e repetimo-lo agora, apoiados nesta «Carta» do «Lancet», que os doentes (e também os adultos, não apenas as crianças) procuram na enfermagem que os assiste, não só cuidados «técnicos», mas, também, compreensão, carinhos e atenções que substituam o ambiente da família. A enfermeira, junto do doente, é uma colaboradora, uma «agente» do médico, mas é igualmente, uma «representante», uma substituta da família.

Sob este último aspecto, compreende-se que a sua preparação em Moral e em Psicologia deva ser especialmente cuidada...

«Lancet» refere-se, apenas, a hospitais infantis. Mas, não só as suas considerações, em certos aspectos, interessam também a assistência hospitalar aos adultos, como a sua oportunidade, em relação à assistência infantil, é muito grande, uma vez que se vai realizar uma obra de remodelação desse sector nos Hospitais Civis de Lisboa.

A «carta» do jornal inglês começa por chamar a atenção para os «perigos que correm as crianças, em consequência da estrutura e organização dos hospitais em que são tratados.

Na maioria dos hospitais da Inglaterra, a criança é tratada como um adulto em miniatura.

Os perigos referentes à sobrevivência física, em enfermarias contendo 35 leitos infantis, por exemplo, vão de par com os perigos para a saúde mental e emocional das crianças, que foram estudadas, por exemplo, pelo de Bowlby e seus colegas. Os esforços realizados por alguns, no sentido de as próprias mães ajudarem a assistir e cuidar dos seus filhos hospitalizados, apenas melhoraram parcialmente essas condições.

As últimas décadas trouxeram nova compreensão da dinâmica das doenças nas crianças, de tal modo que a assistência que se lhes presta nos hospitais está «desalinhada» em relação aos nossos conhecimentos.

Em breve serão construídos novos hospitais. Não poderá o «Serviço Nacional de Saúde», reunir médicos, cirurgiões e psiquiatras, todos especializados em assistência e clínica infantil, juntamente com os especialistas de construções hospitalares, para planearem um hospital que satisfaça cabalmente as necessidades físicas, mentais e emocionais específicas das crianças? (a pergunta e sugestão valem, também, para o nosso País, a respeito do futuro Hospital Infantil D. Estefânia).

São precisas novas ideias a respeito de todo esse problema do tratamento hospitalar das crianças. Nesse sentido deve

reconsiderar-se o problema da instrução e treino das enfermeiras que hão-de servir nesses hospitais infantis, assim como há que estudar os processos segundo os quais deve ser atraído e usado o auxílio das mães».

F. R. N.

HONORÁRIOS MÉDICOS NOS DIVERSOS «SEGUROS»

A pretexto de colaboração na obra do Seguro Social, pede-se ou impõe-se aos médicos desvalorização substancial dos seus honorários.

Rufol

COLIBACILOSES
das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

— Acção especial sobre o colibacilo

— Alta concentração no aparelho urinário

— Doses muito baixas

— Perfeita tolerância

LABORATÓRIOS
DO
**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

Desvalorização que vai, em muitos casos, a ponto de reduzi-los a menos da décima parte do valor unitário que a clínica livre lhes fixou.

Mas ignoramos, e ninguém ainda teve a coragem de o explicar, porque motivo os outros grupos profissionais que trabalham para o mesmo Seguro não vêm proporcionalmente reduzidos os seus proventos em relação àqueles que a sua actividade mereceria no âmbito de outras instituições...

*

Ou será que só o Corpo Médico tem obrigações perante a Segurança Social?

*

Prover ao bem dos mais fracos, exercer em relação a eles aquela acção supletiva que lhe justifica a existência, é função do Estado, é, antes deste, função das diversas sociedades particulares e da sociedade em geral, mas em nenhuma doutrina se aprende que constitua encargo e obrigação de uma só classe...

*

E, se já é discutível o que se passa no plano do Seguro Social quanto a honorários médicos, atinge foros de inconcebível o que se regista no campo do seguro dos acidentes de trabalho.

*

Entregue este à exploração de Companhias, financeiramente poderosas, cujos títulos e acções se contam como dos mais firmes e mais cotados valores da Bolsa, nenhuma razão, moral, jurídica, técnica ou administrativa, permite justificar a desvalorização dos actos médicos que com este Seguro se prendem.

*

Porque, em suma, os serviços não são prestados a cada um dos tristes acidentados que nos aparecem, mas a Companhias poderosas, financeiramente florescentes, que, segundo a própria letra da lei, exploram uma próspera Indústria.

*

Como se concebe, pois, a situação criada?

Como se entende o regateio de tostões, em comissões que levam anos a decidir quanto a tabelas e preços?

Como pode admitir-se o rebaixa-

mento aviltante de honorários que se pretende manter?

*

Únicamente porque o problema está mal equacionado... apesar de não possuir incógnitas.

*

— Constitue o ramo acidentes de trabalho, parcela vultuosa da actividade da Indústria Seguradora;

— Usufrue esta Indústria situação financeira que a cotação das suas acções traduz publicamente;

— É o trabalho médico indispensável ao ramo acidentes de trabalho;

— Deve este trabalho ser remunerado em função do seu real valor, da sua indispensabilidade, da categoria profissional de quem o presta, dos recursos e disponibilidades da entidade a quem é prestado.

*

Em consequência, nenhuma razão para abatimentos, para reduções, para limitações de qualquer espécie, que não resultem de um acordo de honorários livremente aceite e livremente negociado, com base nos princípios que antecedem.

Não se trata de discutir migalhas, nem de defender tostões, mas de assentar princípios e equacionar os problemas em função das premissas existentes.

*

Só fazendo-o, a Classe e a Ordem podem prestigiar-se e prestigiar a missão de cada um de nós.

M. M.

O EMPREGO DOS REMÉDIOS TUBERCULOSTÁTICOS

O comité central alemão da luta anti-tuberculosa publicou a seguinte nota (em 14 de Maio de 1953):

«Eis as consequências a tirar das experiências gerais para o emprego prático dos remédios tuberculostáticos:

1 — É indispensável fazer intervir uma quimioterapia bem concebida no programa do tratamento. Isto requiere, de facto, uma grande experiência no domínio do tratamento da tuberculose. O emprego dos remédios é uma tarefa cheia de responsabilidades que o médico assume. Toda a aplicação arbitrária pode ter consequências graves.

2 — O tratamento da tuberculose pelos agentes tuberculostáticos deverá, em regra geral, ser associado a um tratamento em clínica ou estância terapêutica. Um tratamento que fosse baseado apenas sobre o emprego de remédios tuberculostáticos sem ser acompanhado dum tratamento geral como o das estâncias terapêuticas, seria, no estado actual dos nossos conhecimentos, nitidamente insuficiente.

3 — A quimioterapia, em regra geral, não deveria ser aplicada senão sob a forma de tratamento compor-

tando a combinação de, pelo menos, dois remédios.

4 — Segundo as experiências actuais, a estreptomycinina ou os remédios que contêm estreptomycinina deveriam ser reservados ao tratamento dos casos estabilizados. Se, a seguir, se deve contar com a possibilidade de intervenções cirúrgicas, é necessário que uma quantidade suficiente destes remédios possa ser administrada de modo eficaz.

MORTALIDADE POR TUBERCULOSE

No «Boletim de informações» da União Internacional contra a tuberculose (n.º de Agosto de 1954), o Prof. Ickert

referia-se à mortalidade por tuberculose em França e na República Federal Alemã. Cita a opinião do Prof. Bernard, que declara que a mortalidade por tuberculose em França tinha diminuído 28% de 1951 a 1952; o emprego da isoniazida e o desenvolvimento dos métodos modernos de cirurgia seriam os principais factores deste abaixamento. Declarando que há estatísticas recentes sobre este assunto apenas no que se refere à Alemanha ocidental, o Prof. Ickert cita números que dizem respeito à Alemanha, e que mostram uma diminuição de mortalidade de 1951 a 1952 de 27%; em 1953 (números provisórios) — 21,5%; quanto a 1954, há apenas números referentes à Baviera e à Renânia do Norte — Westfália; eles revelam uma diminuição de 15%. Verifica-se, pois, menor diminuição na mortalidade por tuberculose em relação a anos anteriores.

O Prof. Ickert conclui dizendo que é também de opinião que a queda rápida e considerável na mortalidade por tuberculose é devida à aplicação da isoniazida e às possibilidades cada vez maiores de praticar intervenções cirúrgicas graças ao uso dos antibióticos. Contudo, a diminuição dos novos casos não poderá ser atribuída a estes factores, nem à diminuição das fontes de infecção, isto é, a uma diminuição dos casos de tuberculose pulmonar infecciosa, porque, com efeito, o número destes casos tem estado estacionário dum ano para outro. A diminuição do número dos casos novos é provavelmente devida a outros factores: condições sociais, etc.


A SABEDORIA DOS OUTROS

Suponhamos que todos nós reconhecemos a liberdade absoluta de testar, o direito de fazer intervir a morte para a libertação duma dor insupportável ou de uma doença sem esperanças. Como poderia eu saber que o consentimento, o desejo expresso ou o clamor do doente foi sincero? Posso interpretar mal a sua reacção violenta perante o começo duma nova etapa na evolução do seu martírio, ou as suas expressões líricas e exageros poéticos (os hospitais estão cheios de poetas e de «farsantes»), tomando tudo isto como expressão da sua vontade ou do seu testamento. Muitos dos que procuraram suicidar-se e foram salvos por amigos, pela polícia ou pelos médicos, nunca repetiram os seus intentos, continuando a viver e «sofrendo», e manifestaram o seu agradecimento aos que anularam os seus designios.

Além disso, nem todos os incuráveis devem ser abandonados como «seres sem esperanças». O doente pode ter mais recursos que a medicina, e alguém (não necessariamente o homem «científico» da medicina) pode chegar a descobrir recursos intactos, que não o poderão curar, mas que, provavelmente, lhe darão uma nova possibilidade para «continuar a viver».

JAIM GRIMBERG


(De «Homens e Ideias»)



**ANALGÉSICO
DE USO EXTERNO**

apresentado em forma de **stick**
com excipiente especial

**DE ACÇÃO INTENSA
E R Á P I D A**



**LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

LISBOA PORTO COIMBRA

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, MICROCOCCOS
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

EFEITOS CLÍNICOS DA BOMBA ATÓMICA

Esteve em Genebra, onde realizou, recentemente, uma conferência sobre as bombas de urânio e de hidrogénio, o Prof. Tsuzuki, presidente da secção médica da comissão imperial japonesa encarregada de estudar os efeitos das bombas atómicas que explodiram em 1945 em Hiroshima e em Nagasaki. É o autor do «Medical Report on Atomic Bomb Effects» publicado em 1953 nas Edições Nankodo Og. Ltd. Hasuki-cho, de Tóquio, que contém documentos e uma bibliografia muito completa sobre a clínica, a anátomo-patologia e a histopatologia da doença atómica.

Transcritas da «Medicine et Hygiene», publicamos a seguir algumas declarações que fez em Genebra o Prof. Tsuzuki.

A explosão duma bomba atómica produz forças destrutivas variadas, provocando todas as espécies de feridas para o organismo humano. Estas feridas entram no capítulo do que se tem chamado a «Atomic Bomb Injury». O poder destruidor desta bomba pode classificar-se segundo três critérios:

- 1 — A energia térmica
- 2 — A energia mecânica
- 3 — A energia radioactiva.

Estas forças não actuam independentemente, mas sob uma forma combinada e provocam feridas dum carácter patológico muito complexo.

A bomba de Hiroshima explodiu em 6 de Agosto de 1945 às 8 e 15 da manhã a uma altitude de cerca de 600 metros e a de Nagasaki, em 6 de Agosto de 1945, às 11 horas da manhã, a uma altitude de cerca de 500 metros.

A energia térmica provocou queimaduras num certo número de pessoas, sobretudo ao nível das partes do corpo expostas, num raio de 4 quilómetros a partir do centro de explosão (hipocentro). A intensidade do calor desenvolvido no centro da explosão foi avaliada em 6.000 graus Celsius, desenvolvendo-se completamente em meio segundo.

A pressão do abalo produzido junto do centro de explosão (epicentro) foi avaliada em 4,5-6,7 toneladas por m² em Hiroshima e 6,7-10 toneladas por m² em Nagasaki, com uma duração de cerca de 0,4 segundos nestes dois locais.

A destruição das habitações e o aparecimento das feridas mecânicas foi terrífico. É possível que numerosos homens, mortalmente feridos, tenham sido literalmente queimados, sob as casas destruídas.

No distrito central, foi emitida uma enorme quantidade de energia radioacti-

va, cuja importância ultrapassa a imaginação; diz-se que a energia radioactiva emitida no momento da explosão seria equivalente à quantidade emitida, instantaneamente, por 100 milhões de toneladas de rádio. Entre os diversos tipos de radioactividade, os raios gama e os neutrões são os principais factores patogénicos para o organismo humano.

As pessoas atingidas por graves feridas radioactivas morreram ao fim de duas semanas depois de queixas de febre, astenia, vómitos, hematemese, hematurias, hemoptises, hemorragias, etc. Praticamente, a mortalidade tem atingido 100 %.

Os indivíduos que são menos severamente atingidos, queixam-se de vómitos e de perda de apetite, no decurso dos primeiros dias; depois dum intervalo livre de cerca de 2 a 3 semanas, queixam-se de temperatura, queda de cabelo, petéquias, hemorragias gengivais, faringite (amigdalite ou faringite gangrenosa), diarreias (aquosas ou muco-hemorragicas), etc. A mortalidade, nestes casos, tem sido de cerca de 50 %. Se a temperatura tende a descer, quer bruscamente, quer em lise, após uma ou duas semanas, o prognóstico torna-se favorável. As feridas radioactivas podem chamar-se «Atomic Bomb Radiation injury» ou «Atomic Bomb Radiation Sickness», resumidamente «Atomic Bomb Disease» ou «Atomic Disease». Os elementos medulares são os primeiros a serem atingidos, especialmente os linfócitos e os leucócitos; nos casos mais graves, contaram-se menos de 1.000 leucócitos por mm³. Os órgãos hematopoiéticos, a medula óssea, o baço e os gânglios são igualmente atingidos e, depois os outros órgãos internos como os pulmões, o tubo digestivo, o fígado, os rins, os órgãos secretores, as glândulas sexuais, etc.

Todos estes órgãos mostram imagens de lesões destrutivas.

Uma hemorragia inicial pode suceder-se a uma lesão primária do pulmão, do tubo digestivo ou dos rins. A hemorragia tardia, que aparece 2 ou 3 semanas depois, nos casos menos graves, deve considerar-se uma hemorragia secundária devida a uma diátese provocada pela destruição das plaquetas sanguíneas (trombócitos).

COMO TRATAR AS FERIDAS PROVOCADAS PELAS BOMBAS ATÓMICAS?

As feridas e as queimaduras devidas às bombas atómicas podem ser tratadas da mesma maneira que as provocadas por outros meios. Porém, surgem grandes dificuldades quando se procura tratar, em grande escala, um grande número de feridos. A maior parte deles são, sobretudo, afectados pela energia radioactiva e o prognóstico das suas lesões pode piorar mais ou menos rapidamente sendo demorada a sua cura.

Os casos graves de doenças da irradiação constituem um estado cujo prognóstico é praticamente fatal: actualmente, a ciência médica não dispõe de nenhum meio efectivo para tratar estes casos. Os pacientes, atingidos por doenças de irradiação menos graves, podem recuperar a saúde se resistem à fase inicial. Os principais cuidados para estes doentes comportam, antes de tudo, o repouso e a super-alimentação. Se for necessário, ordenar-se-ão infusões, transfusões, antibióticos, vitaminas, etc.

QUAL FOI O NÚMERO DAS VÍTIMAS DESTAS DUAS BOMBAS ATÓMICAS?

O número de mortos no decurso dos quatro primeiros meses foi de 100.000 em Hiroshima e cerca de 50.000 em Nagasaki.

Segundo as estatísticas feitas pelos sábios japoneses, pensa-se que perto de 75% de toda as vítimas morreram no decurso dos dois primeiros dias e 90 % no fim da segunda semana. O número de vítimas aumenta cada vez mais em virtude do aparecimento de efeitos secundários, manifestando-se alguns anos depois da explosão da bomba.



E. TOSSE & C.^A
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 LUÊS 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

CLASSIFICAÇÃO DAS FERIDAS PROVOCADAS PELA BOMBA ATÓMICA

I — *Atomic bomb burn* (queimaduras)

- 1 — Queimaduras primárias: lesões por flash.
- 2 — Queimaduras secundárias: feridas por contacto ou pela chama.

II — *Atomic bomb Wound* (feridas)

- 1 — Feridas primárias: feridas por deslocação do ar.
- 2 — Feridas secundárias: feridas por enterramento, por esmagamento, por fragmentos, etc.

III — *Atomic bomb radiation injuries* (*atomic bomb radiation sickness*).

- 1 — Irradiações primárias.
- 2 — Irradiações secundárias.

EVOLUÇÃO DAS FERIDAS ATÓMICAS

I — *Período inicial*: 4 meses.

- 1 — Fase aguda: 2 meses.
- 2 — Fase crónica: 2 meses.

II — *Período secundário*: vários anos e mais.

- 1 — Fase das sequelas.
- 2 — Fase de influência.

III — *Período hereditário*: vários anos depois.

Considerando os princípios do mecanismo duma bomba atómica, pode admitir-se dois tipos de contaminação: um que é devido à explosão (produtos de explosão) da bomba, e outro à radioactividade induzida pelos neutrões. Os efeitos secundários das feridas da bomba atómica podem ser analisados da seguinte maneira:

1 — *Perturbações dos processos de cicatrização*, segundo as queimaduras ou as feridas mecânicas: observaram-se cicatrizes hipertróficas e verdadeiros quelóides em perto de 70 % dos casos de queimaduras.

2 — *Alterações devidas a lesões hematopoiéticas e dos órgãos internos*: anémia, anemias refractárias, leucemias (agu-

das e crónicas). A frequência das leucemias é 4 vezes maior nos indivíduos expostos às irradiações, num raio de 2 quilómetros do hipocentro.

3 — *Alterações das funções sexuais*: amenorreia, aspermia, etc.

4 — *Alterações do desenvolvimento das crianças*: microcefalia; certas perturbações do desenvolvimento físico, tendo-se também notado perturbações do desenvolvimento mental.

5 — *Doenças atómicas crónicas*. Conhecem-se numerosos sobreviventes das explosões atómicas de Hiroshima e de Nagasaki que foram feridos e que, felizmente, escaparam à evolução fatal que os ameaçava, vivendo, aparentemente, de boa saúde. Entre eles, conhecemos indivíduos que são, ainda, facilmente fatigáveis, perdendo o interesse por todas as coisas, sofrendo muitas vezes de golpes de frio ou de perturbações gastro-intestinais. Estes indivíduos queixam-se do seu estado físico anormal e parecem perceber, igualmente, um declínio das suas faculdades intelectuais.

O exame clínico destes indivíduos não permite pôr em evidência factos anormais. Supõe-se que apresentam algumas alterações da sua capacidade vital, em geral, provocadas, verdadeiramente, pelos efeitos deletérios de origem radioactiva, quer primários, quer secundários.

No dia 1 de Março de 1954, produziu-se perto de Bikini, no Oceano Pacífico Sul, uma explosão duma violência extraordinária. Um pequeno navio de pescadores japoneses — o Fukuryu Maru — que se encontrava a cerca de 145 quilómetros do centro da explosão, foi rapidamente coberto de cinzas que caíram do céu e que se supõem ter sido produzidas pela explosão. Todos os pescadores que que se encontravam na sua tarefa foram mais ou menos atingidos pelas lesões radioactivas e voltaram ao seu ponto de partida em Yaizu, na perfeitura de Schizwoka. Actualmente, encontram-se em tratamento em Tóquio.

Todos estes pescadores sofreram de doença aguda da irradiação: alguns deles encontram-se, actualmente, em estado muito crítico.

Na tarde de 1 de Março de 1954, às 3 horas da manhã, encontrando-se os pescadores na sua tarefa avistaram uma luz vermelha distante na linha do horizonte, a Oeste. Alguns minutos depois, ouviram um ruído surdo. Dedicavam-se, então, à pesca do atum. Depressa viram aparecer grossas nuvens por cima das

suas cabeças e cinzas brancas começaram a cair sobre o seu navio. Estas cinzas recobriram a superfície do mar e a coberta do navio. Este tornava-se esbranquiçado, como se fosse recoberto de geada. Algumas horas depois, terminaram os seus trabalhos de pesca e regressaram ao porto de onde tinham saído. Ao fim de 3 dias, alguns dos pescadores observaram que a sua face, pescoço e mãos tomavam uma cor avermelhada e se tornavam tumefactas. Alguns queixavam-se dum prurido intenso, outros notaram o aparecimento de pequenas vesículas sobre a pele e outros começavam a queixar-se de náuseas quando trabalhavam na casa das máquinas ou quando repousavam. Cinco ou seis dias mais tarde, a face tornou-se dum vermelho mais carregado. O capitão do barco ordenou aos pescadores que se lavassem completamente. Infelizmente, não lhes foi possível tomar este banho porque não tinham reserva de água bastante num navio de tão pequenas dimensões. A viagem de regresso demorou duas semanas.

Em 15 de Março, dois pescadores foram admitidos no hospital universitário de Tóquio, outros foram hospitalizados, alguns dias mais tarde.

A maior parte destes homens encontravam-se no mesmo estado clínico. A sua face e o seu pescoço eram dum castanho avermelhado escuro; verifica-se a presença de pequenas vesículas, algumas já rebentadas, dando lugar a ulcerações. As suas orelhas estavam tumefactas, edemaciadas e escoavam-se pelo nariz secreções mucosas abundantes. A radioactividade destes pescadores foi testemunhada e reconhecida ao exame feito pelo contador de Geiger. Os cabelos destes homens apresentavam também uma forte radioactividade.

Estes homens não mostravam sinais que indicassem a existência duma radioactividade interna quando os vi pela primeira vez. O único sinal visível limitava-se a uma forma subaguda de dermatite. Todavia, fiquei aterrorizado com a ideia de que deviam existir, certamente, lesões internas.

ANÁLISES DE RADIOACTIVIDADE E EXPERIÊNCIAS

A radioactividade do navio foi determinada pela primeira vez, em 17 de Março. Trata-se dum barco de madeira, com uma pequena maquinaria de cerca de 100 toneladas. Os contadores Geiger

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

põem em evidência uma muito forte radioactividade deste navio. Esta era na coberta de cerca de 110 mil. Roentgen por hora (e compreende os raios beta e gama) e o da sala de equipamento de 80 mil. Roentgen por hora. Estes números de radioactividade são cerca de 40 a 60 vezes superiores às doses máximas internacionais, autorizadas num meio habitável.

Naturalmente, a radioactividade deste navio diminue gradualmente todos os dias; pode admitir-se que diminua para metade, no fim duma semana. Pode-se imaginar, por consequência, quanto devia ser elevada no momento da queda das cinzas atómicas.

Foi levado um grama de cinza atómica para os laboratórios da Universidade de Tóquio. A análise mostrou que a componente essencial era constituída por carbonato de cálcio não apresentando nenhuma actividade. Tratar-se-ia, talvez, de partículas provenientes duma ilha de coral.

A análise rádio-química permite detectar 17 elementos radioactivos que são os produtos da explosão; entre estes, citaria aqueles que devem reter a nossa atenção, o strontium 89 (com um semi-período de 53 dias), o strontium 90 (com um semi-período de 19,9 anos) o iodo 131 (com um semi-período de 8,141 dias), o iodo 132 (com um semi-período de 2,4 horas), o baryum 140 (com um semi-período de 12,8 dias).

Procedemos a experiências em animais (ratos). A aplicação interna das cinzas, isto é, *per os*, mostra que a maior

parte destas cinzas permanecem no tractus alimentar e que uma pequena parte é reabsorvida pelos ossos. A injeção subcutânea duma solução destas cinzas atómicas mostra que uma parte é depositada nos ossos, sendo a parte restante excretada pelo intestino grosso.

CLÍNICA

O estado clínico apresentado pelos pescadores de Bikini corresponde a uma doença aguda da irradiação. A causa da sua doença deve-se a 3 factores:

- 1.º — Exposição externa à radioactividade das cinzas que aderem à pele (actividade dos raios beta);
- 2.º — Exposição externa à radioactividade das cinzas que se encontram quer nos seus fatos, quer sobre o barco (actividade dos raios gama);
- 3.º — A exposição interna à radioactividade dos produtos da explosão que teriam passado através da pele, o tractus respiratório e digestivo (raios beta e gama).

A análise das urinas dos pescadores demonstrou a existência duma forte radioactividade. É por esta razão que pensamos que a absorção de substâncias radioactivas e por consequência a exposição interna, deve ser considerável.

A maior parte dos casos de dermatite externa estão agora quase curados; alguns, todavia, mostram ainda lesões de ulceração ou de necrose.

Os exames hematológicos, feitos em 10 de Abril, mostram que em 23 pesca-

dores, 16 apresentavam leucopenia abaixo de 4.000, 8 abaixo de 4.000, 3 abaixo de 3.000 e 5 abaixo de 2.000.

Alguns apresentavam uma diminuição do número de trombócitos e das células da medula óssea. Os homens que foram mais severamente atingidos queixam-se, agora, de mal-estar geral, de falta de apetite, de estado febril e duma tendência para as hemorragias.

Segundo estes elementos clínicos, podemos esperar um prognóstico favorável, sendo certo que se apresentam numa fase crítica da sua doença atómica.

Actualmente, o nosso tratamento comporta, por um lado um repouso absoluto e super-alimentação, por outro lado, transfusões sanguíneas abundantes e administração de antibióticos.

Dr. Cristiano Nina

Nomeado pela Direcção Geral de Saúde, para assistir ao Simpósio sobre antibióticos que sob o patrocínio do Governo americano se realiza em Washington de 24 a 29 do corrente, partiu no dia 21 para os E. U. A. o Dr. Cristiano Nina.

Depois de assistir a este Simpósio o Dr. Cristiano Nina foi convidado pelos Laboratórios Lederle, de Nova Iorque, a tomar parte no Simpósio de Antibióticos sobre a *Acromicina* (Tetraciclina Lederle), que estes importantes laboratórios levam a efeito em Nova Iorque de 2 a 7 de Novembro.

**Nas tosses irritativas
e espasmódicas**

TICARDA

Amortecimento garantido do reflexo tussígeno
Analgésico, espasmolítico
Efeito de longa duração · Bem tolerado também por crianças
Livre de opáceos · Em gotas e comprimidos



FARBWERKE HOECHST

vormals Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M) - Hoechst

Ph 2401 - Po.

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL: **MECIUS, LDA.** — RUA DO TELHAL, 8-1.º — LISBOA

O CEPTICISMO NA MEDICINA ⁽¹⁾

Nesta altura e nesta Associação é tradicional privilégio e dever do vosso Presidente dirigir-se-vos sobre os motivos da sua eleição. Muito embora eu não seja dado ao respeito dos hábitos, nunca é defeito procurar seguir os exemplos dos antecessores. Quando se meditam os discursos presidenciais proferidos no passado, é imediatamente evidente que reflectem, pelo menos em parte, o carácter e a filosofia dos seus autores. Não será pois surpresa, para aqueles de vós que me conhecem, que eu tenha escolhido para esta breve palestra o tema de «O Cepticismo na Medicina».

De acordo com o dicionário não abreviado de Webster, cepticismo, derivado da palavra grega «skeptikos» aplicou-se originariamente às doutrinas e opiniões dos Pirronistas ou filósofos cépticos, «os quais duvidavam da verdade em qualquer aspecto, religião, aparência, dedução ou teoria». Contudo, lê-se a seguinte definição mais liberal: — «Uma atitude crítica para qualquer teoria, situação, experiência ou fenómeno, duvidando da certeza de todas as coisas até que se produza adequada prova: o espírito científico» (Fig. 1).

Ao contrário deste, o dogmatismo é defenido como «uma doutrina adoptada



Fig. 1 — O céptico primitivo

Nope! No moss. Refere-se a um provérbio inglês (a rolling stone gathers no moss) que diz: *pedra movediça nunca cria bolor*, e que o filósofo céptico procuraria verificar através das maiores dificuldades, na condição de serem as melhores.

com autoridade em vez de o ser com a razão ou com a experiência; certeza na anecção de opiniões; arrogância. O cepticismo é como ponto de vista oposto ao dogmatismo e, na verdade, pode nascer como reacção a aquele». Pode naturalmente formular-se a pergunta se é desejar o cepticismo na medicina?

Se o tomarmos tal como foi originariamente defenido e aplicado pelos filósofos gregos, a resposta é provavelmente negativa. Contudo, quando o cepticismo se entende como uma «atitude crítica... duvidando da certeza de tudo, até que se faça adequada prova, é então a essência do espírito científico e é muito para desejar.

Escolhi para comentário três aspectos deste assunto: uma atitude céptica

no ensino, outra na interpretação da leitura e uma outra, também céptica, quando escrevemos.

A ATITUDE CÉPTICA NO ENSINO

O mister de ensinar tem tremenda responsabilidade. Os estudantes que hoje ensinamos tornar-se-ão necessariamente os orientadores do ensino médico de amanhã. Está assente, evidentemente, que ao estudante devem ensinar-se certos factos basilares nos preparatórios e no curso médico.

Contudo, dar a impressão, por afirmação dogmática, de que tais conhecimentos são completos e definitivos, só

⁽¹⁾ N. T. Representa este artigo a mensagem presidencial proferida na *American Gastroenterological Association* pelo presidente, quando da sua posse. Transcreve-se na integra da revista *Gastroenterology*, órgão oficial da mesma associação, tendo sido lida na 55.^a reunião anual; Julho, 1954. O leitor verificará a simplicidade conceitual que se deve aplaudir e defender com igual espírito de objectividade e humildade, tão diferente das enfáticas mensagens que muitos fazem.




LEUKOPLAST

O ADESIVO DE CONFIANÇA

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

UM PRODUTO DE:

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

REPRESENTANTES:

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

serve para enclausurar o seu pensamento e abafar o progresso intelectual. O mestre que desenvolve no estudante uma mentalidade crítica, investigadora e céptica cumpriu muito mais que aquele que se limitou a «encasquetar» nos seus estudantes uma certa quantidade de factos discutíveis (Fig. 2).

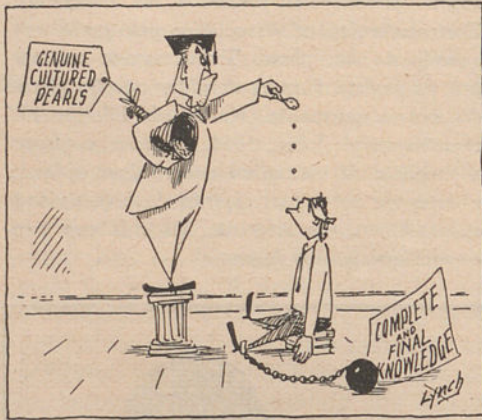


Fig. 2 — O mestre dogmático

Tira da sua cornucópia autênticas pérolas de cultura, que o aluno recebe preso a um conhecimento completo e definitivo.

É geralmente aceite que, no decurso da carreira médica, se é mais confiante nas próprias crenças e mais firme nos conhecimentos próprios durante os últimos anos da preparação prática, como o comprovam o quintanista, o estagiário ou o interno. Frequentemente passam os anos antes que o jovem médico compreenda que o seu conhecimento é incompleto e incerto.

Torna-se então dolorosamente consciente da grandeza da sua ignorância ou da profissão que seguiu. Compreende, pela primeira vez, que os fundamentos dados como factos e aceites sem discussão provaram não passar de simples hipóteses.

Não será isto devido a prevalecer principalmente na cultura médica mais o dogmatismo que o cepticismo?

A ATITUDE CÉPTICA NA LEITURA

Na prática da Medicina hodierna, ouve-se frequentemente referência à literatura. Trata-se da tendência que há em conferir à «literatura» um valor dogmático, concluindo que por estar escrito é um Evangelho e não pode ser discutido (Fig. 3).

Em singelo exame de breve atenção

verifica-se facilmente que a tal «literatura» muitas vezes se refere a artigos de discutível valor. Em muitos destes a maior premissa sobre a qual a comunicação se fundamenta é contraditável ou errada.

Noutras, as conclusões não corroboram os elementos apresentados. Em todas, muito frequentemente, a contribuição é totalmente destituída de mérito. Consequentemente cada artigo deve ler-se com um espírito aberto e crítico.

Os motivos pelos quais numerosos trabalhos circulam nos nossos jornais são óbvios. Há uma tendência para apreciar o mérito profissional e a posição de um indivíduo pelo número das suas publicações, com pouca atenção para o seu conteúdo. Com demasiada frequência uma longa bibliografia é o requisito prévio para a admissão numa associação profissional, num corpo hospitalar ou numa faculdade. Resulta daí

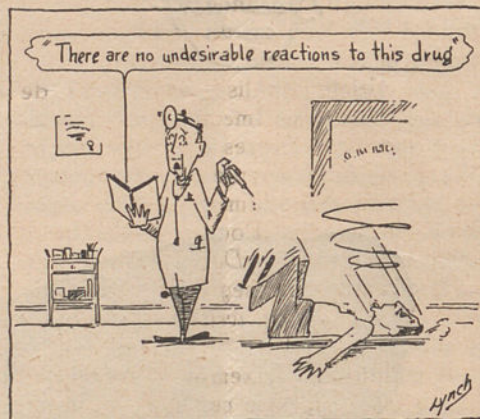


Fig. 3 — O leitor crédulo

«Este remédio não dá reacções desagradáveis»

uma tremenda pressão sobre os médicos para se valorizarem através da imprensa, muitas vezes com menosprezo pelo valor da comunicação e com o interesse exclusivo de aumentar a sua lista de publicações.

Há anos apareceu no «New-Yorker» uma fábula da autoria de James Thurber, que se resume no seguinte: — Parece que um rebanho de ovelhas vivia plácida na sua aldeia. Infelizmente vivia nas proximidades uma alcateia de lobos. Para se protegerem as ovelhas destacaram sentinelas, noite e dia, para as prevenirem no caso de ataque. Algumas do rebanho acharam a medida uma precaução desnecessária e concordaram na utilidade de uma ex-

ploração sobre a vida dos vizinhos. Destacou-se então um grupo para o estudo do problema e este no regresso, após várias horas de observação, redige um longo relatório do que vira e onde se dizia que os lobos eram muito brincalhões e cheios de socego, concluindo que «todos os dias eram de festa no país dos lobos». Após isto retiraram-se as sentinelas e, evidentemente, os lobos vieram uma noite e devoraram o rebanho. A pequena história termina com o irónico conceito: «Don't get it right, get it written» (1).

É fácil responsabilizar os escritores do relatório pelo desastre que caiu sobre o rebanho, como também são igualmente responsáveis e caíram em falta os que o leram e aceitaram. Parecia justificar-se uma apreciação mais crítica e céptica do documento.

Admirámo-nos se esta mesma necessidade de cepticismo, como a manifestada pelas ovelhas, não se pratica na classe médica e é loucamente esquecida junto do estudante de medicina.

Conquanto o cepticismo no ensino e na leitura seja importante, muito mais o é na escrita, porquanto esta tem maior audiência e necessariamente afecta o nosso pensamento de modo mais profundo. O autor clarividente deve abordar o seu assunto com um pensamento crítico, inquiridor e céptico.

O que escreve deve reflectir esta maneira de actuar se a sua contribuição pretende ser valiosa. Formam legião o número de exemplos da necessidade de cepticismo no que se escreve. Contudo, escolhi para apresentar somente dois que me pareceram particularmente elucidativos. Em muitos artigos descritivos e comunicações de casos a relação entre os sintomas e as anormalidades coexistentes é feita muitas vezes sem a adequada prova (fig. 4). Frequentemente sintomas não específicos, quer locais ou constitucionais, atribuem-se a anormalidade específica, sem contudo provar-se haja uma relação causal. Semelhantemente, podem atribuir-se os sintomas a uma deficiente compreensão de anomalias anatómicas ou fisiológicas, porém com pequena significação. Na verdade, muitas vezes tanto a especificidade dos sintomas como a significação da anormalidade

(1) Não importa que esteja certo, importa que esteja escrito.

COMBISTREP*

(SULFATOS DE ESTREPTOMICINA E DIHIDROSTREPTOMICINA)

REDUZ A OTOTOXICIDADE

Pfizer

À VENDA EM TODAS AS FARMÁCIAS, EM FRASCOS DE 1 GRAMA

* Marca registada de Chas. Pfizer & C.º, Inc.

prestam-se à discussão. É relativamente fácil encontrar casos clínicos idênticos que se atribuíram a muitas condições totalmente diferentes. É necessário olhar de modo mais céptico e críticos problemas para determinar a justa relação entre coexistentes anomalias e sintomatologia.

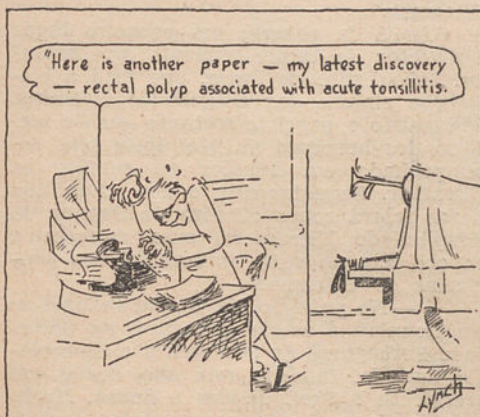


Fig. 4 — O escritor entusiasta

«Aqui está outro trabalho — a minha última descoberta — pólipos rectal associado a amigdalite aguda»

Um exemplo mais notório da necessidade de cepticismo na apreciação de escritos sobressai no campo da terapêutica.

A enganadora expressão «post hoc ergo propter hoc» meteu-se em todos nós, de tal modo que até o mais cauteloso eventualmente cometerá este erro para seu posterior embaraço.

É difícil evitar o erro de atribuir a melhora, após uma terapêutica, mais a uma administração de droga ou técnica, do que a uma remissão espontânea. É aqui necessária uma profunda familiaridade com a natural história da doença a considerar. Muitas vezes o erro deve-se por valorizar-se a passada experiência, feita com o adequado cuidado, desprezando-se os numerosos factores que, agora, podem ser aparentes e que antes não existiam.

É necessário proceder-se a um cuidadoso e verificável estudo, e isto é a essência da investigação científica, para justamente se avaliar uma droga ou uma técnica no tratamento de qualquer doença.

Devem seguir-se certos princípios fundamentais, primeiro, devem dividir-se os doentes em dois grupos, cada qual o mais semelhante ao outro quanto possível. Segundo, o número dos seus constituintes deve ser suficientemente

grande para ter significação estatística. Terceiro, o tratamento dos dois grupos deve ser o mesmo com uma excepção: um grupo recebe a droga em estudo e o outro um placebo de semelhante aparência. Quarto, deve ser conservada pelo doente uma relação diária de todos os sintomas pertinentes. Quinto, para que o estudo seja «cego», nem o médico o doente podem conhecer, até final do estudo, a natureza da medicação. Trilhando este caminho o factor humano elimina-se e podem formular-se conclusões imparciais. Sexto, a duração da observação deve ser suficientemente longa para entrar em consideração a natural história da doença, e sétimo, devem empregar-se métodos estatísticos onde se comparem os resultados nos dois grupos.

Se todos os medicamentos ou processos a empregar no tratamento de uma doença crónica forem objecto de tal estudo, a classe e o público serão poupadas de um grande número de informações erradas e de desnecessárias comunicações.

Em última análise da fábula de Thurber torna-se imediatamente aparente que os escritores da comunicação frustraram inteiramente o seguimento dos princípios fundamentais que, agora foram enunciados. Pode-se parafrasear a sua conclusão — *Don't get it right, get it written* — do seguinte modo, lendo-a, *Don't get it written unless it's right* ⁽¹⁾.

Concluindo, deixem-nos antever o dia em que o mestre cesse de ser dogmático e, com espírito de humildade, acentue o carácter teórico do conhecimento médico; o dia em que o leitor analise com espírito crítico a literatura e aceite somente o que está assegurado pelos factos, e também para o dia em que os escritores e editores sejam suficientemente críticos e cépticos de modo que o original submetido só seja por eles publicado quando os estudos estejam cuidadosamente verificados e valham tanto que aguentem as provas do tempo.

(Pela tradução, A. B.).

Julian M. Ruffin, M. D.

Duke University, Durham, N. C.

⁽¹⁾ «Não escreva sem que esteja certo». Na tradução não é possível respeitar-se o trocadilho que a lingua inglesa permite.

Filmes científicos exibidos no Porto

No Hospital de Santo António, no passado dia 9, foram projectados dois bons filmes científicos versando questões médicas de interesse actual. Um referia-se ao «tratamento médico e cirúrgico das lombalgias» e o outro mostrava a «operação de Blalock por tetralogia de Fallot». Estes filmes, realizados na Suíça e em Itália, respectivamente, pertencem aos Laboratórios J. R. Geigy S. A.—Básileia (Suíça) e foram apresentados pela firma Carlos Cardoso, sua representante em Portugal, e por um delegado daqueles laboratórios.

Estiveram presentes muitos clínicos desta cidade, sendo a exibição seguida com verdadeiro interesse, dados os assuntos apresentados e a perfeição técnica que revelaram nas películas.

Na véspera, os novos filmes foram exibidos na Casa de Saúde da Boavista, assistindo também muitos médicos e com igual interesse.

Partidas e Chegadas

Prof. Juvenal Esteves

Regressou a Lisboa, depois de ter tomado parte nos trabalhos do III Congresso Hispano-Português de Dermatologia, realizado em Santander, o Prof. Juvenal Esteves.

Dr. Jorge Gomes Saraiva

Partiu para Barcelona, Roma, Paris e Bruxelas, em visita às principais clínicas de Neurologia, o Dr. Jorge Gomes Saraiva. Acompanham-no sua esposa e seu primo, o Dr. Epifânio André.

Dr. Fausto Xavier

Regressou a Lisboa, acompanhado de sua esposa e filhos, o Dr. Fausto Xavier, que, em França, Inglaterra, Alemanha Ocidental e Suíça, visitou algumas das principais clínicas da sua especialidade.

Dr. Silva Tavares

De férias, nas Termas do Gerês, regressou a Lisboa o Dr. Francisco da Silva Tavares.

IBÁLSAMO BIENGUIÉ

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

ESTABELECIMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Montelro, 142

LISBOA

A VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 17 a 24 de Outubro)

Dia 17 — Informam de Coimbra que se encontram muito bem encaminhadas as diligências efectuadas no sentido de ser restabelecido o curso de Medicina Sanitária, cuja falta está a prejudicar centenas de licenciados em Medicina. Parece que o Ministro do Interior apoia inteiramente, nesta cidade, a criação de uma delegação do Instituto Central de Higiene «Dr. Ricardo Jorge», a cargo de quem estão os referidos cursos.

18 — Visita Viseu, a fim de se inteirar das deficiências nas instalações do Banco e na Sala de Operações do Hospital da Santa Casa da Misericórdia, o Delegado das Construções Hospitalares.

— Pelo Ministério das Obras Públicas é concedida à Santa Casa da Misericórdia de Oeiras, para reconstrução da Casa do Despacho, reforço, 10.400\$00.

20 — A comissão organizadora do IV Congresso de Electro-radiólogos de Cultura Latina fica constituída pelos Profs. Aleu Saldanha e Aires de Sousa e Drs. Corte Real, Carlos Barbosa, Albano Ramos, Fernandes Lopes, Carlos Silvio Rebelo e Paiva Raposo, bem como os fisioterapeutas, Drs. Francisco Formigal Luzes e Teixeira da Silva. O Prof. Aleu Saldanha é eleito por unanimidade presidente da comissão como homenagem às suas qualidades de Mestre e de especialista.

— Toma posse do cargo de Madre Superiora do Hospital da Misericórdia de Viseu a Irmã Coração Imaculado, que deixa as suas funções na Casa de Saúde da Boavista, no Porto.

21 — De Lisboa, parte para os Estados Unidos, por via aérea, com destino a Washington, o Dr. Cristiano Nina, médico e representante da Direcção Geral de Saúde e dos Hospitais Civis de Lisboa, que vai participar no segundo Simpósio anual sobre antibióticos organizado pela Inspeção de Drogas e Alimentos do Departamento de Saúde, Educação e Assistência dos Estados Unidos.

— Para abertura do ano académico do Instituto Português de Oncologia, o Prof. Francisco Gentil profere à noite, no anfiteatro daquele estabelecimento hospitalar mais uma notável conferência sobre «Mastopatias».

Assistem numerosos médicos e enfermeiros.

O ilustre conferencista começa por justificar os motivos que o levaram a falar, mais uma vez, sobre aquele tema, mas a sua experiência de mais de cinquenta anos baseada em perto de 16.000 casos de doenças do seio que observou autoriza-o a emitir a sua opinião acerca de muitos insucessos do diagnóstico feito por médicos novos. Insiste no valor do diagnóstico clínico e especialmente no exame histopatológico pré-operatório como elemento de grande valor para decisão em cirurgia mutiladora, que associada às radiações constitui o processo mais seguro de tratar o cancro da mama.

No final são projectados filmes sobre as operações efectuadas pelo Prof. Gentil.

— O Prof. Mendes Correia discursa na sessão inaugural do ano académico da Secção de Ciências da Academia das Ciências de Lisboa, que é presidida pelo Prof. Egas Moniz.

— Pelo Ministério das Obras Públicas distribuem-se os seguintes subsídios: à Santa Casa da Misericórdia de Portalegre, para construção da Lavandaria e casa mortuária do seu hospital, 73.225\$00; à Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim, para aquisição de mobiliário e equipamento destinado ao seu hospital, 22.230\$00.

22 — De Coimbra informam que a Academia Espanhola de Dermatologia e Sifilografia, aprovou por aclamação, a proposta do seu presidente, Prof. Orbaneja, para que fosse eleito sócio de honra daquela Academia, o Dr. Mário Trincão, professor da Faculdade de Medicina e presidente da Sociedade Portuguesa de Dermatologia.

23 — Regressa a Lisboa, o Prof. João Fraga de Azevedo, director do Instituto de Medicina Tropical que, a convite oficial, do Centro Internacional de Infância, com sede em Paris, tomou parte numa importante reunião para o estudo de vários problemas relativos à protecção à criança, considerando o aspecto médico, social e psicológico, em África.

— Em Lisboa, na sede da Junta de Freguesia da Penha de França inaugurase, o «Serviço de Raios X Dr. Oliveira Salazar». Além de muito povo e membros da Junta, assistem os Dr. Fernandes Cruz, Raul Pinheiro, representantes das agremiações desportivas e recreativas da freguesia e vários médicos dos vinte e seis que prestam serviço gratuito naquele posto clínico.

24 — Realizam-se «Cortejos de Oferendas» em várias regiões do País e destinados aos respectivos hospitais das Misericórdias de Sangalhos, Marco de Canaveses, Santarém e Guarda.

Estrangeiro

Informam de Estocolmo que o Prémio Nobel de Medicina foi atribuído aos Drs. J. F. Enders, Thomaz Weller e Frederick Robins, todos de nacionalidade americana.

O prémio foi atribuído aos três sábios pelo conjunto dos seus trabalhos sobre a poliomielite, mais especialmente por terem descoberto que o vírus desta doença é capaz de se multiplicar fora do corpo humano, por exemplo, numa diluição de plasma sanguíneo, de pedaços de tecido cutâneo ou de músculo, de rins ou de intestinos humanos, ou, ainda, em certos tecidos de macaco, em diluições similares.

Cada um dos prémios Nobel deste ano, eleva-se a «cento e oitenta e uma mil, seiscentas e quarenta e seis coroas suecas». É a mais elevada quantia até agora distribuída.

— Resultou com notável êxito o V Congresso Mundial de Enfermeiras e Assistentes Sociais, em Quebeque. Foi eleita presidente internacional do Comité M. le Alma Benoit-Lapointe, presidente da Associação das Enfermeiras católicas do Canadá; tendo sido resolvido que o próximo Congresso se realize em Buenos Aires, em 1958.

Da leitura das conclusões depreende-se que a enfermeira católica precisa cada vez mais de uma formação impregnada de cristinismo, no que diz respeito ao lado moral; e uma cultura sempre mais adiantada no plano psico-pedagógico.

O Cardeal Légar, arcebispo de Montreal, presidindo ao encerramento do Congresso recordou que há uma ciência médica cristã, e que, por conseguinte deve existir um serviço hospitalar cristão.

É deplorável a descristianização dos meios sociais, e à Associação incumbem especiais responsabilidades na sua recristianização, começando pelo meio profissional. «Toda a vocação humana deve ser coroada por uma vocação apostólica; pois todos somos chamados a construir a Cidade de Deus».

AGENDA

Portugal

Por portaria do Ministro das Obras Públicas, de 4 do corrente, foi ampliado até 30 de Novembro do ano corrente o prazo fixado à Santa Casa da Misericórdia da Murtoza, para aquisição de mobiliário e equipamento para o seu hospital.

— No Hospital do Ultramar, será

inaugurado, com uma sessão solene, o novo ano académico de 1954-55, das actividades científicas do corpo clínico do H. U.

A sessão preside o Ministro do Ultramar que estará ladeado pelo Ministro do Interior e Subsecretário de Estado do Ultramar.

Usará da palavra em primeiro lugar o director do estabelecimento sr. coronel Dr. João Pedro de Faria, que fará a história e síntese das actividades culturais, destacando o papel importante que os médicos dos hospitais da Metrópole têm desempenhado em missões ao serviço do Ultramar. Seguidamente o Dr. Almerindo Lessa falará sobre «Centro de Sangue do Hospital do Ultramar», suas relações e importância na rede assistencial das províncias do Ultramar.

— No próximo dia 25, vai realizar-se em Coimbra a sessão inaugural da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia, que foi fundada este ano, sendo seu presidente o Prof. Novais e Sousa. Nesta reunião devem comparecer vários professores e especialistas de obstetrícia, sendo o programa o seguinte: às 11 horas, sessão solene no salão nobre dos Hospitais da Universidade; às 13 horas, almoço de confraternização; às 15 horas, conferência pelo Prof. Francisco Gentil, seguindo-se a apresentação e discussão de várias comunicações.

— Organizado pela Direcção Geral de Saúde, com a assistência da Organização Mundial da Saúde, em cooperação com a Direcção Geral de Urbanização, e com o Instituto Superior de Higiene, Dr. Ricardo Jorge e sob o patrocínio dos Ministros do Interior e das Obras Públicas, inaugura-se a 26 de Outubro, pelas 16 horas, o 1.º curso de aperfeiçoamento de engenharia sanitária para engenheiros municipais, em sessão presidida pelos citados Ministros e com a presença dos Subsecretários da Assistência e das Obras Públicas.

O curso terá a duração de duas semanas, e é preenchido por preleções proferidas por especialistas, entre os qua's se contam dois enviados expressamente pela Organização Mundial da Saúde.

— Para 7 de Novembro próximo estão marcados Cortejos de Oferendas a favor dos Hospitais da Misericórdia de Amarante, Agueda e Tarouca.

NOTICIARIO OFICIAL

Diário do Governo

(Desde 14/X a 20/X/1954)

14/X

Dr. José Pinto Simões, médico municipal do concelho de Albufeira — nomeado Subdelegado de Saúde do referido concelho.

— Dr. José Joaquim Domingues Vieira Machado, médico municipal do concelho de Monção — nomeado Subdelegado de Saúde do referido concelho.

16/X

Dr. Alvaro César da Silva Martins — nomeado Subdelegado de Saúde privativo do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelegações de Saúde, ficando a prestar serviço na Subdelegação de Saúde do concelho de Estremoz.

— Dr. José Carlos de Oliveira, interno do internato de ortopedia e fracturas dos Hospitais Civis de Lisboa — exonerado, a seu pedido, do referido cargo.

— Dr. António José de Sousa e Silva — exonerado, a seu pedido, do lugar de médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Angola.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bossa (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Secadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Outros países: um ano — 200\$00

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

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$00

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

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

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

BISMUCILINA

Bial

BISMUCILINA

INJECTÁVEL

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EM SUSPENSÃO OLEOSA COM MONOESTEARATO DE ALUMÍNIO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g
Por ampola de 3 c. c.

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

BISMUCILINA

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA

INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,045 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS