

O MEDICO

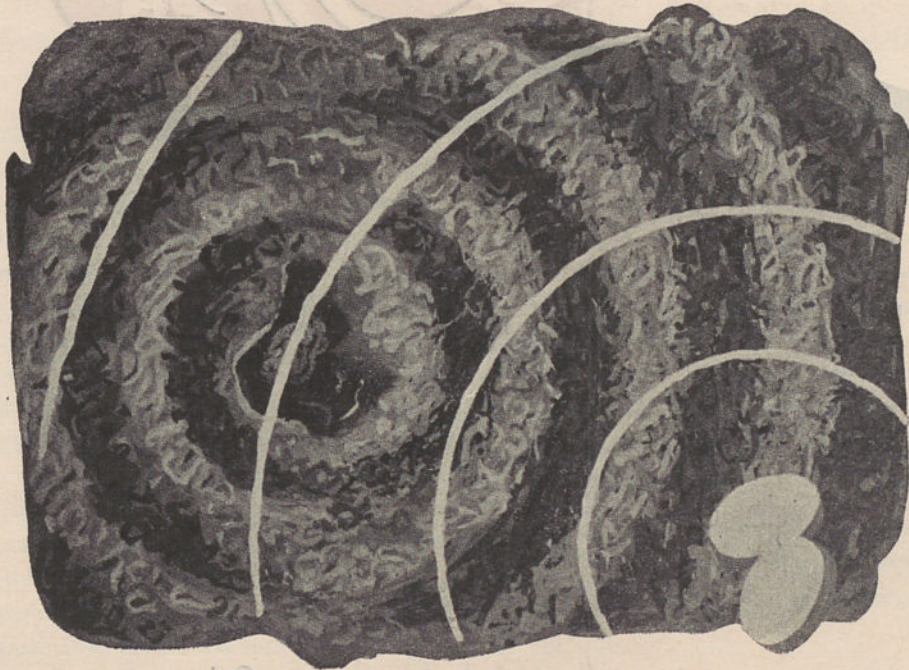
SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 162
7 de Outubro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

O COMPOSTO SULFAMIDADO POR EXCELÊNCIA



DIAZIL

2-(p-aminobenzolsulfanilamino)-4, 6-dimetilpirimidina

VANTAGENS IMPORTANTES:

- VASTO CAMPO DE ACÇÃO
- EFEITO PROLONGADO
- DIFUSÃO TISSULAR TERAPÊUTICA
- APROVADO IGUALMENTE EM PEDIATRIA



CILAG, -S. A. -SCHAFFHOUSE -SUÍÇA

Representantes exclusivos para Portugal: SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA—S. A. R. L.—LISBOA

SUMÁRIO

Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
NORTON BRANDÃO e AURELIANO DA FONSECA — O tratamento do lúpus eritematoso crónico pelos antipalúdicos sintéticos (Quinacrina e Cloroquina)	As salas de espera — JOAQUIM PACHECO NEVES	647
829	Ecos e Comentários	648
L. A. DIARTE-SANTOS — A morte por inibição	Novos discursos de Sua Santidade Pio XII relacionados com assuntos de Medicina	649
832	Sociedade Portuguesa de Medicina Interna	653
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Seminário sobre antibióticos e a medicina da infância	Mais um passeio do Grupo Hipocrato-Galénico — J. C. G.	654
839	O Seguro na doença	656
Exame de um albuminúrico	Noticiário diverso.	
844		



SULFAMETIL-TIODIAZOL

Tratamento da colibacilose das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol 0,1 g.

Boião de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

O tratamento do lúpus eritematoso crónico pelos antipalúdicos sintéticos (Quinacrina e Cloroquina) (*)



NORTON BRANDÃO

e

AURELIANO DA FONSECA

O lúpus eritematoso crónico é uma das doenças cuja etiologia e patogenia permanecem obscuras e cujo conhecimento pouco tem avançado com as modernas aquisições da Medicina. A respectiva terapêutica também não fez substanciais progressos e a descoberta dos modernos antibióticos não influiu de maneira decisiva no aspecto evolutivo e crónico da doença.

A terapêutica clássica do lúpus eritematoso, constituída pelos sais de ouro, compostos arsenicais e bismúticos, têm-se mantido, embora os resultados obtidos não sejam satisfatórios numa percentagem muito apreciável dos casos. As sulfamidas foram ensaiadas em larga escala, mas os resultados não foram animadores. As vitaminas, particularmente a vitamina P. P. e vitamina E., também foram utilizadas largamente no tratamento do lúpus eritematoso crónico. Os resultados, a princípio animadores, cedo se verificou que eram inferiores aos obtidos pelo tratamento clássico. Dos modernos antibióticos aquele que foi ensaiado com melhores resultados foi a Cloromicetina. Contudo, as propriedades tóxicas deste medicamento tornaram o uso prolongado susceptível de provocar complicações graves, o que determinou o seu abandono.

O emprego de medicamentos antipalúdicos no tratamento do lúpus eritematoso é antigo; o primeiro a ser empregado foi o quinino. Em seguida foi a Plasmocina, recomendada por *Martenstein*, com resultados em certos casos muito satisfatórios. O valor terapêutico da Plasmocina contudo não se impôs sobre os tratamentos clássicos e a sua eficácia parece estar no mesmo plano dos sais de ouro e de bismuto. Em 1951 *Page* publicou os primeiros resultados do tratamento do lúpus eritematoso com a Mepacrina. Desde então, este medicamento tem sido utilizado em todas as clínicas e os resultados obtidos parecem ser superiores aos registados com os outros medicamentos.

A nossa comunicação refere-se aos resultados do tratamento de 26 casos de lúpus eritematoso crónico com Quinacrina e Cloroquina.

MATERIAL E MÉTODOS — 26 casos de lúpus eritematoso crónico (Quadro I) foram tratados, 24 com Quinacrina (Atebrina «Bayer») e 2 com Cloroquina (Resoquina «Bayer»); 16 são do sexo feminino e 10 do sexo masculino.

A idade dos doentes varia entre 25 e 73 anos.

11 doentes não tinham feito qualquer tratamento anterior, 7 fizeram apenas tratamento local (neve carbónica) e 8 tinham sido sujeitos anteriormente a tratamentos variados (sais de ouro, bismuto, Cloromicetina, etc.), sem resultado apreciável.

QUINACRINA (Atebrina «Bayer») — Foram utilizados comprimidos de 100 mg. A dose administrada variou ligeira-

mente de caso para caso. Em 16 casos a dose diária inicial foi de 300 mg, dose que se manteve até ao aparecimento da coloração amarelada da pele.

A partir de então, a dose foi progressivamente reduzida, primeiro a 200 mg e depois a 100 mg diários durante espaço de tempo variável conforme a evolução da doença. Em 8 casos a dose inicial foi de 200 mg, que se reduziu para 100 mg quando surgiu a coloração amarelada. A duração do tratamento oscilou entre 20 dias e 8 meses, no valor médio de 115 dias para cada doente.

CLOROQUINA (Resoquina «Bayer») — Foram tratados apenas 2 doentes com dose diária de 2 comprimidos (500 mg), dose que se manteve até ao desaparecimento das lesões.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS — Os resultados obtidos foram divididos em 5 categorias.

- I — Desaparecimento completo das lesões.
- II — Muito melhorados. — Casos em que cerca de 80 % das lesões desapareceram completamente.
- III — Melhorados. — Casos em que o desaparecimento das lesões só se verificou em cerca de 50 % dos elementos.
- IV — Ligeiramente melhorados. — Casos em que apenas houve melhoria em cerca de 20 % das lesões.
- V — No mesmo estado. Casos em que não se verificou qualquer modificação.
- VI — Recidivas. — Casos em que houve desaparecimento completo das lesões, mas em que estas reapareceram durante o tempo de observação, o qual na maioria dos casos variou entre seis meses e um ano.

Verificou-se (Quadros II e III) desaparecimento completo em 10 casos, melhoria mais ou menos acentuada em outros 10, não foram influenciados pelo tratamento 3 casos e verificaram-se recidivas em 3 doentes.

(*) Comunicação apresentada no III Congresso Hispano-Português de Dermatologia — Santander-1954.

QUADRO I

Caso N.º	Nome	Idade	Sexo	Distribuição das lesões	Duração da doença	Tratamentos anteriores	Dose diária inicial	Duração do tratamento	Resultado	Complicações	Tempo de observação
1	N. P. T.	38	F.	Face, mãos	20 anos	0	Atebrina 300 mg	6 meses	Desaparecimento	0	5 meses
2	A. I. J.	37	F.	Face	1 ano	0	300 mg	6 meses	Muito melhorado	0	8 meses
3	A. P. N.	43	M.	Face	10 meses	0	300 mg	3 meses	Desaparecimento	0	11 meses
4	J. M.	58	M.	Face Orelhas	7 anos	0	200 mg	2 meses	Desaparecimento Recidiva passados 2 meses	0	8 meses
5	R. C.	73	F.	Face	4 anos	0	200 mg	2 meses	Desaparecimento	0	7 meses
6	A. F.	47	M.	Face	15 anos	Neve carbónica	300 mg	8 meses	No mesmo estado	0	6 meses
7	C. M.	41	F.	Face	5 meses	Bi, vitamina P. P.	300 mg	2 meses	Desaparecimento	0	9 meses
8	M. R.	25	F.	Face	3 anos	Bi, vitamina P. P. Neve carbónica	300 mg	2 meses	Desaparecimento	0	5 meses
9	A. M.	51	M.	Face	10 anos	Bi, vitamina P.P., ouro, etc.	300 mg	3 meses	Muito melhorado	0	8 meses
10	M. P.	30	F.	Face, couro cabeludo, orelhas e mãos	9 anos	0	300 mg	5 meses	Desaparecimento	0	8 meses
11	A. R. S.	33	F.	Face	5 meses	0	200 mg	2 meses	Desaparecimento Recidiva passados 6 meses	Náuseas	6 meses
12	E. S. M.	54	F.	Face	6 anos	0	200 mg	5 anos	Desaparecimento Recidiva passados 6 meses	0	Está em tratamento
13	L. C.	35	M.	Face	8 meses	Penicilina Cloromicetina	300 mg	20 dias	Muito melhorado	0	6 meses
14	B. M. C.	39	F.	Nariz	2 anos	Neve carb.	300 mg	6 meses	Desaparecimento	0	6 meses
15	M. C.	47	F.	Nariz	6 meses	Neve carb.	Reso-quina 500 mg	1 mês	Desaparecimento	0	6 meses
16	J. N. I.	48	M.	Toda a face e orelhas	7 anos	Neve carb.	Atebrina 300 mg	6 meses	Melhorado	0	Está em tratamento
17	O. R. M.	67	F.	Face	2 anos	0	Reso-quina 500 mg	10 dias	Desaparecimento	Náuseas e vômitos	1 mês
18	M. M.	40	F.	Face e mucosa bucal	10 anos	Neve carb. Ouro, Bi, As.	Atebrina 300 mg	8 meses	Melhorado	0	6 meses
19	G. S.	27	F.	Face	18 meses	0	300 mg	1 mês	Desaparecimento	0	1 mês
20	L. H. P.	36	M.	Face e couro cabeludo	3 anos	Neve carb.	300 mg	6 meses	Ligeira melhoria	0	2 meses
21	N. N. C.	28	F.	Face	5 anos	Cortisona, Bi, Cloromicetina	200 mg	6 semanas	Melhorado	0	1 ano

Caso N.º	Nome	Idade	Sexo	Distribuição das lesões	Duração da doença	Tratamentos anteriores	Dose diária inicial	Duração do tratamento	Resultado	Complicações	Tempo de observação
22	M. M. C.	26	F.	Face	11 anos	Ouro, Bi, Neve carb. etc.	300 mg	3 meses	No mesmo estado	0	6 meses
23	V. N.	43	M.	Face	6 anos	Neve carb.	300 mg	3 meses	Muito melhorado	Dermite enfoliativa	8 meses
24	E. R. H.	51	M.	Face e couro cabeludo	1 ano	Neve carb.	200 mg	2 meses	Ligeiramente melhorado	Intolerância gastro-intestinal	3 meses
25	F. N. P.	49	M.	Face e mãos	13 anos	0	200 mg	40 dias	No mesmo estado	0	2 meses
26	A. C.	42	F.	Face e mãos	19 anos	Ouro, Bi, Neve carb. etc.	200 mg	4 meses	Melhorado	0	1 ano

O tempo de duração da doença (Quadro III) parece influir nos resultados, pois é sugestiva a diferença em relação ao desaparecimento completo das lesões consoante têm estas mais ou menos de cinco anos de existência. É importante notar que, dos 10 casos em que houve desaparecimento total das lesões, 8 tinham um tempo de evolução inferior a 5 anos. Verifica-se também que os 3 doentes cujas lesões não melhoraram pelo tratamento são casos com mais de 5 anos de evolução. No que respeita aos casos em que se verificou melhoria da doença não há diferença entre os dois grupos.

QUADRO II

RESULTADOS DO TRATAMENTO	N.º DE CASOS
Desaparecimento completo das lesões	10
Muito melhorado	4
Melhorado	4
Ligeiramente melhorado	2
No mesmo estado.	3
Recidivas.	3
<i>Total</i>	26

QUADRO III

TEMPO DE DOENÇA	N.º DE CASOS	RESULTADOS DO TRATAMENTO						
		Desaparecimento	Muito melhorado	Melhorado	Ligeir. melhor.	No mesmo estado	Recidivas	Complicações
0-5 anos	14	8	2	1	2	—	1	3
Mais de 5 anos	12	2	2	3	—	3	2	1
<i>Total</i>	26	10	4	4	2	3	3	4

COMPLICAÇÕES — Verificaram-se efeitos tóxicos da medicação apenas em 4 casos. Em 3 casos essas acções manifestaram-se por perturbações gastro-intestinais (diarreia, náuseas, vômitos, etc.) que desapareceram logo que foi interrompido o tratamento. Um destes doentes (caso 17) estava a tomar Cloroquina. Um doente sofreu de dermite exfoliativa generalizada com ligeira alteração do estado geral, a qual curou no espaço de mês e meio.

CONCLUSÕES:

- 1) Foram tratados 26 doentes com lúpus eritematoso crónico, 24 com Quinacrina (Atebrina «Bayer») e 2 com Cloroquina (Resoquina «Bayer»).
- 2) O tratamento foi efectivo em cerca de 50 % de casos.
- 3) Os resultados parecem ser tanto melhores quanto mais recente é a doença.
- 4) Observaram-se 3 casos de recidivas no tempo de observação de que dispusemos.
- 5) As complicações observadas à excepção de um caso, não obrigaram à supressão definitiva do tratamento.
- 6) Da nossa experiência e da que há referida na literatura, conclui-se que, a percentagem global de resultados favoráveis se aproxima da que está descrita para o bismuto e sais de ouro.
- 7) As complicações observadas no decurso do tratamento com os sais de ouro são até certo ponto equivalentes às observadas com os antipalúdicos sintéticos.
- 8) A utilização destes novos medicamentos não constituindo um progresso em si próprios, vem melhorar as possibilidades de tratamento da doença, particularmente porque representa a possibilidade de mais um meio de acção nos casos resistentes à terapêutica anterior.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Wells, Georg, C. — Treatment of chronic discoid lupus erythematosus with Atabrine — J. Invest. Dermat. 19: 405-407, 1952.
- 2) Harvey, G., and Cochrane, T. — The Treatment of lupus erythematosus with mepacrine (Atabrine) — J. Invest. Dermat., 21: 99-14, 1923.
- 3) O'Leary, P. A., Brunsting, L. A., and Kierland, R. E. — Quinacrine (Atabrine) hydrochloride in treatment of discoid lupus erythematosus — Arch. Dermat. and Syph., 67: 633-634, 1953.
- 4) Knox, J. M., Lamb, J. H., Shelmore, B., and Morgan, R. J. — Light sensitive eruptions treated with Atabrine and chloroquine — J. Invest. Dermat. 22: 11-16, 1954.
- 5) Rogere, J., and Finor, O. A. — Synthetic antimalarial drugs in chronic discoid lupus erythematosus and light eruptions — Arch. Dermat. and Syph., 70: 61-66, 1954.
- 6) Welsh, A. L. — Lupus erythematosus treatment by combined use of massive amounts of panthothenic acid and vitamin E. — Arch. Dermat. and Syph., 70: 181-198, 1954.

A morte por inibição

L. A. DUARTE-SANTOS

Prof. Extraordinário de Medicina Legal
(Universidade de Coimbra)

Morte por inibição é a que surge *imediatamente* a seguir à acção de uma excitação periférica, em regra insignificante, mecânica (traumática), física (frio), química (gazes ou produtos irritantes), exercida sobre certas regiões, cutâneas ou mucosas, que vai provocar, por via nervosa, reflexa, a inibição de funções vitais, como a respiração e a circulação.

Ao lado desta, que é a verdadeira morte por inibição no critério médico-legal, aceita-se a morte por inibição primária, isto é, por acção não reflexa, mas directa, sobre o nervo inibidor, como o vago nos enforcados (Lacassagne e Martin) (15) ou sobre os próprios centros nervosos superiores, como em certos *knock-out* dos pugilistas atingidos na cabeça.

Alguns autores também chamam morte por inibição à que ocorre não imediatamente após a excitação mas tardiamente, algumas horas depois. Ora é muito difícil estabelecer, com segurança, o nexó causa efeito neste tipo de morte a que nem se pode aliás aplicar a palavra inibição por implicar subitaneidade, e que julgamos dever antes, em certos casos e com as devidas cautelas, aproximar da síndrome de adaptação de Selye e também da morte por choque, especialmente naquelas formas em que há grandes desproporções entre a causa e o efeito e no choque chamado primário, ou rápido de alguns autores, aliás forma de ligação entre o choque traumático e a inibição.

Realmente a morte por inibição é rápida, de mecanismo nervoso, mas a verdade é que, sendo tão íntimas as ligações neuro-endócrinas, já Abéloos (28) em 1928 escrevia que só excepcionalmente é de aceitar que se ponham em jogo unicamente mecanismos nervosos ou humorais, mas antes se deve admitir que eles se exerçam em conjunto, tanto mais que a acção nervosa é tão idêntica à de procedência endócrina. Depois dessa data a investigação experimental e clínica mais tem confirmado esta maneira de ver.

Jacquelet (13), sob a inspiração e a orientação do Prof. Duvoir, dá uma nova interpretação aos fenómenos neuro-vegetativos da morte súbita por inibição, comparando-os aos que desencadeariam a síndrome maligna dos estados infecciosos (Marquezy) (16), nomeadamente da febre tifóide e os acidentes da arsenoterapia (Rivalier) (23), valorizando as experiências de Reilly e seus colaboradores do Hospital Claude Bernard (22), que provaram que a toxina da febre tifóide não actua especificamente sobre os gânglios vasculares, antes como agente irritante do sistema nervoso vegetativo, podendo obter-se igual resposta com diversos corpos químicos e até pela faradização. Nas três situações se trataria de manifestações do sistema nervoso neuro-vegetativo desencadeadas por irritações diferentes, maneiras comuns, inespecíficas, de reagir ao trauma ou irritação cutânea ou mucosa, à toxina microbiana ou ao produto químico, e assim haveria neles um quadro anátomo-patológico idêntico. É claro que estamos a pisar terreno sobre que se ergueu a concepção de Selye.

Admitindo-se, tal o médico-legista Muller (19) e outros, como factor «stressante» a própria emoção que já Maraion (15) tanto havia valorizado, é de aceitar que um microtraumatismo, especialmente se acompanhado de dor viva, possa desencadear a síndrome geral de adaptação que assim ocupará o lugar do choque colóide-clássico que Martin (17) faz entrar para explicar a tardia morte de um indivíduo depois de ter sido agredido

com forte traumatismo nos testículos. O que é necessário é ter-se estabelecido com o critério seguro, clínico, anátomo-patológico e laboratorial, a existência desse estado, ponte obrigatória de ligação entre o trauma e a morte.

Em recente reunião de médicos legistas (9) valorizaram-se especialmente, como meios de pôr em evidência a síndrome de adaptação, o *test* de Thorn, o estudo microscópico do tecido linfóide e da corticalidade suprarrenal (o estudo do colesterol das suprarrenais é ainda de interpretação muito duvidosa), a verificação de úlceras digestivas agudas (necessidade de autópsia precoce) e a determinação dos 17 cetesteróides, e dos esteróides redutores. Para os redutores se determinados depois da morte, é necessário que o cadáver seja fresco e para interpretar os resultados obtidos, tanto desses esteróides como dos 17 cetesteróides é indispensável atender-se à concentração ou diluição eventuais da urina.

Mas vejamos que pensar da verdadeira morte por inibição. A uma aceitação exagerada do mecanismo reflexo se seguiu uma reacção oposta, exagerada também.

A existência da morte por inibição é, contudo, irrefutável. Já antes de Brouardel, a quem se ficou a dever a noção de morte por inibição, se citaram casos que se adaptavam perfeitamente à definição depois dada por aquele médico-legista, e diversas observações se tornaram clássicas como a do rapazito que bateu na garganta da vendedora de tabaco e a do abade de Collange que todos os livros clássicos, franceses, de medicina legal citam (1, 3, 27).

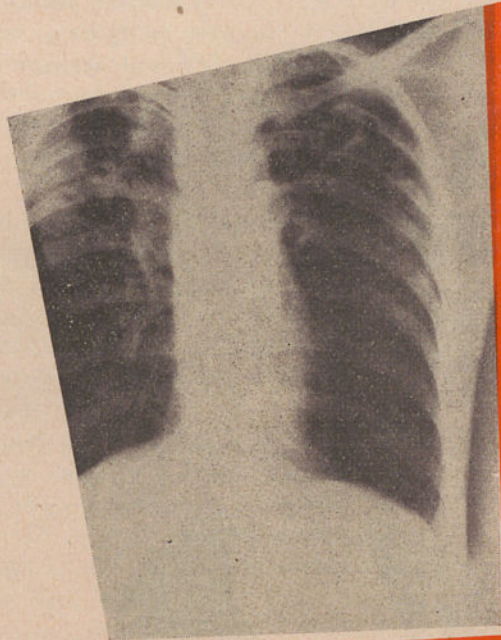
Thoinot (27), e mais tarde Piga (20), consideraram-na mesmo como exemplo acabado de morte súbita pois se, tem a intervenção do factor externo a afastá-la da regra geral, pode ocorrer em indivíduo perfeitamente são, o que lhe confere particular carácter de inesperada.

Os fisiologistas estabeleceram, há muito, as bases em que assenta a ideia da morte por inibição. A acção do sistema nervoso vegetativo sobre os diferentes processos vitais, nomeadamente a respiração, a circulação e talvez as funções celulares gerais, podendo-os deprimir, frenar, inibir, está demonstrada.

A acção inibidora do sistema nervoso começou a ser verificada pelos irmãos Weber, em 1846, em relação ao vago e ao coração, confirmada, depois por Cláudio Bernard, que pôs em evidência os vaso-dilatadores, Budge, Vulpian e, em 1861, por Traube e Rosenthal que demonstraram a acção frenadora do vago sobre a respiração. Muitas e diversas experiências se realizaram e Brown-Séguard e Paulo Bert mostraram que tais acções se podiam conseguir por via reflexa, que inúmeros factos clínicos vieram confirmar — a anúria reflexa, os fenómenos chamados de Sherrington, Goltz, Holm-Gren-Katschmer (com os reflexos pneumo-pulmonares de Roger e pneumo-cardíaco) os reflexos óculo-cardíaco e solhar são bons exemplos.

As zonas mais evocadas como ponto de partida de reflexos são: laringe e vias respiratórias superiores (gazes, corpos estranhos, água (26), na submersão que actua também sobre o epigastro), epigastro (sobretudo durante o período da digestão), órgãos genitais (testículos, útero).

A inervação destas zonas parece que explica a sua importância em tais fenómenos. É através dessa inervação que se vai dar o fenómeno inibitório.



**UMA
NOVA
HIDRAZIDA**

B



D-GLUCURONOLACTONA ISONICOTIL-HIDRAZONA

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

COMPRIMIDOS DE

Hidraglutone

MENOR TOXICIDADE
MAIOR ACTIVIDADE
ANTIBACILOSA

UMA NOVA ARMA CONTRA A TUBERCULOSE

INSTITUTO LUSO-FARMACO-LISBOA



Antitóxico

Extracto de fígado
(Fracção antitóxica)

1 C.C. CORRESPONDE A 50 GRs. DE FÍGADO

Lab

INDICAÇÕES:

AUTO-INTOXICAÇÕES

HETERO-INTOXICAÇÕES

(Envenenamentos acidentais e mordeduras por animais venenosos).

ESTADOS ALÉRGICOS

TOXEMIAS DAS DOENÇAS INFECCIOSAS

DOENÇAS HEPÁTICAS

PRÉ E POST-OPERATÓRIAS



DIRECÇÃO TÉCNICA DO PROF. COSTA SIMÕES

Piga (21), chama, mais uma vez, a atenção, em artigo publicado pouco antes da sua morte, para a inervação dos órgãos genitais femininos de tanto valor mas não exclusivo — embolias gasosas (8), (10), (24), perfurações (16) — nas manobras abortivas. Nos ligamentos úteros-sagrados e na base dos ligamentos largos existem os conglomerados nervosos de Lee-Frankenhauser: fibras motoras e sensitivas, mielínicas e amielínicas e entre as malhas deste complexo, elementos celulares que constituem o conglomerado. Fibras nervosas perivaginais e pericervicais actuariam sobre ele e desencadeariam reflexo inibidor cardíaco.

Mas ao lado desta morte a partir de zonas reflexógenas fala-se também de reflexo inibidor psíquico. Franck, em 1876, obtinha a paragem do coração e respiração de animais submetidos a dor intensa. Zung, Roger, Balthazard têm relatado mortes de coelhos só por serem colocados no aparelho de contenção e Richet cita a observação de Bochefontaine de um cão morto em idênticas condições.

Duvoir e Richet (7) lembram que o reflexo psíquico escapa à reprodução e verificação, mas Romanese (9) afirma que não pode ser negada a possibilidade da morte só por influência psíquica. Müller (19), em artigo recente, vem dar mais uma achega à hipótese, mas o terreno é resvaladiço e todo o cuidado é pouco em medicina legal prática.

Uma das objecções que se tem posto à realidade da morte por inibição é a da sua pequena frequência em relação a tantos traumatismos das regiões de eleição. Mas nem todo o terreno reage de igual forma e até no mesmo indivíduo há diferenças de uns momentos para outros.

Está demonstrado que os vagotónicos são mais sensíveis, a vagotonia exagerando a reflexibilidade e é sabido que aquela pode ser aumentada em certos períodos como o digestivo ou até por influência das horas.

A morte súbita talvez só seja possível se a excitabilidade dos centros bulbares moderadores do coração estiver aumentada, se houver vagotonia. Mas é claro que, mesmo sem ir cair na aceitação de mecanismos mais complexos ligados às experiências de Reilly e às teorias de Selye, mas que podem ajudar a desfazer a objecção de muito raramente se produzir a morte quando há traumatismo, temos de aceitar que o estado psíquico (caso de aborto criminoso), endócrino, o próprio equilíbrio humoral químico e micelar têm grande valor. Zondek demonstrou a equivalência da acção entre os iões cálcio, o simpático e a adrenalina e por outro lado entre os iões potássio, vago e acetilcolina, tudo condições a explicar a diferença de comportamento dos indivíduos em face do mesmo estímulo. Mayer mostrou que coelhos descalcificados são mais sensíveis a influências externas e De Waelle (31) que a baixa de reserva alcalina dá o mesmo resultado. A crioalergia que Verhoogen (29) tanto valoriza para explicar a inibição na submersão, põe em relevo os complexos fenómenos de choque anafilático, se não a própria síndrome geral de adaptação, como sugere, já em 1954, A. Milletti (18).

Outra razão para dificultar a caracterização destes casos, resulta de não haver um quadro anátomo-patológico característico da morte por inibição. Mas tem-se apontado alguns factos sem nada de específico e que podem estar ligados antes à existência nesses casos de mecanismos patogénicos que os afastam da inibição pura e simples de ordem nervosa, mas que atestam a intervenção de outros mecanismos, como alterações pulmonares, renais e suprarrenais de congestão, edema e mesmo hemorragias nestes últimos órgãos.

Alguns autores, como Virchow, referiram que contrariamente ao que sucederia na asfixia, o coração esquerdo, na morte por inibição, teria mais sangue que o direito.

Ora Strassman (25), Vibert (30), Piga (20), fazem notar o que hoje todos aceitam, que isso depende da rigidez das paredes dessa víscera e da circulação *post-mortem* mais ou menos fácil, por diferença de fluidez do sangue, e que pode até esvasiar completamente o coração.

Para aceitar a maneira de ver de Jacquélet (13), de identi-

ficar a morte por inibição com a morte na síndrome maligna dos estados infecciosos, tem que se admitir que na autópsia se encontrará:

Macroscopicamente — hiperemia generalizada das vísceras: fígado, baço, pâncreas, rins, pulmões e suprarrenais, sendo mesmo constante nestas últimas. Nas vísceras digestivas há infiltrado hemorrágico, menos acentuado a nível do estômago. O tecido linfóide apresenta igualmente modificações com adenopatias mesentéricas e tumefacção das placas de Peyer.

Histologicamente — hiperemia difusa, não de estase mas activa, sufusões hemorrágicas mínimas, sem electividade particular, lesões do endotélio vascular, trombozes, sobretudo das arteríolas e alteração do sistema retículo endotelial: células de Kupffer maiores, gânglios mesentéricos, baço, placas de Peyer lesionadas. No cérebro frequente edema, vasodilatação acompanhada de sufusões hemorrágicas e pequenas hemorragias perivascularares e até infiltração hemorrágica do vago e do simpático!

Como demonstrou Reilly, o sistema neuro-vegetativo não só regula o regime circulatório como o equilíbrio nutritivo das paredes vasculares.

Este quadro que é o da síndrome maligna deve aparecer, segundo Jacquélet (13), na inibição e ele juntou algumas observações em que aparece um ou outro aspecto, mas não é constante e claro, contudo a aproximação não deixa de ser interessante.

Esse autor afirma que as lesões macro e microscópicas encontradas nas autópsias em casos de inibição, se sobrepõem às descritas em doentes nos quais o papel do sistema nervoso vegetativo foi indiscutível e em animais de experiências, especialmente nas de Reilly.

Contudo, a verdade é que a negatividade da necrópsia ou a presença de lesões que não explicam por si a morte, fazem afinal parte da definição deste género de morte, mas é preciso estudar bem o caso pois pode macroscopicamente não se encontrar a causa da morte, e, como na observação de Gerandel, citada por Costeodat (4), reconhecer-se no exame histológico: sistema excito-condutor normal e só a artéria do nó de Tawara estava obliterada na sua extremidade. Hamman (12) recomenda a maior atenção para o miocárdio que é capaz de explicar muitas situações duvidosas.

Na ausência de lesões que expliquem a morte e se pela informação se sabe que houve um traumatismo capaz de produzir a inibição e a maneira como a morte surgiu é compatível com a possibilidade de uma morte por tal mecanismo, poder-se-á então pôr a hipótese de morte por inibição.

Se clinicamente a inibição, mortal ou com retorno à vida depois de período mais ou menos longo de morte aparente, não é uma raridade, em medicina legal, exceptuando os casos de acidentes mortais no banho, a hipótese constitui uma autêntica excepção.

Nos Institutos de Medicina Legal do Porto e de Coimbra, só um caso, nessas condições, se registou: é o do Processo 7793 do primeiro desses Institutos e que ilustrará, por amável deferência do Prof. Francisco Coimbra, estas nossas palavras acerca da morte por inibição.

J. A. M., mulher de 38 anos, com 68 quilos de peso e 1,^m63 da altura.

Informação prestada por uma testemunha da ocorrência. — A vítima vivia maritalmente com um indivíduo com quem tinha, frequentemente, cenas de pugilato. No dia da ocorrência novamente discutiram e lutaram, havendo ela caído e batido com o pescoço numa parte rígida da cama onde dormiam. Imediatamente a seguir a este traumatismo, perdeu o conhecimento e, a despeito dos socorros logo ministrados por alguns vizinhos, morreu.

Hábito externo: Constituição normal e estado de nutrição regular. Mancha verde de putrefacção na fossa ilíaca direita.

Livores cadavéricos nas partes posteriores do tronco, membros superiores e inferiores.

Hábito interno: Congestão das meninges e encéfalo, que pesava 1.200 gramas. Equimose na parte externa da túnica externa da carótida primitiva direita, de direcção vertical, medindo dois centímetros de comprimento e um centímetro de largura. Ausência de espuma na laringe e traqueia e de fracturas da laringe ou osso hióide. Infiltração sanguínea profunda dos músculos do tórax da metade direita da região dorsal e da metade inferior da metade esquerda da região dorsal. Sufusões sanguíneas sub-pericárdias e placas ateromatosas na aorta intra e extra-pericárdica. Esclerose difusa das sigmóides aórticas e nodular das valvas da mitral. Traços de esclerose na espessura do miocárdio. Ausência de corpos estranhos nas ramificações brônquicas. Sufusões sanguíneas sub-pleurais. Congestão e edema dos pulmões direito e esquerdo que pesavam, respectivamente, 700 e 500 gramas. Fígado: congestão, zonas de degenerescência gorda, aspecto ligeiramente muscado, 1.900 gramas de peso. Estômago repleto de alimentos; petéquias da mucosa gástrica. Dois ascárides lombricoides na cavidade intestinal. Pâncreas pesando 80 gramas e sem nada de notável. Baço pesando 180 gramas e igualmente sem nada de notável.

Glândulas supra-renais, sem nada de particular. Rins: congestão; nefrosclerose; 180 e 150 gramas de peso, respectivamente o direito e o esquerdo. Nada de anormal na bexiga. Dois pequenos fibromas da parede anterior do útero. Hidro-salpinge bi-lateral. Infiltração sanguínea, profunda, dos músculos do braço esquerdo, formando um hematoma na sua parte inferior. Exame químico toxicológico negativo.

Conclusões: 1.^a — A análise químico-toxicológica das vísceras de J. A. M., não revelou a existência de tóxicos minerais nem tóxicos alcalóidicos.

2.^a — Não se encontraram lesões anátomo-patológicas suficientes para explicar a morte de J. A. M.

3.^a — As lesões traumáticas na região dorsal e no braço esquerdo foram produzidas por instrumento contundente e não foram suficientes para causar a morte.

4.^a — A equimose encontrada no pescoço foi também produzida por instrumento contundente, podendo ter resultado da acção deste sobre a região do pescoço um reflexo inibitório mortal.

5.^a — As lesões traumáticas atrás referidas determinavam quinze dias de doença, com impossibilidade de trabalho.

Do ponto de vista médico — legal a morte por inibição pode ser acidental ou criminosa. A acidental por sua vez pode ser fortuita (especialmente ao contacto com a água), médico-cirúrgica (apesar das reservas de Brisard) (2) ou profissional (no exercício da profissão (11), por trauma ou manejo de gases inertes ou irritantes).

A criminosa por agressão é devida a traumatismo sobre qualquer das regiões reflexogéneas como na estrangulação-inibição.

Ora no caso de agressão não se pode considerar como causa necessária de morte, o traumatismo exercido sobre a região reflexogénea, tanto mais que não se desencadeia reflexo mortal em todos os indivíduos, nem no mesmo indivíduo em todos os momentos. Aceitar-se o terreno especial como concausa à maneira do que sucede num indivíduo com ossos frágeis e que é atingido por uma pancada que dada sobre um crânio normalmente não o fracturaria é ainda ir longe de mais.

Trata-se de uma acção que excedeu ou se presume que excedeu a intenção — preterintencionalidade e como tal, em nosso entender, cai na alçada do § único do art.º 361 do Código Penal Português.

Se há condições especiais de outra natureza que permitam supor intenção de matar (o indivíduo ia para estrangular a vítima e simplesmente a inibição poupou-lhe o continuar a obra encetada) isso é para ser provado nos tribunais por meios não periciais, sai já do nosso campo.

O mesmo dizemos, no sentido inverso, quando o tribunal dispõe de elementos que lhe permitam atribuir a morte por inibição a acidentes e não propriamente à agressão: irá então para o art.º 368.º do Código Penal por se estar em face de homicídio involuntário. Este artigo só é de invocar, salvo melhor opinião, quando realmente o traumatismo não resultou de agressão, mas de puro acidente, simples brincadeira por exemplo, pois logo que haja agressão, crime de ofensas corporais, não se compadece o caso com a redacção deste último artigo e situa-se bem dentro da do § único do art.º 361.º.

BIBLIOGRAFIA

1. *Balthazard* — Médecine Légale, Paris, 1923.
2. *Brisard (Ch.)* — Un cas de mort subite pré-opératoire. An. Méd. Lég. et Crim., XXXI, 1-2:57, 1951.
3. *Brouardel* — La mort et la mort subite, Paris, 1895.
4. *Costeodat* — La mort subite par inhibition, Ann. Méd. Lég. et de Crim., 23:62, 1943.
5. *Costeodat* — La mort subite.
6. *Dérorbert (L.)* — Mort subite au rapide au cours des tentatives d'avortement (discussion). An. Méd. Lég. Crim., 26:84, 1946.
7. *Duvoir e Richet (f.)* — La mort par inhibition, Ann. Méd. Lég. Crim., V, 5:193, 1925.
8. *Facquet (J.), P. Alhomme e P. Corone* — L'embolie gazeuse coronarienne, complication des avortements provoqués par injections intra-utérines, Soc. Méd. Hôp., Paris, sessão I.XII-1950.
9. *Firket e Scoville* — L'application en Médecine Légale de la notion du syndrome général d'adaptation, Acta Med. Legalis et Socialis, V:43, 1952.
10. *Flouroade (M. J.)* — L'embolie gazeuse massive avec mort subite au rapide dans l'avortement criminel, An. Méd. Lég. Crim., XXXI, 4:161, 1951.
11. *Gioffa (P.)* — Casistica di morti improvise durante il lavoro, Archivio Med. Leg. e Antr., 68:202, 1948.
12. *Hamman (Louis)* — Journ. Amer. Med. Asso., 104:744, 1936.
13. *Jacquet (P.)* — Evolution de nos connaissances sur la mort par inhibition, Paris, 1944.
14. *Lacassagne e Martin* — Précis de Méd. Lég., Paris, 1921.
15. *Marañon (G.)* — Ann. de Médecine, 9:81, 1921.
16. *Marquezy e Mu. Ladet* — Le syndrome malin des maladies infectieuses, X^e. Congrès des Pédiatres français, 1938.
17. *Martin* — Discussion du rapport de Duvoir et Ch. Richet (fils), Ann. Méd. Lég. e Crim., V, 7:357, 1925.
18. *Milletti (A.)* — La crio-auto-agglutination delle emazie, Minerva Médico Legal, LXXIV, 2:53, 1954.
19. *Muller (M.) e P. Muller* — L'émotion facteur traumatique, Acta Medicinæ Legalis et Socialis, IV:105; 1951.
20. *Piga (A.)* — Medicina Legal de Urgencia, Madrid, 1928.
21. *Piga (A.)* — La metodología pericial en el problema de la muerte súbita, Medicamenta, 9, 142:61, 1948.
22. *Reilly, Rivalier, Compagnon, Laplane, Buit.* — Ann. de Médecine, 37, 2/4: 1935; 39, 2: 196.
23. *Rivalier e Milian* — Ann. Derm. et Syph., 10,3: 1939.
24. *Simonin (C.)* — Embolies gazeuses mortelles consécutives aux manoeuvres abortives — Ann. Méd. Lég., 28:133, 1948.
25. *Strassmann* — Manuale di Med. Legale, Turim, 1901.
26. *Vacca* — La zona riflessa naso-faringo laringea nella genesi delle morti improvise nell'acqua, Archivio Med. Leg. e Antrop., 49: 223, 1929.
27. *Thoinot* — Médecine Légale.
28. *Toledo y Valero (A)* — La muerte subita desde el punto de vista medico forense, 1943.
29. *Verhoogen (R.)* — La mort subite des baigneurs, Bruxelles Médical, 13, 41:1165, 1933.
30. *Vibert* — Précis de Méd. Lég., Paris, 1903.
31. *Waelle* — La mort par inhibition, Compta-rendu Sac. Biol., Paris, XCIII: 1925.

PRÉMIO HORMONAL CIBA

Instituído por Produtos Ciba, L.da, representantes para PORTUGAL da CIBA S. A. de Basileia, Suíça

Com o alto patrocínio da SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOCRINOLOGIA

Convida-se a Ex.^{ma} Classe Médica a participar no Concurso «Prémio Hormonal Ciba», cujo regulamento é o seguinte:

1.º — Produtos Ciba, L.^{da}, como representantes em Portugal da Ciba S. A. de Basileia, Suíça, na intenção de estimular e apoiar os trabalhos de investigação nos campos da Endocrinologia clínica e laboratorial, realizados em Portugal, institui, durante um período de ensaio de três anos a partir de 1 de Janeiro de 1954, três prémios anuais com os seguintes valores:

UM PRIMEIRO PRÉMIO	UM SEGUNDO PRÉMIO	UM TERCEIRO PRÉMIO
de 5.000\$00	de 3.000\$00	de 2.000\$00

destinados a galardoar, por ordem do seu merecimento, um até três trabalhos sobre temas de Endocrinologia clínica ou laboratorial relacionados com as aplicações terapêutica ou experimental de produtos hormonais cedidos pelos Laboratórios da Ciba.

2.º — Estes trabalhos serão inéditos ou terão sido publicados durante o ano a que se referirem os prémios, ou no precedente.

3.º — O Júri para apreciação e classificação dos trabalhos será constituído por cinco membros, um dos quais presidirá, propostos pela Direcção da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia.

4.º — Os concorrentes enviarão os seus trabalhos em quintuplicado, dactilografados a dois espaços ou impressos, ao Presidente do Júri até 31 de Outubro do ano a que se referem os prémios.

5.º — O Júri dispõe de dois meses para a apreciação dos trabalhos.

6.º — Em Janeiro do ano seguinte ao da nomeação do Júri este reúne, delibera por maioria e comunica a Produtos Ciba, L.^{da}, as suas decisões.

7.º — Nenhum dos membros do Júri pode concorrer aos prémios referentes ao ano para que foi nomeado.

8.º — As decisões do Júri não têm apelação.

9.º — No caso de um ou vários trabalhos não reunirem as condições mínimas para a atribuição dos prémios, a verba respectiva poderá reverter para subsidiar uma investigação determinada, num Centro idóneo.

§ único — Excepcionalmente para o prémio de 1954, o Júri foi escolhido em Junho do mesmo ano e ficou assim constituído:

Professor Doutor *Joaquim Fontes*, de Lisboa
 Professor Doutor *Manuel Cerqueira Gomes*, do Porto
 Professor Doutor *Bruno da Costa*, de Coimbra
 Professor Doutor *Manuel Xavier Morato*, de Lisboa
 Professor Doutor *Jacinto Moniz de Bettencourt*, de Lisboa

**Para cobrir as necessidades aumentadas
de vitamina B,**
durante a gravidez, lactação, período de crescimento, etc.

**Para prevenir e combater certos sintomas
de carência vitamínica B**

Polibion-Gotas

Complexo vitamínico B

Apresentação:

Polibion, gotas – frasco de 20 c.c.

The logo features the name 'Merck' in a stylized, cursive script. The 'M' is particularly large and ornate, with a long, sweeping underline that extends to the right and then loops back under the 'ck'. The overall style is classic and elegant.

DARMSTADT · ALEMANHA

Amostras e literatura:

Químico-Farmacêutica, Lda.
Rua das Pretas, 26-2.º
LISBOA

Eduardo de Almeida & Cia.
Rua do Cativo, 22-24
PORTO

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Seminário sobre antibióticos e a medicina da infância

De 22 a 27 de Setembro de 1952, teve lugar no Castelo de Longchamp um Seminário sobre «Os antibióticos e a Medicina infantil».

Este Seminário foi organizado pelo Centro Internacional da Infância com o concurso do Conselho das Organizações Internacionais das Ciências Médicas, sendo presidido por Sir Alexander Fleming; estavam representadas dezasseis nações, agrupando 80 participantes.

Os assuntos tratados eram fruto, a maior parte das vezes, da longa experiência pessoal do relator e permitiram abranger questões de actualidade; num certo número de casos expuseram-se mesmo trabalhos inteiramente novos.

Perante a riqueza de documentos acumulados no decurso desta semana de trabalhos, o Centro Internacional da Infância decidiu editar, num futuro próximo, um livro onde se encontrarão reunidos todos os relatórios.

Aguardando o aparecimento deste volume, daremos, a seguir, um resumo bastante árido que pretende, apenas, resumir o essencial acerca dos assuntos tratados.

No decurso das duas primeiras sessões, entrou em discussão a acção dos antibióticos nas diversas infecções que aparecem na criança.

Em 164 casos de infecções estafilocócicas do lactente, relatadas por R. Debré e P. Mozziconacci (Paris), a cloramfenicolina revelou-se *in vitro* o antibiótico mais eficaz; os estafilococos eram duas vezes mais resistentes à penicilina. Em contrapartida, L. P. Garrod (Londres) e H. Alexander (Nova-Iorque) consideram que, segundo estatísticas suas, a penicilina é o antibiótico de escolha, nestas afecções.

Nas infecções estreptocócicas, L. P. Garrod verificou que o estreptococo hemolítico é sempre sensível à penicilina, o que não acontece sempre com o S. Viridans. Estabeleceu-se uma discussão a fim de se esclarecer a oportunidade de instituir um tratamento penicilínico, na escarlatina. P. Hedlund (Stockholm) mencionou casos em que a esta terapêutica se seguiam recaídas.

J. A. B. Cathie tomou parte nos ensaios que se fizeram no Great Ormond Street Hospital for sick Children, em Londres, no tratamento das infecções pneumocócicas; exceptuando a meningite pneumocócica, os antibióticos, em especial a penicilina, têm debelado facilmente as infecções devidas a este germen. A propósito, da meningite pneumocócica, J. Cathala (Paris) trata esta afecção sem fazer injeções intrarraquidianas.

E. Rossi (Zurich) falou do problema do tratamento das meningites purulentas devidas ao meningococo e ao H. influenza. No tratamento da meningite meningocócica dá a prioridade e a preferência às sulfamidas. R. Debré, baseando-se na estatística do Hospital de crianças, confirmou a superioridade das sulfamidas: lembrou os acidentes que é capaz de originar a penicilina administrada por via raquidiana, mesmo em fraca dose; além disso, antes da identificação do germen, dá a preferência à estreptomina.

Para o tratamento da meningite por H. influenzae, E. Rossi prefere as sulfamidas ao cloranfenicol. Seguiu-se uma discussão em que J. Monnier (Toulouse) demonstrou a eficácia do cloranfenicol em 30 casos enquanto que S. Thieffry (Paris) apelou para que não se descure a estreptomina que lhe tem dado os melhores resultados. Finalmente, numa revisão

de conjunto do tratamento das meningites purulentas, H. Alexander estabeleceu a conduta terapêutica que tem adoptado em função dos diferentes germens encontrados.

Para tratar a coqueluche, H. Alexander, estudou a eficácia respectiva do soro anticoqueluchoso do coelho, do soro hiperimunizado, do cloranfenicol e da estreptomina; se cada um destes agentes terapêuticos influe sobre um ou outro sinal da doença, sobretudo no início, nada demonstra a superioridade de qualquer um sobre o outro. Contudo o soro de coelho e o cloranfenicol, têm a preferência do relator.

Nas Salmoneloses, R. Clément e J. Jerbeaux (Paris), recordando os sucessos registados pelo cloranfenicol na febre tifóide, condenaram, de novo, a dose de carga e preconizaram um tratamento descontinuo que evitaria as recaídas. Nas infecções por E. Coli, o cloranfenicol mostrava-se activo *in vitro*, em 78 % das 52 estirpes; todavia, houve 10 % de mortalidade. Nas infecções devidas ao Proteus, às aerobactérias e aos paracolibacilos, é necessário recorrer ao antibiograma para escolha do antibiótico. R. H. Dobbs (Londres) passou em revista as infecções neonatais, as gastro-enterites infantis, a febre tifóide, aludindo à sua experiência pessoal em cada um destes problemas.

Para ilustrar as dificuldades encontradas no tratamento das infecções crónicas com malformações anatómicas na criança, S. Van Crevel e M. R. H. Stoppelman (Amsterdam) referiram várias observações de infecção bronco-pulmonar de estafilococos e de infecção colibacilar com malformações das vias urinárias.

Em todos os casos, as recaídas têm sido constantes; o aparecimento duma resistência do germen aos antibióticos ou as modificações da flora, têm tornado o tratamento inoperante.

Contra as infecções por Pseudomonas aeruginosas, P. Mozziconacci relembrou que o tratamento pelos antibióticos, com excepção, talvez, para a polimixina, é illusório; propõe-se, todavia, recorrer à estreptomina e às sulfamidas.

A propósito do tratamento da sífilis congénita pelos antibióticos, M. Lamy e J. Labesse (Paris) recordaram a extrema sensibilidade do treponema pallidum à penicilina *in vitro* e sublinharam a eficácia deste antibiótico no lactente, quer a título profilático, quer a título curativo. Muitas vezes é difícil evitar a reacção de Herxheimer, mesmo com pequenas doses de penicilina; o antibiótico é ineficaz em certos casos de neurosífilis e na queratite intersticial. Por seu lado, a aureomicina, o cloranfenicol e a terramicina têm uma acção indiscutível sobre o treponema; o seu emprego não parece, todavia, indicado senão no caso de intolerância à penicilina.

R. Fasquelle e D. Christol (Paris) confirmaram a acção indiscutível *in vitro* dos antibióticos sobre as diferentes Leptospira.

No plano clínico, os resultados são dispares; isto acontece pelo facto do tratamento não ser eficaz senão quando é empreendido muito cedo, o que está longe de ser a regra. Será necessário aplicar os antibióticos sistematicamente mesmo no começo duma leptospirose? Este tratamento impede o aumento da taxa de aglutininas no soro e, portanto, o desenvolvimento da imunidade; todavia, a gravidade duma leptospirose pode justificar o emprego dos antibióticos.

No pian, L. Brumpt (Paris) considera necessária a subs-

tuição do clássico tratamento pelo arsênio e bismuto pelo dos antibióticos. No pian primário, deve preferir-se a penicilina; no pian terciário, a terramicina. Quanto ao Sodoku, apesar da raridade das observações publicadas, a eficácia da penicilina e da estreptomina parece estar bem estabelecida.

R. *Sohier* (Lyon) apresentou o seu ponto de vista no que diz respeito ao emprego dos antibióticos na *difteria*.

C. difteriae é sensível *in vitro* aos antibióticos; mas para combater a toxi-infecção da difteria, apenas se impõe o soro.

Nos portadores de germens, os antibióticos têm uma acção certa, mais eficaz por via geral que local; contudo, esta acção, muitas vezes, é incompleta.

A propósito do *tétano*, R. *Mallet* (Paris) chamou a atenção para o facto de só a penicilina merecer a nossa atenção; contudo, não podemos pretender fazer mais do que uma terapêutica de apoio sobre as infecções que se associam a este.

P. *Girond* e J. A. *Gaillard* (Paris) participaram a sua experiência no tratamento das *rickettsioses*; a penicilina é duma eficácia total que contrasta com a acção notável da aureomicina, do cloranfenicol e da terramicina. A especificidade da acção destes três medicamentos é de tal ordem que pode servir como tratamento de prova; a eficácia deste tratamento permite a vacinação com antigénios vivos.

Finalmente, para fechar estas duas primeiras sessões, J. *Vieuchange* (Paris) colocou, neste capítulo dos *virus*, o grupo linfogranulomatose-psitacose no grupo das doenças epidémicas da infância, sublinhando a eficácia dos antibióticos no primeiro grupo e a sua ineficácia no segundo.

As duas sessões seguintes foram consagradas à tuberculose infantil.

A S. *Kaplan* (Paris) precisou as respectivas indicações dos medicamentos antituberculosos nas *tuberculoses iniciais* da infância e sublinhou a delicadeza da apreciação dos resultados. Pondo de parte as formas complicadas de disseminação, o relator conclui pela falta de eficácia do tratamento sobre a evolução da lesão inicial, à acção nefasta dum tratamento curto, apenas pela estreptomina, à utilidade dum tratamento no lactente que pode, todavia, não ser sistemático. Faltava, ainda, ao relator dar uma opinião sobre a I. N. H. Ch. *Gernezrieux* e A. *Breton* (Lille) estudaram mais detalhadamente a acção da I. N. H.; após um relatório das observações que fizeram sobre o coelho e o cobaio, expuseram os seus resultados clínicos e concluíram o seguinte: o emprego da I. N. H. não parece ser justificado nas formas ganglionares ou gânglio hilares; parece ser de interesse duvidoso nas formas medianamente evolutivas. A I. N. H. deve ser empregada em associação com outras medicações nas formas com disseminação.

H. *Nonfflard* (Paris), discutindo o tratamento da *tuberculose miliar*, sublinhou três pontos essenciais: necessidade dum tratamento prolongado, necessidade duma vigilância meningea estreita com tratamento intrarraquidiano ao menor sinal, interesse das associações medicamentosas.

A distinção radiológica entre as formas granúlicas finas e grânulo-reticulares parece ser importante, sendo mais marcada a evolução das primeiras.

H. E. *Brissaud* (Paris), baseando-se em estatísticas das meningites tuberculosas tratadas no *Hôpital des Enfants-Malades*, insistiu na necessidade de tratamentos prolongados, local e geral, associando estreptomina, P. A. S. e I. N. H. O emprego de I. N. H. pelas duas vias parece ser indispensável.

O estudo da resistência do B. K. à estreptomina tem sido dum grande auxílio; os resultados obtidos *in vitro* têm concordado com a evolução clínica.

F. H. *Stevenson* mencionou os resultados que obteve no «Royal National Orthopaedic Hospital» de Londres no tratamento da *tuberculose óssea e articular* pelos antibióticos.

Séries comparativas têm-lhe permitido constatar, tomando em consideração todas as variantes, a eficácia do tratamento estreptomina + P.A.S., por via geral. O relator citou, igualmente, os resultados obtidos com os tratamentos locais nas tuberculoses sinoviais crónicas e nas fistulas tuberculosas, mas não referiu casos tratados pela I. N. H.

M. *Daniels* (Londres) precisou o seu ponto de vista quanto à eficácia do P. A. S. *per os* no tratamento da *tuberculose pulmonar* do adolescente.

Séries comparativas permitem-lhe afirmar que o P.A.S., isoladamente, tem dado resultados inferiores aos obtidos unicamente pela estreptomina.

A associação P.A.S. + estreptomina é muito preferível porque retarda a estreptomina-resistência. É necessário encarar a possibilidade duma resistência ao P.A.S., isoladamente.

C. *Cocchi* (Florence) confirmou os excelentes resultados da associação estreptomina + P.A.S. + I.N.H.. Preconizou, também, o emprego da viomicina em associação porque esta substância parece ter a mesma eficácia da estreptomina, merecendo, por isso, enfileirar ao lado dos mais poderosos antituberculosos.

G. *Fanconi* (Zurich), num trabalho resumido sobre a I.N.H., lembrou os resultados obtidos com este medicamento *in vitro* e no animal, estabelecendo, no homem, a posologia, o mecanismo de acção e as respectivas indicações. Citando os efeitos secundários da I.N.H., sublinhou a possibilidade duma resistência do bacilo de Koch ao medicamento, resistência que pode aparecer precocemente, mas que parece ser reversível. Além da sua experiência pessoal, o relator mencionou os resultados obtidos por M. *Spiess* (Gottingen) e K. *Choremis* (Atenas). A este propósito, H. *Wissler* (Davos) apresentou os resultados obtidos com a I.N.H. no decurso das tuberculoses gânglio-pulmonares.

Num último relatório sobre os problemas terapêuticos da tuberculose infantil, A. P. *Fletcher* (Londres) discutiu a eficácia e o mecanismo da acção da estreptomina no tratamento da meningite; na sua opinião, esta substância apenas tem uma acção limitada e a margem entre dose eficaz e dose tóxica é estreita. Na discussão estabelecida a este propósito, I. A. B. *Cathie* referiu os resultados obtidos com uma estreptomina preparada no seu laboratório e insistiu na ineficácia das estreptominas comerciais.

Em seguida, foi abordado, em particular, o problema da *resistência*.

R. *Linz e colab.* (Bruxelles) referiram os resultados colhidos no laboratório e sublinharam que estes resultados não tinham concordado, de maneira satisfatória, com os resultados clínicos. A este propósito, H. *Noufflard* lembrou que ela tinha obtido sempre *in vitro* resultados concordantes com a clínica o que H. E. *Brissand* verificou no decurso do tratamento das meningites.

E. *Dissmann* (Klagenfurt) estudou a resistência do B.K. ao P.A.S., à estreptomina e ao Tb₁ pelo método das microculturas em lâminas. Encontrou sempre uma certa relação entre a clínica e os resultados *in vitro*; todavia, o aparecimento da resistência *in vivo* depende, por um lado, da natureza da lesão e, por outro lado, da possibilidade de actuar sobre ela por meios terapêuticos eficazes. A este propósito Et. *Bernard* e M. *Kreis* (Paris) salientou que utilizavam o método das culturas sobre lâminas que necessita do emprego de concentrações mais elevadas de antibióticos.

N. *Rist* (Paris), estudando a eficácia acompanhada das associações I.N.H. + estreptomina e I.N.H. + P.A.S., sublinhou as dificuldades que encontra na interpretação dos resultados. Contrariamente ao que têm estabelecido outros autores, o relator afirma que a associação I.N.H. + estreptomina, é superior à associação I.N.H. + P.A.S., se considerarmos o poder bactericida destas associações.

D. A. *Mitchison* (Londres), a propósito da resistência do B.K. à I.N.H., demonstrou que uma estirpe que se tornou resistente à I.N.H., pode tornar-se sensível a este medicamento se fizermos a repicagem em meios que a não contêm.

G. B. *Mackness* (Oxford), estudou a acção dos antituberculosos sobre os B.K., fagocitados pelos macrófagos de cobaio, em cultura. Verificou que é necessária uma concentração de estreptomina 20 vezes mais elevada para destruir os B.K. intracelulares que aquela que é necessária quando os B.K. estão livres em meio de Dubos, taxa que nunca foi atin-

Agora, Senhor Doutor ...

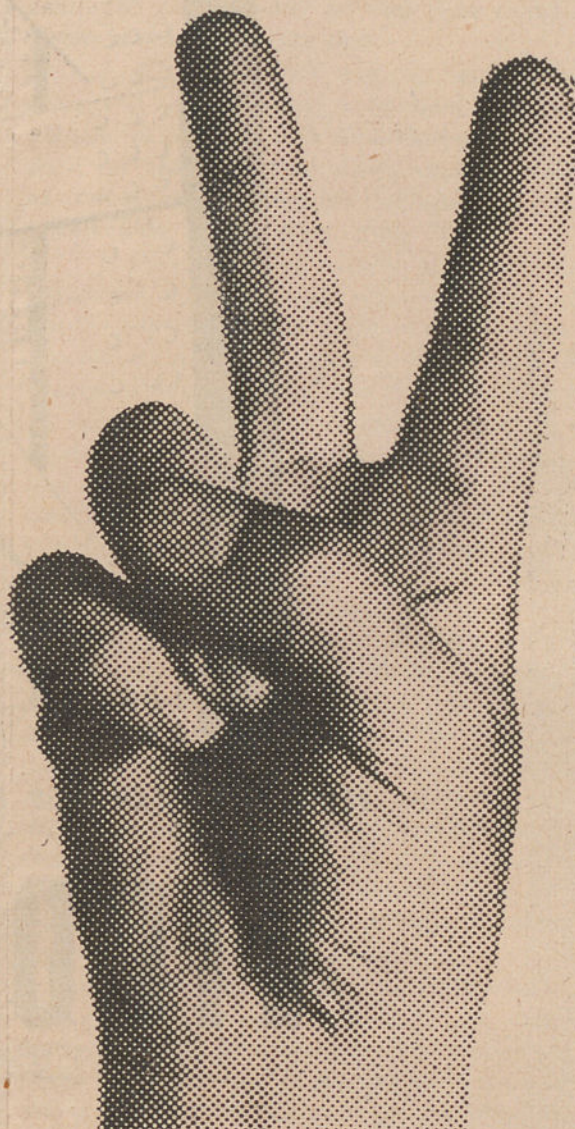
pode

usar a estreptomicina

com

MAIOR SEGURANÇA

- *na quimioterapia
da tuberculose*
- *no tratamento
de outras infecções
gerais*



COMBISTREP*

(Sulfatos de Estreptomicina e Dihidroestreptomicina)

O Combistrep, que contém 50 % de Sulfato de Estreptomicina e 50 % de Sulfato de Dihidroestreptomicina, é tão eficaz como os seus dois componentes e reduz notavelmente os efeitos secundários sobre o Nervo Acústico.

Apresentação: frascos de 1,0 e 5,0 gramas, para injeção intramuscular.

Unicos Distribuidoras:

NÉO-FARMACÊUTICA, LIMITADA
AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21, R/C. - TEL. 5183U
LISBOA

Representantes de



FUNDADA EM 1849

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo

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



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A . . . 5.000 U. I.	VITAMINA B ₅ . . . 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

gida nos tratamentos correntes; para a neomicina e a viomicina, encontra-se uma relação da mesma ordem. Para o P.A.S., esta relação seria vizinha de 100, enquanto que para a I.N.H. seria apenas de 1,7. Nos outros antibióticos, estudados nestas condições, o relator verificou que a concentração de terramicina exigida nos dois casos era a mesma.

G. Pasquinucci (Florence), para finalizar os problemas que dizem respeito à tuberculose, expôs as leis que regem a penetração e a difusão dos antituberculosos (estreptomina, P.A.S. e I.N.H.) no decurso da meningite tuberculosa. A sua passagem do sangue para o L.C.R. depende de dois factores: do grau de alteração das meninges, cujo testemunho é a taxa de albumina e o carácter de difusibilidade, próprio de cada medicamento. A difusão no L.C.R. é, no estado normal, muito rápida; o estudo do índice de difusão (comparação entre as concentrações sub-occipital e lombar da estreptomina, 8 horas após a injeção lombar de 30 mg. de estreptomina), precisa o lugar de eleição da injeção local do medicamento. Para a I.N.H., cuja reabsorção meníngea se faz em menos de 8 horas, o relator aconselha o emprego da via sub-occipital.

As duas últimas sessões do Seminário foram consagradas a problemas de laboratório e à questão dos efeitos secundários que exercem os antibióticos.

M. Welsch (Liège) passou em revista as diferentes técnicas de determinação da sensibilidade dos germens aos antibióticos; sublinhou que à grande facilidade de execução destes métodos, era necessário opôr as consideráveis dificuldades de interpretação.

M. Ericson mostrou-se satisfeito com a técnica dos *confetti* que emprega no *Karolinska Sjukhuset* de Stockholm para averiguar a sensibilidade dos germens aos diferentes antibióticos. R. Lagercrantz, do mesmo hospital, falou dos benefícios que usufruiu, enquanto clínico, da colaboração estreita com o laboratório.

Cl. Gerbeaux (Paris) investigou a sensibilidade dos germens isolados, durante 18 meses, na *Clinique Médicale des Enfants-Malades*; o que ressalta, essencialmente, dos números apresentados, é a noção de variabilidade, segundo os anos. Assim, o estafilococo, que se tornou resistente à penicilina num grande número de casos até ao começo de 1952, parece voltar a ser, actualmente, mais sensível a este antibiótico; além disso, a noção de resistência cruzada entre a terramicina e a aureomicina parece confirmar-se. J. Chabbert (Paris) constatou, em compensação, que na sua estatística compreendendo, essencialmente, germens provenientes de doentes tratados no domicílio, os estafilococos permaneciam ainda muito sensíveis à penicilina.

H. Alexander abriu a discussão sobre o mecanismo do aparecimento da resistência aos agentes antibacterianos. Recordou os dois tipos de resistência: por um lado, o tipo «penicilina», progressivo que se encontra assim como a aureomicina, o cloranfenicol, a terramicina, e, por outro lado, o tipo «estreptomina», em que a resistência pode aparecer de início e pode ser imediatamente muito elevada.

A resistência transmite-se com o auxílio de *mutantes*, reproduzindo-se segundo um tipo definido, podendo conduzir ao aparecimento da resistência da estirpe. O relator indica, em seguida, os princípios que permitem impedir o aparecimento da resistência e insistiu na importância que se atribui ao ácido desoxiribonucleico no próprio organismo desta resistência.

J. Monnier estudou o problema das resistências cruzadas aos diferentes antibióticos. *In vitro*, a resistência à penicilina não se acompanha de nenhuma resistência cruzada; acontece o mesmo com a estreptomina.

A aureomicina e a terramicina têm, em contrapartida, uma resistência cruzada. Encararam-se certas consequências teóricas e práticas destas noções.

M. Welsch (Liège) encarando o mecanismo de aparecimento da resistência microbiana aos antibióticos, concluiu que a origem dos germens resistentes explicava-se, em grande

parte, pela selecção de *mutantes*. Contudo, esta teoria de mutação e selecção não parece poder explicar todos os casos e o problema não pode ser considerado como definitivamente resolvido.

O estudo da difusão da penicilina nos tecidos e humores conduziu H. Velu (Paris) a recordar as causas de erro das titulações do laboratório, e a apresentar curvas de concentração da penicilina no soro e na urina estabelecidas em vários meios de doseamento.

J. Coutel (Paris) indicou os resultados obtidos na criança (130 indivíduos) sublinhando as variabilidades individuais. A penicilina em supositórios é ineficaz; por via oral, deve ser empregada em doses muito elevadas; em aerosóis, as concentrações sanguíneas obtidas são fracas; no L. C. R. a penicilina atinge taxas muito baixas.

J. Rivron (Paris) estudou a difusão da aureomicina no organismo do adulto e da criança; a aureomicina-base pareceu-lhe superior ao cloridrato de aureomicina. Porém, lembrou que não há passagem deste medicamento para o L. C. R. nas concentrações habituais; verificou o seu teor elevado na bilis e na urina e a ineficácia do produto quando administrado em supositórios. A propósito da terramicina, o relator verificou que a difusão deste medicamento era idêntico à da aureomicina com algumas diferenças quase imperceptíveis. Verificou que o mesmo não se dava com o cloranfenicol: o medicamento difunde bem no L. C. R.; em supositórios, a sua eficácia é real se bem que menor por via oral; a sua concentração na linfa é muito elevada; finalmente, o cloranfenicol puro é mais activo, que o palmitato, empregado na mesma dose.

J. Ungar (Greenford) tratando do modo de acção dos antibióticos, mencionou a maneira de difusão de cada um deles; distingue dois grandes grupos de antibióticos: o grupo A, bactericida, compreendendo a penicilina, a estreptomina, a neomicina e o grupo B, bacteriostático, compreendendo a aureomicina, o cloranfenicol e a terramicina. A combinação dos dois antibióticos do mesmo grupo dá um efeito de potenciação ou sinérgico; a combinação de dois antibióticos de grupo diferente pode ter um efeito antagonista.

L. P. Garrod, deplorando inteiramente o emprego arbitrário das combinações de antibióticos, assinalou os casos em que este modo de tratamento era indicado e aqueles em que podia haver sinergia ou antagonismo. O efeito bactericida não tem o seu pleno efeito se o germen está em via de multiplicação, o que explica o carácter de antagonismo dos antibióticos bacteriostáticos.

No plano químico, pode o laboratório permitir determinar «a associação de escolha»?

A esta pergunta R. Martin, J. Chabbert e B. Sureau (Paris) tentaram já responder. Por uma técnica fundada na enumeração dos germens *sobreviventes* que permite estabelecer a percentagem em presença de associações feitas com concentrações terapêuticas (técnica de Chabbert), os relatores obtiveram resultados concordantes com a clínica, em especial no decurso de endocardites sub-agudas.

Após um relatório de A. Comolli (Florence) sobre a possibilidade de empregar a penicilina por via intra-arterial no tratamento das osteomielites e das peritonites, o Seminário terminou com o exame dos efeitos secundários dos antibióticos.

Depois de M. Delong (Paris) ter apresentado um caso de septicemia por *candida albicans* num lactente tratado pelos antibióticos, G. Bickel (Genebra) passou em revista os incidentes que pode provocar o emprego dos antibióticos: manifestações alérgicas, reacções de Herxheimer, manifestações tóxicas, superinfecções bacterianas ou fúngicas, e finalmente insuficiência de elaboração das vitaminas.

Exame de um albuminúrico

Revisão traduzida da revista «Les Instantanés Medicaux», n.º 54, 15 de Maio de 1954, e redigida, segundo aí se declara, sobre os seguintes trabalhos: Rapports de P. Govaerts et P. P. Lambert, G. Richet et J. Crosnier, H. Coumel et ses collaborateurs à la séance du 14 octobre 1953 de la Société de Pathologie rénale in J. d'Urol., 1953, n.º 11. K. Hanns: Albuminurie, E. M. C., Traité Rein, fasc. 18.022 A 10 et A 20.

ESTUDO DA ALBUMINÚRIA:

TÉCNICAS — O doseamento efectuar-se-á sobre o total de urinas das 24 horas, pois pretende-se saber qual a perda diária.

É preferível utilizar o método da pesagem (não obstante os seus inconvenientes) em vez de utilizar o método do tubo de Esbach, cujos resultados só oferecem garantias muito grosseiras.

Método da pesagem — Juntar à urina algumas gotas de ácido acético; filtrar e utilizar 25 a 100 cc. do líquido filtrado; aquecer lentamente agitando até à ebulição, filtrar, lavar o filtro com água fervente e álcool; o filtro é depois seco e pesado.

RESULTADOS — 1) *Albuminúria mínima*: inferior a 1 grama por 24 horas. Será sempre ponderada. (Colher as urinas por sondagem, praticar, um exame de sedimento, procurá-las nas urinas concentradas, emitidas após restrição hídrica). Além disto, é necessário investigar se é permanente ou intermitente, permitindo esta pesquisa distinguir as albuminúrias patológicas das ortoestáticas.

2) *Albuminúria moderada*: 2 gramas por 24 horas. Geralmente indica nefropatia.

3) *Albuminúria maciça*: é própria das nefropatias glomerulares e exige antes de tudo um contróle quotidiano de administração de protídeos pela perda de albumina.

EXAME DE URINAS:

CILINDRÚRIA — A cilindrúria indica que a albumina é renal. Mas a sua presença não é obrigatória no decurso de tais albuminúrias.

CORPOS BIRREFRINGENTES — As urinas de qualquer albuminúrico podem conter corpos birrefringentes.

HEMATÚRIA E LEUCOCITÚRIA — As urinas sangrantes ou purulentas contêm necessariamente albumina (no máximo 1,5 gr. litro), mas, nestes limites, o problema que se põe é o da piúria e o da hematúria. A albumina conserva o seu significado se ultrapassa as 3 gramas ou se persiste depois daqueles acidentes passarem.

CONTAGEM DOS ELEMENTOS FIGURADOS — Algumas albuminúrias têm o sedimento urinário normal, outras acompanham-se de hematúria ou de leucocitúria microscópica patológica que se procurará pelo método quantitativo de J. Hamburger.

PROTEÍNAS E LIPÍDEOS PLASMÁTICOS — A electroforese sérica dará indicações úteis sobre a baixa ou o excesso das duas grandes fracções, albumina sérica e globulinas.

FUNÇÃO RENAL DO ALBUMINÚRICO — Não há qualquer relação entre a albuminúria e o grau de insuficiência funcional do rim.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS COM A ALBUMINÚRIA:

OS EDEMAS — Podem ser volumosos, limitados ou inapreciáveis. É necessário pesar frequentemente o doente depois da instituição do regimen descloretado, a fim de se seguirem as modificações destes edemas. Os edemas dos albuminúricos podem também ter como causa uma hipoproteïnemia (reclamando estudo do equilíbrio proteico do plasma) ou uma insuficiência circulatória.

AS PERTURBAÇÕES CARDIO-VASCULARES — É conveniente pesquisar em qualquer albuminúrico alterações cárdio-vasculares em início: — pelo E. C. G., o fundo do olho, o *cold pressure test* (consiste em mergulhar em água gelada o

braço do doente; se a tensão diastólica se eleva mais de 2 cm. de Hg, há que recear uma hipertensão).

AS OUTRAS PERTURBAÇÕES — São principalmente a anemia (desglobulização normocrômica moderada) e a trombose vascular, mais rara, que se deveria ligar à proteinúria.

PESQUISA DE UMA ETIOLOGIA:

São dois os grandes factores etiológicos:

— **A INFECCÃO À DISTÂNCIA**: pele, focos rino-faríngeos ou dentários, que sistematicamente se devem procurar.

— **AS LESÕES DAS VIAS EXCRETORAS** da árvore urinária, que exigem um exame radiológico. (Do mesmo modo, as albuminúrias mínimas ou moderadas, associadas a hematúrias a piúria ou a uma leucocitúria patológica necessitam de exame radiológico ou instrumental da árvore urinária).

— **Urografia intravenosa** completada por uma cistografia pré e post-micção no albuminúrico *sem déficit funcional* (a regeitar nos casos de insuficiência renal acentuada).

— **Manobras instrumentais reservadas**:

— aos casos onde a urologia intravenosa falta, se é necessário um estudo morfológico mais aprofundado.

— se existe uma insuficiência renal, contra-indicação da urografia intravenosa. Mas o albuminúrico com insuficiência renal é um indivíduo frágil e não devemos submetê-lo a este exame senão quando factos patentes indiquem uma perturbação da excreção, após prévio tratamento antibiótico.

Interpretação clínica de uma albuminúria

A albuminúria não passa de um sintoma e a sua significação está longe de ser unânime. Esquemáticamente G. Richet e J. Crosnier classificam assim as causas da albuminúria:

ALBUMINÚRIA NO DECURSO DE DOENÇA SEM LESÕES RENAI:

PERTURBAÇÕES CIRCULATÓRIAS:

albuminúria moderada (inferior a 2 grs.) com glóbulos vermelhos e por vezes cilindros.

O aumento da diurese determina geralmente o seu desaparecimento. Uma albuminúria num cardíaco edematoso não contraindica os diuréticos mercuriais com a condição de que não exista lesão renal.

ACIDENTES NEUROLÓGICOS PAROXÍSTICOS:

albuminúria moderada ou intensa mas transitória, ligada parece a uma perturbação da vasomotricidade renal.

Pode observar-se: nos traumatismos cranianos, hemorragias cerebrais ou meníngeas, amolecimentos, epilepsia.

AFECÇÕES FEBRIS E ESTADOS INFECCIOSOS:

albuminúria discreta contemporânea da oligúria e por vezes de uma hiperazotemia.

ALBUMINÚRIA NO DECURSO DE DOENÇAS PRÓPRIAS DA ÁRVORE URINÁRIA:

NO DECURSO DAS LESÕES LOCALIZADAS DOS RINS E VIAS EXCRETORAS:

albuminúria inferior a 1,5 gr. por litro, quer isolada quer acompanhada mais de leucocitúria de que hematúria.

Encontra-se nos neos do rim, tuberculose, litíases, doença poliquística, etc., e necessita de exame radiológico ou instrumental.

NO DECURSO DAS NEFROPATIAS SISTEMATIZADAS:

A) — Nefropatias tubulares:

Geralmente sem albuminúria.

B) — Nefropatias glomerulares:

A albuminúria é, neste caso, um *síndrome constante*; a sua importância é variável, mas pode ser suficientemente grande para determinar uma hipoprotidémia. A albuminúria associa-se frequentemente a uma hematuria microscópica exagerada, sem leucocitúria patológica apreciável.

na glomerulonefrite:

A albuminúria persiste durante toda a evolução da doença e acompanha cada agravamento. Associa-se à hematuria, e por vezes à hipertensão.

na nefrose lipóide:

A albuminúria maciça é um dos sinais cardiais da doença. Acompanha-se de uma hematuria microscópica moderada, com lipidúria e *síndrome lípido-plasmático* com elemas.

na amilose renal:

A albuminúria é intensa mas pode ser de difícil diagnóstico. Proceder então a uma electroforese plasmática e urinária e à prova do vermelho do Congo.

na nefropatia gravítica:

A albuminúria aparece cerca do 6.º ou 7.º mês, de taxa elevada associa-se à hipertensão. Se a albuminúria apareceu no início da gravidez, existia uma nefropatia anterior ou uma hipertensão que se agravou na gestação.

na nefropatia diabética:

Uma albuminúria moderada é observável independentemente de qualquer lesão renal, uma albuminúria importante acompanha ou assinala o *síndrome de Kimmelstiel-Wilson*.

C) — Nefropatias intersticiais:

A albuminúria, de resto inconstante, é moderada (inferior a 2 gns.). Associa-se-lhe *cilindrúria* e uma hematuria microscópica muito mais fraca que nas nefropatias glomerulares. A *pielonefrite crónica* com insuficiência renal acompanha-se por outro lado de hiperleucocitúria.

D) — Nefropatias vasculares:

A albuminúria é frequente. Inicialmente discreta e transitória, vai intensificar-se no decorrer da doença e acompanha-se de hematuria microscópica variável. Na hipertensão a albuminúria é de aparecimento tardio, contrariamente ao que se passa com a glomerulonefrite.

ALBUMINÚRIAS CLÍNICAMENTE ISOLADAS:

Não existem antecedentes, nem perturbação renal funcional.

ALBUMINÚRIA PERMANENTE:

— Albuminúria superior a 2 grs. com hematuria microscópica sugerindo uma *glomérulo-nefrite latente*. É necessário pesquisar a existência de *foco infeccioso distante*.

— Não existe foco infeccioso. Procurar-se-á uma *anomalia morfológica das vias excretoras*. Estudos recentes mostraram a frequência das albuminúrias no decurso de tais malformações.

— Existe igualmente, mas estes casos são raros, *albuminúrias benignas criptogenéticas*.

— De qualquer modo, é necessário encarar a *possibilidade de uma nefrite latente mínima*.

ALBUMINÚRIA INTERMITENTE:

Este tipo de albuminúria é frequente na adolescência. Antes de pôr o diagnóstico de albuminúria intermitente é necessário assegurar-se que a concentração das urinas e um regime hiperprotídico não fazem reaparecer a albuminúria nas condições onde ela é causa de não existir.

a) Albuminúria de esforço:

A albuminúria acompanha-se sempre de *cilindrúria* e emissão de glóbulos rubros. Pode sobrevir em metade dos indivíduos normais, submetidos a um esforço suficientemente intenso.

b) Albuminúria intermitente patológica diurna e nocturna:

— quer como albuminúria residual duma nefropatia;

— quer como albuminúria sintomática duma afecção urológica ou de uma nefropatia aguda ou crónica (infecciosa, tóxica, alérgica). Os antecedentes, o estudo do sedimento urinário e as provas funcionais podem permitir a distinção desta albuminúria patológica da albuminúria dita essencial;

— quer como albuminúria post-vacinal.

c) Albuminúria intermitente essencial:

É uma albuminúria a maior parte das vezes *diurna*, não se acompanhando de anomalias do sedimento urinário nem de anomalias das provas funcionais.

- 1) Albuminúria de ortoestatismo e de actividade.
- 2) Albuminúria digestiva.
- 3) Albuminúria da fadiga.
- 4) Mas principalmente parece que um número não desprezável de albuminúrias intermitentes associam-se a uma *malformação renal*: seja anomalia congénita ou anatómica, quer anomalias funcionais ou anatómo-funcionais.

(Pela trad. A. B.)

IODALOSE GALBRUN

iodo fisiológico, solúvel e assimilável

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

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Montelro, 142

LISBOA

Nos estados

diarreicos

TANALMÍCINA

GELEIA DE SABOR AGRADÁVEL

Dihidroestreptomicina

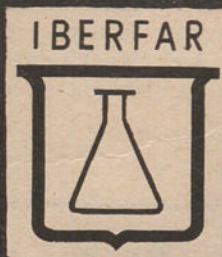
Ftalilsulfatiazol

Tanato de albumina

Pectina

Vitamina K

Frasco de 90 grs.



DEPOSITÁRIOS: FERRAZ, LYNCE, LDA. — TRAV. DA GLÓRIA, 6-2.º — LISBOA

SUPLEMENTO

AS SALAS DE ESPERA

Salvo raras exceções, as salas de espera dos consultórios médicos têm um aspecto rebarbativo que não ajuda a passar o tempo. Com as suas sanefas desbotadas, as suas cortinas envelhecidas e as suas cadeiras onde o corpo mal se acomoda, poucas são as que oferecem o conforto de uma poltrona ou a distração de uma revista. A maior parte delas dão para interiores sombrios ou soturnos saguões onde por vezes se ouve o cantarolar desafinado de uma cantiga ou o vozear alteado de uma discussão...

O que sobretudo impressiona mal é a montanha de revistas que se ergue sobre as mesas, uma pele-mele difícil de entender. As capas enxovalhadas, as lombadas torcidas, as folhas arrancadas, dão ideia de corpos estrancilhados depois de uma refrega, com mutilações surpreendentes e golvazes dolorosos. No geral, não se lê um artigo inteiro, nem uma história completa, nem se vê uma gravura intacta, como se aquela barafunda resultasse de um caos iniciador e não fosse os restos abandonados de um mundo destruído...

Pois apesar das mutilações e do abandono, não há doente que não se agarre, como naufrago, a esses destroços, e os não esfolhe, volteie, sorva com os olhos ansiosos as suas linhas, na mira de uma novidade que o ajude a passar o tempo ou de uma história que lhe recreie o espírito. Sôfregamente lê tudo, agarra-se a tudo, devora tudo, enquanto se arrastam molemente as horas do dia e o momento da consulta não chega...

Se a sala de espera tem uma janela onde se pode debruçar para ver o movimento da rua, quando a leitura o cansa, ou a história fica suspensa em página mutilada, vai ver quem passa, até que o tédio o envolva de novo com o seu manto de sombras. Mas se não há janelas para

se debruçar, nem revistas para se distrair, nem poltronas para se acomodar confortavelmente, a penitência esgota-o, dá origem a complexos de irritabilidade que podem deturpar um quadro sintomático e conduzir a um erro de diagnóstico.

Na verdade, um doente que vai ser examinado pela primeira vez e aguarda o parecer do médico como quem espera uma sentença, sofre. O seu espírito preocupado vive dentro de um círculo de ferro, numa expectativa desagradável que o oprime e o tortura enquanto não enfrenta o sorriso confiante do clínico. Só então se abre. Mas, enquanto espera, se não tem uma distração que o ocupe ou uma poltrona que o acolha, a tensão nervosa aumenta e a impaciência surge com os tons roxos do desespero ou do desânimo. Se é observador, ainda pode repousar a sua atenção na galeria de doentes que, como ele, esperam e imaginar os males de cada um. Mas se os outros o não interessam ou a curiosidade o não prende, as horas são uma cruz que só vence depois de despedir uns bocejos ou de frenar a irritabilidade dos nervos com leituras que o distraiam ou com ensinamentos que o instruam...

Que importa, portanto, fazer para que não tome aspectos molestos o desconforto com que deparamos nas salas de espera de alguns consultórios médicos? O que convém aos doentes para que não vejam a sua sintomatologia agravada de momento por uma falta de distração que lhes recreie o espírito?

A mim me parece que um quase nada bastaria para ajudar os doentes a passar o tempo e afastar as possibilidades de ver surgir um tédio ou uma irritabilidade perturbadora, enquanto não são atendidos. O aspecto da sala, a comodidade das cadeiras, a distração das revistas, são na realidade coisas de somenos, mas que

tem a sua importância. Entretanto o espírito dos doentes e não lhes dá oportunidade para remoerem pensamentos ruins ou ficarem a olhar uns para os outros a fazer críticas comparativas dos respectivos estados mórbidos. Esses comentários que murmuram em surdina — se eu estivesse como aquele, mandava fazer o caixão — ou — tens um aspecto que não engana ninguém — têm de ser contrariados e substituídos por outros mais de acordo com os elementos recreativos das suas distrações. Os solilóquios mentais, ainda que discretos, são doentios e podem agravar males ou trazer desalentos comprometedores. E para males já bastam aqueles que os atormenta e conduz às salas de espera dos consultórios médicos. Deixar que eles se agravem com uns desses pequenos nada que facilmente são removidos, é não mostrar espírito de compreensão. É sobretudo negar possibilidades de uma ajuda a quem dela carece. E o médico não pode fazê-lo. As responsabilidades que sobre ele impendem não nascem no momento em que examina o doente ou faz a prescrição terapêutica. Surge mal o doente transpõe a sala de espera do seu consultório. O ambiente que lhe oferecer e a distração que lhe proporcionar, reflectem-se no seu espírito e ajudam-no a manter a chama da esperança. O que porventura o médico gasta a mais na aquisição de umas poltronas ou na compra de umas revistas, pode vir a ser amplamente compensado pela boa disposição e confiança que comunica ao doente, portas tantas vezes abertas para o proveitoso caminho da cura.

ECOS E COMENTÁRIOS

BRADIGRAFIA

O uso e abuso, cada vez mais generalizado, de designar doenças ou medicações por B. G. longe de facilitar a leitura dos trabalhos acaba por a complicar.

O assunto não tem âmbito médico exclusivo, usa-o toda a gente, o Estado, os mais diversos ramos de actividade, obrigando constantemente a um esforço o leitor para saber a sua significação.

É tempo de arrepiar caminho e este deve incidir sobre todo o arranjo que não seja de fácil e já generalizada interpretação. Associações de iniciais há que não têm tradução senão em determinada língua e, mesmo essas, não dispensam a publicação, em nota, em cada artigo ou livro, do seu significado.

Escrever implica um desejo de comunicação que, para ser perfeito, deve ser acessível ao maior número e o menos fatigante possível.

Há autores que julgam suficientemente claras as nomenclaturas que abordam só por B. G.

A. R. ou R. A. poderão ambas significar reacção de alarme em artigo facilmente inteligível para quem use a mesma língua, mas um tradutor, quase sempre menos conhecedor da língua que os naturais, terá dificuldade manifesta em lhe encontrar a correspondência.

Citamos estas duas iniciais como exemplo, certamente pouco feliz, mas outras há, mais comprovativas. Por vezes mesmo, como no exemplo que se segue, as iniciais não são de uma palavra, embora composta, mas são das palavras que a compõem. O A.C.T.H., que em português e outras línguas latinas deveria ser escrito H.A.C.T., como de resto alguns autores sem mais explicação o fazem, é exemplo claro do que dizemos. Quem diria em país de língua inglesa que o H.A.C.T. era o conhecido A.C.T.H.?

Não queremos de nenhum modo impor uma grafia latina ou anglo-saxónica, o que pedimos à generalidade dos autores é de nunca, por princípio, deixem de colocar, destacadamente, nos seus escritos, o glosário das iniciais e, secundariamente, moderem o ímpeto de criar novas designações, como aquelas, a fim de conferir aos seus escritos a novidade ou originalidade que talvez lhes falte.

Enfim, deixem as iniciais para termo de trabalhos que não mereçam assinatura e não possam ser anónimos.

W. P.

ABORTO LEGAL NA SUÉCIA

Do J. A. M. A. de 27 de Março, transcrevemos a seguinte notícia da Suécia, como exemplo da excessiva transigência dos países protestantes com a prática do aborto terapêutico.

A lei sueca do aborto, de 1939, com o seu suplemento de 1946, foi posta em execução com tão grande e crescente frequência que criou problemas da maior importância. Uma análise crítica e estatística, feita pelo Dr. Klintstog na «Nordisk medicin», dos 27.000 abortos realizados, legalmente, desde 1939 a 1950 mostra como certos dos cálculos iniciais concernentes a essa legislação foram falsificados pelos acontecimentos. Por exemplo, esperava-se que, com o rápido avanço dos nossos recursos em

terapêutica e medicina preventiva, o número de pacientes com indicações estritamente médicas para a provocação do aborto terapêutico devia mostrar um substancial declínio. Ora a experiência desses 12 anos revela um nítido aumento da frequência do aborto, na maioria das suas indicações «legais». Nem a tuberculose pulmonar, com uma mortalidade em rápido declínio, constitue excepção a esse respeito! (o ! é nosso...). Em 1940 a T. P. foi indicação para o aborto em 131 casos; em 1950 o número correspondente foi 290.

Os abortos terapêuticos por cardiopatias elevaram-se de 27 em 1940 para 70 em 1950. Em 1940 as toxemias da gravidez, nefrites e hipertensão foram indicação de 30 abortos e em 1950 de 90. No capítulo de doenças orgânicas do sistema nervoso central, houve 6 casos em 1940 e 55 em 1950, e proporção análoga se verificou para as doenças das glândulas endócrinas (6 e 47 casos, respectivamente). Etc.

O Dr. Klintstog aduz várias explicações para este fenómeno, algumas das quais merecem filosóficas meditações:

1 — Algumas doentes, no início do período de estudo, eram adequadas candidatas ao aborto, o qual não foi provocado por as indicações terem sido descuidadas.

2 — As facilidades de diagnóstico das doenças que constituem indicação para o aborto devem ter aumentado.

3 — Os médicos modificaram a sua atitude a respeito de certas afecções supostas indicação de aborto.

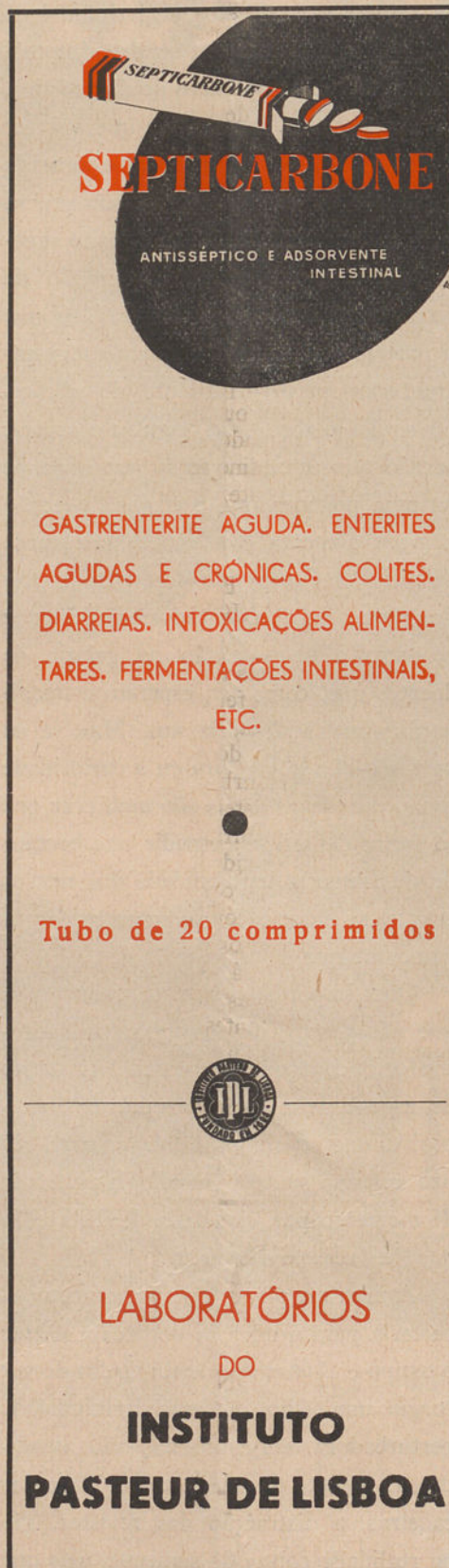
4 — A modificação das condições sociais, tais como os problemas respeitantes a alojamento, devem ter influenciado a opinião dos médicos!! (os !! são nossos).

5 — O público, e não só a classe médica, deve ter modificado os seus pontos de vista sobre o assunto.

Parece deduzir-se, desta 5.^a «razão», que na Suécia o «público» também é chamado a pôr indicações terapêuticas!

O ESPANHOL — TERCEIRA
LÍNGUA OFICIAL DA OMS

A Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde resolveu, por 59 votos e 2 abstenções, que desde o início de 1955 todos os actos oficiais desta organização e os relatórios dos seus peritos serão publicados em língua espanhola. O espanhol fica sendo assim a terceira língua oficial da OMS, depois do francês e do inglês.



SEPTICARBONE
ANTISSÉPTICO E ADSORVENTE
INTESTINAL

**GASTREENTERITE AGUDA. ENTERITES
AGUDAS E CRÓNICAS. COLITES.
DIARREIAS. INTOXICAÇÕES ALIMEN-
TARES. FERMENTAÇÕES INTESTINAIS,
ETC.**

Tubo de 20 comprimidos

**LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

NOVOS DISCURSOS DE SUA SANTIDADE PIO XII RELACIONADOS COM ASSUNTOS DE MEDICINA

Grandeza, modéstia e missão da ciência

Reuniram-se em Roma, em Abril do ano corrente, o 3.º Congresso dos radiologistas e electrologistas de cultura latina e o 18.º Congresso da Sociedade Italiana de Radiologia Médica. Sua Santidade, por motivo de doença, não pôde receber os médicos, que Lhe tinham solicitado audiência. Por isso, Pio XII mandou entregar a todos os congressistas o texto em francês do seguinte discurso:

Apraz-Nos acolher o grupo imponente que formais diante de Nós, Senhores, grupo imponente tanto pelo número como pela qualidade dos seus membros. Dois congressos, um nacional e outro internacional, vos reúnem este ano em Roma, com um programa científico muito abundante, e as mais altas competências contribuíram brilhantemente para o desenvolver com eruditas conferências e numerosas e importantes comunicações.

O PAPEL DA RADIOLOGIA

A Radiologia aperfeiçoa-se de dia para dia e ocupa tal lugar na medicina geral que esta já não pode ignorar os seus recursos nem prescindir dos seus serviços. Passou o tempo em que era para muitos uma especialidade de que se não fazia muito caso. Conquistou e conserva direito de cidade no ensino, porque modificou frequentemente e por vezes chegou a revolucionar os dados tradicionais. Tanto assim é que a anatomia e fisiologia tanto normais como patológicas progrediram notavelmente graças ao exame radiológico do ser vivo. Tornou-se possível diagnosticar mais depressa e com mais segurança estados congénitos ou adquiridos, antes só discerníveis com dificuldade ou tarde demais; conseguiu-se, pelo mesmo meio de observação, evidenciar as correlações e repercussões das anomalias locais e, por isso mesmo, adaptar os tratamentos, apressar as intervenções e prestar precioso concurso a todos os ramos da medicina.

O papel da Radiologia não é só de pesquisa e de informação; é também terapêutico, e encontra aplicações numerosas e benéficas, particularmente nos casos de afecções inflamatórias e no campo, infelizmente tão vasto, de todo o género de tumores.

PROGRESSOS TÉCNICOS

Quantos problemas técnicos resolvidos desde 1895, data dos primeiros descobrimentos de Roentgen, até aos maravilhosos aparelhos radiológicos de hoje! De facto, quando a observação directa dos fenómenos é impossível, os esforços do espírito humano devem ajudar-se de uma multidão de recursos; é preciso proceder por hipóteses, inventar constantemente novos meios de tornar sensível o que não era, medir quantidades ou velocidades absolutamente fora do campo normal dos nossos sentidos. Só o problema de eliminar o calor nos geradores dos raios X apresenta grandes dificuldades técnicas, e, se percorrermos todas as condições necessárias para se obter uma imagem radioscópica ou radiográfica correcta, ficamos pasmados de as ver realizadas num só e mesmo aparelho, o tubo de anticátodo girante, hoje universalmente empregado.

EFEITOS E ENIGMAS DOS RAIOS X

Quando encaramos a questão propriamente médica dos efeitos dos raios X sobre a matéria viva, deparamos ainda com grande número de enigmas quanto à natureza das perturbações produzidas nas células pelo misterioso bombardeamento de partículas infinitamente pequenas, dotadas de velocidades extraordinariamente grandes. O conhecimento, que os próprios microscópios electrónicos fornecem dos elementos mais minúsculos da célula, não nos dá as consequências imediatas e longínquas das lesões sofridas por estes elementos, nem sobre a possibilidade de restauração dos tecidos são uma vez prejudicados pelo tratamento dos tecidos formados por células parasitárias. Sabe-se contudo que as célu-

las parasitas e patológicas são muito mais sensíveis à radiação X que as células naturais e sãs, e toda a radioterapia dos tumores malignos está baseada nesta observação. As suas indicações e os seus limites são marcados pelo conhecimento das doses que pode suportar o tecido circundante. É necessário procurar fazer chegar ao tumor, esteja à que profundidade estiver, uma dose de irradiação suficiente para o destruir de todo, mas poupando as regiões sãs. O grande problema está em determinar em cada caso particular aquilo que o organismo do paciente pode suportar imediatamente: falta muitas vezes tempo para esperar pelas reacções tardias; por outro lado, é preciso dominar o mal antes que se propague. Daqui se pode fazer ideia dos conhecimentos que se requerem para a utilização dos raios X. Dois dos temas do vosso congresso são consagrados a este ponto; outros estudam novas técnicas radiográficas da região renal ou a fisioterapia desportiva.

ESFORÇOS E ESTÍMULOS

Mas os frutos dum congresso não ficam esgotados com a enumeração das lições e comunicações oficiais: as relações e as conversas pessoais constituem muitas vezes o atractivo e benefício mais palpável; amizades profundas, baseadas na estima recíproca, iniciam ou mantêm colaborações preciosas. Quem não faz ideia de quanta paciência e dedicação à ciência precisam por vezes o investigador e o experimentador para não se contentarem com certa aproximação, para não exagerarem os resultados obtidos, para conservarem constantemente e até ao fim a perfeita probidade científica, sem a qual não podia haver aquisição definitiva! Um homem sozinho facilmente se cansaria ou sucumbiria com

BÁLSAMO BIENGUIÉ

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

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

tanto trabalho; mas, se é estimulado pelo exemplo e incentivo de amigos fiéis, tem mais probabilidades de levar a feliz termo o seu laborioso esforço.

NOVAS PERSPECTIVAS DA CIÊNCIA

A Radiologia pôs à disposição dos médicos um novo instrumento, fruto duma ciência nova e ousada, a qual por enquanto talvez não deixe senão entrever a multidão das aplicações futuras que terá. Parece que lhe são permitidas as mais belas esperanças, mas tal perspectiva poderia produzir nalguns reacção perniciosas: excesso de confiança, e, como corolário quase necessário, desânimo, quando sobrevém o mau resultado. Toda a técnica aplicada à recuperação ou à conservação da saúde exerce-se necessariamente num campo de acção limitado: pode curar uma doença, diminuir o avanço doutra, mas não suprimirá nunca totalmente a doença, o sofrimento e a morte. Quando o médico medita nesta verdade, dificilmente se furta a um sentimento de amargura, sobretudo se pôs toda a sua fé nos recursos duma técnica nova, susceptível duma evolução magnífica. Mas mal faria deixando-se dominar por esta impressão e diminuindo o esforço. Porque vós, prestando colaboração preciosa a outros especialistas, desenvolvendo sem cessar as possibilidades próprias do vosso ramo, conseguiríeis talvez triunfar de doenças tidas até agora como incuráveis. São estes os nossos desejos.

A CARIDADE PODE DAR VALOR DE ETERNIDADE À ACÇÃO MÉDICA

Mas há ainda outro objectivo mais digno e mais invejável. Não admirais a extrema facilidade com que N. S. Jesus Cristo curava os doentes que lhe traziam? Um olhar, um gesto, uma palavra de consolação, e o paciente retirava-se livre da doença e sobretudo purificado no mais íntimo da alma e da consciência. Não deveis também vós desejar estender a

vossa acção até ao campo moral? O sentido dum destino humano não se limita ao gozo ou à reconquista duma saúde percível: estende-se infinitamente até às realidades inefáveis do além. Como aceitar a doença e sofrimento; como aproveitá-los para a purificação da vida afectiva e a apreciação mais exacta das coisas humanas: eis aí problemas que se apresentam a qualquer doente, para os quais ele vaga ou conscientemente procura a solução. Se quiserdes ajudar a que todos os que hão-de recorrer ao vosso auxílio a encontrem, não tereis que temer o mau êxito dos vossos esforços no domínio médico nem sequer a incompreensão ou a opposição dos que pugnam métodos diferentes. Animados de caridade profunda, vós realizareis uma acção que, para além da sua eficácia temporal, adquire valor de eternidade.

O SÁBIO COMO DESCOBRIDOR E BENFEITOR

O sábio que se consagra a trabalhos como os vossos não serve um ídolo, mas, esforçando-se por conhecer os inesgotáveis recursos da natureza física e da natureza viva, cada dia desvenda um pouco mais os tesouros depositados pelo Criador na sua criação. É como um descobridor de terras novas, para glória do seu Senhor. É também em igual medida o benfeitor dos homens, seus irmãos, a cujo serviço põe imediatamente, ou conta pôr o mais depressa possível o resultado das suas pesquisas. Tendes, Senhores, uma parte bela no trabalho em prol da humanidade e com muito gosto vos dirigimos as felicitações e incitamentos que podeis esperar de Nós. Nada do que se refere à ciência e à felicidade da humanidade. Nos deixa indiferente, e Nós fazemos os votos mais cordiais e sinceros pelo bom resultado dos vossos trabalhos.

Pela Bênção Apostólica recebida da Nossa mão, difunda Deus todo poderoso — sobre vós aqui presentes, sobre as vossas famílias e sobre todos os que vos são queridos — a abundância das suas graças e dos seus mais preciosos favores.

todos debaixo da amorosa protecção da Nossa Mãe comum, a Imaculada, de rodear-vos da Nossa Caridade e da de todos os fiéis que por vós oram, e de recordar-vos a missão a que, na vossa enfermidade, vos destina a Providência.

Graças à técnica moderna, podemos falar directamente a muitos enfermos e alimentamos o desejo de chegar, por outro caminho, até os que não podem escutar-Nos. Desejaríamos ter, certamente, a omnipresença de Deus; quereríamos estar junto de cada um de vós, amados filhos e filhas, enfermos nos grandes e pequenos hospitais, nos sanatórios, nas clínicas, nos hospícios, nas prisões, nos quartéis, nas desoladas mansardas dos mais pobres ou nas afastadas alcovas das vossas casas. Crianças de rostos pálidos, como flores que têm crescido sem o calor do Sol; jovens, cujo débil sorriso mostra melhor um ânimo esforçado do que a frescura da idade; homens feitos, amargamente arrebatados ao dinamismo que lhes é próprio; e anciões, a cujo natural cansaço a doença acrescenta desgostos e sofrimento.

A nossa oração a Jesus tem sido sempre para que de algum modo faça o Nosso coração semelhante ao Seu: coração bom, manso, e aberto a todos os sofrimentos e a todas as penas. Como quereríamos ter algum clarão da sua omnipotência! Como desejaríamos passar no meio de vós, enxugando lágrimas, dando alento, curando feridas, robustecendo, sarando!

Temos de Nos contentar com estar espiritualmente entre vós; junto das crianças, com coração materno; e ao lado dos pais, que tremem ao pensar que terão, talvez, de deixar órfãos os seus filhos. A todos vos damos a Nossa bênção, rogando a Deus Omnipotente e amoroso Pai, se digne dar-vos, valendo-se dela, quanto ache conveniente ao especial ordenamento da Providência que escolheu para cada um de vós. Queira o Senhor que, ao terminar a Nossa breve e misteriosa passagem por meio de vós, cada um sinta o benéfico efeito espiritual e material da Nossa afectuosa bênção, assim como o alívio da palavra que de todo o coração vos dirigimos.

Pio XII fala aos doentes de todo o mundo

Em 14 de Fevereiro último celebrou-se o «Dia dos Doentes» do Ano Mariano. Sua Santidade, que estava gravemente doente (mas que, apesar disso, continuou a ocupar-se de todos os negócios da Igreja) endereçou então aos doentes a seguinte mensagem radiofónica, cujos primeiros períodos chegou a transmitir pessoalmente:

Quando, dóceis à divina inspiração, promulgámos, no passado Setembro, a celebração do Ano Mariano e, pouco depois, na festa da Imaculada, quisemos pessoalmente inaugurá-lo com solenidade na áurea Basílica Liberiana, indo lá deixar as nossas súplicas aos pés da que é a «Salvação do povo romano» e de todas as nações, já desde então pensávamos em vós, amados filhos e filhas enfermos que tendes especial direito entre os mais vizinhos e achegados ao Nosso espírito e ao Nosso coração.

Realmente sobre vós se inclina com amorosa ternura a Mãe de Deus que se

apressa a enxugar as lágrimas dos aflitos que se acolhem ao Seu maternal regaço, como a porto seguro no meio das tempestades. De maneira semelhante, em vós, que sois preciosas jóias e poderosa fonte de energia da Igreja de Deus, coloca o Vigário de Cristo as suas esperanças para alcançar neste ano de bênção os múltiplos e urgentes frutos que propusemos na Nossa Encíclica «Fulgens Corona» para a salvação da humanidade e da própria Igreja.

Esta viva esperança Nos leva a dirigir-vos a Nossa palavra na presente jornada, com a intenção de recolher-vos a

O MISTÉRIO DO SOFRIMENTO

1 — Olhai: Parece-nos ver na sala de um hospital um jovem que sofre e que em seu sofrimento lança imprecações.

Ontem era forte e formoso; era o orgulho de seus pais, que têm agora o desencanto no coração, porque, minado por um mal que não perdoa, temem perdê-lo. O jovem sente como que escapar-se-lhe a vida: adeus saúde, adeus vigor, adeus anelos de esperança, adeus projectos acariciados com entusiasmo infantil, adeus amor.

O jovem sente uma rebeldia: «Por quê, porque razão? Não tenho eu também direito à vida? Como pode um Deus bom consentir que eu sofra tanto? Deixar-me morrer? Que mal fiz eu?»

Quantos sois, ó filhos e filhas? Quantos de vós haveis mudado o rosto, quantos de vós desencadeais a ira dentro dos

ACÇÃO ANTIBIÓTICA
COM REFORÇO DAS
DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

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

IMUNOBIÓTICO-E

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

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA + 0,25 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (INFANTIL)

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 1 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (FORTE)

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

DEPÓSITO EM ANGOLA: JALBER, L.^{DA} - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

vossos corações e tendes a maldição nos lábios?

De vós especialmente nos quiséramos aproximar; quisémos poisar docemente a Nossa mão sobre as vossas frentes abraçadas de febre. Quiséramos com infinita ternura, murmurar ao ouvido de cada um de vós: ó alma angustiada, porque te revoltas? Deixa cair sobre o negro mistério da dor os raios de luz que irradiam da cruz de Jesus. Que mal havia feito Ele? Olha: talvez à cabeceira da tua cama, na sala do hospital, haja uma imagem de Nossa Senhora. Que mal fez Ela? Ó alma desolada, porque estás sobre a opressão do mal, escuta: Jesus e sua santa Mãe padeceram, decerto, não por suas próprias culpas, senão bem gostosamente e em inteira conformidade com os desígnios divinos.

Perguntaste alguma vez porquê?

Talvez hajás praticado o mal. Reflecte. Talvez hajás ofendido a Deus tantas vezes e de tantas formas. Tu sabes que uma culpa grave faz com que a alma mereça a eterna condenação; tu, ao contrário, ainda vives, sob o olhar misericordioso de Deus, nos braços amorosos de Maria. Ainda que o Senhor estivesse a castigar a tua culpa, não devias, por isso, nem maldizer nem deprimir-te; não eras como um escravo a quem um amo cruel castiga, mas um filho de Deus Pai, que não quer vingar-se, mas corrigir-te. Ele quer que lhe digas: «fiz mal», para te dar o seu perdão, para tornar a dar-te a vida da alma.

Se pelo contrário não tivesse feito nada de mau, se fosses inocente, tão pouco deverias revoltar-te. Com efeito, a ideia do castigo nem sempre explica as enfermidades e desventuras humanas. Recordas o que está escrito no santo Evangelho? Um dia, encontrou Jesus um cego de nascença e, tendo-lhe perguntado os seus discípulos quem tinha pecado, se ele ou seus pais, respondeu: «Nem ele nem seus pais pecaram, mas era necessário que nele se manifestassem as obras de Deus» (João, 9,2-3). Portanto, também as desventuras do inocente são uma manifestação misteriosa da glória divina.

Para te não fatigar com largas reflexões, olha: aí tens a tua Mãe imaculada e santa; tem em Seus braços o corpo exangue de Seu divino Filho. Podes acaso imaginar que a Virgem das Dores lance maldições contra Deus; que lhe pergunte o porquê de tanto sofrimento?

Se aquela Mãe não tivesse visto o seu Filho morrer no meio dos tormentos, não teríamos hoje a redenção, nem nos teria sido possível a salvação.

Por todos vós, amados filhos, que ainda não sabeis dizer o «Amen» da resignação e da paciência, Nós invocamos a bênção de Deus, suplicando-lhe mande um raio da Sua luz às vossas almas para que cesseis de opor-vos com a vossa vontade ao seu pensamento, ao seu querer e à sua acção; para que adquirais a convicção de que a sua divina paternidade continua a ser amorosa e benévola até quando ache necessário usar o cálice amargo da dor.

A ALEGRIA DE SOFRER

2 — Mas nem sempre é assim, amados filhos; nem sempre se trata de almas rebeldes, que murmuram sob a pressão do sofrimento. Há, graças a Deus, almas cheias de resignação à vontade de Deus; há almas serenas, almas alegres; e até almas que buscam positivamente o sofrimento. De uma, em particular, ouvimos um dia a história, no refulgente Ano Santo, quando os Nossos filhos vinham até Nós, em número extraordinário, de todas as partes do Mundo.

Era uma jovem de 20 anos, de origem modesta, a quem o Senhor havia dotado de grande louçania e ao mesmo tempo de grande candura.

Todos, perante ela, se sentiam fascinados, porque espargia em derredor o perfume de uma vida incontaminada. Um dia, porém, concebeu o temor de poder chegar a ser ocasião de pecado, e dele tendo como que uma certeza interior, foi receber Jesus e, num ímpeto de generosidade, pediu ao Senhor lhe tirasse toda a beleza e até a própria saúde. Deus ouviu-a, aceitando a oferta daquela vida pela salvação das almas. Nós sabemos que ainda vive, embora ardendo e consumindo-se como lâmpada viva diante do trono da justiça e do amor de Deus. Ela não maldiz, não murmura. Não pergunta a Deus: «Porquê?». Tem sempre osorrido nos lábios, enquanto em sua alma conserva perene a calma e a alegria.

Haveria que perguntar-lhe porque aceita o sofrer, por que goza com ele, por que procurou os sofrimentos. E como a ela, haveria também que fazer a mesma pergunta a milhares de almas que oferecem a Deus um silencioso holocausto.

O SOFRIMENTO À LUZ DA FÉ

3 — Amados filhos e filhas! Se todo o Universo, ante o vosso olhar lânguido de enfermos, se reduz, tétrico e pesado, ao estreito espaço de uma habitação, à luz da fé adquire súbitamente as suas imensas dimensões.

A fé não vos fará certamente amar os sofrimentos em si mesmos mas far-vos-á entrever por quantos fins nobilísimos pode ser serenamente aceite e até desejada a enfermidade.

Aquele homem tem muitas culpas a expiar, ou pelo menos tem manchas na sua alma: o sofrimento o purificará. Aquela mulher jovem era já muito boa, mas não tinha essa fortaleza tão necessária a quem deve ser esposa e mãe: o sofrimento foi para ela como fogo que lhe deu ténpera, conferindo-lhe grande fortaleza.

Tu próprio, talvez desejeaste o martírio: tinhas anelado que se te oferecesse a ocasião de sofrer por Jesus: dá glória a Deus: esta aflicção do teu corpo é como uma efusão de sangue, é uma forma real de martírio. E tu não queres porventura assemelhar-te a Jesus? Não queres transformar-te nele? Não queres ser para Ele instrumento de vida? Na enfermidade podes descobrir a cruz e estar cravado nela, para morreres em ti mesmo, a fim de que seja Ele quem viva, servindo-se de ti. Quantos de vós, amados filhos, quereíeis poder ajudar Jesus a salvar almas!

Pois, ofereci-lhe os vossos sofrimentos segundo todas as intenções pelas quais Ele se imola continuamente nos altares. O vosso sacrifício, unido ao sacrifício de Jesus, fará regressar ao Pai muitos pecadores; muitos infiéis encontrarão a fé verdadeira: muitos cristãos debeis alcançarão força para viver integralmente segundo a doutrina e a lei de Cristo. E no dia em que se descubra no céu o mistério da Providência na economia da salvação, conhecereis finalmente de quantas coisas vos é deverdor o mundo dos sãos.

E, com isto, de vós Nos despedimos, amados filhos e filhas. Pedimos a Jesus, o amigo dos que sofrem que fique a vosso lado, que continue a morar em vós. Pedimos à Virgem Imaculada, vossa amantíssima Mãe, que vos conforte com o seu sorriso e vos proteja sob o seu manto.



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

Sociedade Internacional de Hidrologia Médica

Foram designados para representarem Portugal no Congresso da Sociedade Internacional de Hidrologia Médica, realizado em Vichy e em Paris, de 24 a 27 do mês findo, o Prof. Mário Rosa e os Drs. Amaro de Almeida e Marques da Mata, que seguiram como bolseiros do Instituto de Alta Cultura, os dois primeiros, e como representante da Direcção-Geral de Saúde, o último.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA

Realizou-se no dia 25 de Junho passado, mais uma sessão da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, tendo falado em primeiro lugar o Dr. Adolfo Coelho, para apresentar um caso de favismo. Doença muito frequente em certas regiões da bacia mediterrânica, sobretudo na Sardenha e Calábria, é rara entre nós, pois o caso do Dr. Adolfo Coelho é o sexto publicado no nosso país. Após exposição do caso minuciosamente estudado, o conferencista discutiu as várias teorias patogénicas, mostrando a sua inclinação para aceitar um mecanismo tóxico, facilitado por um factor constitucional, salientando, contudo, as numerosas incógnitas que ainda hoje apresenta o favismo.

Seguiu-se o Prof. Aires de Sousa, cuja comunicação se intitulava «Historiografia». Começou por definir a historiografia como sendo uma radiografia directa de um corte estológico, portanto, de estruturas de muito pequenas dimensões e cujas imagens só podem ser estudadas em fortes ampliações, por processos ópticos. Mostrou, depois, as diferenças fundamentais entre este método e a autoradiografia, definindo, também, os objectivos da microradiografia qualitativa e da microradiografia quantitativa.

Referiu-se, ainda, a aspectos essenciais da técnica historiográfica e, quanto ao valor do método, que pela primeira vez se pratica em Portugal, disse que se deve a um notável fisiologista americano a afirmação de a historiografia constituir uma das maiores conquistas em matéria de investigação nos últimos tempos. O Prof. Aires de Sousa, que documentou o seu trabalho com historiografias da pele, pulmões, e rede capilar, dos músculos e do rim, bem como dos canaliculos e capilares biliare, occupou-se, por fim dos resultados pessoais da microcolangiografia, ainda não tentada por nenhum investigador.

★

No dia 30 de Julho findo, efectuou-se a última reunião do presente ano académico, daquela Sociedade, tendo presidido à sessão, como na anterior, o Prof. Mário Moreira. Falou em primeiro lugar o Prof. J. Moniz de Bettencourt que apresentou um trabalho em que chama a atenção para o interesse do diagnóstico da estenose tricuspida, desde que se verificou ser esta doença susceptível de correcção cirúrgica. O conferencista reviu os dados da literatura sobre o assunto e apresentou quatro casos pessoais, que analisou sob os vários aspectos, clínico, radiológico, electrocardiográfico, fonocardiográfico, flebográfico, etc. Falou, depois, o Dr. Paulo No-

gueira, para apresentar um caso, o primeiro por ele observado, de granuloblastoma submucoso do estômago, de que descreveu a história clínica e os resultados dos exames laboratoriais e radiológico, mostrando como o diagnóstico foi confirmado pelo exame anátomopatológico da peça operatória.

Entrando-se na segunda parte da ordem da noite, a assembleia aprovou o relatório e as contas da direcção, apresentados pelos Drs. Gomes de

Oliveira e Alfredo Franco, respectivamente secretário-adjunto e tesoureiro.

Por fim, foi eleita a direcção para o biénio de 1954-56, que ficou assim constituída:

Presidente, Prof. Mário Moreira; vice-presidentes, Profs. Rocha Pereira e Vaz Serra; secretário-geral, Dr. Gomes de Oliveira; secretários-adjuntos, Prof. Arsénio Cordeiro e Dr. Adolfo Coelho; tesoureiro, Dr. Alfredo Franco.

SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»

DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-KAPA

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-TIAZOL

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

MAIS UM PASSEIO DO GRUPO HIPOCRATO-GALÉNICO

(H. G. S.^{to} A. — Serviços Mixtos 5)

Este grupo, cujo chefe é o Dr. José Aroso, todos os anos costuma organizar um passeio turístico-cultural e o deste ano, o sexto passeio, constou duma visita às Termas do Gerês e região geresiana.

Pelas 11 horas de domingo, 19 de Setembro, começaram a chegar os automóveis que transportavam os elementos do grupo e que foram recebidos junto ao Hospital Termal, isto é, à entrada da povoação, pela Direcção clínica e alguns elementos da Gerência, da importante Empresa.

A visita começou, exactamente, pelo Hospital Termal, o único no género em Portugal e cujo fim é receber doentes hepáticos pobres, que não pertençam à região. Está bem montado, tem muito boa situação e presta grandes serviços. É patrocinado pela Assistência.

Acabada a visita, seguiram para o estabelecimento termal, embora um pouco antiquado, mas cumprindo a sua missão. É aqui que se aplicam os tratamentos eléctricos, os banhos de imersão e duches e também onde se faz a Consulta clínica e a inscrição nos tratamentos.

Depois seguiu-se para a sala de Cinema onde o Dr. Celestino Maia, director clínico das Termas, fez uma magistral lição, resumindo a história das águas, desde a época romana, e contando os benefícios delas, os tratamentos, as indicações e contra-indicações e apresentando casos especiais da sua clínica termal, atestando algumas das suas afirmações.

Terminada e muito apreciada esta lição, resolveu-se continuar as visitas após o almoço, porque já era um pouco tarde. O sinal do almoço foi bem vindo porque os estômagos, estimulados pelo passeio e pelos ares aperitivos, reclamavam *carvão* necessário às combustões orgânicas; todos seguiram para o Hotel do Parque onde uma esplêndida refeição, em qualidade e quantidade, foi servida e muito saboreada pelos comensais. Não faltou o apetite nem a boa disposição durante todo o almoço. Aos lados do Dr. José Aroso, na mesa da presidência, estavam os membros da Direcção clínica das Termas, convidados de honra à mesa do grupo médico. Houve os clássicos brindes.

Não devemos esquecer que as senhoras, esposas dos médicos do grupo, davam ao conjunto a nota de delicadeza e graciosidade.

Terminada a refeição e fumado um cigarro, começaram os preparativos para a parte turística do passeio. A caravana automóvel, guiada por um guarda florestal em motocicleta, começou a trepar a estrada da montanha, a galgar bocados bem íngremes, em voltas apertadas, muito sinuosas, descobrindo, aos olhos dos turistas, panoramas cada vez mais amplos e sempre deslumbrantes. A luz do sol ajudava a pôr em destaque as linhas do horizonte; via-se até uma

grande distância. De repente, o guarda parou diante dum prédio pequeno, elegante, rodeado por sebe e jardim. Ao fundo, a rocha e o arvoredo da montanha, que ainda se elevava. O prédio estava isolado e as letras M. N., impressas na frontaria, indicavam que se tratava de moradia dum guarda florestal. Esta casinha fora o retiro de férias onde vivera o grande pintor portuense Artur



Alto de Leonte. Casa do guarda florestal, onde morreu Artur Loureiro

(Foto Nunes de Almeida)

Loureiro, que aí falecera em 1932, e que, todos os que habitam no Porto, tão bem conheceram a trabalhar no seu atelier do extinto Palácio de Cristal. Foi um fanático pela região geresiana e muito contribuiu, com os seus quadros, para fazer a propaganda da encantadora serra do Gerês. No interior, habitação dum guarda florestal, há a notar um pequeno esboço, inacabado, que Artur Loureiro tinha feito na véspera do seu falecimento e ficou por terminar. Esse esboço representa um recanto, nas trazeiras da casinha, onde há árvores e rocha. Os amigos e admiradores do pintor colocaram, neste mesmo rochedo, um medalhão com o perfil do mestre e uma placa com a dedicatória, ficando assim a última homenagem, ligada ao motivo da sua última obra e esta, ligada à região geresiana, que o velho pintor tanto adorava.

Este ponto que se visitou é chamado o alto de Leonte.

Prosseguiu o passeio numa estrada, a descer, que, em curvas sinuosas e sob um docel de ramagem de árvores antigas, conduziu a fila automóvel, através da mata, até Albergaria, onde se encontram os «Viveiros das Trutas» que aqui se criam. Os ovos das fêmeas, espremidos, são exportados para a dependência de Vila do Conde onde, cultivados, vão povoar, artificialmente, os nossos rios, capazes para este peixe.

Os viveiros são dois lagos, um mais alto do que o outro, donde a água se escoia para o inferior, através dum crivo.

As trutas são muito vorazes por carne ou peixe de modo que, apresentando-lhes um pouco de carne, elas saltam e vêm comê-la à mão. E apresentando-lhes somente o dedo, é fácil apanhar uma forte mordedela, se a truta é grande.

A caravana segue agora por uma das mais belas estradas de montanha da serra, sempre sob um túnel de arvoredo florestal, ladeando o rio Homem, primeiro um riacho, quase sem água, e depois alargando-se, para tomar os forbs de rio. Essa estrada passa por Bargiela e vai até à Bouça da Mó, onde há uma habitação dos Serviços Florestais.

Pelo caminho encontram-se, de vez em quando, alguns *marcos miliários* romanos que indicavam, então, a via romana, que seguia da Bracara Augusta (Braga) até Astorga. Abundam nesta região os medronheiros que, agora, estavam em flor e um pouco atrasados no fruto mas, em anos mais quentes, de verão normal, estariam cobertos pelo frutrubro, o que tornaria o panorama ainda mais belo. Mas tal como estava ainda era encantador e a vista espriava-se, deleitava-se, qualquer que fosse o ponto visado.

Do termo da estrada avista-se, ou antes adivinha-se, a povoação de Vilarinho, na outra margem do rio Homem, atravessado por uma velha ponte, *en dos d'âne*. Este panorama, tornado ainda mais belo pelo sol poente, deixou em todos uma viva recordação, assim como todo o passeio feito até então, com a mata, a vegetação luxuriante da floresta e as margens do rio Homem, como seus acessórios de beleza.

O grupo regressou às Termas. O Director clínico mostrou a nascente mais conhecida, a *Bica*, onde a água sai por várias fendas, na muralha da rocha; e outras nascentes, cuja água, canalizada, vai alimentar o pavilhão dos gargarejos.

Não houve tempo para passear mais; eram perto de 18 horas e os aquistas da Estância já passeavam as águas preparando-se para o jantar. O Grupo Hipocrato-Galénico despediu-se e cada carro seguiu o seu destino, consoante as conveniências. Mas todos trouxeram uma recordação muito grata da digressão e ficaram muito lisonjeados com a amabilíssima recepção que a Empresa e a Direcção clínica lhes fez e as atenções e facilidades de que os rodeou.

No regresso, alguns elementos da caravana, visitaram as obras da monumental barragem da Caniçada, paradas por ser domingo, mas onde se nota o grande esforço da Direcção dessa empresa.

As pontes sobre o rio Gerês e sobre o Cávado são duas notas que honram a Engenharia nacional.

NEUTRAFIL

Bial

- **INJECTÁVEL**
DIIDROXIPROPILTEOFILINA 0,3 g
Per ampola de 3 cm³
- **SUPOSITÓRIOS**
DIIDROXIPROPILTEOFILINA 0,5 g
Per supositório
- **COMPRIMIDOS**
DIIDROXIPROPILTEOFILINA 0,15 g
Per comprimido



ASMA BRÔNQUICA. DISPNEIAS
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
ANGOR. ENFARTE DO MIOGÁRDIO

OLIGÚRIAS. EDEMAS

O SEGURO NA DOENÇA

A situação trágica da classe médica na Alemanha

O corpo médico alemão vive actualmente uma crise grave. Contam-se na Alemanha Ocidental 63.000 médicos; recordemos que o seu número era de 44.000 para o conjunto do território antes do início da segunda guerra mundial. Nas universidades há ainda 20.000 estudantes de medicina; em relação ao número de habitantes a Alemanha tem duas vezes mais estudantes de medicina que os Estados Unidos.

Em 1953 os alemães completam cerca de 70.000 médicos. 32.000 ocupam-se nos cuidados do seguro de saúde; dispõe-se actualmente de 1 médico para cada 600 beneficiários, contra mil há alguns anos atrás. 25.000 médicos são funcionários; entre estes é necessário pôr 17.000 médicos assistentes nos hospitais, dos quais 8.000 somente recebem honorários convenientes. Os outros assistentes gozam, em certos hospitais, unicamente do alojamento ou da alimentação e eventualmente de uma gratificação que pode oscilar entre 30 e 40 francos suíços. Na maior parte dos casos, o jovem assistente deve ocupar-se de um trabalho além das horas de presença indispensáveis ao exercício da sua arte; será guarda nocturno, músico de orquestra, etc. Esta plétora do corpo médico provém por um lado da presença de numerosos médicos refugiados, por outro lado, por exigências militares, no decurso da última guerra, que exigiram a formação de numerosos médicos destinados a serem enviados para a frente. Esta plétora atinge sobretudo o jovem assistente, o médico prático e o médico rural; a situação do especialista é um pouco melhor.

Segundo uma estatística estabelecida pelas associações profissionais dos médicos os proventos mensais líquidos médios, para o conjunto dos médicos é de 277 francos suíços.

É necessário lembrar que 82 % da população está segura pelas caixas de saúde do Estado, 5 % não beneficia de nenhuma assistência, enquanto que o remanescente está seguro em caixas particulares.

O cliente privado é uma raridade, o que explica que os proventos médicos dependem unicamente dos seguros sociais do Estado.

O médico prático, por força das disposições legais, recebe por trimestre e por doente 2,5 a 4 francos, seja em média 3,5 francos. Esta tarifa é fixa, quer dizer que ao médico será paga seja por uma consulta banal, tal como um único curativo para pequeno ferimento de um dedo, quer por 10 consultas necessárias para o tratamento de uma pneumonia. O médico não é autorizado a utilizar o seu carro a menos que o domicílio do doente esteja afastado mais de 2 quilómetros do médico; neste caso ser-lhe-á concedida uma indemnização de 1 quilómetro e meio. Se, por exemplo, o doente que padece de

uma pneumonia habita a 1,9 quilómetros do domicílio do médico, o simples trajecto em carro que deverá fazer por diversas vezes, custar-lhe-á muito mais que os 3,5 fr. abonados pela caixa.

O médico não pode recusar-se a tratar o doente, porque fica em conflito com a lei; por outro lado, a concorrência intensa, que existe entre os médicos das caixas, obriga o médico a cuidar não importa que doente, se lhe interessa conservar a sua clientela. Chega-se assim ao

seguinte paradoxo: o médico prático não recebe praticamente nada se tem de tratar um beneficiado gravemente doente, enquanto que ele poderia eventualmente safar-se financeiramente num doente cujo padecimento é de pouca importância. Mas se a afecção é pouco importante, terá de haver-se com os peritos das caixas que perguntarão se existe realmente uma afecção neste doente.

A guerra e as suas consequências aumentaram de maneira notável a morbilidade em toda a Alemanha e os alemães adoecem muitas vezes, em todo o caso muito mais do que antes da guerra. Daí resulta que o médico trabalha duas vezes mais que antes da guerra por um salário quase idêntico. Por outro os seus gastos aumentaram; o carro é hoje tão necessário como o telefone, a aparelhagem médica aumentou 200 a 230 %.

O médico alemão tem de trabalhar ininterruptamente para conseguir viver. O horário de um médico rural ou da cidade começa às 9 da manhã e termina às 11 da noite. Duas vezes por semana atende o serviço nocturno. Trabalhando 17 horas por dia o médico poderá ganhar 800 a 1.000 francos por mês, soma com o qual tem de ocorrer às suas despesas.

A situação de um jovem médico que abre consultório é verdadeiramente desesperante.

Preocupados com esta situação inverosímil da classe médica, os dirigentes das caixas estudam os modos de a obviar. Pensam que será necessário ter em conta os proventos dos beneficiários e que se poderá autorizar os médicos a aumentar os seus honorários segundo os proventos do seu doente. Acima de certa garantia de rendimento, que não foi marcada, os beneficiários seriam afastados das caixas e obrigados a tornarem-se, em caso de doença, clientes particulares. Citam-se numerosos casos em que o doente, muito rico, vem ao seu médico num «Mercedes», apresenta os seus protocolos de doença e dispende a quantia de 3,5 francos por trimestre qualquer que seja o número de consultas que beneficie.

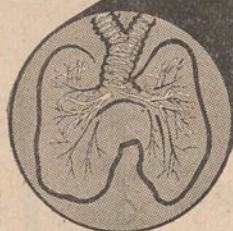
Não obstante estas tendências, manifestadas no seio de certas associações, é necessário atender também à corrente política que deseja a socialização completa do sistema de segurança social e já se ouvem vozes pedindo a socialização da indústria farmacêutica.

Parece-nos interessante descrever a situação da classe médica alemã tal como as observações objectivas no-la apresentam; deve constituir um aviso para os médicos de outros países tentados a caminhar para o Seguro na doença. Conhece-se a tendência dos dirigentes do Seguro para uniformizar as tarifas das consultas.

(«Santé Publique»)

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

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

ACADEMIA DAS CIÊNCIAS

Sob a presidência do Prof. Egas Moniz, reuniu-se no dia 15 de Julho findo, a Classe de Ciências da Academia das Ciências de Lisboa, tendo o Prof. Reynaldo dos Santos, que, naquele dia, tomava posse do lugar de sócio efectivo, usando da palavra para fazer o elogio do Prof. Moreira Júnior, seu antecessor, cuja cadeira ocupou. Depois de descrever, a largos traços, a actividade do clínico, declarou que ele, orador de extraordinários dotes, teria hoje, talvez, de esconder a sua eloquência. O colonialista, o professor, o político, o industrial, o economista, entraram na composição dessa alta e estranha individualidade que, em todos os sectores, atingiu os cumes. Personalidade de múltiplas actividades, exerceu-as com paixão, com a sua paixão habitual. Seria um erro de perspectiva histórica e de senso crítico considerar Moreira Júnior à luz do critério actual. O conceito universalista do humano, deu-lhe raro fulgor e excepção prestígio.

Ao terminar, o Prof. Reynaldo dos Santos acentuou uma qualidade rara do Prof. Moreira Júnior: a ausência absoluta de inveja.

Depois do Prof. Egas Moniz ter feito o elogio do orador, seguiu-se no uso da palavra o Prof. Almeida Lima, que apresentou uma «Contribuição para a avaliação da electroencefalografia como método auxiliar no diagnóstico dos tumores cerebrais», acompanhada de numerosas projecções. Após algumas considerações sobre o diagnóstico neurológico, fez uma exposição resumida dos princípios fundamentais do processo que permite registar os fenómenos eléctricos cerebrais, vulgarmente denominados electroencefalografia. Chamou a atenção para as limitações do método, impostas tanto pelas condições técnicas como pela natureza do fenómeno estudado.

Apresentou algumas observações de doentes portadores de tumores

cerebrais e fez a comparação do valor diagnóstico entre os métodos auxiliares usados correntemente, a ventriculografia, a angiografia cerebral e a electroencefalografia.

Disse que a sua experiência está de acordo com os autores estrangeiros, que afirmam que a electroencefalografia é apenas útil como auxiliar de outros métodos de diagnóstico de localização dos tumores cerebrais.

Concluiu, que no estado actual dos nossos conhecimentos, a electroencefalografia tem maior valor clínico no diagnóstico precoce dos tumores cerebrais do que na sua localização.

*

No n.º 154 de «O Médico», de 12 de Agosto, na notícia que se referia à brilhante lição que o nosso distinto colaborador, Prof. Egas Moniz, havia proferido na Classe de Ciências da Academia das Ciências, subordinada ao título «A leucotomia está em causa», saiu uma «gralha». Assim, umas três linhas do final no primeiro período e umas quantas outras do começo do segundo foram repetidas, sem que de tal nos tivéssemos apercebido, senão após a saída daquele número do nosso jornal.

Que nos desculpem os nossos leitores, a repetição daquela meia dúzia de linhas, que, felizmente, nada tiraram ao valor do assunto versado.

Ao nosso Amigo e ilustre colaborador, Prof. Egas Moniz, apresentamos-lhe, também, as nossas desculpas.

Prof. Oscar Aníbal Ytoiz

De visita ao nosso País, encontra-se em Lisboa o Prof. Oscar Aníbal Ytoiz, da Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires, antigo presidente da Junta Central da Acção Católica Argentina e actual Presidente da «Agrupación de Profesionales y Estudiantes Católicos» daquele país.

III Congresso Internacional de Broncoesofagologia

Patrocinado pelo Governo português, através do Instituto de Alta Cultura, e pela *International Bronchoesophagological Society*, reunir-se-á em Lisboa, nos dias 10 a 13 do corrente, o III Congresso Internacional de Broncoesofagologia, cuja sessão inaugural, a que presidirá o sr. Ministro da Educação Nacional, se realiza no dia 11, pelas 11 horas.

Nesta importante reunião, cujas sessões se efectuarão no Instituto Português de Oncologia, tomam parte um numeroso grupo de colegas, em representação de catorze países.

É presidente de honra do Congresso o Prof. Lopo de Carvalho e a comissão organizadora é constituída pelos Drs. Alberto Luís de Mendonça, Francisco Calheiros, António da Costa Quinta e Lopo de Carvalho, Filho, sendo as línguas oficiais o português, o espanhol, o francês, o italiano, o alemão e o inglês.

Desastres

Em Odemira, durante uma corrida de toiros realizada naquela vila, no dia 13, do mês findo, um dos camarotes da praça abateu, arrastando na queda três médicos que, nele se encontravam instalados a assistir ao espectáculo.

As consequências do acidente, porém, não atingiram as proporções que se receavam. Foram retirados dos escombros seis feridos, dos quais apenas três apresentavam ferimentos de certa gravidade — os Drs. António de Figueiredo, Fernando dos Santos Agudo e Fortunato Simões dos Santos. O primeiro, natural daquela vila, é médico em Lisboa, e estava ali a passar as férias. Transportados ao hospital da Misericórdia local, onde receberam tratamento, seguiram imediatamente para o local do acidente ferroviário da linha do Algarve, tendo, até, recusado hospitalização, a fim de poder acompanhar os colegas nessa missão, o Dr. António de Figueiredo.

*

No cruzamento da estrada de Arraiolos com a da Circunvalação, próximo das Portas da Lagoa, embateram no dia 17 do mês findo, dois automóveis de matrícula estrangeira, um deles guiado pelo seu proprietário, o Dr. Jaques Latast, médico em Paris, que apenas sofreu pequenas escoriações.

*

No dia 19 do mês passado, perto de Montemor (Coimbra), em consequência dum derrapagem, voltou-se um automóvel no qual seguiam, além de outras pessoas, o Dr. Luís Moura, médico em Lisboa, o qual apenas sofreu ligeiros ferimentos.

MARTINHO & C. L.

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

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

A VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 24 de Setembro a 3 de Outubro)

Dia 24 — Parte para Madrid, onde vai tomar parte na XIII Conferência Internacional contra a Tuberculose, que ali se reaximo, o Dr. Mário Damas Mora, médico-chefe da Junta de Província da Estremadura, de que é representante e delegado de Portugal a essa reunião científica. Terminados os trabalhos nesta conferência seguirá para Barcelona, para assistir à Conferência Internacional de Alergia.

— Informam de Setúbal que se procedeu à demarcação da área e outros trabalhos preliminares da construção do novo Hospital Regional, a erigir no sítio dos Pinheirinhos, obra para que contribuiu com 4.000 contos a empresa Sapec, tendo o Estado participado com a restante verba. Os trabalhos iniciar-se-ão muito em breve.

26 — Publica-se no «Diário do Governo um decreto que adita um parágrafo ou art.º 3.º do decreto n.º 36.974 que promulga o regulamento da produção, tratamento e distribuição de leite para consumo público directo. O aditamento a que se refere o presente diploma é o seguinte:

«Art.º único. É aditado ao art.º 3.º do decreto n.º 36.974, de 17 de Julho de 1948, o seguinte parágrafo: § 4.º. É permitida a normalização do teor butíroso do leite comum para os limites fixados na alínea b) deste artigo, desde que se efectue nos postos que exerçam funções de concentração ou nas centrais leiteiras e pasteurizadoras».

— Partem para os Estados Unidos veterinários da Junta Nacional dos Produtos Pecuaríes que, na qualidade de bolsiros da Academia das Ciências de Washington e do Conselho de Investigações da U. S. A. vão realizar estudos e trabalhos de patologia veterinária e zootécnica e carnes, durante 1 a 2 anos, no Estado do Texas.

— De Espanha, onde foi representar o nosso País no III Congresso Hispano-Lusitano de Dermatologia, regressa a Coimbra o Prof. Mário Trincão.

27 — Informam de Lisboa que o Dr. João de Oliveira Campos, director do serviço de anátomo-patologia, vai tomar parte na XIII Conferência da União Internacional, que se realiza em Espanha.

27 — Chega a Lisboa, acompanhado de sua esposa, o Dr. Adriano Seabra Veiga, sobrinho do grande banqueiro português no Brasil, sr. Ricardo Seabra, que vem passar algum tempo em Portugal. Aquele médico, que se encontra nos Estados Unidos há cinco anos, é uma figura de grande relevo nos meios científicos norte-americanos, sendo membro do «American College» dos especialistas do tórax; do «American Trudeau Society» e de outras instituições científicas, sendo os seus trabalhos muito con-

siderados na América do Norte, apesar de ser ainda bastante novo.

Uma das missões que o traz a Lisboa, liga-se com o desejo de se avistar com o Prof. Francisco Gentil, com quem tratará da possibilidade de criar entre nós uma delegação do Colégio Internacional de Cirurgões. Em Lisboa apresentará uma comunicação sobre «O contróle de secreção brônquica na cirurgia torácica», e em Barcelona, no Congresso Internacional de Cirurgia Torácica, falará sobre «O cancro do pulmão».

28 — Chegou a Lisboa, em viagem para Barcelona, o grande oftalmologista espanhol, Prof. Hermenegildo Arruga.

30 — Encerra-se a matrícula do curso de Medicina Sanitária do Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

2 — Parte para Barcelona o Dr. Adriano Seabra Veiga que vai participar no Congresso dos Especialistas do Tórax.

— Dizem de Mesão-Frio que o cortejo de oferendas, aí realizado, rendeu mais de 60 contos a favor do Hospital local.

— Informa a Imprensa diária, sobre o Hospital da Cuf, de Lisboa, que há anos, que funciona modelarmente o Hospital da C. U. F., construído pela Caixa de Previdência do Pessoal daquela importante Empresa que o mantém, embora para atenuar tão grandes encargos, recebe doentes estranhos àquela organização.

Parece, contudo, e só agora isso veio a público, que aqueles organismos não podem pelos seus regulamentos, fazer explorações de tal género, quer dizer, com intuídos lucrativos ou mesmo prestar assistência naquelas condições. Consequentemente, a Direcção do Hospital foi notificada no sentido de cessar dentro de dois meses, semelhante actividade, como dependência da Caixa de Previdência, embora esta o possa negociar. O pessoal foi avisado do que se passa e a Direcção da C. U. F. está em negociações para adquirir aquele estabelecimento hospitalar, desde que as condições de venda sejam aceitáveis. Compete ao Estado, como entidade superior das Caixas fixar o preço da venda e se não se chegar a acordo o Hospital da C. U. F., deixará, portanto, de existir até que posteriores resoluções sejam tomadas.

Idêntico critério foi adoptado para uma tipografia, que também é propriedade daquela Caixa de Previdência.

— De Lisboa segue para Espanha, depois de dois dias de visita ao nosso País, o Dr. Roelinton Burjon Khambatta, especialista em Cardiologia no Hospital Civil de Carachi e professor daquela especialidade no «Dow Collegge Medicine», da mesma cidade do Paquistão, assim como do Hospital Americano. Depois de ter tomado parte no Congresso Internacional de Cardiologia, que se realizou em Washington, onde apresentou uma comunicação sobre «Os problemas da hipertensão arterial no Paquistão», o Dr. Khambatta vai agora participar nos trabalhos do Congresso dos Especialistas do Tórax, em Barcelona, na sua qualidade de membro do «Comité»

Executivo do «American College o Chest Physicians».

Momentos antes do seu embarque, o Dr. Khambatta aludiu às enormes dificuldades dos problemas da saúde pública no Paquistão, onde diariamente chegam forasteiros de todos os pontos da Índia.

«Carachi — disse-nos o nosso entrevistado — tinha, em 1947, 300.000 habitantes; hoje, a sua população é de 1.500.000... Os problemas resultantes da tuberculose, da febre tifóide e de outras doenças são fáceis de avaliar. O Governo do Paquistão, porém, com a colaboração da Organização Mundial de Saúde, promoveu a vacinação em massa com a B. C. G., e a situação começou a melhorar consideravelmente».

Estrangeiro

Realizou-se em Madrid o 13.º Congresso da União Internacional contra a Tuberculose. A sessão inaugural preside o generalíssimo Franco e assistem os Ministros do Interior e Educação Nacional.

Estão presentes dois mil delegados, representando cinquenta nações. Assistem ao Congresso três titulares do «Prémio Nobel» da Medicina: o Prof. Waksman, que descobriu a «Estreptomina»; o professor alemão Domagke e o professor sueco Lehmann.

Uma homenagem particular foi prestada, no final da sessão inaugural da 13.ª Conferência da U. I. C. T., pelos organizadores desta última, ao professor brasileiro, Manuel de Abreu, que presidira à reunião anterior, e ao professor português Lopo de Carvalho, iniciador dum novo método de exploração do aparelho circulatório, conhecido pelo nome de «Angiocardiologia». O professor Lopo de Carvalho foi saudado com grande entusiasmo pelos seus colegas espanhóis, que assim quiseram exprimir-lhe a sua opinião, pelo facto de o Prof. Lopo de Carvalho ter, insistentemente, recomendado a admissão da Espanha na U. I. C. T.

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

Por seu lado, o Prof. Manuel de Abreu, grande partidário de um exame periódico por via radioscópica, das populações inteiras, afirmou, numa conferência de Imprensa, que o perigo principal da propagação da tuberculose, era o «caso desconhecido», isto é: aquele que escapa a todos os meios de inspecção.

O sábio brasileiro declarou-se partidário da instalação obrigatória nas praças mais frequentadas dos grandes centros urbanos, de postos de observação antituberculosos, equipados com aparelhos radioscópicos, aperfeiçoados, e concluiu:

— No decorrer da sessão solene de abertura do Congresso, o Chefe do Estado espanhol, condecorou, com a Ordem Civil

DIGITALINA MIALHE

(SOLUÇÃO MILESIMAL DE DIGITALINA CRISTALIZADA)

SUPERIORIDADE INCONTÉSTÁVEL SOBRE TODAS AS PREPARAÇÕES
DE DIGITALIS PURPÚREA

ESTABELECIMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

de Saúde Pública, o Prof. Gehrard Domagk, Prémio Nobel e inventor do «prontosil»; o Prof. Selma Waksman, Prémio Nobel, descobridor da «Estreptomina»; e o Prof. sueco George Lehmann, Prémio Nobel e inventor do «P. A. S.», assim como o Prof. brasileiro Manuel de Abreu, iniciador da foto-radioscopia, presidente da 12.ª Conferência da «U. I. C. T.».

—Morreu o Prof. W. Hubner, cardiologista alemão de nomeada internacional.

AGENDA

Portugal

Em 24 de Outubro realizam-se cortes de oferendas a favor dos Hospitais locais, em Águeda e em Sangalhos. Quer numa quer noutra destas terras a azáfama preparatória é grande.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 23/IX a 28/IX/1954)

23/IX

Dr. Manuel Alberto Ruela de Almeida do serviço de dermatologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa — prorrogada até ao fim deste mês a deslocação ao estrangeiro, em missão oficial do Instituto de Alta Cultura.

25/IX

Dr. Manuel Altuto Ruela de Almeida Ramos — nomeado, até ao fim do corrente ano, interno do internato complementar do Serviço de Sangue dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

27/IX

Dr. João de Oliveira Campos, director de serviço de anatómo-patologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa — autorizado a deslocar-se a Espanha, fazendo parte da delegação do Subsecretariado de Estado da Assistência Social à XIII Conferência da União Internacional contra a Tuberculose, que se realizará em Madrid.

28/IX

Dr. Joaquim da Silva Godinho — nomeado definitivamente, para o cargo de professor auxiliar da Escola Superior Colonial.

— Dr. Francisco Maria Melquiades da Cruz Sobral, médico da Federação das Caixas de Previdência — contratado para a prestação de serviço no Instituto de Medicina Tropical no cargo de assistente da cadeira de Higiene e Climatologia e Geografia Médica, indo ocupar o lugar vago em virtude de o Dr. Carlos Alberto Plácido de Sousa ter sido admitido para o lugar de assistente da cadeira de Bacteriologia e Virulogia do mesmo Instituto.

Dr.ª Ada Reis

Com demora de alguns dias, esteve no nosso País a Dr.ª D. Ada Reis, Presidente da Associação das Médicas norte-americanas, que estudou, com as médicas portuguesas, a fundação, em Portugal, de uma organização idêntica à de que é presidente. Partiu, depois, para Itália, a fim de participar no Congresso Internacional das Médicas.

Partidas e Chegadas

Prof. Reynaldo dos Santos

Regressou a Lisboa, vindo de S. Paulo, o Prof. Reynaldo dos Santos, que ali presidiu à delegação portuguesa ao Congresso Internacional de Estudos Luso-Brasileiros.

Prof. Carneiro de Moura

Partiu para a Alemanha Ocidental, para um estágio na clínica do Prof. Boeminghaus, em Dusseldorf, o Prof. Carneiro de Moura.

Prof. Arsénio Cordeiro

Partiu para Nova Iorque, onde foi representar a Sociedade Portuguesa de Cardiologia no II Congresso Mundial da especialidade, efectuado em Washington, o Prof. Arsénio Cordeiro, que ali apresenta os resultados das investigações realizadas no Serviço de Cardiologia do I. P. O., sobre «Recidivas reumáticas após a cirurgia mitral».

Prof. Vítor Fontes

Regressou de Estocolmo o Prof. Vítor Fontes, que, em representação do nosso País, foi àquela cidade tomar parte na reunião do grupo europeu da O.M.S.

Dr. Arnaldo Rodo

Em missão oficial, partiu para Itália e Suíça, o Dr. Arnaldo Rodo, que vai tomar parte no III Congresso Internacional de Paralisia Infantil e no VI Congresso de Ortopedia e Traumatologia, os quais se realizaram, respectivamente, em Roma e Berna.

Dr. Fernando Lacerda

Partiu para os Estados Unidos a fim de tomar parte no XVII Congresso Internacional de Oftalmologia, cujas sessões se efectuam em Nova Iorque e Montreal, o Dr. Fernando Lacerda, que, em seguida, visitará, em missão oficial do I. A. C., as clínicas da sua especialidade em Inglaterra.

Dr. Pinto Harberts

Regressou a Lisboa, após uma viagem de estudo, durante a qual visitou as principais clínicas de ginecologia e obstetrícia da Suíça, Áustria, Alemanha e França, o Dr. Pinto Harberts.

Dr. Abílio Mendes

Partiu para Montpellier, em visita de estudo a diversas clínicas pediátricas, o Dr. Abílio Mendes.

Dr. João Saraiva

Regressou a Lisboa, após visitar diversas clínicas de oftalmologia dos países nórdicos, o Dr. João Saraiva.

Dr. Nuno Cordeiro Ferreira

Depois de ter frequentado as clínicas pediátricas dos Profs. Debré e Le Long, de Paris, e Franconi, de Zurique, regressou a Lisboa, o Dr. Nuno Cordeiro Ferreira.

Dr. Moisés Baião da Silva

Partiu para Paris, onde foi assistir aos congressos de hematologia e transfusões de sangue, o Dr. Moisés Baião da Silva.

Dr. Damas Mora

A fim de tomar parte na XIII Conferência Internacional contra a Tuberculose, onde representa Portugal, partiu para Madrid o Dr. Damas Mora, que, em seguida, se dirige a Barcelona onde assistirá à Conferência Internacional de Alergia.

Dr. Bello Pereira

Em viagem de estudo às principais clínicas da especialidade, partiu para Inglaterra o Dr. Fernando Augusto Bello Pereira, cirurgião dos H. C. L.

FALECIMENTOS

Dr. Aníbal Vilas Boas Neto

Em Marinhãs (Espouende), faleceu o Dr. Aníbal Vilas Boas Neto, assistente da cadeira de Dermatologia da Faculdade de Medicina do Porto.

Autor de vários trabalhos sobre a sua especialidade, principalmente assuntos referentes à lepra, fundou, em tempo, o jornal «Desporto» e foi colaborador assíduo da «Ilustração Moderna».

Faleceram

Faleceu em Caldas da Rainha o antigo «ganadero» Sr. José Filipe Neto Rebelo, que contava 68 anos de idade e era pai do Dr. José Filipe Neto Rebelo, cirurgião dos H. C. L.

— Em Beja, o sr. José Militão Poças de Castro e Sousa, sogro do Dr. Joaquim Júlio Carrusca, coronel-médico e inspector dos Serviços de Saúde da 4.ª Região Militar.

— Em Lisboa, a sr.ª D. Maria Helena Mimoso de Aragão Macedo e Brito, filha do ilustre Professor e académico Dr. Augusto Carlos Teixeira de Aragão, já falecido e que fora cirurgião em chefe do Exército.

— A sr.ª D. Sara Bénard Guedes Mendes, irmã do Prof. Francisco Bénard Guedes.

— O sr. comandante Ermelindo da Silva Carvalho, irmão do Prof. Augusto da Silva Carvalho.

— O Dr. António Augusto de Almeida e Sousa, de 56 anos.

— Em Samões (Vila Flor), a sr.ª D. Júlia Pereira Almendra, mãe do Dr. João Almendra, médico na capital.

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 Bessa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), 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 Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrocarnatosa do Dispen. de Higiene Social), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Outros países: um ano — 200\$00

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

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$00

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

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E PRÍNCIPE, ÁFRICA FRANCESA E CONGO BELGA — Publicações Unidade (Sede: Avenida da República, 12, 1.º Esq. — Lisboa; deleg. em Angola — R. Duarte Pacheco Pereira, 8, 3.º — salas 63-64 Luanda). — LOURENÇO MARQUES: Livraria Spanos — Caixa Postal 434 — NOVA GOA: Livraria Singbal.
VENDA AVULSO — Distribuidores exclusivos: Editorial Organização, L.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507.

BISMUCILINA

Bial

BISMUCILINA

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.

BISMUTO 0,09 g

Por ampola de 3 c. c.

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

BISMUCILINA

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.

BISMUTO 0,09 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA

INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.

BISMUTO 0,045 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS