

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 155
19 de Agosto de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

UM COMPLEXO B DIFERENTE!

BÉCOMVITE AZEVEDOS

6 FACTORES VITAMÍNICOS EM DOSES
TERAPÊUTICAMENTE ACTIVAS

3 FORMAS FARMACÊUTICAS:

INJECTÁVEL

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

DRAGEIAS

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

XAROPE

Complexo dos factores B, em doses com significação terapêutica, associado aos princípios salino-vitamínicos dum proteolizado de fígado, levedura e caseína. (COMPLEXO B & ÁCIDOS AMINADOS)



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
VÍTOR DE SENA LOPES — <i>Oclusão intestinal; alguns aspectos</i>	699		
EDUARDO PAULO SOTTO MAIOR RICOI — <i>Breves apontamentos sobre a moderna terapêutica da lepra pelas sulfonas</i>	702	Reunião de Curso — J. ANDRESEN LEITÃO	569
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — <i>O parto sem dor na França</i>	711	Ecoss e Comentários	570
R. J. L. PLUVINAGE — <i>Novos medicamentos anti-epilêpticos</i>	713	O Ensino Médico na Suíça — J. M. PACHECO DE FIGUEIREDO	574
J. R. FREY — <i>Dermatomicoses</i>	714	Liga Portuguesa de Profilaxia Social — <i>Campanha contra o pé descalço</i>	576
Resumos da Imprensa Médica	717	X Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde	577
		Noticiário diverso.	

NÃO HÁ NECESSIDADE DE QUEBRAR
OS COMPRIMIDOS



NÃO ENTOPE O BICO
DO BIBERON



NÃO DEIXA RESÍDUOS
NO BIBERON



AS GOTAS PERMITEM UMA DOSIFICAÇÃO EXACTA

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

CECON GOTAS

Marca registada

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

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

ABBOTT LABORATÓRIOS, LDA.

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

Telefone 4 4073 — End. telegráfico Abbottlab — Lisboa

Oclusão intestinal; alguns aspectos

VÍTOR DE SENA LOPES

(2.º assistente de cirurgia do Hospital de Santo António)



Oclusão intestinal, obstrução e íleo são geralmente expressões sinónimas que se usam para traduzir um estado em que está interrompida a progressão do conteúdo intestinal (gases, líquidos e sólidos), e para o qual podem concorrer causas diversas, actuando por variados mecanismos, nos diferentes sectores do intestino, donde o polimorfismo dos seus aspectos clínicos.

Numa primeira divisão separaremos os casos em que a interrupção do trânsito se faz por um obstáculo mecânico (íleo mecânico) daqueles em que a progressão do conteúdo se acha impedida por uma perturbação da motilidade intestinal (íleo funcional).

Exemplos do primeiro caso são a presença de cálculos biliares volumosos, fecalitos, massas de vermes, aglomerados de substâncias incompletamente digeridas ou mesmo não digeríveis (bezoares) formações inflamatórias (tuberculose, sífilis, disenteria, Nicolas-Favre, diverticulite estenosante, ileíte segmentar de Crohn, rectite hipertrófica estenosante) formações neoplásicas (tumores benignos ou malignos), atresias, constrictões congénitas ou adquiridas (cicatrizes consecutivas e traumatismos, a processos inflamatórios ou neoplásicos). A compressão do intestino pode fazer-se por processos inflamatórios ou tumorais extrínsecos, aderências ou bridas (post-operatórias, inflamatórias).

A invaginação intestinal, o vólvulo, as hérnias estranguladas, internas ou externas, certas anomalias congénitas ao nível da terminação do íleon e início do cólon, nas insuficiências de torsão do intestino, são exemplos de íleos mecânicos por vício de posição.

Descritas duma maneira geral as causas de produção de íleo mecânico, convém desde já distinguir dois grandes grupos: aqueles em que a circulação intestinal não está afectada desde o início (íleo simples) e os que evoluem desde o início com a irrigação sanguínea comprometida (íleo por estrangulamento). Naquele, existe apenas sofrimento intestinal, pelo menos de início; no íleo por estrangulamento, em que uma ansa se encontra comprimida pelos seus dois extremos, sofre o intestino e o seu mesentério.

Os íleos funcionais podem ser por inibição ou paráliticos e espasmódicos conforme se verifica uma inibição ou exagero da motricidade (espasmo persistente). Parece aceitar-se como causa do íleo paralítico um desequilíbrio vago-simpático com predomínio do simpático, consecutivo a um estímulo partido quer do próprio intestino, quer da serosa peritoneal (peritonite), quer de lesões do sistema nervoso central (mielite, traumatismos medulares), quer de lesões diversas, a distância (cólicas hepáticas ou renais). O íleo espasmódico é raro na sua forma isolada; geralmente, o espasmo produz-se ao nível dum corpo estranho intra-intestinal e contribue para completar a obstrução; certas intoxicações e doenças infecciosas têm influência na sua produção.

No íleo simples o aspecto da ansa varia conforme a causa e a evolução. Apresenta-se em geral hiperemiada, distendida, devido à acumulação de fluidos e gases e tanto mais quanto mais completa é a obstrução; esta distensão diminui a espessura da parede intestinal, que mais ou menos rapidamente deixa filtrar serosidade, tanto para a sua luz como para a cavidade peritoneal. Mais tarde a ansa torna-se equimótica, vermelho-vinosa, violácea, cor de ardósia, acabando por perfurar.

No íleo por estrangulamento a evolução é muito mais rápida. Geralmente, aparece um sulco circular de esfacelo, interessando todo o perímetro. De início existe apenas uma estase venosa, e as lesões podem ainda ser reversíveis. Depois, quando a circulação arterial passa a estar comprometida, surge a necrose anóxica, ulceração, gangrena e perfuração.

Qualquer que seja a causa e o mecanismo da oclusão, há sempre um aspecto comum, a que podemos chamar doença oclusiva, e que se aproxima dum estado de choque, explicado em tempos pela teoria microbiana (actualmente reconhece-se o papel importante da infecção nos acidentes terminais), e mais tarde pela teoria tóxica (só há toxemia quando a parede intestinal está comprometida e se torna permeável); actualmente esse estado explica-se pela teoria do choque oclusivo, para o que concorrem vários factores.

No íleo, exactamente como no choque traumático, há diminuição do plasma circulante, com hemoconcentração, hipocloremia, hiperazotemia, hiperglicemia e todos os sinais da desidratação. Este choque é consecutivo à distensão gasosa e líquida. De facto encontram-se acumuladas grandes quantidades de líquidos, provenientes das secreções digestivas não reabsorvidas (cerca de 8 litros por dia e que se perdem por vezes parcialmente pelo vômito), a que se junta também a exsudação para a luz intestinal e para a cavidade peritoneal. A distensão tem tendência a aumentar pelo acréscimo de quantidade de gases (que provêm, na sua maior percentagem do ar deglutido), e não só provoca estímulos através do sistema nervoso, seja locais ou a distância, contribuindo para que se estabeleça mais profundamente o estado de choque, como influe directamente na mecânica circulatória, provocando uma estase e aumentando a exsudação da parede intestinal, acima apontada.

Parece, portanto, que a distensão intestinal, a perda do equilíbrio hidro-electrolítico e a permeabilidade da parede intestinal aos germes microbianos se juntam para que em maior ou menor grau concorram como causas de morte na obstrução intestinal.

Os principais sintomas do íleo mecânico (deixaremos a descrição de íleo funcional para outro capítulo), são a dor, os vômitos e a paragem de gases e fezes.

A dor é em geral brusca e intermitente, e marca o início dos padecimentos. Quando surge, vai aumentando de intensidade, atinge um máximo e ao fim de alguns minutos atenua-se consideravelmente, chegando mesmo a desaparecer completamente, como sucede a maior parte das vezes na invaginação intestinal.

Nos casos de estrangulamento, porém, toma o aspecto de dor contínua, intensa, sem intervalos de acalmia. Quando se instala a paralisia intestinal devido à grande distensão, a dor torna-se mais suportável, podendo desaparecer as crises. Quando localizada a dor pode assinalar o lugar da oclusão: no epigastro e região periumbilical traduz frequentemente uma obstrução do intestino delgado; no hipogastro, fossas ilíacas ou flancos faz lembrar oclusão do cólon.

Um vômito inicial acompanha muitas vezes a primeira crise dolorosa, mas falta correntemente. Quando a localização do íleo é alta o vômito é precoce, primeiro alimentar, depois bilioso, mais tarde fecalóide. Nas oclusões baixas os vômitos são tardios ou mesmo nunca chegam a aparecer.

A paragem de fezes e gases é nítida, nas oclusões baixas, mas não se torna tão evidente logo de início nas oclusões mais altas, porque o conteúdo intestinal a jusante da lesão pode ser eliminado, quer espontaneamente quer por clister. No caso especial da invaginação intestinal há expulsão frequente de muco tinto de sangue.

O estado geral é variável de caso para caso. Umás vezes está perfeitamente conservado na fase inicial e não se observam variações nas tensões arteriais, nem do pulso, nem no facies; outras vezes há um estado de choque de que o doente se refaz ao fim dum prazo maior ou menor, dando a aparência

de ter melhorado; noutros casos (estragulamento), o doente não sai do estado de choque e o seu estado aparenta gravidade desde o princípio dos seus padecimentos.

De qualquer maneira, à medida que o tempo passa a desidratação instala-se, o pulso torna-se pequeno e frequente, a dispneia aumenta, os traços fisionómicos acentuam-se e o estado geral decai progressivamente.

A parede abdominal (onde, digamos de passagem, devemos pesquisar sempre qualquer cicatriz operatória), não apresenta rigidez nem sensibilidade exagerada à palpação, pelo menos nas obstruções simples, e se há uma sensação de resistência da parede, coincide geralmente com o máximo de dor. No estrangulamento e sobretudo nas oclusões associadas a uma peritonite, a defesa abdominal torna-se mais evidente.

O ventre encontra-se abaulado. A distensão não é muito acentuada nas oclusões altas devido ao facto dos vômitos evacuarem repetidamente o tubo digestivo superior, mas verifica-se quase sempre nas oclusões baixas e instala-se em localizações características, conforme a topografia da ansa lesada: hipocôndrio direito, epigastro, podendo atingir o hipocôndrio esquerdo no vôlvulo do cego, todo o quadro cólico e às vezes o hipogastro nos vôlvulos do sigmóide, localização central nas oclusões do delgado, etc.

A palpação revela, por vezes, a existência de formações intra-abdominais em relação com o próprio íleo, como, por exemplo o cilindro duma invaginação. Noutros casos (plastron na fossa ilíaca, tumor abdominal, etc.), a sua constatação concorre para esclarecer a topografia e causa. O exame à palpação deve sempre completar-se com a pesquisa de hérnias estranguladas, pois a existência duma pequena hérnia num paciente gordo, pode passar despercebida.

À percussão nota-se timpanismo; a maciez móvel nos flancos é indicativa de derrame peritoneal. A auscultação permite ouvir intermitentemente borborigmos, coincidindo o seu aparecimento com o máximo de dor.

Nunca deve ser esquecido um toque rectal e/ou um toque vaginal que nos poderão revelar a existência duma neoplasia recto-sigmoideia, um tumor pélvico, o cilindro duma invaginação, etc.

Os exames laboratoriais não têm grande valor para o diagnóstico. Hemoconcentração, com elevada percentagem de hemoglobina e aumento do número de glóbulos, valores hematocritos acima do normal, diminuição da diurese, urina mais densa, com albuminúria e por vezes cilindrúria, baixa de cloretos no sangue e hiperazotemia, estão em relação com a perda de líquidos e electrólitos e manifestam-se só ao fim de muitas horas; o diagnóstico nestes casos deve ser o mais precoce possível. Na orientação da terapêutica as determinações laboratoriais possuem um valor mais marcado.

O exame radiológico é o exame complementar mais importante para o diagnóstico correcto de íleo. Deve ser feito sem ingestão de meio de contraste (perigo de provocar uma oclusão completa numa estenose intestinal até aí permeável), e em diversas posições, se possível; em certos casos é aconselhável usar uma pequena quantidade daquelas substâncias através duma sonda de Miller-Abbott, introduzida no intestino até ao nível da lesão. O clister baritado estará indicado para esclarecer o diagnóstico nas oclusões cólicas, quer no vôlvulo, quer no íleo por obturação (em regra, cancro), quer nas invaginações.

A interpretação das imagens radiológicas são sobretudo do foro do radiologista, porque, se há algumas características, em tubos de órgão ou degraus de escada, próprias da oclusão do intestino delgado, e, até certo ponto, as imagens de grandes bolhas gasosas mais altas que largas, de parede espessa, dispondo-se de preferência à periferia do abdómen, próprias do cólon, o certo é que se torna por vezes difícil tirar conclusões.

Após um bom exame radiológico, é possível afirmar se existe ou não oclusão intestinal, qual a sua localização aproximada se é mecânica ou paralítica (no íleo por inibição há distensão generalizada de todo o tracto intestinal), se se deu qualquer perfuração (bolhas de gás infradiafragmáticas) ou estrangulamento (ansas separadas por exsudato) e até a sua etiologia, tratando-se sobretudo do cólon. No vôlvulo aparece uma ansa muito dilatada e que de acordo com a topografia se pode presumir a sua localização; na parte superior do abdómen, juxta-vertebral ou prolongando-se até ao hipocôndrio esquerdo e com a fossa ilíaca direita vazia faz pensar no vôlvulo do cego; no

vôlvulo do cólon pélvico, a ansa está extraordinariamente dilatada, é central, vertical, de concavidade inferior. O clister opaco, seguido por radioscopia, elucida-nos no caso de obturação: paragem temporária da coluna seguida de preenchimento rápido nos espasmos, passagem lenta da coluna opaca por um segmento de intestino estenosado e rígido, no cancro, imagem em crescente, cúpula, disco, etc., na invaginação intestinal.

Depois dum exame clínico minucioso, completado pela história da doença e por uma boa interpretação radiológica, é pois possível chegar frequentemente a um diagnóstico etiológico e topográfico.

No entanto, podemos esperar mais vezes, embora duma maneira esquemática, os seguintes tipos de oclusão, em relação à idade.

No recém-nascido, devem ser evocadas as malformações congénitas (imperfurações anais, estenoses e atresias); mais tarde, no lactente é a invaginação, e, por vezes a oclusão por megacólon que nos poderão aparecer com mais frequência; na criança escolar, pensemos na apendicite aguda, na peritonite tuberculosa, na invaginação intestinal da segunda infância, nas oclusões devidas à presença dum divertículo de Meckel; no adulto, devemos pôr em hipótese uma oclusão post-operatória tardia (bridas, aderências, hérnia interna, vôlvulo, recidiva de cancro já operado) quando à inspecção se nota uma cicatriz operatória; no doente febril, passemos em revista as oclusões de origem inflamatória (apendicite, infecções útero-anexiais, abcesso subfrénico, etc.); as hérnias estranguladas, sem sintomatologia evidente, podem passar despercebidas pelo que é obrigatório, mais uma vez o repetimos, pesquisar os pontos herniários; as crises de obstrução anteriores, o emagrecimento rápido, a astenia recordam-nos a evolução duma neoplasia; o íleo com estrangulamento, pondo de parte a hipótese de hérnias externas, deve fazer pensar sobretudo num vôlvulo, qualquer que seja a sua localização, embora a hérnia interna (hiato de Winslow, hérnia retro-cecal, hérnias através de orifícios abertos no mesentério, ligamento largo, etc.), não seja excepcional; no velho, a primeira hipótese que nos surge é o desenvolvimento dum cancro, sobretudo se a história clínica é própria; mas os vôlvulos, os íleos biliare, a apendicite, não são para pôr de lado, porque se encontram com relativa frequência.

Algumas afecções do foro médico podem simular o íleo (cólicas hepáticas ou renais, tabes, diabetes, etc.), e é necessário estabelecer um diagnóstico diferencial. Em regra a localização da dor, a ausência de dilatação intestinal, a pesquisa de reflexos e certos dados laboratoriais, orienta-nos para o verdadeiro diagnóstico.

Quando há estrangulamento é por vezes bem mais difícil, sobretudo num período avançado, em que há reacção peritoneal, por filtração dos líquidos da ansa. Nestas circunstâncias, todos os casos que podem produzir um ventre agudo, devem ser tomados em consideração: apendicite aguda, perfuração de úlcera gástrica ou duodenal, torsão dum quisto ovárico, ruptura de gravidez extra-uterina, pancreatite aguda, etc.

O diagnóstico diferencial torna-se então sério e só a laparotomia esclarece a questão.

Embora na oclusão mecânica seja ainda elevada a mortalidade, o diagnóstico precoce e os meios terapêuticos modernos vieram melhorar nitidamente o prognóstico, que é no entanto muito sombrio nos estrangulamentos (vôlvulos, invaginações, bridas) sobretudo quando estão interessadas longas ansas, ou quando a evolução é já longa (repercussão peritoneal), nas atresias congénitas, em certos estados oclusivos consecutivos a aderências múltiplas post-operatórias, ou de peritonites adesivas, geralmente de natureza bacilar.

O íleo funcional pode ser de natureza espástica, também chamado íleo dinâmico, caracterizado pela contracção permanente da musculatura da parede intestinal e o íleo de inibição, a que muitos autores chamam íleo paralítico, em que a musculatura não se contrai.

O íleo espástico, menos frequente que o íleo por inibição, é próprio do intestino grosso, sobretudo no descendente e ansa sigmóide, apresentando-se vulgarmente uma pequena área contraída e só mais raras vezes a vários níveis. As causas são múltiplas e o reflexo pode partir do próprio intestino (corpos estranhos, vermes, cálculos, lesões traumáticas, invaginações, etc. e nesse caso complicam uma oclusão ou sub-occlusão mecânica,

ou de outros órgãos abdominais (contusões, lesões dos plexos nervosos vegetativos, cólica renal ou hepática, etc.; outras vezes estão dependentes do sistema nervoso central (tumores cerebrais), de intoxicações pelo chumbo e derivados do ópio, de algumas doenças infecciosas, e casos há em que as causas não podem ser bem esclarecidas. Os sintomas confundem-se com os da oclusão mecânica. No entanto, a história de estados semelhantes anteriores que cederam espontaneamente, o facto de aparecer com frequência em neuróticos e histéricos, o resultado do exame radiológico quando a localização é no cólon e se consegue desfazer o espasmo com o clister baritado, inclinam-nos para o diagnóstico, que a maior parte das vezes é posto apenas após a laparotomia.

O íleo por inibição reconhece também uma multiplicidade de causas de que as mais importantes são: irritação do peritoneu (peritonite aguda, post-operatória, pancreatite aguda, perfuração de úlcera gástrica ou duodenal, ruptura de gravidez ectópica, traumatismos e outros dramas abdominais), certas alterações vasculares (íleo por estrangulamento, ou mesmo íleo mecânico com grande distensão, embolia e trombose mesentéricas, etc.), causas reflexas (lesões medulares, cólicas renais e hepáticas, torção visceral), tóxicas ou infecciosas (septicemia, uremia, intoxicação pela morfina, etc.); a hipoproteïnemia que se verifica no período post-operatório pode dar lugar só por si a um íleo por inibição.

Não se sabe ainda porque mecanismo se estabelece este tipo de oclusão (íleo por inibição), mas é de supor que não é estranho um desequilíbrio vago-simpático com predomínio deste último e a confirmação está no resultado da infiltração dos esplâncnicos que muitas vezes faz contrair o intestino.

Outros autores dão particular relevo às perturbações neuromusculares do próprio intestino e à existência de reflexos medulares.

A principal característica do íleo por inibição é a ausência de peristaltismo e a distensão ser rápida e acentuada. A dor não tem as mesmas características da que aparece no íleo mecânico, pois é contínua e geralmente de pouca intensidade, a não ser que esteja em relação com a causa que deu origem ao íleo (peritonite, etc.). O exame radiológico mostra grande distensão de todo o tracto intestinal.

A oclusão é quase sempre um problema cirúrgico. Contudo, o desenvolvimento duma técnica de entubação e decompressão satisfatória do intestino e do melhor conhecimento dos desequilíbrios hidro-electrolíticos e proteínicos, aumentaram grandemente as possibilidades de tratamento deste síndrome. Possuímos actualmente meios de evitar a cirurgia em alguns casos, e adiá-la em muitos outros, utilizando este período de adiamento, para preparar o doente, pondo-o em melhores condições para uma operação electiva e não de urgência.

Esquemáticamente, o tratamento da oclusão visa os fins seguintes: eliminação da causa obstrutiva e restabelecimento da função normal do intestino, a par duma terapêutica biológica, tendente a combater a distensão intestinal e a corrigir os desequilíbrios químicos e proteicos estabelecidos.

Transponhamos agora os nossos conhecimentos para a prática.

Em face dum doente com um síndrome oclusivo, vamos procurar orientar-nos no diagnóstico, através dum exame minucioso, quer do seu estado actual, quer da sua história. A primeira conclusão a que temos de chegar é se se trata dum íleo mecânico ou funcional.

No íleo funcional, de inibição, se não há indicação operatória da entidade que o provocou, é ao tratamento médico que vamos recorrer, tanto da causa como do síndrome em questão. Pensemos desde já na entubação com a sonda de Miller-Abbott, na correcção das suas perdas de água, de electrólitos e de proteínas que por certo já existem e que vão ser agravadas pela entubação.

É sabido que a depleção dos electrólitos varia conforme o nível do tracto gastro-intestinal a que se dão as perdas de

secreções. No caso de perda de suco gástrico, a depleção de cloro é superior à do sódio, ao passo que se a perda de secreções se dá a jusante do piloro, a depleção do sódio é maior. Foram estudados já vários solutos que suprem melhor os distúrbios electrolíticos, produzidos por este desaproveitamento de largas quantidades de líquidos orgânicos, do que o soluto isotónico de cloreto de sódio, quando empregado só. Há quem aconselhe três solutos com os quais se consegue contrabalançar as perdas ao nível do tubo digestivo: soluto isotónico de cloreto de sódio, soluto de dextrose a 5% e soluto 1/6 molar de lactato de sódio. No caso presente, como as perdas são gástricas e sobretudo intestinais, visto o doente estar submetido a uma entubação, isto é, há depleção do cloro e mais acentuadamente do sódio, deveria ser empregada uma mistura destes solutos, cuja percentagem seria regida pelos dados laboratoriais (percentagem de cloretos e sódio no plasma, hematócrito, etc.).

A perda acentuada de secreções intestinais arrasta também a uma depleção de potássio, pois é sobretudo este catião que vai suprir a falta de sódio. O síndrome é constituído por uma astenia marcada, apatia, fadiga muscular, distensão abdominal e modificações no traçado electrocardiográfico. O tratamento consiste em administrar sais de potássio, geralmente o cloreto, numa dose que não ultrapasse 7 grs. diários, mas que a maior parte das vezes se reduz a 1-2 gramas, porque num doente oligúrico e até anúrico, é de temer perturbações cardíacas graves.

Existem no mercado sucedâneos do plasma, que costumamos usar na reidratação dos doentes, em que entram na sua composição sais de potássio. Este tratamento profiláctico, juntamente com uma reidratação suficiente, evitam a eclosão do síndrome acima descrito.

As perdas proteínicas são contrabalançadas com a administração de plasma e seus sucedâneos, e por vezes com sangue total.

A distensão intestinal será ainda combatida pelas inalações de oxigénio, numa alta concentração, e ininterruptamente; baixam a tensão do azoto no plasma sanguíneo e obrigam aquele gás, difusível (que constitui quase só por si a parte gasosa do conteúdo intestinal), a abandonar a luz do intestino e a eliminar-se pelos pulmões.

O bloqueio dos esplâncnicos com novocaína, o cloreto de sódio hipertónico, a fisostigmina, clisteres e outros medicamentos, contribuem para o tratamento do intestino inactivo.

As indicações operatórias, quando as há, impossíveis de enumerar aqui, não contraindicarão a terapêutica hidratante e proteínica. Em cada caso constituir-se-á uma terapêutica causal apropriada, seja a intervenção cirúrgica precoce (ventre agudo), sejam outros tratamentos médicos. O uso de antibióticos de largo espectro e a terapêutica polivitamínica nunca deverão ser esquecidos.

No íleo espástico a terapêutica é duma maneira geral de ordem cirúrgica, pois na maioria dos casos não se pode excluir a possibilidade de oclusão mecânica. Quando evolue isoladamente e se pode afirmar o diagnóstico, os antispasmódicos deverão ser empregados; a sonda de Miller-Abbott tem também indicação quando a distensão é grande.

Fica-nos agora o problema do íleo mecânico. A primeira pergunta a que temos de responder é se há ou não perturbações circulatórias graves ao nível da ansa ocluída (hérnia estrangulada, vólculo, invaginações intestinais incompletamente reduzidas, bridas cerradas, etc.), em que está indicada a operação precoce, precedida apenas pela correcção do desequilíbrio electrolítico e proteico. É aqui que estão indicadas sobretudo as transfusões de sangue, pois é mais evidente o estado de choque, já porque há extravasamento sanguíneo através da parede intestinal, tanto para a luz como para a cavidade peritoneal, já porque o agente constritor interfere no pedículo vaso nervoso do mesentério, donde partem reflexos de grande importância para a eclosão daquele estado.

Na obstrução aguda do cólon por aperto, embora não haja de início grandes perturbações vasculares, a operação deverá

também ser precoce, porque além de poder constituir o primeiro sinal dum processo maligno, a distensão é tão rápida que a breve trecho o intestino grangrena, ulcera e perfura; além disso não podemos esperar muito duma descompressão a montante da lesão.

Outra indicação da intervenção feita precocemente é o caso da oclusão simples nas primeiras horas, quando não há ainda distensão exagerada, e o estado do paciente é satisfatório.

Nos outros casos de íleo, sem estrangulamento, há vantagem em preceder a intervenção duma entubação com a sonda de Miller-Abbott, porque reduz consideravelmente o risco operatório, tornando o trabalho do cirurgião mais facilitado, e permitindo nesse intervalo de espera reidratar o doente, e até porque em certos casos, o colapso prolongado do intestino, permite que ele se mova livremente e se liberte do obstáculo que o prendia.

A operação ulterior para remoção desse obstáculo, será incontestavelmente mais benigna.

É-me impossível enumerar todas as técnicas operatórias nos casos de oclusão intestinal.

Laparotomias exploradoras, libertação de aderências, excisão de bridas, quelotomias, ressecções intestinais mais ou menos amplas, anastomoses, enterotomias para extracção de corpos estranhos, reduções de invaginações, ânus ilíacos, fixações do intestino, exteriorizações de ansas são as operações usadas.

A observação criteriosa do cirurgião porá a indicação precisa para cada caso particular.

(Palestra realizada no dia 25 de Junho de 1954, no Hospital de Santo António — sessão de estudo sobre medicina e cirurgia de urgência).

Breves apontamentos sobre a moderna terapêutica da lepra pelas sulfonas

EDUARDO PAULO SOTTO MAIOR RICOU

(Médico Dermatologista em missão na luta contra a lepra em Angola)

Entre os progressos alcançados nos últimos anos pela quimioterapia é justo destacar as novas medicações antileprosas, principalmente os derivados da diamino-difenil-sulfona, de actividade manifesta no tratamento da lepra lepromatosa, que é precisamente a variedade mais grave e contagiosa.

Até há alguns anos a maioria dos casos conhecidos eram da variedade lepromatosa e muito raramente se viam as formas tuberculóides, passando totalmente inadvertidas as formas abortivas e latentes. Como actualmente se conhece muito melhor esta doença, é cada vez maior o número de diagnósticos precoces que dão a conhecer as formas iniciais, tuberculóide em alguns casos, e incacterísticas ou indeterminadas noutros. Se orientarmos bem a profilaxia, poderemos ver aumentar esta tendência e assim que cada vez seja menor o número de doentes lepromatosos (graves e contagiantes), que são afinal as fontes exclusivas de contágio. Antes de prosseguirmos neste pequeno trabalho, convém insistirmos em que a lepra é uma das infecções mais facilmente evitáveis, como demonstra o facto de a Noruega e outros países do norte da Europa terem extinto as suas endemias em prazos curtos, incluso em épocas em que era pior conhecida a patologia geral e quando não se dispunha de medicações de tanta eficácia como as modernas.

Actualmente, o progresso extraordinário, quer no conhecimento da doença como na descoberta de novas drogas, permite ser-se optimista e, se se dispuser de medicação em quantidade suficiente, pensar-se na extinção de uma das mais antigas endemias conhecidas. No tratamento da lepra, que possivelmente é a mais antiga de todas as infecções, tem-se empregado toda a classe de medicações anti-infecciosas.

Não é necessário insistir em que, de todos os medicamentos empregados, só o óleo de chaulmoogra e seus derivados demonstraram ter alguma actividade, a ponto de serem considerados como medicação específica, porque nos casos em que se toleravam bem grandes quantidades de produto obtiveram-se efeitos indiscutíveis que justificam que na actualidade sejam bastantes os leprólogos que se consideram partidários desta medicação e que publicam observações meticolosas demonstrativas da actividade do medicamento, capaz de conseguir a cura, incluso contrastada pelo estudo histopatológico das lesões.

São bem recentes as publicações de Cochrane e de Schujman, sobre o estudo comparativo dos resultados conseguidos em doentes análogos, tratados uns com preparados de chaulmoogra e outros com as Sulfonas; mas para não tornar muito extenso este tratamento, limitar-nos-emos ao tratamento com as Sulfonas; e, considerando-o como seu início, citaremos somente para comprovar o valor das sulfamidas como agentes anti-infecciosos que

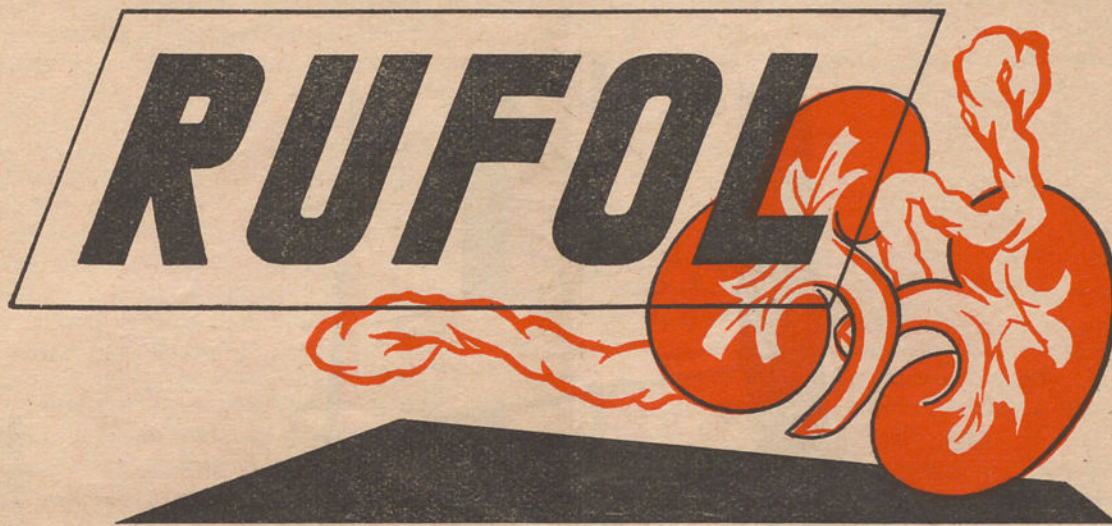
têm sido empregues por diferentes autores no tratamento da lepra ou em alguma das suas manifestações: Germond, Moraes, Estellita Filho, Faget, Johanse e Ross, Kolmer e Tuft, Krakower, Morales Otero e Axtmayer, Bechelli, Rotberg e Maurano, Lima e Cerqueira, Atucha, consideraram eficazes estes tratamentos; porém com o tempo não se confirmou a boa impressão que depois havia de se impor ao empregar as Sulfonas.

A síntese da diamino-difenil-sulfona conseguiu-a em 1908 From e Whittman, realizando ensaios químicos para a tinturaria. Passaram depois 29 anos sem se utilizar este composto químico em terapêutica até que em 1937 Buttle, Stephenson, Smith, Dewing e Foster iniciaram os estudos terapêuticos com as Sulfonas que empregaram no tratamento de infecções estreptocócicas no rato, e terminaram os seus estudos com a impressão de que esta Sulfona era 100 % mais activa que a Sulfanilamida. Pouco depois, no mesmo ano de 1937, Fournau, Nitti, Trefouel, Bovet e Trefouel confirmaram a actividade anti-estreptocócica da Sulfona. Em Agosto deste mesmo ano Tuller fabricou a diamino-difenil-sulfona nos laboratórios Parke Davis, onde Tillitson continuou os mesmos trabalhos experimentais, conseguindo fabricar um composto solúvel a que chamou Promina, com o qual se facilitava a aplicação, principalmente por via endovenosa, e com que se iniciou o tratamento em diferentes infecções. Buttle e Paris executaram um trabalho experimental tratando cobaias com Sulfanilamidas; Bauer e Rosenthal continuaram estes estudos em 1938. Em 1939 Greey e McLaren comprovaram a efectividade deste preparado em algumas infecções pneumocócicas.

Porém, o início do tratamento que nos interessa supomos que se deve a Feldman, Hinshaw e Mosses, que foram os primeiros a comprovarem no ano de 1940 o efeito da terapêutica da Promina em infecções experimentais de tuberculose. Conhecemos os trabalhos de Rich e Follis a quem uma revista americana atribuiu a prioridade desta nova era da quimioterapia específica das mycobactérias que têm tido depois uma multidão de colaboradores.

Nesse mesmo ano dedicaram-se a experiências com as Sulfamidas e apresentaram trabalhos Schmidt Curreri, Hidde Adashek, Toomey Dice Toomey e Roach e Toomey e Takao; dedicaram-se ao estudo particular da acção das Sulfonas sobre a tuberculose Feldman, Hinshaw e Mosses e Hinshaw Feldman.

Investigaram a acção das Sulfonas sobre os gonococos resistentes a outros quimioterápicos Kendell, Ross e Simpson. Continuaram investigando a acção sobre o paludismo, Cogginhall, Maier, Best, Cowdry e Ruaugsi estudaram a influência da Promina sobre a lepra dos ratos. E neste ano de 1941 iniciou-se



SULFAMETIL-TIODIAZOL

Tratamento da colibacilose das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol 0,1 g.

Boião de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

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

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

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

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

em Carville o tratamento da lepra humana com a Promina o que dará mais tarde lugar a numerosas publicações. O ano de 1942, foi o de maior número de publicações dedicadas ao estudo das Sulfonas na sua maioria como agentes quimioterápicos anti-tuberculosos. É neste ano que se deram a conhecer trabalhos experimentais da autoria de: Emmart e Smith, Feldman, Feldman Hinshaw e Monn, Feloman Hinshaw e Mosses, Higgins, Smith, Emmart e Wetfall e Steinbach e Duca. Dedicam-se ao tratamento da tuberculose na clínica humana Hall, Pfuete e Feldman, Mellon, Science Nevo Letter, Zucher Pinner e Hyman.

Dentro dos ensaios clínicos iniciaram-se neste ano as experiências da Promina administrada em inalações ou nebulizações por Barach, Malomut e Soroka e também em aplicações tópicas ou locais em tuberculoses cutâneas por Tytler e Lapp.

Independentemente da tuberculose ensaia-se também a acção local em alguns casos de gangrena gasosa por Reed e Orr Forster continua os ensaios da acção antigonocócica num caso de bacteremia com manifestações cutâneas. Schlotthauer emprega a Sulfamida num caso de encefalomielite.

Bambas apresenta na Associação Americana de Química o seu novo preparado «Promizol». Continua o incremento do estudo das Sulfonas e do ano de 1943 conhecem-se bastantes trabalhos experimentais. A revista americana «J. A. M. A.» publica um editorial; Calmon ensaia diferentes derivados de diamino-difenil-sulfona em cobaias; Feldman e Hinshaw continuam dando a conhecer os seus ininterruptos trabalhos; igualmente Higgine, Lurie e Stokes estudam o efeito da Promina na tuberculose experimental da coelha. Continuando também os ensaios em clínica humana, apareceram neste ano trabalhos de Crawford, que depois de aspirar o exsudato de um empiema tuberculoso injectou na pleura uma solução glucosada de Promina a 20%. Freijo, Heaf, Hmdford, Eirer e Franklin; Hinshaw Pfuete e Feldman, Kirk e Steinbach e Duca, continuam tratando doentes de tuberculose pulmonar com Promina. Raiziss dá a conhecer a nova Sulfona que denomina «Diazone». Por último neste ano de 1943, os médicos de Carville, Faget, Pogge, Johansen, Dinan, Prejean e Eccles publicam as suas primeiras informações dando conta dos resultados obtidos com a Promina. Em 1944 dedicando-se ao estudo experimental, aparecem trabalhos de Armstrong, Ral e Lucas, Callomon e Groskin, Feldman, Hinshaw e Manen, Higgins e Feldman, Higgins e Larson; Higgins, Lloyd e Maddebrook e Geroux, tratam a tuberculose experimental na cobaia com diazona, estudando a primo-infecção e a reinfecção.

Em relação com a clínica humana no tratamento da tuberculose pulmonar aparece um editorial da revista «J. A. M. A.» e trabalhos dos seguintes investigadores: Dancy, Schmidt e Wilkie, Hinshaw, Pfuete e Feldman Myers, Tytler, Vasserug, que usaram a Promina. Desmeules, Rousseau, Giroux e Richard, Barnwell, Petter, Petter e Prenzlau, publicam as suas observações sobre o tratamento com diazone na tuberculose pulmonar. Eddelson ocupa-se dos resultados conseguidos com aplicações locais da promanida na tuberculose pulmonar. Edlin, Barrowitz e Safford dão-nos a conhecer os resultados conseguidos com inalações na tuberculose pulmonar. Keith e Morrow dedicam-se à sua aplicação na meningite tuberculosa. Werner estuda a concentração conseguida no sangue e a eliminação e concentração urinária. Anderson e Song ensaiam a Promina na leishmaniose experimental. Ocupando-se do tratamento da lepra, neste mesmo ano aparecem trabalhos de Hopkins Faget e Muir.

Em 1945 aparecem de novo trabalhos de Feldman e Minshaw. Sobre o emprego na tuberculose pulmonar da Promina, já é menor o número de publicações. Na tuberculose renal empregam a Promina Wang e Gonzalez-Iman, e na tuberculose laríngea emprega este mesmo medicamento Robin. Aumenta neste ano o número de trabalhos dedicados ao emprego das Sulfonas no tratamento da lepra. Faget e Pogget, Sousa Lima e Castro Cerqueira tratam a lepra com solutiazamida, publicando trabalhos muito animadores. O editorial do número de Agosto de 1945, da «Leprosy Review», intitulado «New Drugs For Trial e Leprosy» (Novas drogas para o tratamento da lepra), ocupa-se já com bastante amplitude da Promina e diazona e dá a conhecer com bastante pormenor as magníficas impressões produzidas por estes medicamentos desde o início do seu emprego.

Em 1946 mantém-se o interesse pelas experiências em ensaios de laboratório, principalmente devidos a Feldman e Callomon.

Aumentam neste mesmo ano de 1946 as publicações relacionadas com o tratamento da lepra, procedentes aliás das mais diversas partes do mundo. Pardo Castelo e Trespalácios, depois de ensaiarem a Promina, publicam um extenso trabalho em que assinalam já a preferência pela via endovenosa, a maior toxicidade pela via bucal e os excelentes resultados conseguidos, apreciáveis com mais rapidez nas manifestações das mucosas. Faget, Pogget e Johansen dão a conhecer os primeiros resultados com o promizole. Fite e Gemar comprovam a regressão histológica das lesões leprosas sob a acção da Promina. Costa Carvalho, Braga Pacheco, Schujman e Warton apresentam as suas observações sobre o tratamento com as Sulfonas na segunda conferência pan-americana da lepra celebrada no Rio de Janeiro no mês de Outubro.

Entre as conclusões aprovadas nesta conferência figuram a de reconhecer a eficácia das Sulfonas, e a de pedir amparo aos Governos representados na Conferência para que facilitem a aquisição destes medicamentos.

Faget, Pogget, Johansen, Fite, Prejean e Gemar dão conta do andamento dos seus trabalhos no leprosário de Carville.

Fernandez e Carboni publicam um documentado trabalho informando sobre os resultados obtidos com a Diazone. Wharton publica um trabalho em que, depois de comprovar histologicamente a regressão das lesões nos enfermos tratados com Promina, considera este medicamento como definitivo no tratamento da lepra. Faget, Pogget e Johansen publicam outro trabalho dando conta dos trabalhos observados em Carville nos doentes tratados com diazone.

Miron e Guillén publicam na revista «Fontilles» as primeiras impressões recolhidas em Espanha, nos doentes tratados com Promina naquela Colónia-Sanatório. No ano de 1947 entre a bibliografia dedicada às Sulfonas começa a aumentar a proporção dos que se dedicam ao tratamento da lepra. Não encontramos já nenhum que seja exclusivamente experimental. Dedicados ao tratamento da infecção tuberculosa encontramos os seguintes: um dedicado ao tratamento da tuberculose pulmonar, de Kettelkamp e Friedman. Milgram, Lilian, Levitt e Unna publicam outros sobre o tratamento da infecção miliar tuberculosa com Promizole; Sosshi e Pasquinucci referem-se ao tratamento da meningite tuberculosa com Sulfonas, associando a esta medicação a vitamina «A» e a estreptomina. Stewar ocupa-se do tratamento da coccidose bovina com as Sulfonas. O resto das publicações que temos recolhido no ano de 1947 referem-se todas ao tratamento da lepra. Cochrane publica um trabalho das suas observações com a promina e diazone e a estas mesmas drogas se refere no seu prático tratado de leprologia. Faget, pouco antes do seu falecimento, ocupou-se repetidas vezes da quimioterapia da lepra e no seu penúltimo trabalho, relativo ao tratamento da lepra com estreptomina, considera este antibiótico como estando muito longe de conseguir a eficácia demonstrada pelas Sulfonas.

Fredlander e French, Gray, Prejean, Sloan, Wharton, Muir, Johansen, Hart Ross e Sousa Araújo publicam diferentes trabalhos sobre o tratamento da lepra humana com as Sulfonas. Mon, emprega o benadryl na lepromino-reacção lepromatosa e nos casos de intolerância das Sulfonas por sensibilização.

Neste ano, a clínica indica a aplicação de uma nova Sulfona, a sulfetrona, conhecida desde 1938 pelo seu provado poder anti-estreptocócico a que indevidamente se atribue uma grande toxicidade para o homem, quando não era em absoluto tóxica para a raça bovina, até que os laboratórios de investigação química Wellcome tornaram a trabalhar com este produto, derivado solúvel da diamino-difenil-sulfona, com actividade semelhante e com menor toxicidade em experiências que meticulosamente se realizaram naqueles laboratórios, pelo que se decidiu empregá-la na clínica humana, primeiro no tratamento da tuberculose, por Madiganlswift e Brownle, e pouco depois por Wharton no tratamento da lepra. Também em Espanha, em Janeiro de 1947, na revista «Fontilles» publica-se o primeiro trabalho sobre o tratamento da lepra com Promina por Contreras e Guillén. No ano de 1948, acusa-se a mais a tendência de reservar o emprego das Sulfonas ao tratamento da lepra. Trabalhos experimentais só encontramos os de Brownle e Kennedy sobre a acção da sulfetrona na tuberculose experimental e sobre a acção quimioterápica comparada da Promina, sulfetrona e estreptomina. Brownle, Grean e Woodbin estudam a acção quimioterápica da sulfetrona na tuberculose. Lincoln, Edith, Stone e

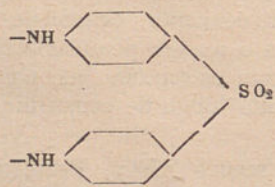
Hoffman tratam a infecção miliar tuberculosa com promizole. De Vito e Estelle utilizam o promizole na meningite tuberculosa infantil. O resto dos trabalhos que se conhecem deste ano dedicam-se todos ao tratamento da lepra: Dharmendra e Chatterjee referem as suas experiências na Índia. Faget em colaboração com Erickson, publica o seu trabalho póstumo, dedicado também às sulfonas. Cochran publica um novo trabalho. Muir insiste nos avanços conseguidos no tratamento da lepra, e no seu «Manual of Leprosy» ocupa-se das diferentes sulfonas, incluindo já a sulfetrona. Além de todos estes trabalhos, no V Congresso Internacional da Lepra, celebrado no mês de Abril na cidade de Havana, apresentavam-se muitos outros da autoria dos mais variados autores como sejam: Borrel Navarro, Chaussiland, Carpenter, Dharmendra, Diniz, Henriques e Stancioli, Erickson, Johansen, Fernandez e Carboni, Fernandez, Carboni, Tomassino e Giménez Garzón, Gay e Contreras, Robert, Laviron e Schneider, Mom e Bazombrio.

Com a passagem em revista de todos estes trabalhos não se pretende haver-se esgotado a bibliografia relacionada com as Sulfonas; porém só nos interessa destacar que da sua leitura se depreende claramente o grande progresso alcançado na quimioterapia dos Mycobacterium, e mais concretamente na terapêutica da lepra, progresso que foi reconhecido na Conferência do Rio de Janeiro de 1946, e mais tarde no V Congresso Internacional da Lepra, celebrada em Havana em 1948, no qual foram aprovadas as deliberações da Comissão de Terapêutica que reconhecem o extraordinário valor das sulfonas no tratamento da lepra lepromatosa, particularmente nos casos moderados e avançados com lesões nas mucosas nasais, bucofaringeas e laringeas; igualmente nas lesões oculares, que melhoram extraordinariamente na maioria dos casos.

Reconhece-se também nas conclusões saídas do Congresso, que a acção evidente das Sulfonas se demonstra primeiro nas manifestações clínicas e mais tarde nas investigações bacteriológicas. Reiteradamente foi manifestada nesse Congresso Internacional a opinião de que as Sulfonas constituem na actualidade o medicamento de eleição no tratamento da lepra.

Uma vez reconhecida universalmente esta eficácia, que vem facilitar a extinção radical de uma infecção temível para a humanidade, compreende-se facilmente a importância do seu estudo.

Já dissemos que a síntese do preparado primitivo, a diamino-difenil-sulfona, foi conseguida em 1908 por Fron e Whitman, cuja fórmula química é:



Partindo desta fórmula, conseguiram-se já quatro medicamentos de reconhecida eficácia:

- Promina* ou *Promanida* quimicamente a par (diamino-difenil-sulfona) dextronato de cálcio.
- Promizole* quimicamente 2,4-diamino-5-thiasolylphenyl sulfona.
- Diazina* ou *Diamidin* quimicamente sulfoxilato-formaldeído-disódico da amino-difenil-sulfona.
- Sulphetrone* quimicamente tetrasodium 4,4 bis (fenil propilamina) difenil-sulfona-tetrasulfonato.

Os dois primeiros foram descobertos e preparados nos laboratórios Parke Davis, a Diazina nos laboratórios Abbott e a Sulfetrona nos laboratórios Wellcome; e tanto nestes laboratórios como noutros interessados em investigações quimioterápicas, continuam os estudos tratando de isolar e descobrir a parte activa da diamino-difenil-sulfona, com a esperança bem fundamentada de se conseguirem medicações específicas para a tuberculose e lepra. Actualmente, além de fabricarem os quatro preparados a que nos referimos, ensaiam-se outros vários derivados que poderão qualquer dia superar os já conhecidos; por-

tanto ao estudarmos as Sulfonas parece-nos necessário procedermos a uma primeira classificação: Sulfonas actualmente em uso e Sulfonas em período de experiência:

A) — SULFONAS ACTUALMENTE EM USO

I. PROMINA E PROMANIDA

Estrutura—Como em cima vimos, a fórmula desta droga é: para diamino-difenil-sulfona dextronato de cálcio.

Descoberta e preparação: Dissemos também que esta Sulfona foi descoberta por Tilliston, continuando as experiências de Tuller, ao conseguir um composto solúvel da diamino-difenil-sulfona que havia demonstrado o seu poder anti-infeccioso na infecção estreptocócica do rato. Todos estes trabalhos foram realizados nos laboratórios Parke-Davis, que é a casa comercial que continua fabricando medicamentos registados com o nome de Promina para quase toda a América e com o de Promanida para a Europa e parte da América do Sul. Posteriormente, alguns laboratórios de diferentes partes do mundo preparam outros medicamentos análogos, correspondendo à mesma fórmula original do laboratório americano que primeiro iniciou o seu estudo.

A Promina, apresentada na Europa com o nome de Promanida, emprega-se quase sempre em empoas de uma solução aquosa estéril de dois tipos: umas de 5 cc., com 2 gramas de promanida; outras de 12,5 cc. com 5 gramas de produto. É sabido que a Promina foi utilizada também por via oral, sendo porém mal tolerada por esta via, motivo por que foi prontamente abandonada e supomos que suprimido o seu fabrico.

Não conhecemos comprimidos nem grangeas da Promina. A Promina usa-se também como tóxico em formas muito diferentes e variadas, provavelmente muito mais nas diferentes localizações da infecção tuberculosa do que na lepra. Por esta razão, uma ou outra das formas de administração é em pomada. Porém a experiência ainda é escassa neste aspecto e por agora referir-nos-emos exclusivamente ao tratamento interno que consideramos fundamental no que se refere à lepra.

Seleção dos casos—Em princípio, e até que tenhamos uma maior experiência sobre o emprego das Sulfonas, a Promina está indicada na quase totalidade dos casos de lepra quer nos incipientes e quer em todas as formas graves, precisamente para que não cheguem a atingir ainda maior gravidade procurando fazer-se tratamentos abortivos, ou quando menos tratando de se conseguir a paragem do processo. É nos casos avançados graves, para que as manifestações existentes não progredam, que o doente reclama com maior urgência o tratamento, algumas vezes para evitar uma traqueotomia, outras para não perder a visão.

Únicamente supomos que está contra-indicado em casos muito avançados, com lesões viscerais graves ou com anemias intensas, pois nestes casos o tratamento serve só para agravar a doença e precipitar o fim da mesma. Devemos inclinarmo-nos a usar esta medicação por um lado em todos aqueles que possuam formas iniciais da doença, com preferência nos casos incipientes ou lepromatosos com escassas manifestações, sobretudo quando são acompanhados de um bom estado geral, porque são casos em que se pode presumir um bom êxito definitivo, a cura, e que é afinal o nosso principal propósito; por outro lado, nos doentes que possuam lesões oculares ou nas mucosas, já sabemos que se modificam rapidamente com esta medicação. Entre os doentes que reúnam as condições anteriores nomearemos aqueles com melhor estado geral, com boa velocidade de sedimentação e eliminaremos os anémicos e os que possuam lesões viscerais intensas.

Preparação dos doentes—Antes de se utilizar qualquer destas medicações teremos de fazer uma revisão a mais completa possível, tanto clínica como analiticamente do doente, e dispor-mos da terapêutica complementar, que se consiga depreender dos dados conseguidos, em todos os casos convirá preparar-se o regime higiénico e dietético apropriado, que é afinal o melhor coadjuvante para o êxito da terapêutica. No princípio uma das vias da administração da Promina foi a via bocal (cápsulas de 0,20 e 0,40 gr.) hoje posta de parte por se ter verificado que por esta via a Promina era bastante mais tóxica, a par de ser menos activa.

A Promina também se podia administrar em injeções

parenterais, como se demonstrou em diversas experiências; porém actualmente a via de eleição é exclusivamente a endovenosa, pois tem sido aquela com que até agora se têm conseguido êxitos reconhecidos por todos.

Posologia—Quando se principiou a utilizar a Promina aconselhava-se iniciar o tratamento com injeções de 5 cc. diárias até 6 por semana, depois descansar 8 dias para se tornar repetidas vezes aos períodos de 6 injeções com descansos de 8 dias. Como quase todas as medicações quimioterápicas, veio-se paulatinamente intensificando a dose e assim se chegou ao Congresso de Havana em que se recomenda em uma das suas conclusões, que se inicie o tratamento pela dose de 2 gr., que se aplicará ininterruptamente durante uma ou duas semanas, continuando-se depois com a injeção diária, porém elevando a dose à razão de 1 cc. cada dia até se atingir a dose de 5 gr. (12,5 cc.) que se repetirá durante períodos bastantes longos (3 a 4 meses), com descanso entre eles de duas semanas.

Quer esta dose quer os períodos de descanso podem variar em relação com as circunstâncias e factores individuais de cada doente tratado. Sobre a toxicidade da Promina não falamos nesta parte do trabalho, pois tencionamos occuparmos desta matéria em conjunto com as sulfonas empregues.

II. PROMIZOLE

Estrutura—Como dissemos, é quimicamente (2,4-diamino-5-thiasoylphenylsulfona).

Descoberta e preparação—Passado já o primeiro período de ensaio das sulfonas na infecção estreptocócica, quando se havia conhecido a possibilidade de combater as doenças produzidas pelos myco-bacterium e o inconveniente da Promina consistia na sua toxicidade quando se empregava continuamente por via bucal, decidiram os laboratórios Parke-Davis continuar as suas experiências cujo fruto finalmente é a síntese desta nova droga que em 1942 foi conseguida por Bamba e com a qual se alcançaram rapidamente bons resultados no tratamento de tuberculoses cutâneas.

A casa Parke-Davis apresenta este medicamento em frascos de 100 e 1.000 tabletes de 0,50 gr. cada.

Seleção e preparação dos doentes—Em geral devemos proceder de forma análoga a quanto dissemos ao referirmo-nos à Promina, tendo em conta que em todos aqueles casos em que esperamos uma resposta urgente da medicação, será preferível a via endovenosa.

Ao contrário da Promina podemos utilizar este fármaco por via oral nos casos em que se prefira uma acção continuada e que não existam alterações do aparelho digestivo que possam contra-indicar esta via.

Via de administração—Como acima mencionamos, a via exclusiva desta droga é a oral.

Posologia—Deve-se iniciar o tratamento com 3 doses diárias de 0,50 gr. quase sempre bem toleradas, aumentar-se-á a dose até se alcançar 6 a 8 gr. diárias, a tomar fraccionadamente.

Dificuldades na fabricação deste produto tornam-no de um preço muito elevado. É um medicamento pouco conhecido.

III. DIAZONA OU DIAMIDINA

Estrutura—A Diazona é o derivado sulfoxilato-formaldeído-disódico de 4,4-diamino-difenil-sulfona.

Descoberta e preparação—Este preparado foi descoberto simultaneamente pelos investigadores Raiziss Clemens e Freifelder dos laboratórios Abbott e independentemente por Bauer e Rosenthal, do Departamento de Saúde Pública dos Estados Unidos. A casa Abbott continua fabricando esse produto com o nome de Diazona, e a casa Parke-Davis com o nome de Diamidina.

Apresentação—A Diazona Abbott é apresentada em frascos de 100, 1.000 e 5.000 grangeas de 0,15 gr. e 0,30 gr.

A Diamina Parke-Davis apresenta-se em tabletes com capa de queratina, em frascos de 100 e 1.000 grangeas a 0,33 gr. cada.

Até esta altura a Diazona é como a Promina o medica-

mento mais usado e conhecido e como ela está indicada na quase totalidade dos casos de lepra.

Nos países que possuem maior experiência sobre esta matéria, como sejam o Brasil, Argentina e Cuba, a maioria dos leprólogos têm preferência por esta droga, possivelmente pela maior facilidade do seu emprego, que pelo facto de se administrar por via oral não requer pessoal especializado para a administração do medicamento. Únicamente se contra-indica a Diazona nos doentes extraordinariamente avançados, com graves lesões viscerais, ou com alterações hemáticas consideráveis; porém, deve dar-se preferência à Promina nos casos em que os doentes padeçam de intensas perturbações gastro-intestinais.

Vias de administração—A Diazona e a Diamidina aplicam-se exclusivamente por via oral.

Posologia—A Diazona e a Diamidina são drogas muito activas e como tal bastante tóxicas; razões por que os leprólogos recomendam se inicie a terapêutica com doses mínimas, com uma grangea diária durante a primeira semana quando se utiliza a Diazona (0,30 gr.). Com a Diamidina aconselha-se manter a dose de uma só grangea diária durante duas semanas. Prossegue-se aumentando 2 grangeas diárias durante uma ou duas semanas e depois 3 ultrapassando excepcionalmente o grama. Para se esclarecer ideias, repetiremos aqui as normas recomendadas no Congresso de Havana para a sua posologia:

1.^a Semana—1 comprimido durante os 6 primeiros dias, e um de descanso.

2.^a Semana—2 comprimidos diários durante os 6 primeiros dias, e um de descanso.

3.^a Semana—3 comprimidos por dia durante os 6 primeiros dias, e um de descanso.

Da 4.^a Semana em diante pode-se aumentar a dose até um máximo de 6 comprimidos diários quando é bem tolerado, devendo permitir-se um repouso de uma a duas semanas depois de cada 2 meses de tratamento.

IV—SULFETRONA

Estrutura—A Sulfetrona é tetrasodium 4,4 bis (fenil-propilamina) difenil-sulfona-tetrasulfonato.

Descoberta e preparação—Em 1938 Butle e Parish, entre os muitos derivados da diamino-difenil-sulfona que possuíam actividade anti-estreptocócica fizeram pela primeira vez referência ao composto solúvel com as características da Sulfetrona não tendo continuado o seu estudo por o considerarem sumamente tóxico. Mais tarde, nos laboratórios Wellcome, reviram-se todas as experiências realizadas com as Sulfonas sob a direcção de Brownlee e com particular atenção o aperfeiçoamento da quimioterapia das infecções produzidas pelos germes ácido-álcool resistentes, encontrando entre os compostos mais activos, dos que haviam sido descobertos nas primeiras investigações, um deles que hoje conhecemos com o nome de Sulfetrona, que demonstrou ser dos menos tóxicos de todos os preparados ensaiados, em contraposição com a primitiva ideia. Foi o Dr. Henry (continuidor de Brownlee na direcção dos laboratórios Wellcome), que teve a ideia de reavivar as experiências com esta Sulfona, que os laboratórios mencionados, de Londres, continuam fabricando.

Apresentação—A Sulfetrona é um pó branco, amorfo, muito solúvel na água fria, insolúvel no álcool e nos dissolventes das gorduras, sendo as soluções orgânicas estáveis, neutras ou ligeiramente alcalinas, podendo ser esterilizadas ao autoclave.

Aproveitando estas qualidades, a Sulfetrona apresenta-se em duas formas: injectável, cuja aplicação se recomenda exclusivamente nos casos graves e naqueles em que for preciso intensificar a acção terapêutica; em grangeas de 0,50 gr., por via oral, que parece ser a única que presentemente se usa em frascos de 100 e 500.

Seleção dos casos—Este medicamento está indicado na quase totalidade dos casos, incluso em alguns já graves, que toleram mal outras medicações, parecendo ser melhor tolerada a Sulfetrona pela sua menor toxicidade.

Preparação dos doentes—Deve-se proceder de maneira análoga à que mencionamos ao falarmos na Promina.

Vias de administração—Como já foi dito, este medicamento tanto se pode empregar por via oral como por via endovenosa, sendo de eleição exclusivamente a primeira.

Nos adultos deve iniciar-se o tratamento com 3 doses diárias de 0,50 gr. durante a primeira semana, passando-se a administrar 2 gr. diários na segunda semana, aumentando com a continuação 0,50 gr. cada três dias até se alcançarem doses de 6 e 10 gr. diários. Nas crianças, estas doses devem ser doseadas de acordo com a idade, não ultrapassando 1 gr. diário nos dois ou três primeiros anos de idade e podendo atingir as doses preconizadas para os adultos logo que atinjam os 15 anos.

B) — SULFONAS EM PERÍODO DE EXPERIÊNCIA:

Partindo da diamino-difenil-sulfona, não só se conseguiram os quatro medicamentos descritos como também se fizeram variadíssimos ensaios e se continuam estudando diferentes modificações no sentido de se produzirem novos derivados sulfônicos com propriedades antileprosas ainda mais evidentes do que as que possuem os fármacos acima descritos. Actualmente continuam-se ensaiando diferentes fórmulas; são vários os laboratórios americanos, espanhóis, argentinos e brasileiros e um francês, que trabalham também para conseguir novos preparados, tendo-se publicado já algumas experiências sobre os ensaios realizados com os novos preparados, entre os quais podemos citar os seguintes:

Promacetina — É quimicamente o sódio 4,4-diamino-difenil-sulfona-2-acetilsulfonamida.

É um pó branco cristalino que se dissolve a 3 % à temperatura ambiente.

Este composto foi ensaiado em Carville, por Faget e Johansen, que consideram este preparado como muito pouco tóxico.

Monopropil diamino-difenil-sulfona — Este preparado é o 4-propilamino-4'-aminodifenilsulfona, é também um pó branco cristalino, somente solúvel nos dissolventes das gorduras e contém 85,6 % da 4,4-diamino-difenil-sulfona.

Monoallyl diaminodifenil sulfona — Este composto é derivado do Promizol, no qual o grupo acetilado está agregado a um grupo amino sobre o núcleo tiazólico. É quase insolúvel na água e nos dissolventes minerais ácidos, dissolve-se nas soluções alcalinas.

Toxicidade das sulfonas — Todas as Sulfonas correntemente empregues são potencialmente hematotóxicas.

Com alguma frequência produzem anemia, que pode surgir no princípio do tratamento sendo também frequente que depois de uma descida inicial da taxa das hemácias e da hemoglobina se produza uma regeneração espontânea e parcial seguida da normalização das taxas iniciais. Esta anemia é bastante variável de uns doentes para outros; é mais de temer em doentes com mau estado geral ou com infecções já muito avançadas e pode dar lugar a uma interrupção forçada do tratamento. Em nenhum caso se deve principiar estas terapêuticas sem um prévio exame hematológico total e completo que nos permitirá preparar os organismos com 4.000.000 de glóbulos rubros ou nunca inferiores, administrando-lhes ferro inorgânico, fígado, complexo vitamínico B, cloridrato de tiamina. Estas medicações poder-se-ão administrar para preparar o doente, antes do tratamento com as Sulfonas, ou durante o tratamento nos casos de taxas não muito baixas. Também se deverá continuar a vigilância do hemograma durante a totalidade do tratamento, que se suspenderá logo que a taxa de hemácias desça de 3.000.000. Bastante mais frequente do que a anemia, é o que se passa quando se inicia a regressão das lesões de infiltração: tanto na pele como nas mucosas nota-se uma coloração azulada bastante pronunciada, que parece mais evidente nos doentes tratados com as medicações administradas por via oral e que não é devida cianose, ainda que o aparente. Descrevem-se também entre os fenómenos tóxicos provocados pelas Sulfonas a leucopenia e a possibilidade de aparecimento de agranulocitose, aconselhan-

do-se nestes casos a suspensão desta terapêutica logo que a taxa dos leucócitos desça para os 5.000. Acompanhando as manifestações anteriores, sobretudo a falsa cianose (coloração azul), que é a mais frequente das manifestações, podem aparecer cefaleias, cansaço, náuseas e vômitos mais frequentes com a Diazona, seguida da Sulfetrona e por último a Promina. Todas estas manifestações podem ceder uma vez passado o período de tratamento e são elas que justificam que se inicie este com doses baixas, que se poderão aumentar logo que parem estes fenómenos de intolerância.

Com menor frequência surgem reacções cutâneas, que podem acompanhar-se de prurido, tendo o seu início frequentemente nas extremidades sob a forma de elementos eritema-papulosos umas vezes, outras sob a forma de elementos eritemato-vesiculosos, semelhante-se com o eritema nodoso e com menor frequência com o eritema polimorfo.

As complicações renais e outras de carácter visceral são excepcionais.

A maior parte das complicações cessam simplesmente com a suspensão de medicação e podem-se evitar: fazendo uma rigorosa selecção dos doentes; tratando-se os que se encontrem em melhores condições para se defenderem e beneficiarem da acção desta terapêutica, e preparando previamente os que não reúnam condições melhores. A nossa experiência sobre o emprego das Sulfonas é excelente tanto no que diz respeito à sua actividade como no que se refere à toxicidade que sempre supuzemos a que finalmente encontramos; pena é que nos serviços em que presentemente trabalhamos não as possamos empregar como seria nosso desejo e, estou certo, também da Direcção dos Serviços.

ACTIVIDADE DAS SULFONAS — A actividade dos quatro preparados que descrevemos é absolutamente reconhecida por quantos os ensaiaram. Sem diferenças notáveis entre uns e outros, são apreciados pelos doentes que ambicionam a medicação. Estas medicações ainda não alcançaram a efectividade que permita compará-la à dos arsenicais pentavalentes; porém é muito possível que estejamos próximos de conseguir ligeiras modificações da fórmula primitiva, de maneira a obter a medicação específica por excelência. Os resultados mais demonstrativos observam-se nas manifestações da lepra lepromatosa, com preferência nas partes cutâneas, mucosas e nas oculares, também atingindo as lesões viscerais neurais sobretudo quando a sua textura é lepromatosa.

A bacteriologia tarda mais em acusar a eficácia da medicação, pois é corrente que depois de se apreciar bem a melhoria e terem desaparecido as manifestações lepromatóticas, se possam encontrar bacilos, algumas vezes com características análogas às que possuíam anteriormente ao tratamento. No entanto, nos casos em que se inicia o tratamento precocemente e em alguns casos avançados em que se ministram logo 6 gr. diários, sem interrupções nem descansos, consegue-se comprovar a negatividade da baciloscopia no fim dos 5 primeiros meses de tratamento.

No último Congresso Internacional da lepra celebrado em Havana, prevaleceu a opinião de que estas drogas são a medicação de eleição para o tratamento da lepra e de uma actividade indiscutível que se manifesta sobretudo nas formas iniciais e nos casos demoradamente avançados, em que se observa rapidamente a regressão das lesões bucofaringeas, nasais, laringeas, oculares e cutâneas.

BIBLIOGRAFIA

- Manual of Leprosy — Muir — pgs. 124, 125, 126, 127, 128, 129 e 130.
 Internacional Journal of Leprosy — Volume 14, n.º 19, 1946: Fernandez e Carboni.
 Internacional Journal of Leprosy — Volume 12, n.º 1 — 1944: Muir.
 Practical Textbook of Leprosy — R. G. Cochrane — 19.º — capítulo.
 Clínica Dermatologia e Sifilogia — Fernandez. Blanco — pgs. 557, 558 e 559.

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, MICROCOCS
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

Um **NOVO** e Superior

Antibiótico

de amplo espectro



ACROMICINA

TETRACICLINA **Lederle**

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

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

A **ACROMICINA** pode agora adquirir-se nas seguintes formas farmacêuticas: Cápsulas de 250 mg., 100 mg., e 50 mg.; Spersoids*, Pó Dispersível, 50 mg. por cada colher das de chá, cheia (3,0 g.); Intravenosa, de 500 mg., 250 mg. e 100 mg.

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

* Marca Comercial Registrada



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

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

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

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

O parto sem dor na França (*)

F. LAMAZE E COL.

Nesta breve comunicação, vamos referir os nossos primeiros resultados, baseados em 1863 casos de mulheres, que preparamos para um parto sem dor, pelo «método psico-profilático».

Durante uma viagem pela Rússia, em Setembro de 1951, tivemos ocasião de assistir a um parto sem dor, no serviço do Prof. Nicolaïev em Leninegrado.

O parto sem dor é um facto consagrado na Rússia pelo decreto 142 de 1951 do Ministério de Saúde e adoptado, oficialmente, desde Junho de 1952, na China.

Perante este exemplo, decidimos experimentar este método, numa maternidade francesa.

As condições de trabalho foram-nos fornecidas na Policlínica do metalurgista, Centro Pierre-Rouquès. Apesar da diferença do aspecto social, e das deficiências em pessoal e em material, a nossa experiência devia fornecer-nos a prova do valor do método, tanto sobre o ponto de vista materno como fetal, e dar-nos resultados que concordam, perfeitamente, com os que se obtêm em todos os países onde é utilizado com o necessário e indispensável rigor.

HISTÓRIA

Em 1921, na Rússia, Velvovski apresentava com o seu mestre, Constantini Platonov, no II Congresso russo de psiquiatria e de neuropatologia, um relatório sobre a indolorização por sugestão hipnótica em obstetrícia, em cirurgia e em estomatologia.

Estudou os testes de Pavlov com o auxílio de dois obstetras: V. Ploticher e E. Chouforme, chegando às seguintes conclusões: no parto, podem existir dois tipos de dor:

Um independente do estado do cortex, quando o parto é anormal; o outro provocado por uma inibição do cortex, sob a acção de emoções penosas, medo, dor, angústia, etc.

No parto sem dor, pelo contrário, há uma actividade forte e bem equilibrada do cortex.

Em 1931, G. D. Read, em Inglaterra, pratica um método de parto inspirado nos trabalhos de Pavlov. A sua experiência não teve no seu próprio país o eco que desejava e Read continuará a sua experiência na África do Sul. Actualmente, o parto «natural» é feito, em Londres, no serviço do Prof. Nixon.

Em 1948, nos Estados Unidos, dois discípulos de G. D. Read, o Dr. Thoms e Fr. Goodrich Jr. em New Haven (Connecticut), trabalharam isoladamente e o seu método de parto «natural», não está generalizado.

Na Rússia, o método do parto sem dor, que inicialmente tinha o nome de método psicofísico, é actualmente designado, como lhe chama o seu principal promotor o Prof. Nicolaïev, nas recentes jornadas médicas internacionais de Nice (Outubro de 1953), sob a designação de método psico-profilático.

Consiste, para os casos normais, numa educação racio-

nal, física e psíquica, da mulher e não requiere o uso de nenhum medicamento.

Se bem que esteja ainda na sua fase experimental, o grande número de casos registados no mundo (300.000 na Rússia e mais de 100.000 na China) e a concordância dos resultados nos diversos países permitem avaliar o seu valor no plano clínico e científico.

Baseando-se na fisiologia, preenche as condições exigidas por Claude Bernard.

Em França, por ordem cronológica, temos publicado na *Gazette médicale* (2.º número de Dezembro 1952) os nossos primeiros resultados, dizendo respeito a 500 casos, do parto sem dor pelo método psicofísico.

Numa comunicação da Academia de Medicina (12 de Maio de 1953) o Prof. Lantuéjoul referia-se a uma experiência do parto sem dor, feita nas maternidades parisienses, abrangendo 48 casos.

Na *Vie médicale* de Setembro de 1953, M. M. Mayer e Bonhomme, baseando-se em 265 casos, utilizam, na prática hospitalar o método de «parto natural».

Não temos a intenção de anotar aqui o processo dos métodos medicamentosos do parto, praticados em França. Já fizeram as suas provas.

O primeiro objectivo a atender por nós foi o de transformar, radicalmente, o ambiente do parto na nossa maternidade.

Verificamos que a aplicação servil do método, tal como estava generalizado na Rússia, levava-nos a um insucesso. Decidimos preparar todas as mulheres, sem distinção, afim de criar um clima novo, e realizar assim, um verdadeiro choc psicológico nas mulheres que frequentavam a nossa maternidade. Este resultado foi obtido, rapidamente.

I—O MÉTODO

Desde a primeira visita das mulheres à maternidade, elas são brevemente postas ao corrente dos elementos essenciais do método e daquilo que deverão fazer.

Durante toda a duração do período gravídico, as gestantes são visitadas cada mês, individualmente, pelos obstetras.

No sexto mês, a mulher vai começar a sua preparação, afim de realizar o parto sem dor. É convocada para seguir os cursos, à razão de um ou dois por semana, segundo os casos. No total, são 10 conferências:

- 6 conferências feitas pelos cinesioterapeutas;
- 3 conferências feitas pelos parteiros;
- 1 conferência feita pelo psiquiatra.

a) Conferências dos cinesioterapeutas

1.º Curso

Noções sobre a actividade nervosa superior e os reflexos condicionados, bases teóricas de educação.

Atitude negativa da parturiente no parto, encarado como fenómeno passivo: consequências.

Atitude positiva da mulher ao acto fisiológico do parto: consequências.

(*) Relatório das experiências realizadas na Maternidade do Centro Pierre-Rouquès — Bull. Acad. Nat. Med. Paris (138, 52-56, 1954).

2.º Curso:

Fisiologia da respiração.

Relações anatómo-fisiológicas entre a respiração por um lado, gravidez e parto por outro lado.

Teoria e prática.

3.º Curso:

A educação neuro-muscular, o relaxamento muscular, aspecto desta educação.

Teoria e prática.

4.º Curso:

A dilatação.

Adaptação a esta fase, teoria e prática.

5.º Curso:

A expulsão.

Adaptação a esta fase, teoria e prática.

6.º Curso:

Revisão do ensino.

Desenvolvimento do parto.

Conduta a seguir: a) o que é necessário fazer; b) o que não é necessário fazer.

Leitura da relação de mulheres que tiveram o parto.

b) Conferência dos obstetras
(com gravuras e esquemas)

1 — Da ovulação ao feto a termo.

2 — Anatomia, fisiologia e inervação do músculo uterino, I e II fases do trabalho.

3 — III fase do trabalho genérico de «o que será o desenrolar do parto».

c) Conferência do psiquiatra

Estado funcional do cortex e supressão da dor no parto. Pequeno colóquio particular, se isto for necessário.

Por fim, é feita uma revisão geral com a projecção dum filme, ilustrando todas as fases da preparação e do parto, testemunho vivo do que toda a mulher bem preparada pode esperar.

II — DETERMINAÇÃO DAS CONDIÇÕES

Têm-se feito conferências para o pessoal afim de mostrar o papel que cada um deve desempenhar na aplicação dum tal método.

Pessoal qualificado (parteiras e enfermeiras), tendo recebido uma educação mais cuidada, participa nas sessões de trabalho em que a experiência individual é discutida em comum para a progressiva melhoria das técnicas. Constitue um elemento essencial que não se discute, porque a presença constante e qualificada à cabeceira da parturiente é uma condição indispensável de êxito.

III — AMBIENTE NECESSÁRIO

Transformação dos locais, do material, nos seus ínfimos detalhes. É necessário fazer esforços para se obter:

O conforto: leitos confortáveis, luz adequada e oxigenoterapia.

O silêncio absoluto.

Uma atmosfera de agradável segurança.

Têm-se criado salas de isolamento para permitir a coloração, por um lado das mulheres não preparadas (mulheres

habitando muito longe ou que não puderam, por razões familiares ou sociais, seguir a preparação) e, por outro lado, aquelas cujo comportamento não permite continuar, até ao fim, o parto pela psicoprofilaxia.

CONCLUSÃO

Segundo a nossa primeira fase de experiência, pensamos que o método, que necessita dum trabalho de equipa — onde cada um conserva as prerrogativas das suas funções — é profícuo, encarado em três planos essenciais.

I — PLANO MATERNO:

A não utilização de substâncias medicamentosas, nos casos normais, suprime acidentes tóxicos.

Em casos de complicação (hipertonia ou hipotomia uterina, rigidez espasmódica do colo, etc.), os medicamentos conservam, se bem que em doses reduzidas, o seu provado prestígio.

O organismo fica em óptimas condições e ao abrigo de toda a reacção imediata ou secundária desfavorável.

A parturiente, plenamente consciente, controla, dirige, regulariza o seu trabalho. Dá à luz a sua criança, sem esforço, após um trabalho fisiológico.

a) Diminuição da duração total do tempo de trabalho (dilatação e expulsão).

b) O edema do colo parece ter desaparecido.

c) Aplicação de forceps pouco frequentes ou reduzidas ao mínimo e nas melhores condições.

d) Períneos salvaguardados.

e) Parto normal rápido.

f) Choque por hemorragia quase inexistente (não vimos mais do que um em 1863 casos).

g) Choque obstétrico: parece suprimido.

h) A preparação, sem negligenciar, contudo, as regras de higiene e de dietética, que as mulheres devem observar, sob um controle frequente, diminui consideravelmente os acidentes tais como a nefropatia gravídica (nenhum caso de pre-eclampsia ou de eclampsia).

i) Melhoria das condições do parto nas cardíacas e nas pulmonares.

j) Todas as mulheres adquirem o hábito do levantar precoce e acusam um bem-estar físico e psíquico a todos os instantes.

k) As consequências.

2 — PLANO FETAL

Poucas crianças nascidas em estado de morte aparente. Reanimação reduzida a 0,6 por cento.

As perturbações por hemorragia meníngea tendem cada vez mais a desaparecer.

As crianças são mais calmas e as curvas de peso são boas.

Neste plano, os resultados são muito encorajadores e permitem fazer desaparecer a noção do traumatismo do nascimento como sendo responsável pelas perturbações físicas ou características da infância: *responsabilidade atribuída com muita frequência aos parteiros*.

Julgamos estar aí a melhor profilaxia da natalidade.

3 — PLANO SOCIAL:

Maior harmonia nos casais (marido e mulher participando activamente na preparação).

Desaparecimento da dor de futuros partos e como consequência *uma diminuição certa do número de abortos*.

Reforço dos elementos afectivos da parte dos pais em relação aos filhos.

Desaparecimento do traumatismo psíquico que marcava, muitas vezes definitivamente, a mulher durante o seu primeiro parto.

Em resumo, este método fisiológico e racional não traz senão vantagens e nenhum inconveniente.

Apenas a sua realização, necessitando de maiores despesas no futuro poderia constituir um obstáculo.

Novos medicamentos anti-epilépticos

R. J. L. PLUVINAGE

As investigações experimentais, feitas em todo o mundo, têm demonstrado a actividade anti-epiléptica dum grande número de substâncias, pertencendo a séries químicas extremamente diferentes. Os estudos experimentais são feitos no animal e a actividade anti-epiléptica é avaliada segundo a percentagem de prevenções das epilepsias produzidas pela corrente eléctrica ou por certas substâncias, como o cardiazol.

Sòmente um pequeno número de compostos activos experimentalmente pode ser retido na clínica humana. Por um lado a epilepsia provocada é bastante diferente da epilepsia expontânea do homem; e algumas substâncias, interessantes no animal, mostram-se inactivas no homem. Por outro lado, um bom anti-epiléptico deve obedecer a múltiplas condições. Deve controlar ou reduzir, consideravelmente, as crises. Deve actuar, se possível, sobre as diferentes formas de epilepsia: grande mal, pequeno mal, epilepsia psicomotora ou temporal, e controlar tanto as epilepsias secundárias, como as formas criptogénicas. Deve ser pouco tóxico, e a sua administração prolongada não deve determinar nenhuma perturbação lesional ou funcional e a dose activa deve ser o mais afastada possível da dose tóxica. Finalmente, deve ser de fácil manejo, isto é, administrável por via oral, a única que convém à administração prolongada, e a duração da sua acção deve ser suficiente para evitar uma fragmentação excessiva da dose diária, mas a sua eliminação suficientemente rápida, para evitar os riscos duma acumulação no organismo.

Estas considerações explicam porque, em vários milhares de substâncias estudadas, sòmente alguns tenham podido ser comercializados. Ainda não se chegou a sintetizar o produto ideal, actuando sobre todas as formas de epilepsia e correspondendo às condições já enunciadas. As investigações fisiológicas tornam bastante problemática a descoberta dum medicamento semelhante, parecendo-nos que as diferentes formas de epilepsia correspondem a mecanismos fisiopatológicos muito diferentes. Os traçados electroencefalográficos indicam-nos, embora grosseiramente, a diversidade dos mecanismos em causa.

Entre os produtos experimentados nestes últimos anos, especialmente três têm chamado a nossa atenção, o primeiro actuando, sobretudo, sobre o pequeno mal, os outros dois sobre o grande mal.

1.º A metilfenil succinimida tem sido comercializada, na Inglaterra, com o nome de «Milontin», em França, com o nome de «Lifène».

Este produto foi estudado, experimentalmente, por Miller e, sob o ponto de vista clínico, por Zimmermann, nos Estados Unidos, Millichap, na Inglaterra, e em França por nós e por Lereboullet, Vidart e Thomas e, depois, por Delay, Pichot e Henne.

As doses utilizadas têm variado de 0,90 g. a 2,40 g. por dia, ou seja 3 a 8 cápsulas, doseadas a 0,30 g. Para estas doses, a tolerância é excelente e não se verifica nenhuma perturbação clínica, nem nenhuma modificação sanguínea, hepática ou renal. Se as doses ultrapassam 2 g. por dia, podem verificar-se incidentes ligeiros, sem gravidade, tais como cefaleias, vertigens ou náuseas que raramente obrigam a interromper o tratamento. Alguns autores ingleses e americanos assinalaram, nos doentes tratados em períodos prolongados com doses diárias que ultrapassam 3 g., algumas perturbações renais: albuminúria, cilindrúria e hematúrias microscópicas. Pensamos não haver interesse em recorrer a doses tão elevadas. Se o indivíduo não reage favoravelmente a doses moderadas, há poucas probabilidades de que os resultados melhorem aumentando as doses. Então, é preferível, quer associar o medicamento a outros produtos, quer passar a uma outra terapêutica.

Como de todas as vezes que se trate de pequeno mal, é prudente não utilizar este medicamento isoladamente e dar ao doente um tratamento associado do tipo

do grande mal, por exemplo, fenobarbital e hidantinas. Com efeito, sabe-se que, mesmo que não existam crises convulsivas do tipo grande mal, a redução ou o desaparecimento das ausências levam frequentemente a exteriorização do grande mal até aí completamente latente.

Os resultados registados pelos diferentes autores trabalhando separadamente são muito comparáveis e pode-se admitir, bastante grosseiramente, que num terço dos casos as ausências são completamente suprimidas, noutro terço notavelmente reduzidas de frequência, e no último terço pouco modificadas ou imutáveis.

2.º O 5-fenil-5-etil-hexahidropirimidina-4-6-diona tem sido comercializado com o nome de «Mysoline». Este produto é aparentado com os barbitúricos. Com efeito, não difere do fenobarbital senão pela substituição dum CH_2 no grupo CO do resíduo ureico da molécula. Este produto que tem sido estudado desde 1949 por Bogue e Carrington tem sido experimentado em França, em especial por Delay e Pichot e por A. Beley. Ele tira vantagem da margem considerável que separa as doses anticonvulsivantes das doses hipnóticas. Poder-se-ia utilizar doses relativamente fortes sem que o indivíduo se queixe de sonolência incomodativa. De facto parece-nos que a sonolência era muito frequente no começo do tratamento mas que diminuía rapidamente. Podem observar-se igualmente as mesmas sensações de desequilíbrio e a mesma incoordenação motora ligeira com fortes doses de barbitúricos, mas estas perturbações que permanecem sempre moderadas atenuam-se expontaneamente em alguns dias. Sòmente as doses superiores a 1,50 g. por dia podem determinar, excepcionalmente, algumas erupções cutâneas, morbiliformes, escarlatiniformes ou de carácter mixto, sem especial gravidade.

A tolerância sanguínea é excelente e, a única perturbação que se tem notado, de maneira inconstante, é uma muito ligeira diminuição dos linfócitos, sem modificações da série rubra nem da série granulosa.

As doses recomendadas pela maioria dos autores variam entre 1 g. e 1,50 g. por dia, ou seja 4 a 6 comprimidos de 0,25 g.

O produto tem uma actividade manifesta contra o grande mal, vizinha da que existe na associação clássica barbitúricos mais hidantina com a vantagem de se mostrar eficaz num certo número de casos em que esta associação não permitira equilibrar o doente. A maioria dos autores dão cerca de 30 % de resultados excelentes (completo contrôle das crises) e 50 % de resultados satisfatórios, isto é, redução pelo menos de 50 % das crises (Haudley e Stewart). Num grupo de doentes apresentando perturbações características ao mesmo tempo que crises epilépticas, Delay e Pichot assim como Beley têm notado uma melhoria sensível das manifestações..., enquanto que outros autores não têm encontrado esta acção de maneira tão manifesta.

Põe-se o problema de saber se é melhor empregar este produto isoladamente ou associado a outros anti-epilépticos em especial as hidantinas. Nalguns casos tenho verificado que a associação ao difenil-hidantinato de sódio tem-nos dado resultados mais satisfatórios que o emprego exclusivo deste medicamento.

3.º A N-benzil-cloro-propionamida foi introduzida recentemente nos Estados Unidos com o nome de «Hibicon». Este composto pertence a uma série química inteiramente diferente das precedentes. Foi estudado entre 40 substâncias da mesma série, por Kushner e colab. em 1951. Uma experiência animal extremamente marcada pôs em evidência a tolerância absolutamente notável do organismo a este produto. No rato, doses de 1,50 g. por kg. administradas regularmente durante um ano não provocaram nenhuma lesão orgânica nem nenhuma perturbação cutânea, hepática, sanguínea ou renal.

Esta inocuidade completa tem-se encontrado no homem. Os ensaios efectuados até agora com doses médias

de 2 a 3 g. divididas em 4 ou 5 doses quotidianas não contribuíram para o aparecimento de qualquer reacção de intolerância. Não se tem verificado nem sonolência, nem vertigens, nem erupções cutâneas, nem nenhuma modificação sanguínea, hepática ou renal.

Os primeiros ensaios de Kaplan e Maslanka dizem respeito a 31 casos, com mais de 50 % de melhorias consideráveis. Uma experiência mais recente de C. D. Hawkes regista 23 resultados excelentes e 16 melhorias notáveis num total de 59 casos tratados.

O produto, até agora, parece ser indicado sobretudo nas epilepsias do tipo «tronco cerebral superior», segundo a classificação de Penfield, isto é, em certas formas do grande mal isolado ou associado a manifestações do pequeno mal.

Parece verificar-se, igualmente, que certos acessos psicomotores podem responder favoravelmente a este tratamento. O número de casos tratados, e o recuo do tempo são insuficientes para que se possa desempenhar de maneira mais precisa as indicações terapêuticas.

Estes três medicamentos, escolhidos entre um número considerável de substâncias diferentes ilustram bem as tendências actuais da terapêutica anti-epiléptica, que procura descobrir o medicamento mais activo, e ao mesmo tempo o mais bem tolerado pelo organismo.

A complexidade destas investigações torna necessária uma estreita colaboração dos químicos, dos fisiologistas e dos clínicos. Em última análise a apreciação exacta dos resultados não pode resultar senão dum extenso estudo estatístico, englobando um grande número de casos o mais semelhantes possíveis donde parece necessário encarar a criação de Centros de Pesquisas e de Tratamento consagrando-se ao problema da epilepsia, dotados dos meios mais modernos. A epilepsia, além do interesse médico representa uma questão social da mais alta importância, fixando-se em cerca de 120.000 o número de epiléticos só para a França.

(«La Semaine des Hopitaux» — N.º 29, 2 de Maio de 1954)

Dermatomicoses

DR. J. R. FREY

No dia 22 de Junho, na biblioteca do hospital de Santa Marta, em Lisboa, o Dr. J. R. Frey, de Basileia, fez uma conferência, na qual versou o tema «Novos métodos para a determinação do efeito terapêutico dos antimicóticos». O conferencista foi apresentado pelo Prof. Juvenal Esteves, que se referiu à sua formação de especialista na Clínica Dermatológica de Zurique e à carreira de investigador, agora em plena actuação nos laboratórios da firma Hoffmann-La-Roche, em Basileia, na Suíça, bem como à enorme importância que novos métodos têm hoje na investigação dermatológica, em geral e, em particular, no domínio das micoses cutâneas.

Entrando na matéria da sua conferência, o Dr. Frey afirmou que, para o tratamento das dermatomicoses, tais como a tinha do couro cabeludo, a epidermofítia interdigital (pé de atleta) e as onicomioses, o médico não dispõe ainda de medicamentos com acção específica e de intensidade análoga à das sulfamidas e dos antibióticos em relação às infecções bacterianas.

Em virtude de as dermatomicoses serem muito contagiosas e terem longa duração compreende-se facilmente o interesse das actuais pesquisas no sentido de encontrar novos medicamentos com acção terapêutica eficiente naquelas doenças.

É um facto bem conhecido que muitas das novas substâncias propostas para aquele fim possuem «in vitro» acção intensíssima.

Nestas condições inibem o desenvolvimento ou destroem as colónias de fungos patogénicos para o homem em diluições que chegam até 1:10.000.000. Por outro lado, quando são aplicados no doente não revelam acção nitidamente superior à dos medicamentos clássicos.

Daí deriva a ideia de desenvolver métodos de estudo que permitam analisar as novas substâncias em condições próximas das que se realizam na clínica.

Com este objectivo elaborámos um processo em que os fungos são expostos à substância a examinar no seu habitat natural, que é o cabelo parasitado. O cabelo confere ao fungo, simultaneamente, protecção de natureza física e química. A substância, que se põe em contacto durante tempo limitado, deve poder penetrar entre as lamelas córneas do cabelo e destruir ali os esporos e micélios do fungo na presença das substâncias que o organismo lhes proporciona.

Este método, que designamos como «hair test», tem a vantagem de se poder realizar «in vitro», podendo-se examinar, assim, grande número de substâncias em pouco tempo e com exigências técnicas reduzidas.

Compreende-se que, no «hair test», as substâncias são examinadas em condições muito mais difíceis do que nos ensaios correntes «in vitro», pois que, aqui, o fungo depara com o medicamento cultivado em meios artificiais e sem qualquer protecção. É por isso que muitas substâncias altamente activas «in vitro» se revelam inactivas no «hair test», o que permite já certa selecção.

Contudo, as condições de exame no «hair test» diferem ainda muito das que dominam na clínica humana, que unicamente podem ser imitadas por doença provocada experimentalmente no animal de laboratório.

Aproveitamos para as nossas experiências quimioterapêuticas a tricofítia experimental da cobaia, que, por ser doença natural destes animais e provocada por fungos também patogénicos para o homem, permite estudar novos agentes terapêuticos em condições muito semelhantes às do homem.

Mediante métodos descritos examinamos diversos anti-sépticos e alguns antimicóticos conhecidos. A sua acção pôde ser comprovada nos ensaios correntes «in vitro» e alguns se demonstrou, também, serem activos no «hair test», mas só escassa minoria conseguiu influenciar favoravelmente a tricofítia experimental da cobaia.

Entre as substâncias novas sintetizadas nos nossos laboratórios encontrámos algumas, como o monocloridrato de dietilaminobenzotiazol, que, não só encurta a doença da cobaia, em relação aos animais não tratados, mas também impede profilacticamente o seu desenvolvimento. Estes animais não revelam qualquer sintoma no local de inoculação e permanecem sem infecção, como o demonstram as experiências de reinfeção com o mesmo fungo.

O mono e o dicloridrato de dietilaminobenzotiazol têm, também, em clínica humana, acção evidente. Autores americanos e portugueses demonstraram que, com eles, é possível obter a cura de tinas do couro cabeludo unicamente mediante tratamento tópico, sem necessidade de recorrer a depilação pelos raios Roentgen. Isto significa que as condições de exame dos nossos métodos são adequadas, pois os seus resultados se aproximam dos da clínica.

Visto que permitem também certas conclusões acerca do modo de acção dos antimicóticos julgamos estar no bom caminho para encontrar substâncias que permitam tratar as dermatomicoses com maior rapidez e êxito do que até aqui tem sido possível.

O Prof. Adelino Padesca, director clínico do hospital, agradeceu, no final, a brilhante conferência do Dr. J. R. Frey, que seguiu para o Porto, onde falou sobre o mesmo assunto.

Z
Rudy

Longue vida
AS PENICILINAS
WANDER



PELA SUA ELEVADA
PUREZA E NOTÁVEIS
CARACTERÍSTICAS

WANDERCILINA

A **NOVA** PENICILINA PROCAÍNICA
EM SUSPENSÃO AQUOSA **SUPER FLUIDA**
FRASCOS DE 400.000, 600.000, 800.000, 2.000.000 e 3.000.000 de U.

WANDERCILINA R

PENICILINA PROCAÍNICA + PENICILINA POTÁSSICA
NA PROPORÇÃO DE 3 PARA 1
FRASCOS 400.000 E 800.000 U.

PENICILINA POTÁSSICA G

MÁXIMA POTÊNCIA
FRASCOS DE 100.000, 200.000, 500.000 e 1.000.000 U.

**Para o tratamento contínuo, nas insuficiências
cardíacas crónicas e hemodinâmicas:**



**a potência do coração e a actividade do doente
mantem-se com dosagens individualizadas de
Pandigal durante muitos meses e anos.**

PANDIGAL administra-se :

— quando se exige uma terapêutica contínua de longo curso

— quando há necessidade de actuar com rapidez

Tendo simultaneamente as indicações da digitalina e muitas das indicações das estrofantinas, Pandigal reúne as qualidades de um tonicardíaco para terapêutica de manutenção às de um medicamento de urgência.

GOTAS • COMPRIMIDOS • AMPOLAS

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

Representante

Pestana & Fernandes, L.^{da}

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

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Vacinação contra a gripe, in *J. A. M. A.*, 151 (15): Adv. «Pfizer», 37; 1953.

Sabe-se que o êxito de uma campanha de vacinação contra a gripe não pode nunca ser previsto com segurança, dada a grande variação das estirpes de virus que podem desencadear qualquer epidemia.

Na realidade, indivíduos vacinados contra o virus A, podem sofrer a gripe por virus B, C ou até A' e nada nos garante que não possam emergir nova ou novas estirpes ainda desconhecidas de virus da gripe.

Daí, o interesse de vacinas polivalentes que, entretanto, pelo que atrás se referiu, não podem nunca dar a segurança de uma protecção futura eficaz, contra qualquer epidemia que eventualmente se venha a desencadear, ainda que dentro do período de imunidade conferido pela vacinação.

A duração desta imunidade constitui, por muitíssimo curta — 1 a 3 meses, conforme os autores e as vacinas empregadas — outra das condições que não têm facilitado uma larga aceitação de tais vacinas.

Entretanto, depois das experiências de Freund e das, mais recentes, de Salk, a adicção de certos óleos minerais, não irritantes, às vacinas anti-gripais, tem possibilitado a extensão da imunidade, por elas conferida, imunidade essa que, mesmo assim, nas vacinas mais recentes, parece não ir muito além dos 6 meses, embora alguns autores afirmem que conferem protecção geralmente suficiente por períodos mais longos (cerca de um ano).

As vacinas mais eficazes, em uso na actualidade, devem conter certas proporções de virus do grupo A, do grupo B e sub-grupo ou estirpe A', estando presentes sempre em mais elevada proporção virus desta última estirpe, por as experiências e os acontecimentos terem provado a sua conveniência, desde as epidemias de 1947/8 até às de 1953.

Tais vacinas, como, por exemplo, a usada pelos exércitos dos E. U. A., são as que têm permitido melhores resultados, até à data.

Mas é preciso não esquecer a importância da grande variação antigénica do virus gripal, a qual pode levar à criação de estirpes antigénicas e, pois, imunologicamente diferentes de todas aquelas usadas, mesmo nas vacinas mais variadas e perfeitas.

Segundo as mais modernas hipóteses, tais variações antigénicas seriam devidas, especialmente, a duas causas: 1.^a) ou a uma recombinação genética de duas estirpes, iguais ou distintas, da qual pode surgir uma terceira estirpe antigénicamente diferente de qualquer das «progenitoras»; 2.^a) ou a uma selecção natural, como resultado do meio (imunobiológico) ambiente, levando à criação de novas e diferentes características antigénicas.

Qualquer daquelas causas, mas mais especialmente a primeira, pode e deve ter sido a responsável pela pandemia de 1948 e, segundo muitos autores, poderia ser a responsável pela terrível e mortífera pandemia de 1918, ocasião em que teria surgido, mercê de combinações mal conhecidas, talvez por «cruzamentos genéticos» das estirpes norte-americanas, inglesas e francesas, no noroeste da França, em 1917/18, uma nova e diferente estirpe de extraordinária virulência e de marcada tendência pneumónica.

Todos estes factos fazem-nos encarar com um pouco de cepticismo a possibilidade de obtenção, em curto prazo de tempo, de uma segura vacina que proteja todos contra as actuais e futuras epidemias de gripe.

L. C. M.

Doses aconselhadas da D. B. E. D. — Dipenicilina G, «per os», in *Antib. Newsletter*, Vol. III, n.º 8; 1953.

Os últimos trabalhos de diversos autores, no sentido de definirem e harmonizarem as doses eficazes do

novo derivado penicilínico eficaz *per os* e de lenta eliminação, a *di-benzil-etilena-diamina-dipenicilina G* (abreviadamente: D. B. E. D. — dipenicilina G), em relação ao peso dos doentes, chegaram à conclusão de que as doses que se estavam a empregar nas crianças eram geralmente baixas — eram de ordem das 6.000-8.000 unidades por quilo de peso, cada 8-12 h.

Hoje, a dose que está provado dar níveis sanguíneos superiores aos eficazes contra a grande maioria dos germens penicilino-sensíveis, é a de 13.000 unidades de D. B. E. D. — dipenicilina G, cada 8 horas, *per os*, preferivelmente em comprimidos, ou cápsulas glutenadas, ou que-retinizadas. Excepcionalmente pode elevar-se, aquela dose parcial, a 15.000 unidades cada 8 horas.

Emprego indiscriminado da «Gama»-Globulina na profilaxia da poliomielite, in *Amer. J. of Med. Sc.*, 226: 125; 1953; e in *Publ. Health Rep.*, 68, n.º 7; 1953.

Depois dos primeiros resultados animadores obtidos nos E. U. A., em 1952/53, na profilaxia da poliomielite pelo largo emprego de γ -globulina às crianças aparentemente susceptíveis, começam a levantar-se, naquele país, algumas vezes autorizadas que não concordam com o emprego indiscriminado daquele agente biológico, obtido por fraccionamento do plasma humano.

Trata-se, realmente, de conseguir, com a γ -globulina, apenas uma imunização passiva, de curta e passageira duração. É, pois, claro que os indivíduos assim protegidos, ao terminar a acção da γ -globulina, ficam sem quaisquer defesas contra a doença, defesas essas que a grande maioria dos indivíduos adquire, naturalmente e para sempre, sem sofrer doença aparente.

Hammon afirma que o emprego indiscriminado da γ -globulina não tem justificação, como meio de imunização e protecção passiva passageira de uma infecção em que, por cada caso clínico, ocorrem, certamente, mais de 100 casos inaparentes, que deixam imunidade activa por toda a vida.

Além disso, não há tão grandes disponibilidades de plasma humano, nem recursos económicos suficientes que cheguem para a produção de quantidades de γ -globulina suficientes para grandes massas de população.

Hammon diz que o emprego da γ -globulina na profilaxia da poliomielite, só poderá justificar-se dentro de famílias onde se verificarem casos, durante qualquer epidemia, mas só até que surjam cerca de 75 % dos casos secundários por família. Depois, não só já não vale a pena, como se corre, até, o risco de perturbar a imunidade natural activa, que muitos membros de cada família estão, então, a adquirir, sem sofrer doença aparente.

L. C. M.

Diverticulites do cólon—HENRY K. RANSON do Serviço de Cirurgia, Universidade de Michigan Ann Arbor, Michigan.

O A., neste seu estudo, apresenta as conclusões da sua experiência com larga casuística, pois que em 14.695 exames radiológicos do cólon se verificou a presença aproximada de divertículos em um de cada oito doentes.

No decurso de quinze anos, somente se procedeu a intervenção cirúrgica em 53 casos de diverticulite cólica. Em certos foi impossível a diferença cuidadosa, pre-operatória, entre diverticulite do cólon esquerdo e cancro, tornando-se imperiosa a intervenção. Em sete casos verificou-se após a ressecção a coexistência de carcinoma e diverticulite.

A hemorragia rectal só se verificou em 9 dos 53 doentes; teve pois uma incidência de 17 por cento, tendo carácter maciço um só caso. Isto no tocante aos doentes com diverticulite como única doença, pois que, no grupo com cancro simultâneo, a

hemorragia foi nestes um sintoma comum e muitas vezes foi o maior e até o único.

Quando o sangrar é sintoma proeminente, nos casos de diverticulite demonstrada radiologicamente, aconselha a imediata intervenção cirúrgica.

Somente apareceram dois casos de diverticulite do cólon proximal que exigiram intervenção operatória: um divertículo solitário do cego e outro do transversal.

Tratamentos cirúrgicos correntes ou de urgência aplicaram-se em 14 casos de diverticulite do cólon distal com os resultados que se seguem:

- a) Após simples incisão e drenagem dos abscessos deram-se 1 morte post-operatória, duas longas sobrevividas sem recorrência e uma morte por subsequente perfuração no oitavo dia.
- b) De 6 doentes tratados com colostomia, um colheu bom resultado com posterior fecho da abertura; três morreram entre o 3.º, 5.º e 6.º mês, nunca tendo fechado as colostomias; um doente vive após 12 anos, livre de sintomas, mas com a colostomia, e num caso a ressecção foi considerada a fim de fechar a colostomia.
- c) A cecostomia determinou duas mortes operatórias, enquanto um doente vive sem sintomas após 2 anos e meio da operação.

Em 37 casos de lesões do cólon distal procedeu-se a ressecções, sendo 17 em três tempos, 14 com anastomose primária, 3 obstrutivas, duas abdomino-perineais e uma colectomia subtotal.

Neste grupo de 37 ressecções deu-se uma morte operatória, enquanto 5 outros doentes foram acompanhados por período inferior a um ano. Os resultados dos 31 casos seguidos para apreciação ulterior foram de excelentes para 12, satisfatórios para 15, desagradáveis para 2. De dois doentes ignoram-se os benefícios. Tendo em vista a baixa mortalidade por ressecção, aconselha-se este tratamento mais que no passado para os doentes com diverticulites de repetição ou sintomas persistentes, a fim de prevenir o desenvolvimento de quaisquer complicações. Em tais casos a intervenção num tempo é praticável.

A. B.

Coma por mixedema, in *Brit. Med. J.*, 1, 136: 1953.

O A. apresenta as observações feitas em 5 casos de coma por mixedema. Em quatro casos o diagnóstico foi confirmado pela necropsia, ou seja na totalidade dos doentes, pois num deles o coma manifestou-se por duas vezes. Chama a atenção para a possibilidade destes casos, tanto mais quanto parece ser tendência moderna considerar o mixedema facilmente curável, dificilmente considerado causa de morte, o que não está certo.

Nestes doentes, onde não foi possível fazer-se o estudo tão completo quanto seria para desejar em padecimentos endócrinos, ainda assim dosearam-se no sangue o potássio, sódio, fósforo, cloretos, ureia, glicose e colesterol.

O estabelecimento do coma foi gradual. Todos estavam severamente mixedematosos à entrada para o hospital. Coma profundo, com os membros estendidos e flácidos, as extremidades frias. Pulso filiforme que oscilava entre 60 a 75 p./min. A pressão sistólica variava entre 70 a 130 m/m Hg. Não se exploraram os reflexos tendinosos e os plantares responderam com extensão em muitos casos. Em virtude do aparecimento de baixas temperaturas no coma hipopituitário (Sheehan & Summers 1952) dedicou-se a este sintoma especial atenção. As temperaturas vaginais ou rectais variavam entre 23,9° a 33° C e eram mais baixas que as registadas em muitos doentes fora do coma. Utilizou-se para isso um termómetro de incubadora. Quando se instala o coma parece ser irreversível, pois não colheu sucesso nenhum dos métodos usados.

O aparecimento do coma como evento terminal do mixedema é de interesse clínico, primeiro, como problema da alteração da fisiologia por queda da secreção da tiróide, e, secundariamente, por semelhança com o coma do hipopituitarismo.

Todos os casos presentes tinham hipotermia, como semelhantemente se tem observado no coma hipopituitário. Le Marquand e colab. (1953, caso n.º 1) também referiram hipotermia e notaram nos seus doentes que o ingresso no hospital se fez nos meados do inverno, momento que consideram mais perigoso para a hipotermia. A experiência do autor confirma-o em relação a estes casos, que foram todos admitidos no inverno.

Ainda que em dois casos se tenha conseguido elevar, com os cuidados, a temperatura corpórea até ao normal nenhuma melhora se conseguiu, permanecendo o coma.

As alterações produzidas, por temperaturas extremamente baixas, no corpo destes mixedematosos são aparentemente irreversíveis e não se costuma conseguir o regresso térmico ao normal. Por isso é de grande importância preservar os doentes com grande mixedema do frio excessivo. Sugere que a hipotermia é a causa do coma e é motivada por depressão do metabolismo resultante da falta da secreção tiroideia. Só num caso foi possível restabelecer o doente com extrato de tiróide ou tiroxina sódica.

A regra é, uma vez estabelecido o coma, a tiroxina não surgir efeito, mesmo quando associada à hidroterapia. Conclui-se que a quebra da tiróide não é inteiramente responsável pela hipotermia ou que o corpo chega a um estado de insensibilidade ao estímulo da tiroxina. A ponderação da primeira destas possibilidades, nomeadamente de que a falha da tiróide é só parte do problema, levou ao recente estudo da quebra da função córtico-adrenal, que ocorre no mixedema (Statlan & Lerman, 1950), com o fim de explicar o aparecimento do coma.

Num dos casos referidos a eliminação dos 17-cetosteróides era de 0,6 a 0,75 mg. diários, taxa similar à do hipopituitarismo, e em dois casos encontraram-se níveis baixos de sódio e cloretos do soro. A administração de acetato de cortisona num caso, e de acetato de desoxicortona, salinos e cortisona noutra, não conseguiram recuperar os doentes.

A. B.

Tratamento da hipertensão pelo hexametónio — HARINGTON e ROSENHEIM — *Lancet* — 266: 7, 1 a 54.

Os autores aconselham a administração da droga por via subcutânea, para evitar vários inconvenientes da via oral (irregularidade da absorção intestinal; mau controle dos efeitos obtidos; absorção súbita de grandes doses pelo intestino; perigos do bromismo).

Os doentes em que o tratamento está indicado são os seguintes:

- 1 — Casos de hipertensão maligna (edema da papila e alta pressão diastólica).
- 2 — Hemorragias e (ou) exudados nos fundos oculares.
- 3 — Sinais de insuficiência ventricular esquerda.
- 4 — Cefaleias persistentes, que tornam o doente incapaz de trabalhar.

A insuficiência renal não é considerada pelos autores como uma contra-indicação para este tratamento, mas são-no, pelo contrário:

- a) — Sintomas e sinais de pouca monta.
- b) — Má resposta a «dose de prova» de hexametónio.
- c) — Lesões graves das coronárias.
- d) — Pouca inteligência do doente.

O esquema de tratamento seguido pelos autores sublinha a necessidade de verificar periodicamente a eficácia do tratamento usando «doses de prova».

O tratamento começa (com o doente internado) com doses pequenas (usualmente 25 mgs. de brometo de hexametónio) dadas 3 vezes por dia (isto refere-se aos casos sem insuficiência renal). Essa dose vai-se aumentando gradualmente até se observar uma queda de tensão persistente e significativa; esta dose final variou de 50 a 250 mgs., por injeção.

Deve fazer-se um cuidadoso controle de tensão, a horas apropriadas, com o doente deitado e em pé, etc.

Quando o doente tiver alta, para tratamento ambulatório, deve voltar a ser internado, por 24 horas, de mês a mês, para controle apropriado da dose terapêutica e seu ajustamento, se necessário.

Os autores apresentam os resultados que obtiveram no tratamento de 22 casos, seguidos durante períodos indo de 3 meses a mais de 2 anos; 14 desses casos eram de hipertensão maligna. Observaram em todos os casos melhoras dos sintomas visuais e da dispneia, e descida da tensão arterial bem como melhoria dos fundos oculares na maioria deles. As cefaleias, nomeadamente, desapareceram em muitos casos.

Finalmente, acrescenta-se neste artigo o rápido e persistente alívio do edema pulmonar agudo e do edema cerebral, obtido com o emprego do hexametónio.

S U P L E M E N T O

REUNIÃO DE CURSO

Juntámo-nos todos. Todos, de verdade não, e isso faz sempre pena.

Passaram quinze anos de formatura, cada um foi para o seu lado lutar pela vida com todo o esforço da sua mocidade e os conhecimentos aprendidos nas aulas com os Mestres.

Quinze anos. Tanto tempo que nos faz parecer tão longe o nosso Curso que por vezes nos custa lembrar o nome de alguns colegas. Que será feito deles? Terá a vida correspondido às esperanças de cada um? Teriam dominado os acontecimentos e marcado a sua posição conforme os seus sonhos ambicionavam? Ou terão alguns sucumbido perante a adversidade, deixando-se estagnar ou abandonando a profissão, tão ingrata por vezes, e que tanta perseverança exige?

De meia dúzia que trabalha perto de nós bem sabemos o que se passa e volta e meia lá temos contactos casuais porque raramente procurados, mas que quando se dão mostram que estamos entre os nossos. Bem sabemos que estes são diferentes — conhecem-nos e nós conhecemo-los. Talvez não na ciência de cada um, mas concerteza na sua maneira de ser que nos bancos da escola era mais espontânea e mais franca.

Dos outros parece que já nem sabemos bem de onde são e como são. Que seria feito deles? Um escreveu-nos há tempos de África, está bem, casou e tem vários meninos. Esta coisa dos filhos é das mais impressionantes: «eu tenho quatro e tu?». De outro constou-nos que casara rico e ganhara assim várias etapas nesta luta «por uma vida melhor». Outro em república sul-americana tinha influências políticas. Ainda outrós longe, mesmo um em Macau domina na clínica.

Até parece que um deu em espírito!

Também os casos tristes: o colega morto e o hospitalizado por doença crónica.

E as raparigas? Bem poucas e bem simpáticas as que chegaram ao fim do Curso— as outras ficaram pelo caminho, umas porque era agreste o Curso, outras porque o amor as desviou e isto de zelar pela casa e tratar os meninos nem sempre se coaduna bem com as preocupações da clínica — é de mais para uma mulher só. E então as que restam? Uma casada abandonou também a clínica — os filhos não a deixam. Outra dedicou-se ao ensino liceal (que boa professora deve ser, com uma inteligência tão arrumada!); parece que nesta vida os filhos não atrapalham tanto. Finalmente há uma que se bate brilhantemente a tratar os doentes, como nós, os rapazes, todos fazemos.

Reunimo-nos ali na Figueira da Foz, caminho meio para os do Norte e os do Sul do País.

À hora marcada lá começam a chegar os automóveis de todos os cantos da nossa terra. Apeamo-nos, olhamos uns para os outros e vemos que afinal temos todos bem presentes. Não nos tínhamos esquecido de nenhum: cá estão, todos. Mais velhos? Nem isso: em alguns, cabelos brancos e sobretudo menos cabelos; mais gordos quase todos.

Abraços e mais abraços. Se o Curso fosse maior, talvez as costelas não resistissem.

As conversas começam e (oh milagre!) não chegam a começar, antes continuam as conversas interrompidas há 15 anos e retomadas em cada reunião do Curso.

As graças e os graciosos são os mesmos. Só as piadas parecem mais novas e provocam mais risos.

Faz bem rir assim, mesmo quando a graça é mordaz, embora nunca seja maldosa. Lembram-se peripécias da vida académica e anedotas das aulas. Exploram-se os fraquinhos de sempre, até namoros antigos vêm à baila, agora que quase todos estão casados e com filhos, mesmo muitos filhos: há quem tenha seis e sete.

Ripostam os atingidos e multiplicam-se os duelos de palavras, sobretudo durante as refeições — sim, porque este ano foi todo um fim de semana em conjunto. Tudo se ri, até o que parece afinar para tornar o ambiente do tempo das aulas mais real.

Jantou-se e passeou-se. Uns foram ao Casino dançar ou jogar, outros ficaram nos cafés em cavaqueira amena. Dormiu-se bem no Hotel.

Domingo, cumpridas as devoções da alma, desceu-se à praia até ao almoço. Então foi a refeição oficial, pois isto de reuniões sem comer nem beber, não são para o nosso feitio.

Depois os retratos — também indispensáveis para a posteridade.

Por fim entre promessas de reuniões mais a miúdo, a próxima já para o ano, dão-se as despedidas.

Repetem-se os abraços e cada qual abala com saudades destes amigos bons de muitos anos que acaba de deixar.

Fazem bem estas reuniões. Encontramos amigos de sempre e talvez mais, encontramos-nos a nós próprios em mais novos, tornamo-nos outra vez rapazes.

J. ANDRESEN LEITÃO

ECOS E COMENTÁRIOS

A CURIOSIDADE DOS MÉDICOS

Ao ler as divagações médico-políticas que «La Enfermidad de Churchill» sugeriu ao Catedrático de Medicina Legal de Madrid, Royo Villanova, mais uma vez pensamos como nós, os médicos, nos deixamos penetrar pela curiosidade buscando dissecar o porquê do comportamento humano, sob qualquer ângulo que se nos apresente. E não se diga que nos move apenas o aspecto actual dos problemas, a marcar a nossa ligação à materialidade, mesmo quando os assuntos se situem bem longe dela, pois o interesse é igualmente vivo quando o tempo haja longamente passado sobre eles.

Se Royo Villanova se prende com a política, mais em relação com o ramo da medicina que cultivava, analisando a sintomatologia da doença do chefe inglês para ver se a há-de catalogar de real ou de diplomática, o seu colega da Faculdade, Marañon, vai desde a política de hoje, ao estudo de personagens históricas e literárias de outros tempos interessando-se particularmente pelo estudo dos seus temperamentos. Para o endocrinologista espanhol, mais do que o carácter, o aspecto temperamental interessa-lhe de maneira especial, talvez porque se prende mais à constituição neuro-endócrina.

As últimas palavras do livro de Royo Villanova mostram que a sua formação médico-legista, na necessidade constante de lidar com realidades, nem o devaneio deixa terminar como devaneio e impede-o de concluir com certezas quando se não pode ir além da dúvida prudentemente enunciada: «Como en la literatura y en el arte, también hay en política mitos inagotables. Sir Winston Churchill puede muy bien convertirse en un de ellos».

L. A. D.-S.

«O CORAÇÃO DO MARQUÊS»

Ao referirmo-nos aos trabalhos de Royo Villanova e de Marañon, não pudemos deixar de nos lembrar de uma publicação do Prof. Rocha Brito aparecida, no ano findo, com o título «O Coração do Marquês».

Aí está um catedrático de Clínica Médica, carinhosamente e com toda a argúcia como se de caso clínico recente se tratasse, a interpretar velhos escritos sobre o achado de pedras no coração do Marquês de Pombal e a sintomatologia que em vida apresentara!

E se bem que a hipótese de pedras no coração pudesse ser de aceitar — concreções calcáreas, como o Prof. Maximiano de Lemos admitira para um caso de Zacuto Lusitano — e estivesse de harmonia com a crueldade do célebre Ministro de D. José I — já que não pelos no coração ao menos pedras a atestarem essa crueldade — o Prof. Rocha Brito acaba por nos mostrar que se tratava simplesmente de pedras na vesícula biliar e na bexiga, em associação das duas calculo-

ses, «binário mórbido não corrente, mas também não raro».

Quanto aos males de que sofrera o Marquês, há que excluir a lepra e aceitar a existência de toxidermia pruriginosa, hîperuricemia, hipercolesterinemia e insuficiência hepática, podendo afirmar-se, contrariamente ao que escreveu Camilo — o genial escritor que confessou odiar o estadista no único ódio de sua vida — que «não morreu de lepra e muito menos coçada com sossego».

L. A. D.-S.

AINDA SE «RECEITAM» RELAÇÕES SEXUAIS?

Certos conceitos e preconceitos sobre a vida sexual, aliados à aceitação de erros da sua fisio-patogenia e à desorientação criada pela súbita retirada do «tabu» que pesava sobre tais assuntos, tudo isto em clima filosófico-político-religioso propício, levaram durante algum tempo, os médicos, a aconselharem relações sexuais com o fim de prevenir ou corrigir certos desequilíbrios psíquicos e físicos e a masturbação.

Se para o sexo masculino a receita era passada em termos claros e crus, para o feminino, sob olhares significativos e meias palavras ofensivas, se não da rapariga, que ficava de fora, pelo menos dos pais, aconselhava-se o casamento.

Revistos os conceitos, desaparecidos os preconceitos, corrigidos os erros de fisio-patogenia, o problema do sexo olhado de frente com a necessária calma e reflexão, em outro ambiente social e cultural, caíram no desuso a receita e o conselho terapêutico.

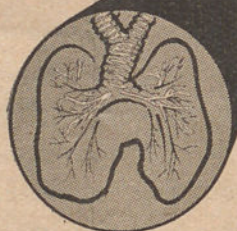
Sabido, através de múltiplos e sérios trabalhos, que os estados mórbidos, incluindo as chamadas perdas nocturnas, não se corrigem, antes por vezes se agravam, com as relações sexuais estabelecidas precòcemente e sempre em más condições, aumentando a inquietação que, muitas vezes, está no fundo de tais perturbações, e que a masturbação também assim se não corrige, acontecendo até que, por vezes, se estimula, não podem as relações sexuais serem tidas como arma terapêutica.

A masturbação comedida não arrasta, aliás, a outras consequências do que o acto sexual normal e é antes válvula de escape para os que não podem, na luta da puberdade, manter-se acima de toda a derrota. É preciso com Kahn, e tantos autores, salientar que as ideias pseudo-científicas dos malefícios de tal prática são bem mais funestas do que ela: «Ce n'est pas la masturbation qui met en danger la santé physique et morale des jeunes gens, mais cette détestable littérature moralisatrice». O acto sexual executado só por simples erotismo material é sempre um acto falhado, espécie de masturbação mútua, na expressão de certo autor, e pode ter as mais funestas consequências no futuro sexual e moral do indivíduo. Atente-se só ao ambiente de prostíbulo, ao maior perigo de contaminação venérea em idades em que a prudência deixa muito a desejar e justificadas estão as palavras com que já em 1942 terminávamos um trabalho nosso:

«Mesmo, portanto, para àquem da moral, nunca as relações sexuais poderiam ser prescritas pelo médico, poderiam ser consideradas como remédio, porque da aplicação de tal remédio resultariam malefícios maiores para o doente do que das próprias doenças em que estariam indicadas e o médico, que necessita de «primum non nocere», jamais deve escre-

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

ver entre o recípe e a sua assinatura, as palavras: relações sexuais».

Tudo isto vem a propósito de em «Estudos», a revista dos estudantes católicos do C. A. D. C. de Coimbra, em número recente, se contar que um médico recomendou à mãe de um escolar de 13 anos que lhe desse dinheiro «porque ele era rapaz e tinha as suas necessidades», e outro, consultado a seguir, aconselhou que lhe «procurassem uma mulher de confiança...».

Quem redigiu essa nota acrescentou: «Médicos destes poderão ser bons clínicos, mas como educadores não passam de criminosos». Ora é preciso corrigir e claramente dizer que médicos destes são péssimos e criminosos clínicos. Assim é que está certo!

L. A. D.-S.

REMEMORANDO...

A vida do médico, a sua labuta diária e o ambiente em que lhe decorre a luta, o meio em que trabalha e a incompreensão que o caracteriza e tantos aspectos mais da sua actividade, como clínico ou cientista, têm sido tema e motivo central para obras literárias e cinematográficas diversas.

Desde o «Dr. Serocold» ao «Livro de S. Michel», passando pelo «Corpos e Almas» e pela «Cidadela», para só referir obras estrangeiras, quantos trabalhos de primeira plana da literatura mundial se têm centrado em torno da figura complexa de um médico, se têm desdobrado ao redor do drama da clínica ou da investigação médica. E, se é sempre agradável re-ler as páginas em que, com esmero de artistas, alguns têm vincado a personalidade da nossa profissão, não é menos agradável reviver, nestas, pedaços da nossa luta, recordar, naquelas, quadros da nossa vida, sentir em todas as nossas angústias, as nossas incertezas, as nossas dúvidas e a nossa fé.

Nem é menos agradável encontrar, em páginas escritas há muito, com a experiência de outros, a nossa actualidade e a nossa experimentação de hoje, como neste trecho de Cronin, na «Cidadela», de que por certo se

lembram, quando Andrew, médico da Sociedade de Auxílios Médicos de Aberlath, vê a sua conduta julgada pelo Comité dirigente, composto de mineiros, que supõem entender de medicina e de assistência, de investigação científica e de pesquisas clínicas:

«Esperando do lado de fora, enquanto o caso era submetido a votação, Andrew pegou a dar pontapés nos próprios calcanhares, fervendo de exasperação. Era um magnífico ideal aquele grupo de operários a organizar os serviços médicos da comunidade para benefício dos seus companheiros de trabalho. Mas era somente um ideal. Os homens eram desconfiados de mais, demasiadamente desprovidos de inteligência para executar esse plano de modo progressista»...

Magnífico ideal, mas somente um ideal... Quem não verá aqui a antecipação de tanta situação real? Quem não verá aqui o retrato de situações presentes? Quem não recordará, ao lembrar que mineiros e quejandos fazem hoje, espontânea ou obrigatoriamente, a transferência do encargo de organizar os serviços médicos da sua comunidade a outros homens que, sem provar que sejam menos desconfiados nem mais inteligentes, já nem à comunidade interessada pertencem, quem não recordará, repetimos, aquela atitude do ensaísta inglês C. S. Lewis, que nos deixa na dúvida se havemos de cominar sobre a banca internacional de hoje as maldições que os antigos reservavam para os agiotas a quem aquela banca veio substituir, com a agravante de especular com dinheiros e interesses que nem mesmo são os seus?

Quem não recordará?

M. M.

MEDICINA SOCIALIZADA

Sob este título, publica o J. A. M. A. de 27 de Março uma «carta ao Editor», que a seguir transcrevemos.

Para o Editor. Tendo obtido o seu grau em Medicina na Inglaterra, o Dr. P., para escapar à medicina socializada, veio para os USA aonde

tem trabalhado, nos Hospitais. Entretanto a sua esposa trabalha, como laborantina, nos laboratórios de vários médicos, tendo assim a oportunidade de observar em primeira mão, e «por dentro», aquilo que consideramos como o mais alto nível de prática da Medicina.

No último Verão, os esposos P. visitaram a sua família, na Inglaterra, aonde se demoraram alguns meses. O seguinte trecho de uma das suas cartas, é muito revelador:

Não lhe posso dizer como fiquei desgostoso com a medicina socializada. Parece-me que sofrem tanto os pacientes como os médicos. Estes têm limitações ao número de antibióticos e de outras drogas que podem prescrever durante um ano, e se excedem o seu contingente podem ser pesadamente multados ou mesmo riscados do registo do Serviço. Os doentes não recebem cuidados adequados, e os médicos não lhes podem prestar. Dois exemplos disso se passaram com a minha própria família. O meu sogro é um homem muito doente, estropiado por uma osteoartrite da coluna e por uma coronariopatia crónica e diabetes, tendo reacções à insulina quase todos os dias. Não lhe fizeram uma determinação de glicémia durante 8 anos, e as únicas análises de urina que tem feito são as provas sumárias que ele próprio executa.

O outro exemplo é a minha mãe, que tem tido hemorragias e, frequentemente, vertigens. Convenci-a a consultar um especialista de «Harley Street», por pensar que devia estar anémica. O especialista mediu a sua pressão arterial, examinou o seu tórax, cobrou os seus \$15, e disse-lhe que não estava anémica. Nem uma contagem de glóbulos! Quando um doente entra no hospital o seu próprio médico não o pode assistir, e para qualquer exame laboratorial, radiológico ou electrocardiográfico, o paciente deve obter uma carta do seu assistente, dirigir-se à consulta externa do hospital aonde é re-observado pelo «médico residente», e só depois aqueles exames serão executados.

Esperamos que a medicina socializada nunca venha para os Estados Unidos.

DIGITALINA MIALHE

(SOLUÇÃO MILESIMAL DE DIGITALINA CRISTALIZADA)

SUPERIORIDADE INCONTESTÁVEL SOBRE TODAS AS PREPARAÇÕES
DE DIGITALIS PURPÚREA

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

O ENSINO MÉDICO NA SUÍÇA

Impressões duma visita de estudo

IV

O ENSINO CLÍNICO

Tive o prazer de visitar os Hospitais Escolares das cinco Universidades Suíças. Não me demorei a referir a impressão agradabilíssima que produziram no meu espírito as magníficas instalações hospitalares e laboratoriais de Kantonsspital e Kinderspital de Zurique, Buergerspital de Basileia e Hospital Nestlé de Lausana. O Hospital de Genebra acha-se em activa fase de reconstrução, estando já completo o pavilhão de policlinicas médicas e cirúrgicas. O Inselspital de Berna é no sistema de pavilhões completamente separados, uma imitação do Hospital de Hamburgo segundo me informou o Prof. Frey. Seja qual for o hospital, do tipo moderno ou antiquado, há notas que merecem registo — a disciplina, o método, a limpeza impecável, o magnífico treino das enfermeiras e das *laborantines*. Um visitante que percorrer os seus longos corredores jamais ouvirá um ruído, a não ser de alguma chamada à vigilante. As enfermarias são pequenas, com duas ou quatro camas; os quartos particulares muito confortáveis, a comida higiénica e preparada com o maior asseio. Foi para mim um prazer visitar a cozinha do Buergerspital de Basileia e assistir a preparação e distribuição de refeições. Em fim, o doente vive num ambiente de carinho e conforto. Ainda o modo como os professores das clínicas passam a visita, cumprimentando cada doente com extrema afabilidade e informando-se com interesse de sua saúde, causa boa impressão. Cada Serviço Clínico tem instalações laboratoriais privadas, modernas e bem apetrechadas, bem como possui gabinetes para a investigação.

CLÍNICA E POLICLÍNICA
MÉDICAS

Visitei os serviços dos Profs. Loëffler (Zurique), Staub (Basileia), Frey (Berna), Vannotti (Lausana) e Bickel

(Genebra). Mereceram-me também especial atenção os Serviços de Policlínica Médica de Zurique, dirigido pelo Prof. Rossier, e o de Genebra pelo Prof. H. Martin.

A organização do ensino pode ser assim esquematizada salvo ligeiras diferenças duma Faculdade para outra:

Cursos teóricos e clínicos:

Propedêutica médica — 1 semestre.
Clínica Médica — 2 semestres.
Policlínica Médica — 1 semestre.

Ensino clínico prático:

Cursos de auscultação e percussão (inicial, avançado e de repetição) — 3 semestres.
Clínica Médica — 2 semestres.

Serviço de Clínica Médica de Zurique (Prof. Loëffler) — Este serviço, que ocupa três andares, fica no bloco lateral de Kantonsspital e tem a seguinte distribuição: no rés-do-chão, doenças infecciosas; no 1.º e 2.º andar respectivamente enfermarias de mulheres e de homens. Tem dois anfiteatros, um deles com capacidade para 300 alunos. As instalações laboratoriais privadas são completas: análises clínicas, electrocardiografia, metabolismo basal, radiosopia, etc. O serviço clínico, que fica a cargo de dois chefes de clínicas e vários assistentes, está distribuído em várias secções. Cada dia da semana o professor, acompanhado do chefe de clínica e assistentes, passa visita a uma secção. Acompanhei o Prof. Loëffler numa dessas visitas. Já o conhecia pelos trabalhos publicados e em especial aquele a que está ligado o seu nome — «Síndrome de Loëffler»; mas o prazer que tive de o conhecer pessoalmente e apreciar o seu espírito bemfazejo foi grande. A visita foi demorada. Cada assistente lia a história clínica do seu

doente. O professor examinava-o a seguir e fazia observações que julgava oportunas. Também este é o sistema seguido na Escola de Goa, no Serviço que dirijo, mas cá os estudantes acompanham-me durante a visita, pois a entrada nas enfermarias é-lhes sempre facultada. Assisti também a uma sua lição feita no grande anfiteatro. É certo que a fez em alemão, língua que pouco conheço, mas a clareza e a simplicidade com que se exprimia, permitiram-me segui-la, sem dificuldade de maior. À uma introdução feita pelo professor sobre a técnica de determinação de velocidade da circulação, seguia uma curiosa demonstração pelo assistente em dois doentes (velocidade braço-língua, braço-pulmão, língua-pulmão, etc.). Após a demonstração a lição prosseguiu sobre a importância clínica do estudo de velocidade de circulação e a acção de tonocardíacos, em especial a deladeira. A aula terminou com o exame de um doente e discussão do relatório clínico apresentado por dois estudantes. Foi sem dúvida uma lição modelar, muito completa, que muito apreciei.

Serviço de Clínica Médica de Basileia (Prof. Staub) — Este serviço, também muito moderno e completo, tem a sua organização muito parecida com a do Hospital de Zurique. Só a secção de doenças infecciosas fica num pavilhão à parte. Na ausência do Prof. Staub que se encontrava doente, assisti a uma lição do seu *privat-docent*, o Prof. Baur, sobre o valor de provas funcionais no diagnóstico de hepatites, seguida de leitura do relatório e discussão com estudantes sobre um caso de mixedema com insuficiência cardíaca.

Serviço de Clínica Médica de Berna (Prof. W. Frey) — O Prof. Frey é um dos mestres consagrados de Clínica Médica cujo nome ha já muito ultrapassado as fronteiras da Suíça. É ele, no estudo das nefropatias, o continuador da escola alemã que teve como representantes Volhard, Fahr e Strauss. Da boca do Prof. Vannotti (Lausana), seu discípulo, ouvi as mais altas referências ao seu valor, como clínico e investigador. Embora o serviço funcione num pavilhão velho e pouco confortável, as suas instalações são completas, pois tem laboratórios bem equipados para a investigação e exames de rotina. O número de camas é de 134. São poucos os doentes, sem dúvida, disse-me o Prof. Frey, mas antes poucos e bem estudados, completamente estudados. Existe uma secção para tuberculose pulmonar com uma sala de operações para intervenções sobre o torax. À parte, fica o pavilhão de doenças infecciosas.

Serviço de Clínica Médica de Lausana (Prof. Vannotti) — Este serviço



E. TOSSE & C.^A
HAMBURGO

EKZEBROL

Medicamento de grande valor em todas as **dermatoses pruriginosas**, utilizado isoladamente ou associada à medicação local apropriada.

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

3 PRODUTOS ‘‘CIBA’’

com indicações comuns

CARBANTREN

Dispepsias fermentativas e pútridas

ENTERO - VIOFÓRMIO

Enterite, diarreias estivais

FORMO-CIBAZOL

Infecções intestinais

e com indicações específicas

Disenteria bacilar, colite

Profilaxia da peritonite em
cirurgia

Antes e após as intervenções
no intestino

Diarreia estival

Enterocolite

Enterite e cistite tuberculosa

Gastrite, metêorismo

Intoxicações alimentares

Perturbações digestivas

FORMO-CIBAZOL*

Cibazol*, aldeído fórmico e Sapamina*

Tubos de 10 e de 20 comprimidos

Pó: frasco com 10 g

ENTERO - VIOFÓRMIO*

Iodo-cloro-oxiquinoleína Sapamina

Tubos de 10 e de 20 comprimidos

CARBANTREN*

Iodo-cloro-oxiquinoleína bismutada,
pectina e carvão medicinal activo

Tubo de 20 comprimidos

* Marcas registadas

PRODUTOS CIBA, LIMITADA—LISBOA

compreende: um hospital com 300 camas para doentes que precisam de tratamento demorado, um hospital para tuberculosos, um pavilhão para doenças infecciosas e finalmente o Hospital Nestlé, com 120 camas, para o estudo e investigação de casos mais interessantes. Visitei este último Hospital. O Prof. Vannotti, que é um espírito encantador e gentil, tem posto na instalação do Serviço todo o seu entusiasmo e a sua influência pessoal, como clínico. O edifício foi uma generosa oferta da conhecida Casa Nestlé. Uma parte de material existente nos laboratórios foi oferecida por várias fábricas de indústria de produtos químicos e pelos clientes do Prof. Vannotti. Se grande foi o prazer que tive de visitar este pequeno e bem equipado Hospital, não menor o foi de conhecer o Prof. Vannotti de quem conservo inesquecível recordação. Assisti a uma apreenção por ele feita de um caso de cirrose pigmentar e cancro de estômago. A forma como ele discutiu a história clínica e o diagnóstico diferencial, a vivacidade, a clareza, a dedução diagnóstica fizeram-me lembrar as Conferências de Clínica Médica de Louis Ramond, cuja morte, quando a soube em Paris, foi para mim uma triste surpresa. Se Loëfller e Frey pela sua orientação docente são representantes da escola alemã, Vannotti é da escola francesa, a qual teve e ainda hoje tem grandes mestres de Clínica.

Todas as quintas-feiras o Prof. Vannotti almoça no Hospital com os assistentes. Findo o almoço, à hora do magnífico Nescafé, realiza-se numa bela camaradagem, um interessante *colóquio* em que os assistentes lêem um resumo de trabalhos publicados em diferentes revistas médicas, leitura esta que é seguida de interessantes comentários. O Prof. Vannotti teve a gentileza de me convidar para o almoço e assistir à reunião. Lembrei-me de que em tempos idos uma das minhas aulas semanais de Clínica Médica na Escola de Goa consistia na leitura feita pelos estudantes de pequenos resumos de artigos publicados em revistas, previamente por mim escolhidos e distribuídos, resumos estes que mais tarde eram publicados numa revista médica local para, deste modo, todos os clínicos poderem ter conhecimento do movimento científico internacional.

Serviço de Clínica Médica de Genebra (Prof. Bickel) — Pouco poderei

dizer deste serviço que está numa fase de renovação. Assisti a uma lição do Prof. Bickel ou melhor a um interessante *colóquio* com os estudantes sobre um doente com tuberculose miliar generalizada. Excelente orientação e o diagnóstico diferencial bem sistematizado, eis a impressão que me ficou.

Serviço de Policlínica Médica (Prof. Rossier e H. Martin) — Ao descrever estas linhas tenho diante dos meus olhos os esboços que desenhei dos Serviços de Policlínica Médica de Zurique (Prof. Rossier) e de Genebra (Prof. H. Martin). Instalações modelares e modernas, as de Genebra uma miniatura das de Zurique. Conheci o Prof. Rossier e apreciei nele altas qualidades de organizador e o interesse que põe no engrandecimento do seu Serviço.

Numa rápida síntese pode-se assim esquematizar o Serviço do Prof. Rossier:

- A) Para o exame geral de rotina;
- B) Para os exames complementares;
- C) Para a observação demorada.

Para o exame geral: um bureau para preencher as fichas (identificação) e para o Serviço Social, uma grande sala de espera, dois gabinetes, um para homens e outro para mulheres, para a determinação do peso, altura, velocidade de sedimentação, colheita de sangue para exame de rotina, dois gabinetes para colheita de urina, dois laboratórios para exames de rotina, um gabinete de radioscopia e 12 gabinetes, sendo cada um para um médico, para o exame clínico.

Os exames complementares fazem-se em Gabinetes que satisfazem todos os requisitos modernos e servidos de *equipas de laborantines* altamente treinadas: a) Gabinete E. C. G. e cateterismo do coração; b) Gabinete para o estudo de função pulmonar. Este gabinete faz análises de todo o Hospital e ainda as do Cantão; c) Gabinete de urologia (provas funcionais, cistoscopia, pielografia, etc.); d) Gabinete para esofagoscopia, gastroscopia e rectoscopia; e) Laboratório para os exames especiais de sangue; f) Gabinete para o exame de glândulas de secreção interna, o qual satisfaz as análises de todo o hospital e do Cantão; g) Gabinete para o estudo de força muscular (electromiografia, cronaxia, etc.); h) Gabinete especial para o estudo de diabetes; i) Gabinete para o exame psico-somático, dirigido por um psico-analista.

Para os casos que exigem observa-

ção demorada existem enfermarias com o número total de 28 camas.

O número de consultas anuais é aproximadamente 500.000. A consulta é diária excepto aos Sábados, dia que se destina, na frase do Prof. Rossier, à *formação médica* dos assistentes. Todos os dias às 11 horas há uma reunião dos assistentes para expôr ao Prof. Rossier dúvidas que porventura tenham sobre qualquer caso observado. Os doentes são observados pelo Professor que em seguida discute cada caso. Aos sábados os assistentes fazem demonstrações nas enfermarias em presença do professor e dos chefes das Clínicas. Tal é nas suas linhas gerais a magnífica organização de Policlínica Médica do Hospital de Zurique, a melhor que tenho visto até hoje.

(Notas ext. dum relatório).

J. M. PACHECO DE FIGUEIREDO

(Bolseiro da O. M. S.)

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Reuniu no passado dia 4 de Maio, sob a presidência do Prof. Mário Moreira, secretariado pelos Drs. Gomes d'Oliveira e Alfredo Franco, a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

O Dr. Pena Carvalho apresentou «Um caso de dermatomiosite» de evolução subaguda, que levou à morte ao cabo de ano e meio, com observação anátomo-patológica intra-vitam e post-mortem.

Seguidamente, o Prof. Juvenal Esteves falou do «Síndrome de Loeffler e reacção de hipersensibilidade à hidrasida». Chamou a atenção para a importância do conhecimento das acções acessórias de fármacos que são hoje largamente usados e que em determinadas circunstâncias produzem alterações gerais e cutâneas de gravidade, por vezes considerável. Referiu os seus casos que, em relação à hipersensibilidade para a hidrasida, são os primeiros referidos na literatura e, por último, e com documentação apropriada, sugeriu um plano terapêutico, não só em relação às alterações provocadas pelos medicamentos, mas ainda no sentido de evitar que os doentes fiquem privados deles, particularmente em condições nas quais são indispensáveis.

IODALOSE GALBRUN

iodo fisiológico, solúvel e assimilável

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

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

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

PROPULMIL
Bial

PROPULMIL INJECTÁVEL

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

PROPULMIL SUPOSITÓRIOS

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

PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS

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

LIGA PORTUGUESA DE PROFILAXIA SOCIAL

Campanha contra o pé descalço

A Liga Portuguesa de Profilaxia Social, que há 26 anos iniciou uma notável campanha, felizmente triunfante contra o pé descalço na cidade do Porto, campanha que foi depois generalizada à capital do País e a Coimbra, também com assinalado êxito, nunca mais descurou este assunto e empenha-se com persistência e vivacidade em exterminar as excepções que porventura existam nessas grandes cidades. Mas o seu objectivo não fica por aqui: pretende a Liga terçar armas para que em Portugal inteiro esta rotineira usança deixe de subsistir, não só por uma questão de brio nacional, portanto de civilização, mas ainda como um fim patriótico acentuadamente humano.

É triste, muito triste, mesmo, verificar que, transposta a nossa fronteira, na vizinha Espanha, com vezes a extensão e a população de Portugal, não se encontram pessoas descalças. As excepções que sempre confirmam as regras, são neste país de 30 milhões de habitantes, muito raras e tão raras que seria difícil a um estrangeiro poder verificá-las.

Entretanto, várias vezes na Liga de Profilaxia se tem tido o desgosto de ouvir a estrangeiros ilustres a reprovação enérgica deste hábito tão inestético como perigoso. É uma nódoa negra no País que além de possuir vastíssimas províncias ultramarinas, se jacta dos seus valores culturais e estéticos.

Não podemos admitir, por princípio nenhum, o pé nu, que pisa o escarro, as imundícies de toda a ordem, e que, pisando tachas, vidros, objectos perfurantes, dá entrada a graves infecções que tantas vezes exigem a ablação de membros, e outras, vão até à própria morte, neste caso, deixando atrás de si um cortejo de tristezas e negrumes.

Os jornais, como arquivo nacional, demonstram à sociedade a infinidade de casos de tétano, muitos deles mortais. A população rural, as crianças das escolas, todos aqueles que prestam homenagem a esta usança, pagam largo tributo à morte pelo seu desleixo.

E não serve para desculpa de tão degradante hábito, invocar a miséria, pois ela nunca foi causa desta usança, que apenas é devida a uma rotina que nos envergonha perante nós e perante os estrangeiros.

Com efeito, ninguém pretende que o descalço apareça calçado com magníficos sapatos ou botas caras, pois bastam para proteger os pés umas rudimentares socas, espécie de sandálias de madeira que permitem o arejamento, dão bom andar e custam quantias irrisórias, tais como 2 e 3 escudos.

E não se venha ainda invocar a miséria de certas pessoas que, por viverem num nível absolutamente abaixo do normal, não podem dispor desse dinheiro; o argumento não vale, pois que tão rudi-

mentares são essas socas que a pessoa mais desajeitada, mais inexperiente, as pode fabricar sem gastar um centavo.

Os exemplos que contradizem essa alegação abundam em Portugal, pois toda a gente sabe que em Trás-os-Montes, no Alentejo, de tão graves crises económicas, no Algarve, etc., ninguém anda descalço.

No Porto, fundou-se ultimamente, para combater esse péssimo hábito uma

Comissão presidida pelo Sr. Governador Civil, e englobando representantes do Sr. Comandante da Polícia, do Sr. Director do Distrito Escolar, da simpática Federação dos Amigos da Escola Primária e ainda da Liga Portuguesa de Profilaxia Social; e essa Comissão em todas as quintas feiras do ano lectivo, vai ao maior número possível de Escolas Primárias falar directamente aos alunos, em linguagem simples e perfeitamente compreensível a crianças dos 7 aos 12 anos; aproveitando ainda a oportunidade para à volta do tema sobre o pé descalço, lhes dar outras lições de educação, apontando-lhes, por exemplo, os inconvenientes e perigos de lançar cascas de fruta para a rua, as vantagens do asseio físico e moral, etc., e mostrando-lhes que a polícia colabora com os professores e com todos aqueles que querem o bem do País, e que, por isso, não há que ter medo dela, antes pelo contrário, devem respeitá-la para que ela possa cumprir as suas sãs obrigações, tão sábiamente orientadas pelos seus Superiores Hierárquicos.

Convinha, pois, que em todo o País se fizesse uma verdadeira cruzada contra o pé descalço, que, como inicialmente se disse, é a causa de muitas mortes, de muitas aleijadelas e de muito sofrimento, e que, enquanto persistir, nos inferioriza perante todas as nações civilizadas.



COMPLEXO B

	Tubo de 25 comprimidos	12\$50
Série fraca —	Caixa de 12 ampolas	22\$50
	Boião de 50 comprimidos	28\$00
Série forte —	Caixa de 6 ampolas de 2cc.	32\$00
Xarope —	Frasco de 170cc.	27\$00
Reforçado —	Boião de 20 cápsulas	35\$00



LABORATÓRIOS

DO

**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

Dr. Paul Sivadon

Expressamente para apreciar a nova legislação sobre assistência aos doentes e aos anormais mentais, veio a Portugal o Dr. Paul Sivadon, perito psiquiatra da O.M.S., que, no dia 22 do mês findo visitou o Hospital Júlio de Matos, onde foi recebido pelo respectivo director, Prof. Barahona Fernandes. Trocou impressões sobre a reforma portuguesa de Assistência com os Profs. Barahona Fernandes e António Flores e com o Dr. Agostinho Pires.

O Dr. Sivadon visitou, ainda, o Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Sul e o Hospital Miguel Bombarda.

O regime aberto e de internamento, a organização das clínicas com ocupação terapêutica, o espírito de psicoterapia colectiva e o sentido social e humano da nossa assistência foram muito apreciados pelo Dr. Sivadon, assim como as relações estabelecidas entre o ensino e a Assistência, a direcção médica dos hospitais e, sobretudo, os esforços de estudo e o trabalho do reduzido número de médicos portugueses da especialidade encarregados da tarefa de higiene mental do País.

X CURSO DE APERFEIÇOAMENTO PARA SUBDELEGADOS DE SAÚDE

Terminou no dia 16 de Junho passado, o X Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, a que «O Médico», oportunamente, se referiu. Comportou o referido Curso trinta lições teóricas, cursos práticos e viagens de estudo, de que, a seguir, damos breve resumo.

No dia 24 de Maio efectuaram-se as primeiras duas lições, tendo-se encarregado delas, respectivamente, o Dr. Couto Nogueira, que falou de «A função das comissões municipais de higiene», e o Dr. Arnaldo Sampaio, que se ocupou do «Estado actual do problema da gripe». Nesse mesmo dia, iniciou-se, no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, um curso prático sobre a raiva, que se prolongaria até o dia 5 de Junho.

Na segunda reunião do Curso, efectuada no dia 25, voltou a haver duas lições, tendo o Dr. Fernando Conceição Correia, na primeira delas, versado o tema «Bruceloses». O autor fez a enumeração dos trabalhos que têm sido feitos em Portugal sobre a doença, encarados sob os mais diversos aspectos, chamando, por fim, a atenção para os inconvenientes do desconhecimento que os investigadores portugueses têm dos trabalhos uns dos outros.

A lição seguinte, sobre «Virozes cutâneas», foi pronunciada pelo Prof. Juvenal Esteves, que começou por afirmar o desenvolvimento notável, no domínio da virulogia, atingido nos últimos anos. Passou revista às doenças cutâneas provocadas por vírus, tais como o molusco contagioso, as verrugas, o herpes, a zona, o linfogranoloma inguinal, etc., e a diversos outros aspectos que interessam ao médico prático e ao sanitarista.

No dia 26, apenas se efectuou uma lição e esta fê-la a Dr.^a Maria Faia, que versou o tema «Colheita e embalagem de produtos para análise». Depois de várias considerações de ordem geral, indicou resumidamente, para cada produto, a melhor técnica a seguir, para que a resposta do laboratório seja tão segura quanto o permitem os conhecimentos actuais da Ciência. A lição foi documentada com demonstrações laboratoriais, feitas no próprio laboratório do Instituto.

«O tratamento actual da sífilis» foi o tema da lição efectuada, no dia 27, pelo Prof. Juvenal Esteves. O conferencista começou por afirmar a necessidade que hoje têm o sanitarista e o clínico de considerar as profundas modificações que se observam em relação à sífilis nos aspectos da frequência da transformação do quadro clínico e das possibilidades da terapêutica presente. Revelou depois que no nosso País o estado dos doentes tratados nos Serviços Médico-Sociais revela considerável diminuição da frequência da doença em todas as suas formas a partir de 1949; menos de um quarto dos casos na sífilis recente e mais acentuadamente nas formas tardia e congénita.

No dia seguinte voltou a efectuar-se, apenas, uma lição, a qual esteve a cargo da Dr.^a Adriana de Figueiredo, que falou de «Toxi-infecções alimentares». Depois de se referir à importância do problema em saúde pública, baseada em estatísticas, descreveu as bases científicas das infecções causadas pelos alimentos, relacionando-as com os meios profiláticos mais modernos. A conferencista documentou o seu trabalho com os factos observados na sua experiência pessoal.

A lição do dia 29 intitulou-se «Aspectos da bacteriologia de guerra» e dela se ocupou o Dr. Conceição Correia. O conferencista mostrou algumas das possibilidades e limitações da guerra bacteriológica e chamou a atenção para as responsabilidades dos Serviços de Saúde Pública na preparação dos seus funcionários em caso de guerra.

No dia 30, coube à Dr.^a Noémia Ferreira fazer a lição marcada para essa data. A conferencista, que dissertou sobre «Serologia da sífilis», fez a descrição sumária das reacções serológicas para a sífilis e das várias técnicas usadas, apontando os cuidados a ter na execução destas e na interpretação dos resultados. Por fim, pôs em relevo o valor das reacções quantitativas e a sua grande importância no seguimento do tratamento dos doentes, tudo documentado com demonstrações laboratoriais.

Já no mês de Junho, o Curso prosseguiu, com lições efectuadas nos dias 1 a 16, exceptuados os dias 6, 10, 11 e 13, tendo-se efectuado uma lição diária nos dias 3 e 7 três no dia 4 e duas nos restantes dias. Pela ordem, foram efectuadas as seguintes lições:

«Alguns aspectos da higiene do trabalho», pelo Dr. Costa Andrade; «Evolução da protecção à infância em Portugal», pelo Prof. Almeida Garrett; «Alguns aspectos do diagnóstico e tratamento das febres tifo-paratíficas», pelo Dr. Fernando de Melo Caeiro, em que o conferencista salientou a projecção sanitária e social que tem o diagnóstico laboratorial da doença, não só na identificação das formas clássicas, como também nas formas ambulatórias e no ras-

treio dos portadores crónicos. Por último, quanto ao tratamento, discutiu as várias modalidades do emprego do cloroanfenicol, sem esquecer as indicações da cortisona no tratamento da febre tifóide e da vacinação na profilaxia das recaídas.

«Higiene mental e Saúde Pública», pelo Dr. Fernando Ilharco, que, depois de passar revista aos modernos conhecimentos no campo da etiologia e patogenia das perturbações psíquicas do homem, abordou o problema da higiene mental, afirmando a necessidade de os mentores da Saúde Pública se interessarem pelo conhecimento das alterações psíquicas que podem resultar das doenças somáticas e, por fim, referiu-se à orientação aconselhada pela O. M. S., no sentido de a Saúde Pública se interessar pelos problemas da higiene mental, orientação que encontra nesta lição a sua primeira revelação, que se fica a dever à iniciativa do Director do Instituto Superior de Higiene.

A lição do dia 3, feita pelo Dr. Cristiano Nina, foi uma lição prática, no Serviço de Isolamentos do Hospital Curry Cabral, a qual versou assuntos respeitantes a doenças infecto-contagiosas, com exames de doentes.

Prosseguindo:

«Doenças profissionais e Saúde Pública», pelo Dr. Heitor da Fonseca, que começou por salientar que a defesa da saúde e da vida dos operários constitui, presentemente, um importante problema de Saúde Pública, dado o notável incremento que tem tido a actividade industrial no nosso País. Estabeleceu, depois, conceito de doenças profissionais-tipos, e de doenças de trabalho, frisando o importante papel dos subdelegados de Saúde, quando chamados às vistorias locais do trabalho, terminando por indicar as regras de higiene e salubridade a impor nos estabelecimentos industriais. Seguiu-se a lição do Dr. Leopoldo de Figueiredo, acerca de «Infecções por vírus do grupo Coxsackie». O conferencista estudou aquele grupo de vírus, referindo-se ao seu isolamento, à sua cultura em ratos recém-nascidos, à sua actividade, à sua ecologia, descrevendo as várias infecções que provoca no ho-

CALDAS DE AREGOS

ÁGUA HIPERtermal,
Sulfúrea Sódica,
Carbonatada Sódica
e Mixtas, etc.

As melhores no tratamento do reumatismo, nas doenças catarrais e alérgicas do aparelho respiratório, certas dermatoses e doenças utero-anexiais

Balneário inteiramente novo, modelar, entre os melhores do país, dotado de aparelhagem moderna para todas as aplicações, banhos de imersão, de bolhas de ar e carbo-gasosos, duchas simples, duchas sub-aquáticas, ducha massagem de Vichy, irrigações vaginais, etc., tratamentos fisioterápicos diversos. Instalação moderna e completa para tratamento das vias respiratórias superiores (inalatório colectivo de água mineral pulverizada e vaporizada); inalações e pulverizações individuais.

Médico Director — Dr. Jaime de Magalhães

Médico adjunto — Dr. Manuel Esteves

mem. Por último e ainda no mesmo dia, falou o Dr. D. Fernando de Almeida, que se referiu à «Colaboração dos subdelegados de Saúde com o Instituto Maternal». Definiu as funções do Instituto Maternal, quanto à profilaxia no parto e à puericultura, e estabeleceu as directrizes das subdelegações de Saúde, chamando a atenção para os pontos comuns com a assistência à grávida e à criança e, portanto, para a sua inteira ligação.

No dia 5 houve duas lições, feitas, respectivamente, pelo Prof. Cândido de Oliveira e pelo Dr. Casanova Alves, que falaram do «Estado actual do problema da raiva» e sobre «Novos rumos na luta antituberculosa—Vacinação pelo B.C.G.».

Os trabalhos do Curso, no dia 7, iniciaram-se de manhã, às 9 horas, no Serviço de Provas de Pesquisas de Sensibilidade e Vacinação pelo B.C.G. do Centro de Profilaxia e Diagnóstico da Zona Sul, onde os médicos inscritos no Curso iniciaram um estágio regulamentar de adestramento, que viria a prolongar-se até ao dia 14.

À tarde, no Instituto Superior de Higiene, o Dr. Costa Andrade fez uma lição intitulada «Prática Sanitária», após o que os médicos que frequentaram o Curso visitaram o Bairro de Alvalade, no que foram acompanhados pelo Dr. Jorge Niny.

O Curso prosseguiu no dia 8, com duas lições, efectuadas, respectivamente, pelos Drs. Caiola da Mota e Fernando de Melo Caeiro, que versaram os temas «Imunizações em Saúde Pública» e «Diagnóstico e tratamento da febre tifóide».

No dia seguinte, além dos trabalhos práticos, de manhã, nos Serviços do B.C.G., o Curso teve, de tarde, mais duas lições que se realizaram no Instituto Superior de Higiene, a primeira das quais pelo Dr. Francisco Freire, que versou o tema «Educação Sanitária», tendo o conferencista demonstrado a importância do problema, não só no combate à doença, mas na defesa da saúde. Seguiu-se a lição do Dr. Almeida Roque, sobre «Técnica e prática da luta anti-sezonática». O orador fez referência aos progressos alcançados não só no estrangeiro como também em Portugal, com o emprego do moderno processo de combate ao vector na fase de insecto perfeito, e tratou da importante questão da resistência dos anofelinos aos insecticidas.

No dia 11, além dos trabalhos práticos nos Serviços do B.C.G., o Curso deslocou-se a Alcácer do Sal, onde visitou os serviços anti-sezonáticos ali mantidos pela Direcção Geral de Saúde.

As duas lições do dia 12 foram feitas pelos Drs. Gonçalves Ferreira e Cruz de Campos, o primeiro dos quais abordou o problema da organização da alimentação normal e dietética nos grandes estabelecimentos para doentes, cantinas para trabalhadores, internatos e cantinas escolares, e o da preparação dos técnicos especializados. O segundo falou de «Deficiência alimentar». Indicou as dificuldades em definir a expressão de deficiência alimentar, precisou os factores que devem ter-se em conta para conseguir dar tal definição e terminou por descrever os métodos a empregar em saúde pública

para averiguar o estado alimentar das populações.

No prosseguimento do X Curso de Aperfeiçoamento, o Dr. Casanova Alves, fez no dia 14, outra lição, na qual afirmou o valor, na luta antituberculosa da radiofotografia para o rastreio das afecções dos órgãos contidos na caixa torácica. Descreveu os planos de organização seguidos em vários países, considerou de muito interesse o prosseguimento e intensificação dos exames sistemáticos pela radiofotografia nas escolas, no Exército e na Marinha, e defendeu a centralização no I.A.N.T. de todos os trabalhos, de manipulação e leitura dos filmes radiofotográficos, falou da contribuição dada por aqueles exames na descoberta além da tuberculose, de outras situações patológicas dos órgãos contidos na caixa torácica, e terminou com a apresentação de números e percentagens de afecções tuberculosas e cardíacas surpreendidas pelos serviços do I.A.N.T. nos anos de 1950 a 1953.

Seguiu-se a lição da Dr.^a Maria Ernestina da Silva Graça, que tratou do problema da fiscalização dos géneros alimentícios sob o ponto de vista da sua falsificação e alteração. Pondo de parte a falsificação, considerada como delito anti-económico, ocupou-se da fiscalização sanitária que deve ser exercida pelos subdelegados de Saúde, abordando alguns dos factores que podem tornar os alimentos impróprios para consumo sob o ponto de vista higiénico. Falou, por fim, da técnica de colheita de amostras e seu envio ao laboratório.

No dia 15, o Curso fez uma visita ao Parque Sanitário da Direcção-Geral de Saúde, onde o Dr. Eduardo Paquete fez uma demonstração prática do material sanitário de águas de abastecimento, depois do que se efectuou, também, uma visita à Estação de Filtragem e Cloragem da Companhia das Águas, na Amadora, tendo sido explicadas as diferentes etapas do tratamento da água.

O X Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde encerrou-se no dia 16 de Junho, como dizemos atrás, tendo-se, neste dia, efectuado, ainda, duas lições de manhã. Falando sobre «Protecção sanitária dos alimentos», o Dr. Bernardino Pinho fez a primeira delas, na qual anunciou uma série de medidas a impor pelos funcionários sanitários, como sejam as vistorias a estabelecimentos em que se fabricam, manipulam ou vendam alimentos, exames médicos dos trabalhadores respectivos e inspecção e fiscalização de géneros alimentícios. Seguidamente, realizou-se a última lição do Curso, sobre «Exantemas», pelo Dr. Carvalho Dias, apontando o valor dos exantemas no diagnóstico clínico e no diagnóstico epidemiológico.

À tarde, no Instituto Superior de Higiene efectuou-se a sessão de encerramento do Curso, a que presidiu o Director-geral de Saúde, Dr. Augusto Travassos, e na qual falou o Dr. Fernando da Silva Correia, Director do Instituto, que pôs em evidência o valor destes Cursos e o valioso auxílio do Estado para a sua realização. Por último, o Director-geral

de Saúde congratulou-se com os resultados do Curso.

Encerrada a sessão, os médicos que frequentaram o Curso, acompanhados pelo Dr. Fernando Correia, apresentaram cumprimentos ao Director-geral de Saúde. Este, depois, acompanhou o Curso nos cumprimentos aos srs. Ministros do Interior e Subsecretário de Estado da Assistência Social.

Os dois membros do Governo agradeceram os cumprimentos e salientaram as vantagens dos Cursos que, sem dúvida, têm contribuído para a actualização dos conhecimentos dos médicos a quem está confiada a defesa da Saúde Pública.

Hospitais Cívicos de Lisboa

Posse

Tomou posse no dia 8 de Julho findo, do lugar de neurocirurgião dos H.C.L., o Dr. António de Vasconcelos Marques. No mesmo acto foram, também, empossados os Drs. Correia da Silva, Fernandes da Cruz, Jacinto Ferreira, Pinto Teixeira e Maria do Pilar Ferreira Gomes, os quatro primeiros dos lugares de internos graduados, respectivamente, de clínica médica, radiologia, análises clínicas e clínica cirúrgica, e a última, de interna do internato complementar de análises clínicas.

O Enfermeiro-mor, Dr. Emílio Faro, felicitou o Dr. Vasconcelos Marques, pelas suas brilhantes provas no concurso, o primeiro que se fez entre nós, acrescentando que a maneira como, durante tanto tempo, tem trabalhado nos Hospitais é penhor de como desempenhará as suas novas e importantes funções. Aproveitava o ensejo — disse — para também apresentar felicitações aos novos internos.

Respondeu-lhe o Dr. António Marques, a agradecer as palavras elogiosas que o sr. Enfermeiro-mor lhe dirigira e para prometer que continuaria a procurar cumprir, como desde há vinte anos, tendo em vista o interesse dos doentes e o prestígio da instituição hospitalar.

*

Cadastro clínico dos funcionários

Por determinação do Dr. Emílio Faro, Enfermeiro-mor dos H.C.L., vai organizar-se o cadastro clínico de todos os funcionários hospitalares, que inclui o rastreio de algumas afecções consideradas de interesse social. Este rastreio, que terá carácter periódico, foi cometido à Junta Hospitalar de Inspeção, para o organizar e pôr em execução. Trata-se de uma medida cujo alcance se torna desnecessário encarecer, e que atinge mais de três mil funcionários de todas as categorias, como médicos, pessoal de secretaria, de enfermagem, serventuário, operário, etc. Os trabalhos já foram iniciados, com os exames feitos aos Drs. Emílio Faro e Rafael Ribeiro, respectivamente, Enfermeiro-mor e Administrador dos H. C. L.

A VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 8 a 15 de Agosto)

Dia 8 — A Misericórdia de Mação inicia diligências para o apetrechamento do seu hospital.

— Sabe-se que a realização do projecto, elaborado pela Comissão de construções hospitalares do Ministério das O. P., para o pavilhão de isolamento para doentes infecciosos da Misericórdia de Viseu, importa em 1.500 contos, que será efectuada na base de 50 % se aquela instituição conseguir o restante. Esta espera obter o auxílio indispensável da D. G. da Assistência.

9 — O Dr. Jorge de Melo Pereira Conceição é nomeado interno do internato complementar de Fisiologia dos Hospitais C. de Lisboa, até ao fim do corrente ano.

— De Lisboa parte de avião para Maracay (Venezuela) o Dr. Mendonça e Silva, assistente do Instituto de Medicina Tropical que vai frequentar o Curso Internacional de Malariologia.

10 — A Junta de Freguesia da Penha de França, Lisboa, estabelece com o I. A. N. T. um acordo, onde o Dispensário Dr. D. António de Lencastre passa a fornecer, aos clínicos daquela Junta, todas as informações referentes aos seus doentes e oferece a sanatorização médica ou cirúrgica aos doentes tuberculosos.

De harmonia com o referido acordo, as crianças da área da Penha de França vão ser vacinadas pelo B.C.G., sendo internadas as que conviverem com doentes, durante o período da anergia, em Preventórios ou Abrigos Maternais, consoante as suas idades.

— Em Lisboa, na sede da Comissão Administrativa das Novas Instalações para a Marinha, realiza-se o concurso público, com a base de licitação de 2.300.000\$00 para arrematação da empreitada de ampliação das instalações do Hospital da Marinha. As propostas apresentadas vão ser estudadas.

— De Lisboa, segue para a França, Suíça e Alemanha, em viagem de estudo e de visita às principais clínicas de cirurgia daqueles países, o Dr. Manuel Frazão, cirurgião dos Hospitais Cívicos.

— Da mesma cidade, parte para o estrangeiro, a fim de visitar as principais clínicas da sua especialidade, na Suécia, Noruega e Dinamarca, o oftalmologista Dr. João Saraiva.

11 — Por via aérea, chegam a Lisboa, de regresso de S. Paulo, onde participaram no Congresso Internacional do Cancro, os Prof. Lima Bastos e Dr. João Neves da Silva.

— Da sua viagem a Inglaterra e aos Estados Unidos, onde tomou parte em reuniões internacionais para tratar de problemas ligados à energia atómica, regressa

a Lisboa, o radiólogo Dr. Francisco dos Santos Pereira.

12 — Sabe-se que o Dr. Fernando Leal da Costa vai desempenhar as funções de segundo assistente da Faculdade de Medicina, de Lisboa.

13 — O médico da cidade do Porto, Dr. Mário Vieira Coelho é contratado para exercer as funções de médico na Estação Radiogoniométrica Naval da Boa Nova.

14 — Em Lisboa, o Dr. Fernando Cabral, director do Serviço n.º 1 do Hospital dos Capuchos e guarda-mor de Saúde de Lisboa, atinge o limite legal de idade. Os seus colaboradores, por esse motivo, promovem, pelas 11 horas, na Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos, uma homenagem de despedida da actividade oficial do illustre clínico, e, à noite, um jantar de confraternização.

Promovida pelos médicos seus assistentes e pelos enfermeiros que, na Escola de Enfermagem de «Artur Ravara», foram seus alunos, a sessão tem vasta assistência. Preside o Dr. Rafael Ribeiro, em representação do enfermeiro-mor dos Hospitais Cívicos, ladeado pelos Prof. Diogo Furtado e Drs. António Assis Brito, Cordeiro Ferreira, Luís Adão e Assis Brito.

A sr.ª D. Adelaide Costa, lê muitos telegramas de saudação e de adesão à homenagem e o enfermeiro-chefe Fernando Ramos procede à leitura de uma mensagem dos seus colegas.

Os médicos assistentes do Serviço 1 do Hospital de Santo António dos Capuchos, Drs. Pena Carvalho e Carlos George, saudam, a seguir, o homenageado, pondo em evidência a bondade, a dignidade e a proficiência que caracterizaram sempre a acção do Dr. Fernando Cabral, durante 43 anos, naquele Serviço, e afirmam a saudade com que todos os seus colaboradores o viam terminar a sua actividade profissional nos H. C. L.

Depois de ser lida uma «Ordem de Serviço» dos H.C.L., em que é elogiada a acção realizada pelo Dr. Fernando Cabral, o Dr. Rafael Ribeiro, em nome do enfermeiro-mor e em seu nome, declara associar-se à homenagem, reiterando ao distinto professor uma admiração incondicional.

O Dr. Fernando Cabral, agradecendo as palavras que lhe tinham endereçado, recorda momentos da sua actividade durante 49 anos nos hospitais e tece algumas considerações sobre as consequências da lei do limite de idade.

Não é em vão, declara, que e passa quase meio século a trabalhar em determinados serviços. Eles prendem-nos. Por isso, embora deixasse de ser director de serviço, não deixaria de ser médico dos hospitais.

— O Dr. Emilio Faro, enfermeiro-mor dos Hospitais Cívicos de Lisboa, dá posse, no seu gabinete, ao novo director do Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital do Desterro, Dr. Jorge da Silva Araújo, actual director do «banco» do Hospital de S. José.

Lido o auto de posse, há troca de saudações entre o enfermeiro-mor e o empossado.

O acto tem a assistência de grande número de médicos e cirurgiões dos H. C. de Lisboa.

15 — Em Ourique realiza-se um cortejo de oferendas a favor do hospital local. Este faz parte do programa de festas em honra de Santa Maria e tem a assistência do Governador Civil de Beja.

Estrangeiro

Notícia a imprensa diária que um jovem electricista de Modena, inventou um aparelho de válvula electrónica que permite aos invisuais lerem rapidamente pelo tacto a escrita vulgar.

Este aparelho, a que ele deu o nome de «Videorelevo», foi experimentado com êxito por um invisual, que conseguiu ler pelo tacto um jornal quase tão depressa como visualmente.

Um professor da Universidade de Bolonha declarou que se trata duma grande descoberta. Pode, com efeito, constituir um progresso considerável sobre o sistema Braille empregado há mais de cem anos.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Pelo prazo de trinta dias, a contar de doze de Agosto corrente, para provimento do lugar de médico da Casa do Povo de Cabrela, encontrando-se as condições patentes na sua sede.

— Para médico municipal do 3.º partido médico do concelho de Azambuja.

— Para médico neuro-psiquiatra da provincia de Macau.

— Com o fim de serem estudadas as alterações a introduzir nos actuais planos de estudo e programas das Escolas de Enfermagem reúnem-se, em Coimbra, na Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, representantes de todas as escolas de enfermagem do País dependentes do Ministério do Interior. A sessão inaugural efectua-se na terça-feira dia 17, às 10 horas, no salão nobre dos Hospitais da Universidade, sendo presidida pelo director-geral da Assistência, Dr. Agostinho Pires, devendo assistir também o inspector-chefe dos mesmos serviços, Dr. Fernando de Magalhães Cardoso. As reuniões prosseguem na quarta e na quinta-feira dias 18 e 19.

— Em Tábua realiza-se, no próximo dia 25 de Setembro, um cortejo de oferendas a favor do Hospital da Misericórdia local, que se espera muito generoso, dadas as ofertas já anunciadas.

IBÁLSAMO IBENGUIÉ

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

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

Estrangeiro

No dia 23, na Escola Politécnica de Zurique, efectua-se a inauguração do Congresso Internacional de Filosofia das Ciências.

O programa inclui sessões plenárias, sessões das secções e quatro «symposios» sobre «Fenómeno e realidade física», «Relações dialécticas do espírito e do corpo», «Lógica e metodologia» e «Experiência e teoria nas ciências sociais» e informações complementares podem ser solicitadas ao sr. Adolfo Faria de Castro, professor do Liceu Nacional de Santarém e antigo bolsheiro, no estrangeiro, do Instituto de Alta Cultura e da UNESCO.

O Comité prepara o melhor acolhimento aos congressistas, com excursões especiais para as senhoras.

— Em Madrid, no próximo mês de Novembro, realiza-se o VII Curso Médico-cirúrgico de Patologia do aparelho digestivo nos Serviços do Hospital Provincial de Madrid, sob a direcção dos Drs. Jimenez Díaz, Gonzalez Bueno e H. G. Mogená.

Consta de vinte conferências, sendo duas proferidas pelos Profs. Heinz Kalk, de Berlim e Norman C. Tanner, de Londres. Limitam-se as inscrições a vinte para o Curso médico e seis para o cirúrgico, com direito à frequência do primeiro.

As inscrições ou esclarecimentos podem pedir-se para a Secretaria particular do Prof. González-Bueno, calle de Villanueva, 10 — Madrid, Espanha.

— Em Nápoles, de 13 a 19 de Setembro, realiza-se o XI Congresso Internacional de Medicina do Trabalho.

— Em Roma-Salerno, o XIV Congresso Internacional de História da Medicina, nos dias 13 a 20 de Setembro.

— Em Estocolmo, realiza-se o III Congresso Internacional de Medicina Interna, dias 15 a 18 de Setembro.

— Em Salzburgo realizam-se as XLII Jornadas da Sociedade Alemã de Ortopedia, de 8 a 11 de Setembro.

— Em Bad Ischl, realiza-se o Congresso Alemão da Sociedade de Neurocirurgia.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 4/VIII a 10/VIII/1954)

4/VIII

Dr. Eugénio Rocha Santos, subdelegado de Saúde do concelho de Seia — provido definitivamente, no lugar de director de serviços técnicos da Direcção Geral de Saúde.

5/VIII

Dr. Mário Augusto de Mendonça e Silva, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica cirúrgica dos H. C. L. — autorizado a aceitar a equiparação a bolsheiro do Instituto de Alta Cultura fora do País, de 28 de Julho a 28 de Novembro próximo.

— Dr. João Germano Neves da Silva, chefe de serviço do Instituto Português de Oncologia — concedida equiparação a bolsheiro fora do País durante os meses de Julho e Agosto do corrente ano.

— Dr. António Teixeira de Queirós de Castro Caldas, primeiro assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa — concedida equiparação a bolsheiro fora do País, de 13 de Julho a 8 de Agosto corrente.

— Dr. Eduardo de Lima Bastos, assistente do Instituto Português de Oncologia — concedida equiparação a bolsheiro fora do País, durante os meses de Julho e Agosto do corrente ano.

— Dr. Pedro José da Cunha Mendonça e Menezes, primeiro assistente da

Faculdade de Medicina de Lisboa — concedida equiparação a bolsheiro fora do País, de 25 de Julho a 8 de Agosto corrente.

— Dr. Fernando Augusto Grilo Peres Gomes, segundo assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa — prorrogada até 31 de Outubro próximo a equiparação a bolsheiro fora do País que lhe foi concedida pelo Instituto de Alta Cultura.

7/VIII

Dr. Luís Augusto Duarte Santos — nomeado professor extraordinário da Faculdade de Medicina de Coimbra.

9/VIII

Dr. Jorge Nunes da Silva Araújo, assistente de serviço geral de clínica cirúrgica — contratado como director do mesmo Serviço dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Drs. Alvaro de Sousa e Andrade e João Augusto Ribeiro, médicos de 1.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocados, respectivamente, nas províncias de Moçambique e Angola.

10/VIII

Dr. Alexandre Gomes dos Santos — nomeado médico cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas de Angola.

— Dr. João Leite Ribeiro, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Moçambique — nomeado definitivamente para aquele lugar.

Partidas e Chegadas

Prof. Freitas Simões

Partiu para Londres e Paris, a fim de tomar parte nas «Assises Gynécologues Françaises» e na reunião do «Comité» Internacional de ligação entre os organismos profissionais de ginecologia e de obstetrícia, o Prof. Freitas Simões. Seguidamente, deslocar-se-á a Genebra, para assistir, como delegado oficial, ao Congresso Internacional de Obstetrícia e Ginecologia, findo o que se deslocará a Viena, onde fará uma conferência, a convite do Prof. Antoine.

Prof. Salazar Leite

Partiu para Luanda o Prof. Salazar Leite, que, em missão do Ministério do Ultramar, vai proceder ao estudo das dermato-micoses no sudeste da província de Angola, e de hematologia entre os Bochimanos, assim como de problemas de encefalose, na bacia do Quanza.

Prof. Edmundo Lima Basto

Partiu para o Rio de Janeiro e S. Paulo, onde foi tomar parte nos Congressos Brasileiro de Enterologia, e Internacional da luta contra o cancro, como Secretário-geral da Comissão Internacional de Investigações sobre o Cancro, o Prof. Edmundo Lima Basto.

Prof. Carlos Santos

Regressou a Lisboa o Prof. Carlos Santos, que, em Vichy, foi um dos relatores do Congresso de Hepatologia, que ali reuniu, tendo depois participado em Paris, no Congresso de Gastro-Enterologia, onde apresentou uma comunicação.

Prof. Celestino da Costa

Regressou de Paris, onde tomou parte no Congresso de Gastro-Enterologia, o Prof. Celestino da Costa.

Dr. Jorge de Mello Rego

Regressou a Portugal, após um ano de estadia na América, onde frequentou, sob os auspícios do I.A.C., várias clínicas ginecológicas, o Dr. Jorge de Mello Rego.

Dr. Cavaleiro de Ferreira

Regressou da América do Sul o Dr. Avelino Cavaleiro de Ferreira, delegado português ao Congresso de Oftalmologia realizado em S. Paulo, e que esteve na Argentina, também em missão oficial.

Dr. João Nunes da Silva

Partiu para S. Paulo o Dr. João Nunes da Silva, que, como delegado do I.P.O., se desloca àquela cidade a fim de tomar parte no VI Congresso Internacional do Cancro.

FALECIMENTOS

Prof. Manuel Máximo Prates

Faleceu no dia 26 passado em Lisboa, o Prof. Manuel Máximo Prates, oficial-médico da Armada, onde, tendo-se alistado como 2.º tenente, atingiu o posto mais elevado da sua classe e durante toda a sua vida, dedicada à Marinha, prestou os mais assinalados serviços, quer em comissões em terra, quer no mar, e que lhe valeram as mais altas distinções.

Como militar, foi-lhe conferida a mais honrosa condecoração — a Torre e Espada — por ter, em zonas infestadas de minas e bloqueadas por submarinos, mostrado valor e dedicação ao serviço.

Em todos os cargos que desempenhou na Marinha, como oftalmologista ou parasitologista, afirmou sempre a sua grande cultura e o seu profundo saber.

Em terras do Ultramar dedicou-se ao estudo da doença do sono, sobre a qual publicou valiosos trabalhos, que se tornaram conhecidos e apreciados no estrangeiro. Representou o País em vários Congressos, afirmando sempre a sua alta preparação científica. Era sócio de várias Sociedades de Medicina Tropical. De regresso ao Continente, dedicou-se ao ensino, onde mais uma vez a sua personalidade se impôs, pelo estudo, pelo carácter e pela bondade.

Ingressando no Corpo Docente do Instituto de Medicina Tropical, publicou magistrais lições, que ainda hoje constituem matéria de ensino.

Como cientista, foi-lhe dada a Ordem de Santiago. Outras condecorações e medalhas possuía, como a Comenda de Avis, medalhas de Campanha e de comportamento exemplar.

Inúmeros louvores lhe foram dados pelo seu zelo e amor profissional, como reconhecimento a quem inteiramente se votou ao serviço da Pátria.

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.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de 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 Sarmiento (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 Antitrombotica do Disp. de Higiene Social), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.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 — Celestine Maia (Funchal); ANGOLA — Lavrador Ribeiro (Luanda); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.º (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Outros países: um ano — 200\$00

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com 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