

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 137
15 de Abril de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

Afectões

3 ACCÇÕES

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

«... Combatendo o síndrome infeccioso por três vias diferentes, encurta o período agudo da doença, modificando o terreno e prevenindo as recaídas...»

APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 0,25 g de Estreptomicina +
+ 150.000 U. O. de Penicilina

NORMAL — 0,50 g de Estreptomicina +
+ 400.000 U. O. de Penicilina

FORTE — 0,50 g de Estreptomicina +
+ 400.000 U. O. de Penicilina

OMNACILINA **E**

AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775

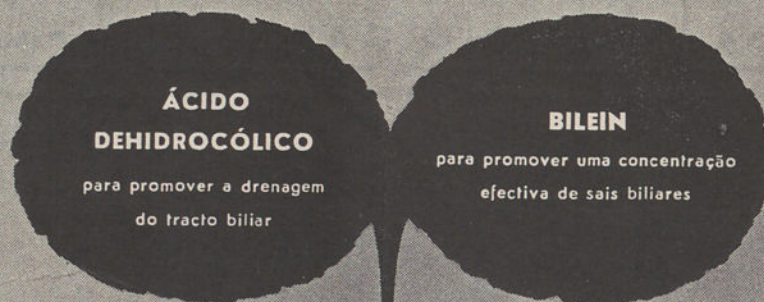
SUMÁRIO

	Pág.
F. FORMIGAL LUZES — Os ultra-sons em terapêutica	301
J. J. HERBERT — Águas termais e suas aplicações à cirurgia do aparelho locomotor	306
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLINICAS E CIENTIFICAS — O potássio na terapêutica infantil	310
Tratamento do «Cor Pulmonale» Crónico	318

SUPLEMENTO

	Pág.
Médicos que foram grandes escritores — CLÁUDIO CORRÊA D'OLIVEIRA GUIMARÃES	258
Ecos e Comentários	260
6.º Congresso Internacional do Cancro	261
Liga Portuguesa de Profilaxia Social	264
Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica	266
A Assembleia Nacional e o Exercício Pedagógico	270
II Curso de Deontologia Médica	272
Noticiário diverso.	

Isolados, eficientes... juntos, muito melhor



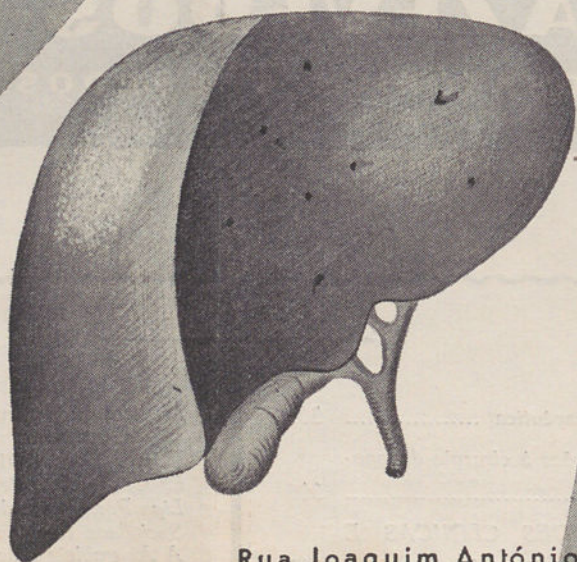
■ Uma terapêutica muito mais ampla contra os transtornos das vias biliares, é possível associando o ácido dehidrocólico aos sais biliares naturais num só produto. Este é o **HYDRO-BILEIN**, preparado Abbott, que contém 0,12 gm. de ácido dehidrocólico e 0,12 gm. de bilis de boi exsicada e purificada.

O ácido dehidrocólico aumenta o volume de bilis e estimula a sua expulsão pelas vias biliares; o segundo componente produz uma bilis que contém sais biliares em quantidade equiparável à da bilis normal.

Além de produzir um verdadeiro efeito colerético — **HYDRO-BILEIN** facilita a absorção intestinal das gorduras e vitaminas lipossolúveis e aumenta a motilidade do intestino, provocando, assim, um efeito laxativo natural.

A dose média é de um confeito, duas a quatro vezes por dia, preferivelmente depois das refeições; esta dose pode reduzir-se se produzir efeitos laxativos não desejáveis.

HYDRO-BILEIN é apresentado em frascos de 40 e 100 confeitos.



ABBOTT LABORATÓRIOS, L.^{DA}

Rua Joaquim António de Aguiar, 43 r/c. Dt.º
LISBOA — PORTUGAL

Os ultra-sons em terapêutica



F. FORMIGAL LUZES

(Director do Serviço de Agentes Físicos
do Hospital Escolar de Lisboa)

Ao ter sido solicitada a minha colaboração para organizar um pequeno sub-curso de fisioterapia, integrado no VI.º Curso de Aperfeiçoamento Médico Sanitário, aceitei com prazer este encargo para aproveitar a oportunidade, que se me oferecia, de não só poder vulgarizar algumas das indicações da fisioterapia, como também de concorrer para o emprego judicioso desta modalidade terapêutica.

Na realidade numerosas são as vezes em que verificámos, que os colegas residentes na província, desejosos de utilizarem a acção benéfica dos agentes físicos no tratamento dos seus doentes, se vêem embaraçados para adquirirem duma maneira rápida e resumida os conhecimentos indispensáveis para o seu emprego.

Dispondo apenas de 3 lições ou palestras, digamos antes assim, escolhi entre os variadíssimos assuntos aqueles que me pareceram de maior interesse e utilidade, por serem os de mais vasta aplicação: os ultra-sons, as correntes de alta frequência e as radiações.

Vou ocupar-me dos «Ultra-Sons em terapêutica» e procurarei dar-lhes apenas noções sumárias, para que ao saírem daqui tenham colhido os conhecimentos indispensáveis para saberem «o que são as ondas ultra-sonoras, como produzi-las e aplicá-las, qual a sua acção sobre o organismo e finalmente quais as suas principais indicações e contra-indicações».

*

O que são os Ultra-Sons?

As ondas sonoras são aquelas que impressionam o nosso ouvido. A sua frequência varia entre 16 e 16.000 Hz por segundo, conforme as notas são mais graves ou mais agudas. Estas são as frequências entre as quais um indivíduo normal consegue captar as ondas sonoras. Alguns indivíduos novos conseguem porém, por vezes, excepcionalmente captar ondas até 19.000 Hz, diminuindo a partir dos 50 anos o poder de captação, que aos 70 se encontra de ordinário à volta de 11.000 Hz.

Os ultra-sons entendem-se para lá da zona de percepção humana do som e a sua frequência para usos terapêuticos varia de ordinário entre 800 KHz e 3.000 KHz segundo ou seja entre 800.000 e 3.000.000 Hz.

Na vida corrente segundo Dénier produzem-se ultra-sons sempre que um eixo gira em torno duma chumaceira mal lubrificada e ameaça gripar.

Os ratos, os grilos e os morcegos produzem ultra-sons e é graças à sua emissão que estes últimos conseguem orientar-se. Spallanzani em 1794 estudou o voo destes animais tendo verificado, que eles não chocavam com os obstáculos que os circundavam, mesmo quando os cegavam, lhes cobriam o corpo com um verniz, lhes obstruíam as narinas ou lhes cortavam a língua. Ao contrário se lhes tapassem os ouvidos o animal chocava com os obstáculos existentes no espaço.

Dijkgroff e Schaller fazem notar que as borboletas nocturnas

são atraídas pelos ultra-sons de determinada frequência, deixando porém de o serem uma vez que se lhe destrua o tímpano:

As abelhas também emitem ultra-sons com uma frequência vizinha de 40.000 Hz e os cães captam os ultra-sons até 30.000 períodos segundo, do que resulta o emprego de apitos especiais para os chamar, os quais não são por nós ouvidos.

Majno fez também notar que os insectos emitem ultra-sons, mas que dada a sua fraca energia são muito dificilmente captáveis.

*

Os primeiros trabalhos sobre acção biológica dos Ultra-Sons devem-se a Langevin, que procedendo a estudos no Laboratório da Marinha em Toulon sobre a localização de barcos afundados para o que empregava uma «sonda ultra-sonora», constatou a paralisia momentânea de pequenos peixes e mesmo a sua morte quando expostos durante muito tempo à sua acção.

O professor Dognon da Faculdade de Medicina de Paris e os Drs. E. e H. Biancani começaram a antever a possibilidade duma acção terapêutica e procederam a estudos neste sentido, que encontraram no Dr. André Dénier de la Tour du Pin um continuador entusiasta, tendo procedido a numerosas tentativas neste sentido e publicado numerosos trabalhos.

Contudo o seu esforço não foi coroado do sucesso que lhe era devido, tendo mesmo sido criticado pelos colegas seus compatriotas e considerado um fantasista. Foi necessário que terminada a última Grande-Guerra a escola alemã tornasse conhecidos os seus trabalhos sobre o assunto, com a realização do Congresso de Erlangen de 1949, para que fosse reconhecido o precioso valor desta nova modalidade fisioterápica.

Numerosos foram os trabalhos apresentados nessa reunião científica distinguindo-se os de Buchtala, Demmel, Horatz e outros; tendo sido ao que consta nesse país os percussores Richter e Parrow que em 1940 apresentaram os resultados obtidos nos primeiros casos de ciática e nevralgias.

*

Vejamos agora como produzir os Ultra-Sons.

Estes podem ser produzidos por magneto stricção, resultante da variação do comprimento dum núcleo de fio de níquel, colocado no centro duma bobine, atravessada por uma corrente de alta frequência. Este dispositivo foi utilizado por Dénier nas suas primeiras experiências, mas teve que abandonar por apenas lhe fornecer uma potência de 3 watts insuficiente para usos terapêuticos.

Mais tarde baseados no principio do efeito recíproco piezo eléctrico do quartzo descoberto pelos irmãos Curie construíram-se novos geradores que permitem não só potências muito mais elevadas como também frequências variáveis.

Pierre Curie demonstrou que a compressão dum cristal de

quartzo convenientemente talhado, cria nas suas duas faces diametralmente opostas, cargas eléctricas iguais e de sinais contrários. Inversamente se aplicarmos sobre estas duas faces cargas eléctricas iguais e de sinais contrários provocaremos a sua contracção que será substituída por dilatação quando invertermos a polaridade da corrente.

A deformação do prisma de quartzo a que acabo de referir-me dar-se-á sempre que a corrente mude de sinal, por conseguinte se utilizarmos uma corrente de alta frequência, que muda constantemente de sinal, teremos a repetição do fenómeno um número de vezes igual ao de períodos da corrente empregada.

As ondas mecânicas provenientes desta deformação constante do quartzo são chamadas as «ondas ultra-sonoras» e ao fenómeno que lhes deu origem chamam alguns autores «a ressonância do quartzo».

Baseando-se neste princípio fez Dénier construir um aparelho que possuía um gerador de alta frequência, cuja tensão podia variar segundo o nosso desejo sendo a corrente por ele produzida levada até ao prisma de quartzo que é afinal o emissor de Ultra-Sons propriamente dito.

Os aparelhos alemães são também na sua grande maioria baseados no mesmo princípio, possuindo igualmente um gerador de alta frequência cuja intensidade é por nós regulável. A corrente produzida é levada a um prisma de quartzo imerso num banho de óleo, que lhe assegura condições de perfeito isolamento.

A superfície livre do quartzo é revestida dum delgada lâmina metálica por intermédio da qual é posta em contacto com a região sobre que pretendemos actuar. A este conjunto chama-se vulgarmente a «cabeça Ultra-Sónica».

Com aparelhos deste tipo podem obter-se potências que chegam até aos 60 watts.

*

Se bem que seja sem dúvida aos cientistas franceses, que devemos as bases fundamentais da ultra-sonoterapia, é à Escola Alemã que se devem os aperfeiçoamentos técnicos, que conferiram aos Ultra-Sons o seu real valor como agente terapêutico.

O aparelho concebido por Dénier utilizava uma cabeça ultra-sónica de pequeno diâmetro fixa a um braço articulado que a mantinha em contacto com a região sobre a qual pretendíamos actuar. Com esta técnica, porém, as doses empregadas oscilavam entre 3 e 7 watts e como tal eram insuficientes. A zona de incidência era muito limitada e as queimaduras frequentes.

Os alemães muniram os seus aparelhos de cabeças Ultra-Sónicas de maiores dimensões, cerca de 10 cm² de superfície com as quais se empregam em média potências de 20 watts ou seja 2 watts por cada centímetro quadrado.

Estas potências atingem por vezes 40 a 50 watts, que são facilmente suportadas, porque a cabeça Ultra-Sónica é mantida em constante movimento sobre a região que estamos tratando; mas sempre em perfeito contacto com ela, por meio de algumas gotas de parafina ou vaselina líquida que também facilitam o seu escorregamento.

Ainda com o fim de se utilizarem maiores intensidades os bons aparelhos ultimamente fabricados, têm um dispositivo que tanto permite a utilização de um feixe contínuo de ondas Ultra-Sonoras, como de um feixe ritmicamente interrompido com frequência variável conforme os nossos desejos.

Para obviar ao inconveniente do excessivo aquecimento da cabeça, apresentado por certos modelos, possuem os aparelhos mais perfeitos uma circulação de água e um termostato que os arrefecem e mantém a uma temperatura fixa.

A nossa prática de cinco anos de ultrasonoterapia levou-nos à conclusão, que as doses são variáveis de caso para caso e que somente a experiência e a reacção do organismo nos poderão fornecer indicações sobre o seu valor. É bom termos presente que se uma dose excessiva é prejudicial, uma insuficiência nos pode conduzir a falsos insucessos.

A técnica mais utilizada para a aplicação dos Ultra-Sons é aquela em que a cabeça é mantida em perfeito contacto com a região a tratar por meio dum substância gordurosa, com o fim de evitar a interposição dum camada de ar através da qual os Ultra-Sons não se propagam. Ela pode ser como disse «estabil» ou «labil». Com o fim de obter uma melhor localização podem adaptar-se à cabeça Ultra-Sónica localizadores de várias formas e dimensões, alguns dos quais nos permitem também aplicações cavitárias.

Casos há porém em que nem uma nem outra destas técnicas pode ser empregada com êxito, quer por a forma da região não permitir uma perfeita adaptação, quer por haver ao seu nível soluções de continuidade das partes moles que a revestem ou intensos fenómenos inflamatórios.

É então necessário introduzir dentro de água morna a região a tratar, onde mergulharemos igualmente a cabeça ultra-sónica, que será mantida a uma distância de 5 cm.

A vantagem desta técnica é, além das já acima apresentadas, o permitir uma propagação perfeita; pois sabemos que esta se faz tanto melhor, quanto menor for a diferença da resistência sonora dos meios em contacto. Facto que se verifica dum maneira geral para com o corpo humano e a água.

As aplicações feitas com intensidades médias são indolores, as elevadas provocam porém a sensação de dor e de calor chegando mesmo a produzir queimaduras e alterações profundas dos tecidos atravessados.

As aplicações podem ser feitas quer «in loco dolenti», quer ao nível da zona paravertebral conveniente ou ainda sobre uma determinada artéria, procurando-se obter deste modo uma «acção reflexogénea ou simpática».

Em certos casos convém fazer simultaneamente os 2 tipos de aplicação.

A escolha da frequência a utilizar é também de grande importância. Geralmente os aparelhos em que é possível utilizar mais do que uma frequência podem-nos fornecer 1 KHz ou 3 KHz para o que os melhores possuem 2 cabeças distintas. Dum modo geral dir-lhes-ei que sempre que pretendemos uma acção em profundidade se devem empregar as ondas ultra-sonoras de 1 KHz e pelo contrário quando desejamos actuar sobre lesões superficiais as de 3 KHz.

A duração média de cada sessão oscila de ordinário entre 5' a 10' por campo. Podem ser diárias ou trisemanais conforme os casos, sendo as últimas as mais frequentemente utilizadas.

O número de sessões é também variável—geralmente uma série não excede 15 a 20, podendo ser repetida após alguns dias de repouso (1).

*

Dir-lhes-ei agora apenas algumas palavras acerca da acção dos Ultra-Sons sobre o organismo, para que melhor possam compreender as suas indicações e contra-indicações.

A explicação do seu modo de actuar está ainda no campo das hipóteses diferindo muito as opiniões dos vários autores sobre este assunto.

(1) Nesta altura foi feita a demonstração prática dum aplicação de Ultra-Sons.

P V R

Imunoterápia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÕES

Injectável

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Soro imunizante não específico de antígenos lipo- -proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas	5 c. c.

Supositórios

1.000.000 U.

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Suspensão imunizante não específica, preparada com albuminóides, gorduras animais e sais biliares	0,3 grs.
Quinina básica	0,120 >
Gomenol	0,001 >
Eucaliptol	0,001 >
Cânfora	0,001 >
Vitamina A	30.000 U.
Vitamina D ₂	3.000 U.
Manteiga de cacau q. b. p.	3 grs.

500.000 U.

Metade da dose da composição anterior.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Terapêutica e profilaxia dos resfriados e, duma maneira geral, em todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

APRESENTAÇÃO

Um frasco contendo a associação antibiótica e uma ampola de 5 c.c. de soro imunizante não específico, para injeção extemporânea.

Em embalagens de 1 e 2 supositórios de 500.000 U. e de 1.000.000 U.



LABORATÓRIOS QUÍMICO BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604
Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

E.

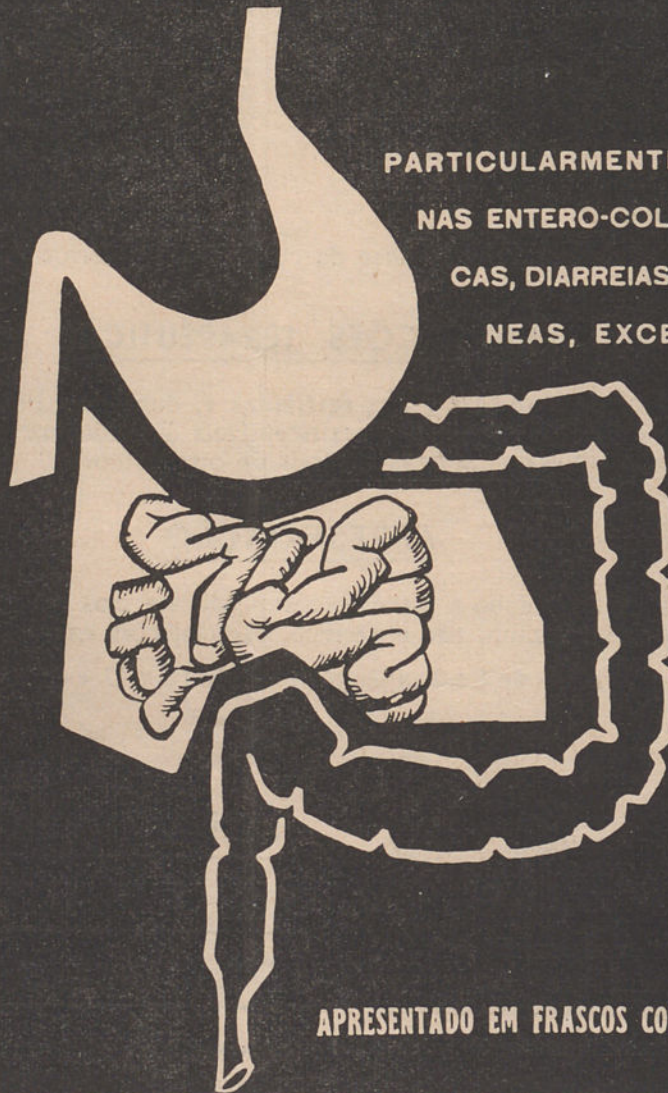
PARA UMA ACÇÃO ENZIMÁTICA REALMENTE POLIVALENTE .

Pantozyme

WANDER

PREPARAÇÃO CONTENDO LIPASE, AMILASE,
 PROTEASE, CELULASE, PEPSINA — TODOS OS ENZIMAS
 PANCREÁTICOS SOB UMA FORMA MUITO ACTIVA

UM PROCESSO
 ESPECIAL ASSE-
 GURA A PLENA
 EFICÁCIA DOS
 FERMENTOS QUE
 ACTUAM EM
 MEIO ÁCIDO E EM
 MEIO ALCALINO



PARTICULARMENTE INDICADO
 NAS ENTERO-COLITES CRÓNI-
 CAS, DIARREIAS GASTROGÉ-
 NEAS, EXCESSOS ALI-

MENTA-
 RES, IN-
 SUFICIÊN-
 CIA DI-
 GESTIVA
 AGUDA
 OU CRÓ-
 NICA, ME-
 TEORIS-
 MO, ETC.

APRESENTADO EM FRASCOS COM 30 DRÁGEAS

Dénier e com ele muitos outros dizem que se deve tratar apenas duma «micro massagem» que se propaga até aos órgãos e tecidos mesmo os mais profundamente situados.

Em virtude da extrema pequenez do comprimento de onda destas vibrações, a distância que separa a fase de pressão da de tracção ou dilatação é apenas de 1 mm. Daqui resulta que as células são submetidas a uma intensa massagem «massagem intercelular» segundo a designação do Prof. Munck, que para uma potência de 4 watts cm^2 é da ordem de cerca de 10 atmosferas por milímetro e variando por segundo cerca de 1 milhão de vezes.

Como sua consequência observa-se uma acção mecânica fibrolisante ao nível dos tecidos endurecidos e de esclerose.

Para os autores alemães produzem-se fenómenos de cavitação de que resultam micro turbilhões intra e extra celulares que podem explicar as alterações da estrutura molecular, a hiperactividade das reacções físico-químicas feitas à custa do oxigénio e anidrido carbónico dos tecidos e ainda o aumento de temperatura electivo para alguns deles, o que foi constatado por Dognon após 30" de irradiação.

Denier verificou profundas perturbações circulatórias acompanhadas de elevação do índice oscilométrico, dilatação dos capilares cutâneos e alteração do equilíbrio coloidal dos espaços lacunares, que se traduz por modificações da permeabilidade celular.

Além disso deve-se também ter em conta a excitação produzida ao nível das terminações nervosas cutâneas, que por uma acção reflexa se repercute sobre os tecidos e órgãos profundamente situados. Esta acção poderia ser comparada a um «micro electro-choc» das células nervosas o que explicaria por supressão das reflexas, a acção benéfica sobre a dor.

É igualmente notável a sua acção sobre a cadeia simpática que se traduz por intensos fenómenos vaso-motores.

Seja porém como for que se pretenda explicar a acção dos Ultra-Sons, os efeitos por eles produzidos sobre o organismo e admitidos por todos os autores são:

- 1.º — Uma acção analgésica imediata e prolongada;
- 2.º — Uma hiperactividade circulatória acentuada, que se mantém por largo tempo sobretudo quando actuamos sobre o sistema simpático;
- 3.º — Uma acção anti-inflamatória;
- 4.º — Uma acção fibrolisante;
- 5.º — Uma acção destrutiva de determinados grupos celulares, quando sejam empregadas intensidades suficientes.

Uma vez exposta resumidamente a acção dos Ultra-Sons sobre o organismo, facilmente se depreende quão numerosas possam ser as suas aplicações.

Como sempre sucede todas as vezes que uma nova terapêutica faz a sua aparição, há a tendência de nela se encontrar remédio para todos os males. Foi o que aconteceu há 30 anos com os R. U. V., com a diatermia, etc. Passada porém essa onda de entusiasmo que acompanha os primeiros tempos, a crítica, os insucessos e a experiência dos mais velhos e cuidadosos estabelecem as verdadeiras indicações e contra-indicações do método em questão.

É ainda cedo para que se possa já estabelecer uma lista completa de todas as suas indicações, tanto mais que países houve, como por exemplo a Inglaterra e os Estados Unidos da América, que só muito recentemente começaram utilizando em terapêutica os Ultra-Sons e estou certo que muito teremos que lucrar com as conclusões a que vão chegar.

Sem ter a pretensão de vos vir apresentar uma lista com-

pleta de todas as indicações dos Ultra-Sons, vou contudo enumerar-vos aquelas em que a minha experiência obtida no decorrer de 5 anos, me mostrou a sua eficácia e mesmo por vezes superioridade sobre as outras terapêuticas empregadas.

Não me deterei em detalhes de técnica não só por não dispor de tempo para o fazer, como também por os poderem obter nos tratados da especialidade.

Vejamos, pois, quais as suas principais indicações:

Nevralgias: do ciático, do trigêmeo, do sub-occipital de Arnold, do plexo braquial, do plexo lombo sagrado e dos intercostais.

Espondilartroses, espondilites, espondiloses deformantes, doença de Bechterew (Pierre Marie Strümpel), arterite sacro-iliaca, arterites e periartroses, artroses, epicondilites, discopatias (hérnia do disco), afecções reumáticas, mialgias, lombago, miosites fibrosas, cicatrizes viciosas, doença de Dupuytran, esclerose dos corpos cavernosos, esclerodermia, anquiloses fibrosas, coxidinia, bursites, herpes zoster, claudicação intermitente, arterite obliterante, doença de Raynaud, disquenesia vesicular, colite espástica, úlcera de estômago e duodeno, periviscerites, esfincteralgia, mastites, hipogalactia, anexites, prostatites, incontinência nocturna de urinas, asma brônquica, úlceras varicosas, sequelas de flebite, coutos fantasmas dos amputados, sinusites crónicas e esclerose em placas (1).

Não quero fechar a lista das indicações sem lhes falar do cancro.

Numerosos autores houve que preconizaram o seu emprego e citam casos favoráveis, mas não menos numerosos são aqueles que apontam a formação de metástases a seguir às aplicações de ondas Ultra-Sonoras.

Nestas circunstâncias parece-me de bom senso clínico não as utilizarmos nesta afecção, enquanto o assunto não se encontrar devidamente esclarecido.

Além destas muitas outras indicações são citadas pelos tratadistas, mas a maioria delas com resultados problemáticos.

No que diz respeito às contra-indicações elas por assim dizer não existem, uma vez que se empreguem doses convenientes; contudo são de aconselhar além dum doseamento cauteloso, grande reserva ou mesmo abstenção:

- em casos de gravidez, pois as aplicações lombares podem não só provocar o aborto, como também acarretarem profundas modificações do tecido embrionário;
- ao nível do globo ocular sobretudo nos portadores de germinativas;
- ao nível dos gânglios simpáticos cervicais nos cardíacos;
- ao nível do cérebro não só devido à sua grande sensibilidade para o calor o qual aumenta consideravelmente com a passagem dos Ultra-Sons através da substância cerebral, como também para evitar os possíveis prejuízos causados pelos turbilhões intra e extracelulares produzidos pelos fenómenos de cavitação, e, finalmente, ao nível do globo ocular sobretudo nos portadores de afecções retinianas.

Contudo mesmo ao nível do cérebro e do globo ocular têm sido ultimamente empregadas sem dano, desde que haja os cuidados de doseamento necessários.

Efeitos de acumulação nunca foram observados nem para o doente nem para o médico uma vez que tenhamos o cuidado

(1) Foram feitos alguns considerandos de ordem prática sobre cada uma destas indicações.

de proteger a nossa mão que segura a cabeça ultrasónica, para o que basta calçar uma luva grossa de algodão, pois, a camada de ar interposta é mais que suficiente para impedir a propagação dos Ultra-Sons.

*

Espero ter conseguido nesta palestra fornecer-lhes um mínimo de conhecimentos indispensáveis para que a Ultra-Sonoterapia não represente para os colegas um campo desconhecido.

Se o tiver conseguido será para mim grande compensação, por ter concorrido mais uma vez, para a realização da profecia por tantos já citada do meu velho Amigo e Prof. Arsanval, que em 1881 sendo assistente de Claude Bernard, dizia: «Estou persuadido que a terapêutica de futuro não empregará como meios curativos senão modificadores físicos: calor, luz, electricidade ou outros agentes ainda desconhecidos».

Sem pretender ir tão longe estou porém certo que muito há a esperar ainda da fisioterapia, quer como agente terapêutico isolado, quer associada a outras modalidades terapêuticas. Que

do nosso encontro de hoje resulte mais um passo dado neste sentido.

Ao citar o nome de André Denier, muito propositadamente referi-me à pequena vila onde reside «La Tour du Pin».

La Tour du Pin é uma pequena vila de 6.000 habitantes da Alta Savoya. É ali que Denier criou um centro de investigação científica e um Instituto de Fisioterapia do mais bem apetrechado que conheço, e no qual efectuou os seus estudos.

Este detalhe parece-me interessantíssimo e digno de ser frizado aos colegas que constituem este auditório, facultativos da província, para lhes mostrar que não é só nos grandes centros, que se pode estudar e fazer investigação científica.

Que este exemplo vos sirva de incentivo para que num futuro próximo nos possam trazer o precioso fruto da vossa colaboração no campo da fisioterapia.

(Lição proferida no VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, organizado pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos).

Águas termais e suas aplicações à cirurgia do aparelho locomotor

J. J. HERBERT

A acção das águas termais tem sido conhecida através de todos os tempos e remonta à antiguidade, onde se encontram vestígios da sua utilização. A sua acção é tão evidente que, se assim não fosse, já há muito tempo que não seria utilizada. Esta acção parece ser algo misteriosa porque, muitas vezes, utilizam-se as águas, colhe-se benefício, não se sabendo exactamente explicar-se porquê.

Com efeito, as águas das fontes termais têm uma acção que não é tão misteriosa como parece. Elas actuam, essencialmente, pela sua massa e pelo calor que desenvolvem. As modificações térmicas que transmitem diferem totalmente daquelas que são obtidas pela água quente ordinária. Têm-se feito numerosas experiências que mostram que a elevação de temperatura é muito mais intensa e mais prolongada.

Têm uma acção hormonal indiscutível; o tratamento termal actuaria criando uma série de «stress» que determina reacções favoráveis do organismo, factos análogos aqueles que foram descritos por Selye e que ele reuniu sobre o nome de fenómenos de adaptação.

No decurso do tratamento termal produz-se, para o 11.º ou 12.º dia, uma crise em que estes fenómenos estão no máximo.

Mas ainda há mais. A composição química destas águas é, evidentemente, extremamente variável com as fontes; as de Aix-les-Bains, por exemplo, são sulfuradas, rádio-activas e contêm minúsculos organismos vivos. Além disso, uma proporção elevada de sílica dá à água uma untuosidade propícia à massagem.

Vou fornecer alguns detalhes sobre a sua composição físico-química: são fracamente mineralizadas com uma grande resistividade (1.500 ohms), os iões SO_4 , CO_3 e Ca constituem 80 % do peso do extracto seco, existindo, somente, alguns miligramas de H_2S por litro.

Trata-se de águas sulfurosas degeneradas. A sua mineralização deve-se à oxidação dos sulfuretos (pirites), contidas nos terrenos que ela atravessa.

Os sulfuretos são parcialmente transformados em hipossulfitos e em sulfatos pelo oxigénio atmosférico e pelo metabolismo microbiano.

Indicações: As suas indicações são múltiplas. No que diz respeito às águas de Aix-les-Bains, são bem conhecidas pela sua acção em todas as formas de reumatismo crónico, reumatismo inflamatório e, sobretudo, o reumatismo degenerativo, no reumatismo articular ou doença do colagénio, nas nevrites, etc...

Porém, queria, hoje, referir-me às duas indicações menos conhecidas mas que, experimentalmente, se revelam como *de traumatismo* e a *cirurgia ortopédica*.

O Traumatismo

O traumatismo, quer seja directo ou indirecto, causa uma verdadeira doença local (*M. T. L.*)⁽¹⁾ que é consequência da agressão que sofrem os tecidos e, em especial, a trama de colagénio cuja integridade é necessária para a reconstrução indispensável à função articular. Estes factos foram bem estudados por Reinhold, Klemperer e Graber Duvernay.

A lesão da *M. T. L.* é, essencialmente, o edema e sabe-se que o tecido colagénico é capaz de absorver, por imbibição, quantidades consideráveis de líquido. O edema forma-se não só nos tecidos intersticiais como também nos tecidos musculares.

O índice oscilométrico encontra-se modificado, produzindo-se modificações bioquímicas sobre o equilíbrio protídico, o índice das fosfatases, a taxa de cloro, o pH local: a hiperglicemia e a eosinopenia testemunham a hipersecreção do cortex suprarrenal (stress).

Esta *M. T. L.* pode evoluir para lesões irreversíveis.

(1) *M. T. L.*, é a denominação francesa.

ESCLARECENDO

4 perguntas sem consistência:

O que é o 714?

Uma associação de penicilinato de alumínio com as 3 mais eficazes sulfamidas.

Porquê ainda sulfamidas?

As sulfonas são ainda o medicamento mais activo nas infecções meningocócicas. Associados à penicilina oferecem um valioso sinergismo contra as bactérias Gram-positivas e constituem um óptimo tratamento para as infecções das vias urinárias.

Penicilinato de alumínio?

O penicilinato de alumínio é um sal anfotérico capaz de, por cada molécula, neutralizar 3 moléculas de HCl, no estômago. A destruição da penicilina é, assim, mínima e a sua absorção no intestino muito boa.

3 sulfamidas, porquê?

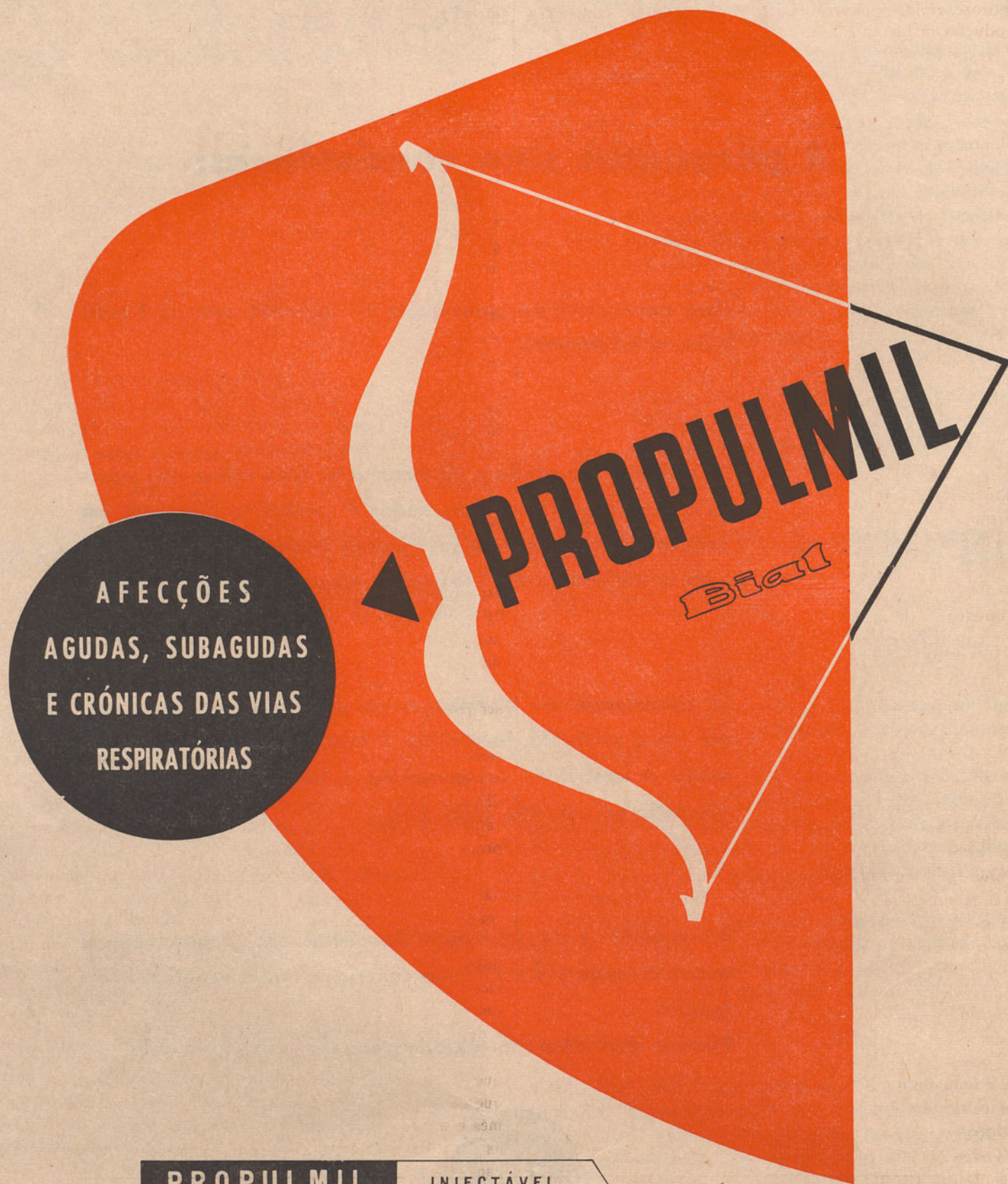
A toxicidade e a solubilidade da mistura são proporcionais à quantidade de cada uma das sulfonas e não à quantidade da mistura.

Mistura quer dizer: toxicidade pequena; cristalúria nula.



LABORATÓRIOS
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



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

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.

Assim, pode aparecer rigidez articular, esclerose, osteoporose, rigidez post-traumática. O processo produz-se por neoprodução inflamatória.

Nesta M. T. L., as águas termais actuam de maneira notável. A técnica que tem sido empregada nas experiências feitas, desde há 10 anos, em Aix-les-Bains consiste, essencialmente, nos banhos de vapor de Berthollet, sem a associação de nenhum meio terapêutico.

As outras técnicas termais: duches, massagens, maso e cinesioterapia, muito úteis em certos casos, são muito traumatizantes nestes surtos de traumatismo. Porém, a acção do vapor é completada pela da piscina, que facilita os movimentos, pelo que o doente pode fazer uma cinesioterapia sem esforços, graças à diminuição do peso (princípio de Arquimedes) e à indolência criada pela água termal.

As estatísticas, em dois anos de experiência da Segurança social, em França, feitas pelo Dr. Bernier e Reinhold, têm mostrado: em dois grupos de traumatizados, tendo o primeiro feito uma crenoterapia precoce e o segundo os métodos clássicos, verificou-se que o primeiro tinha uma diminuição de 41 % da I' T' T' (incapacidade temporária para o trabalho) e de 38,6 % da I' P' P' (incapacidade permanente parcial para o trabalho). Por exemplo, a luxação da espádua, tratada imediatamente após o traumatismo, deixa uma I' P' P' de 0 % enquanto que nos casos tratados sem crenoterapia ela varia entre 9 e 14 %.

A ortopedia:

A cirurgia ortopédica ou cirurgia do aparelho locomotor, em esquema, pode dividir-se em dois grupos:

- 1.º) Uma cirurgia reparadora: correctora das atitudes viciosas (reumatismo, por exemplo) e reparadora das fracturas.
- 2.º) Uma cirurgia restauradora, constituída essencialmente pelas artroplastias.

Esta cirurgia do aparelho locomotor tem como fim a recuperação ao máximo dos movimentos e a sua restituição o mais breve possível.

Que faz a cirurgia neste caso? Reparando uma fractura, cria um traumatismo; estabelecendo uma neo-articulação o cirurgião cria, também, um traumatismo com tudo o que lhe advém, isto é, uma verdadeira doença post-traumática cirúrgica. Esta doença em que se associa rigidez articular, atrofia muscular, porose, necessita de cura no menor tempo possível, afim de obter o melhor resultado porque o seu prolongamento oferece o risco de se estabelecerem lesões irreversíveis.

Toda a cirurgia ortopédica, que praticamos em Aix-les-Bains, é feita conjuntamente com a crenoterapia e para mostrar melhor o interesse que ela suscita, criamos o neologismo de *crenocirurgia*.

Todos os doentes cuja imobilização gessada não é necessária são então, desde que a cicatrização das feridas é assegurada, levados para a piscina termal. Institui-se, na água, uma cinesioterapia activa: a água actua sobre a reabsorção dos edemas, os músculos deixam de se atrofiar e retomam a sua potência, aumenta a função articular e os tecidos retomam, em breve, a sua estrutura normal.

Vou relatar dois exemplos bem precisos:

1.º) *As fracturas dos membros inferiores*. Tomamos como princípio cirúrgico que toda a fractura do membro inferior no adulto, que não pode ser reduzida de maneira perfeita pela ortopedia simples, deve ser tratada cirúrgicamente para obter-se uma reconstituição perfeita do esqueleto ósseo.

Na nossa opinião, esta reconstrução é indispensável porque o adágio clássico «o resultado funcional não é paralelo ao resultado anatómico» se é verdadeiro quanto ao resultado precoce, também o é para o resultado tardio.

Todo o desequilíbrio no esqueleto dum membro, toda a modificação dos eixos leva ao desencadeamento de reacções artrosicas, ao nível das articulações vizinhas. É um facto que tivemos ocasião de verificar em Aix-les-Bains.

Na prática, estas fracturas são operadas, *perfeitamente reduzidas* e depois *mantidas por uma síntese sólida* que permite suprimir todo o gesso.

Esta síntese é feita segundo os princípios mecânicos racionais.

As fracturas oblíquas ou espiroides têm os seus fragmentos mantidos por parafusos do tipo de Danis que asseguram uma pressão permanente sobre os traços de fractura perpendicularmente à sua direcção e contêm-na perfeitamente.

As fracturas transversais ou ligeiramente oblíquas são mantidas por coaptadores do tipo de Danis, que contêm exacta e totalmente os fragmentos ósseos, apertando-os um contra o outro.

Proscrevemos os parafusos medulares que, muitas vezes, conduzem a atrasos de consolidação e realizam uma imobilização insuficiente, como o testemunham numerosos insucessos.

Estas fracturas, assim reduzidas, são conduzidas para uma piscina termal 15 dias após a intervenção. Imediatamente tenta-se a mobilização na água e, ao mesmo tempo, a marcha. Com efeito, graças ao princípio de Arquimedes, o doente é muito aliviado na água e, se o nível líquido sobe ao nível das espáduas, a pressão que terão de suportar os membros será de 10 a 20 Kgs. Encontrou-se assim sob uma certa pressão que acelera a consolidação das fracturas, excitando a formação do calo.

Esta pressão é feita na imobilização óssea e não deve ser muito forte.

A acção deste tratamento é notável. As fracturas são sempre consolidadas durante o 2.º mês. O doente que marcha e mobiliza imediatamente as suas articulações não tem nenhuma rigidez articular; a atrofia muscular não existe praticamente e assim a incapacidade para o trabalho diminui em proporções consideráveis.

Porém, uma tal crenoterapia não pode ser instituída senão em duas condições: perfeição da redução e solidez da contenção.

2.º) *Nas artroplastias da anca*, operadas segundo a nossa técnica especial, 15 dias após a operação, quando está cicatrizada a ferida operatória, o doente é levado para a piscina termal e aí começa a mover-se, a caminhar na água e depressa adquire movimentos e músculos.

Seria muito perigoso fazê-los caminhar ao ar livre, porque a cicatrização do osso, que é um pouco análoga ao calo que se produz nas fracturas, não está assegurada antes de um mês e a neocortical está ainda bastante frágil e não resistiria às pressões excessivas da anca. Muitos dos insucessos explicam-se por marchas muito precoces.

Os dois filmes que vos vão ser apresentados mostrarão: o primeiro as diversas técnicas de artroplastias da anca com a reeducação que se segue e alguns resultados.

Este filme já é um pouco velho porque a técnica actualmente já está modificada.

A protese que se emprega agora é uma protese que exclui partes de substância óssea nas zonas de apoio. Porém, esta técnica, muito recente, não pode ainda ser filmada.

O segundo filme mostrar-vos-á a história das águas de Aix-les-Bains com as técnicas e suas diferentes indicações.

(Comunicação apresentada na Sociedade de Ciências de Lisboa durante a sessão, realizada no dia 24 de Fevereiro de 1954, da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica).

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

O potássio na terapêutica infantil

MICHEL RIBIERRE

Investigações recentes permitiram um estudo mais exacto do metabolismo do potássio, em que se podem precisar os seus papéis essenciais. Os síndromes de hipopotassemia, que se encontram em Pediatria, resultam muitas vezes, do aumento das perdas urinárias e sobretudo da acentuação das perdas digestivas. Clínicamente pode suspeitar-se de hipopotassemia perante um certo número de sinais, digestivos e cardio-vasculares, especialmente neuro-musculares. É sempre preferível confirmar a existência duma hipopotassemia pelo doseamento ou, pelo menos, por um electrocardiograma.

Na criança, as principais causas das hipopotasseмии são as desidratações agudas do lactente, os vômitos prolongados, a acidose diabética tratada, a paralisia periódica familiar, os tratamentos pelas hormonas cortico-suprarrenais e o síndrome post-operatório. Estas hipopotasseмии são, em geral, fáceis de corrigir. A via digestiva é sempre a preferível. Os sais de potássio não devem ser injectados por via endovenosa, a não ser nos casos de urgência, e sempre em perfusão lenta e sob estreita vigilância.

No decurso destes últimos anos, numerosos trabalhos têm sido consagrados aos problemas do potássio, que pode considerar-se como o «ion da moda». Estes trabalhos, tanto experimentais como clínicos, têm lançado uma nova luz sobre o metabolismo do potássio e têm posto em evidência a importância e, em certos casos, a extrema gravidade das perturbações deste metabolismo. Isto explica-nos que o último Congresso de Pediatras franceses, realizado em Bruxelas em Maio último, tenha posto em ordem do dia a questão da utilização do potássio em Pediatria.

Vamos tratar este assunto, lembrando as circunstâncias clínicas em que o pediatra pode ser levado a prescrever um tratamento pelos sais de potássio, sob que formas o pode fazer e quais as precauções de que se deve cercar. Todavia, parece-nos difícil abordar o estudo destes problemas sem fazer uma breve alusão a algumas noções essenciais que dizem respeito à fisiologia normal e à fisiopatologia do potássio, esclarecendo, que ainda ficam numerosos pontos muito obscuros.

NOÇÕES FISIOPATOLÓGICAS

A distribuição do potássio no organismo é, actualmente, bem conhecida. O potássio é, por excelência, o ião celular, o sódio o ião extra-celular. Esta riqueza das células em potássio é muito grande, constituindo o potássio cerca de 0,25 % do peso do corpo. Desta quantidade total, 98 % encontra-se normalmente na célula, 2 % no plasma e líquidos extra-celulares.

Para fornecer um exemplo concreto, verifica-se que um lactente, pesando seis quilogramas, tem cerca de 15 gramas, mas destes 15 gramas, somente 30 centigramas se encontram nos líquidos extra-celulares. Destes factos pode-se já tirar duas conclusões práticas, duma importância capital:

- as perdas em potássio podem ser notáveis, e a sua correcção pode necessitar da administração de grandes doses de potássio;
- mas é pequena a quantidade de potássio extra-celular e a injeção directa e rápida de potássio no sangue pode criar, muito rapidamente, uma hiperpotassemia.

Além disso, produzem-se, permanentemente, trocas iónicas entre os meios celular e extra-celular e o dogma de imper-

meabilidade da membrana celular está agora abandonado. A injeção endovenosa lenta de cloreto de potássio desencadeia um aumento da excreção renal e um armazenamento do potássio, em especial ao nível dos músculos e do fígado. Inversamente, os fenómenos de catabolismo celular, que libertam potássio, os processos de sofrimento celular (anoxia, desidratação celular) são seguidos duma saída do potássio da célula para os espaços extra-celulares.

A regulação destas trocas está ainda em estudo, mas não depende, certamente, somente das leis da osmose. Intervem, sem dúvida, uma verdadeira acção metabólica celular e acções hormonais, em especial córtico-suprarrenais.

A eliminação do potássio faz-se, essencialmente, pelas urinas. Como os outros iões plasmáticos, o potássio é filtrado pelo glomérulo e reabsorvido, em parte, pelos tubuli. Além disso, parece que, em certas circunstâncias, os tubuli renais são capazes de eliminar activamente potássio. Esta eliminação renal não parece ser influenciada pela concentração plasmática. Existe, mesmo, se a potassemia é muito baixa, uma eliminação obrigatória de potássio, que favorece ainda a hipopotassemia. A eliminação é, também, influenciada pelo:

- estado de hidratação celular; as desidratações celulares acompanham-se da eliminação de grandes quantidades de potássio;
- o equilíbrio ácido-básico do sangue;
- as secreções hormonais, em especial, cortico-suprarrenais: a desoxicorticosterona e a cortisona favorecem a excreção de potássio e, ao mesmo tempo, a de sódio.

A taxa normal de potássio plasmático está compreendida entre 160 e 210 miligramas por litro, sofrendo poucas variações no indivíduo são. Além disso, este equilíbrio é muito importante, sendo muito numerosos os papéis fisiológicos desempenhados pelo potássio e, certamente, são todos conhecidos.

É inegável o papel do potássio no metabolismo dos principais constituintes do organismo. Uma parte importante do potássio está ligado aos protídeos celulares. Todo o anabolismo protídico tende a captar o potássio, toda a destruição protídica tende, pelo contrário, a aumentar a potassemia e a excreção renal, se o rim funciona normalmente.

O metabolismo dos glúcídeos necessita, igualmente, da intervenção do potássio que parece desempenhar um papel na glicogénese assim como na glicogenólise.

As injeções de insulina baixam a taxa de potassemia e constituem mesmo um meio de acção contra as hiperpotassemias. Mas a ingestão de glicose e as injeções de soro glicosado têm, também, uma acção hipopotassemiante.

O papel do potássio na contração muscular parece ser essencial. Durante a actividade muscular, o músculo liberta potássio que passa para o plasma. Além disso, o potássio parece actuar directamente sobre a fibra muscular, muito sensível à concentração em iões potássio. Assim, o abaixamento da concentração à volta da fibra muscular provoca a sua contração, uma concentração muito elevada deprime ou paralisa. Isto explica-nos que os sinais clínicos essenciais das perturbações da potassemia sejam os sinais musculares manifestando-se ao nível dos músculos periféricos, das fibras musculares lisas e, sobretudo, ao nível do músculo cardíaco. Esta sensibilidade cardíaca às variações da potassemia fornece-nos, também, um meio de exploração dum valor prático incalculável, a electrocardiografia.



*...o último avanço na
quimioterapia da tuberculose*

Um composto cristalino puro combinando a eficácia da Estreptomicina (1 g) e da Isoniazida (236 mg) numa única embalagem para administração intramuscular.

- Efeito terapêutico adicional.
- Evita ou retarda o aparecimento de resistência à Estreptomicina e à Isoniazida.
- Administração conveniente e simultânea dos dois mais potentes agentes antituberculosos.

Uma injeção diária de Estreptohidrazida é a posologia de eleição no tratamento da tuberculose pulmonar e extrapulmonar.

Únicos Distribuidores

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

Representantes de

Pfizer

FUNDADA EM 1849

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

* Marca registada da CHAS PFIZER & Co., Inc.

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo

Novidade :

Cristafolina*

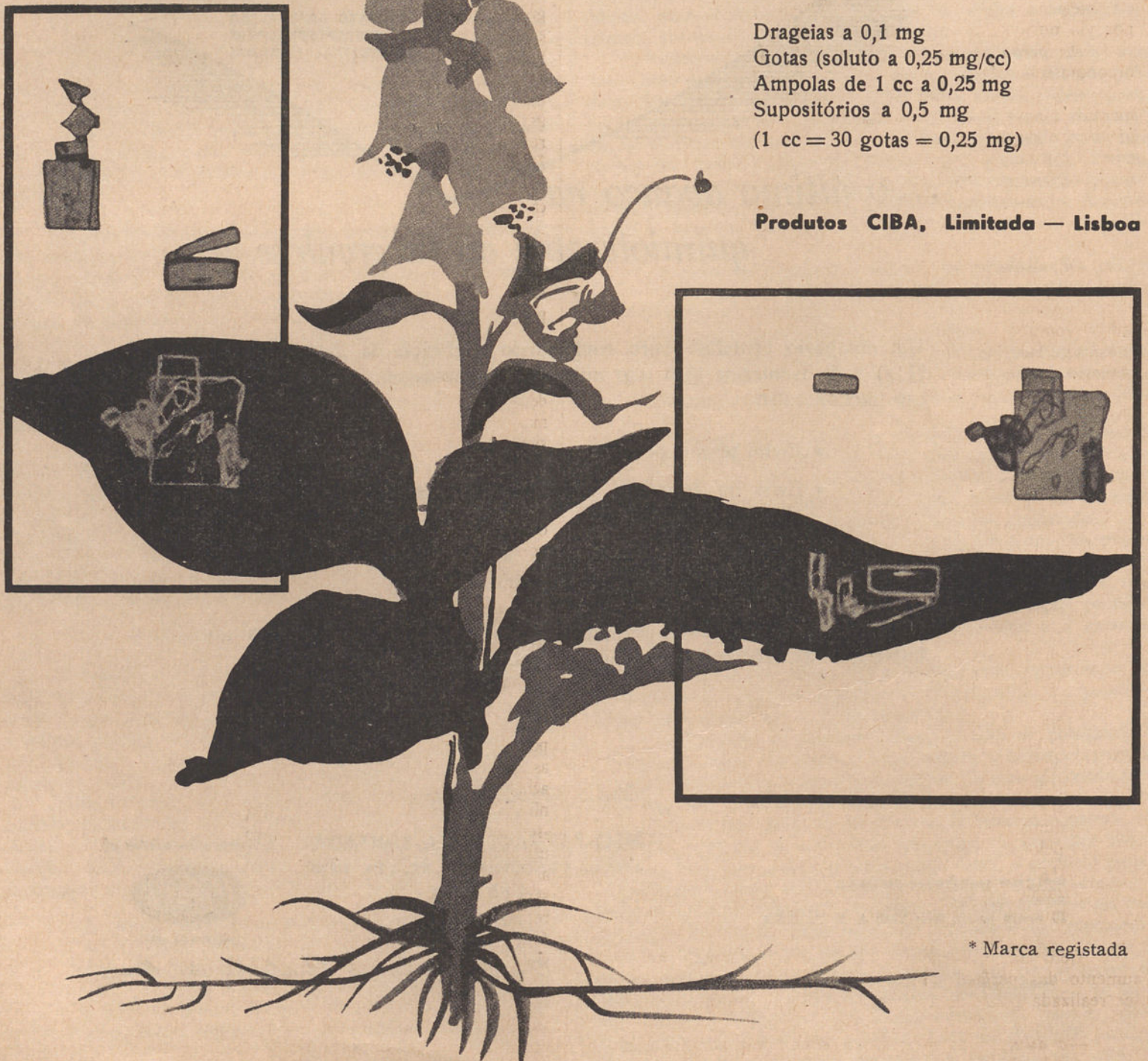
Glucosido cristalizado da
Digitalis purpúrea (digitoxina
e gitoxina)

Proporção da mistura tal como
se encontra na folha da planta

Propriedades constantes
Eficácia por via bucal
Boa tolerância

Drageias a 0,1 mg
Gotas (soluto a 0,25 mg/cc)
Ampolas de 1 cc a 0,25 mg
Supositórios a 0,5 mg
(1 cc = 30 gotas = 0,25 mg)

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa



* Marca registada

A esta acção muscular junta-se, igualmente, uma acção sobre a *transmissão do influxo nervoso*, que é sensível às variações da concentração tecidual em iões potássio, segundo um mecanismo ainda discutido e, talvez, polimorfo.

São estas, rapidamente esboçadas, as principais acções fisiológicas do potássio. Vamo-nos referir, agora, aos factores que são capazes de desencadear a baixa da potassemia, o que nos levará, em seguida, ao estudo dos síndromes de hipopotassemia.

OS FACTORES DA HIPOPOTASSEMIA

A baixa do potássio do organismo deve-se a uma insuficiência da sua entrada ou a um aumento das perdas.

Insuficiência de ingestão — Não existem praticamente, num indivíduo normal, porque o regime alimentar equilibrado contém uma ração suficiente de potássio. A carne, a fruta e sobretudo os legumes contém uma quantidade notável: três gramas por quilo de cenouras ou de batatas. O leite de vaca contém em média 1,50 grs. por litro, e o leite de mulher 0,50, quantidade suficiente para as necessidades do lactente normal.

Pelo contrário, no caso de alimentação por via parentérica pelos soros salino ou glucosado, há necessidade de juntar-se-lhe o potássio. Nestes casos, temos visto que o rim continuava a excretar uma certa quantidade de potássio e estes factores são de considerar em especial no tratamento das desidratações do lactente ou nos operados.

As perdas exageradas de potássio podem produzir-se ou por via normal, urinária ou pela via digestiva.

As perdas digestivas constituem um factor essencial das hipopotassemias da criança.

— Os vômitos diminuem, em primeiro lugar, o *aporte* alimentar, mas também eliminam uma certa quantidade de suco gástrico e de saliva. O suco gástrico é, normalmente, rico em potássio e a concentração pode ainda aumentar em certas condições e atingir até 1,50 gr. por litro (Raudall - Lockwood). A saliva contém cerca de 1,60 gr. de potássio por litro.

— *O conteúdo intestinal* é, em geral, menos rico em potássio que o suco gástrico. Encerra cerca de 0,50 grs. por litro. Contudo, este número pode aumentar, em certos casos, e pode atingir 1,60 grs. por litro de fezes líquidas.

Quando se sabe a frequência e a abundância, que podem ter os vômitos e a diarreia, em certas formas de «gastro-enterites» do lactente, verifica-se, facilmente, que as reservas de potássio podem esgotar-se rapidamente.

As perdas urinárias não podem ir além dum certo mínimo. No entanto, podem estar aumentadas devido a alguns factores:

- o aumento da diurese desencadeia uma eliminação aumentada de potássio;
- a destruição dos tecidos (catabolismo protídico) desencadeia, ao mesmo tempo que o aumento da excreção azotada, um aumento paralelo da excreção de potássio;
- a hiperactividade suprarrenal, no caso de tumor ou hiperplasia das córtico-suprarrenais, mas também pelos tratamentos hormonais (desoxicorticosterona, cortisona, A.C.T.H.) acompanha-se, igualmente, dum excreção aumentada de potássio;
- os estados de acidose, acidose diabética ou acidose renal podem acompanhar-se, enquanto a função renal está suficientemente conservada, dum eliminação de iões potássio ligados aos radicais ácidos em excesso que devem ser excretados. Todavia, esta eliminação de potássio diminui rapidamente e, se a entrada de potássio é suficiente, os estados de acidose acompanham-se dum hiperpotassemia;
- pelo contrário, os estados de alcalose conduzem, em regra, a uma diminuição notável da potassemia, realizando um síndrome biológico: alcalose + hipopotassemia, agora bem conhecido.

Além da insuficiência do aporte em quantidade e do aumento das perdas, causas essenciais, a hipopotassemia pode ser realizada por dois factores:

- a *diluição do meio extra-celular* pela administração de soluções isentas de potássio;
- as *variações da repartição do potássio* no organismo,

sob a influência de factores desconhecidos, tais como se encontram realizados na paralisia periódica familiar.

Todos os factores que acabamos de encarar têm por fim a baixa do potássio plasmático. Esta baixa, se é muito marcada, pode desencadear graves acidentes. Quais são, então, os sinais clínicos que podem orientar o médico no diagnóstico de hipopotassemia e quais os meios de que dispõe para estabelecer o seu diagnóstico e corrigir esta perturbação metabólica. É isto que vamos tratar, antes de abordar o estudo prático das doenças hipopotassemiantes.

OS SINAIS CLÍNICOS DA HIPOPOTASSEMIA

Muitas vezes é difícil apreciar e separar os sintomas devidos à afecção causal. Traduzem sempre uma queda notável da potassemia e impõem um tratamento pelo potássio, se estamos bem certos do diagnóstico. Podem classificar-se em três rubricas principais:

- sinais neuro-musculares;
- sinais digestivos;
- sinais cárdio-vasculares.

Os sinais neuro-musculares são, muitas vezes, os primeiros a aparecer. Limitam-se, muitas vezes, a uma astenia, uma fadabilidade extrema e são, evidentemente, difíceis de reconhecer, especialmente no lactente. Um déficit extremo pode desencadear uma verdadeira paralisia flácida, como na paralisia periódica familiar. Esta paralisia pode estender-se aos músculos respiratórios e levar à morte. Estas perturbações neuro-musculares são, grosseiramente, proporcionais às taxas da potassemia, não aparecendo as paralisias verdadeiras senão com taxas inferiores a 75 miligramas por litro. Todavia, estas perturbações podem ser mascaradas pelas perturbações de outros iões, em especial do cálcio, atenuando a hipocalcemia os efeitos da hipopotassemia.

Os sinais digestivos consistem, essencialmente, na lentidão do trânsito intestinal com obstipação. Quando são levados ao máximo pode-se observar um verdadeiro ileo paralítico com distensão abdominal e a presença de níveis líquidos à radioscopia. Este ileo pode acompanhar-se dum atonia vesical com retenção urinária.

Os sinais cárdio-vasculares traduzem-se sobretudo pelas modificações do electrocardiograma, especialmente sobre a onda de repolarização. Estes sinais eléctricos precedem sempre as manifestações cardíacas clínicas (dilatação cardíaca com sopro sistólico, depois sinais de insuficiência cardíaca). Finalmente, uma hipopotassemia extrema pode desencadear a paragem do coração em sístole.

Tais são, brevemente resumidos, os principais sinais que devem prender a atenção. Será sempre prudente verificar o diagnóstico de hipopotassemia por exames complementares. Veremos em que circunstâncias se pode administrar um tratamento pelo potássio sem riscos, se estes exames são impossíveis.

OS EXAMES COMPLEMENTARES NAS HIPOPOTASSEMIAS

O meio de contróle mais fiel é, evidentemente, a *medida directa do potássio plasmático*. Este não menciona a taxa do potássio intracelular mas, todavia, tem um valor prático, porque as variações da potassemia são, por si só, capazes de determinar acidentes graves sem que a quantidade global do potássio seja nitidamente modificada. Esta medida da potassemia pode fazer-se, quer pelo doseamento químico, quer por um método físico, utilizando o electrofotómetro de chama. Este último exame tem a vantagem de necessitar apenas dum pequena quantidade de sangue e de dar uma resposta rápida, mas precisa dum aparelhagem bastante dispendiosa. O doseamento químico é mais fácil mas a falta dum laboratório próximo pode tornar impossível ou pelo menos retardar uma resposta por vezes urgente.

É o que desperta o interesse do *método electrocardiográfico*. Numerosos trabalhos têm pretendido precisar se as modificações eléctricas estavam ou não em relação com a taxa do potássio extra ou intra-celular. Parece que o electrocardiograma reflecte sobretudo as variações da própria potassemia, como o prova o exemplo da paralisia periódica familiar. Todavia, assi-

nalamos que outros iões podem modificar, igualmente, os traçados eléctricos. Isto é verdadeiro, em especial para o cálcio, podendo faltar, em parte, os sinais de hipocalcemia. O electrocardiograma conserva, apesar destas reservas, um grande valor prático e a vantagem de poder ser renovado sem inconveniente, no decurso do tratamento.

OS MEIOS DE CORRECÇÃO DA HIPOPOTASSEMIA

A administração do potássio pode fazer-se por via oral ou por via parentérica. É necessário esclarecer, de começo, que a primeira é a preferida e que a via parentérica deve reservar-se para os casos graves e somente utilizada debaixo duma vigilância minuciosa.

Pode recorrer-se aos alimentos simples. Já assinalamos a riqueza em potássio dos frutos e dos legumes. Os sumos de frutos (limões, laranjas), as bananas têm uma quantidade apreciável, mas insuficiente no caso de hipopotassemia franca. As cenouras e as batatas contêm cerca de 3 gramas de potássio por quilo. A clássica sopa de cenouras contêm entre 0,60 e 0,80 grs. de potássio por litro.

Verificaremos que esta quantidade é nitidamente insuficiente para corrigir uma hipopotassemia marcada num lactente.

O método de escolha consiste na administração de sais de potássio, por via oral. Alguns empregam o citrato de potássio. Na prática, o sal correntemente utilizado é o cloreto de potássio. Pode prescrever-se uma poção contendo, por exemplo, 3 gramas de cloreto de potássio em solução aquosa. Esta poção tem um gosto salgado e amargo bastante pronunciado mas pode ser diluída no leite ou sumos de frutos.

Actualmente há especialidades em que o cloreto de potássio é empregado em drágeas, doseadas a 25 centigramas, ou sob a forma de pó salino, formado por uma mistura de cloreto de potássio e ácido glutâmico, sendo esta última forma particularmente apreciável em certas formas sem sódio (certas formas de nefrites, tratamentos pelo A.C.T.H. e pela cortisona) porque ela pode ser utilizada para salgar os alimentos.

A administração de sais de potássio, por via parentérica, necessita duma minuciosa vigilância clínica e biológica ou, pelo menos, clínica e eléctrica. Pode-se empregar a via sub-cutânea ou mesmo a via endovenosa mas, nestes casos, o sal de potássio será administrado em perfusão lenta, diluído numa quantidade apreciável de líquido.

Podem empregar-se ampolas esterilizadas, contendo, por exemplo, 10 centigramas de cloreto de potássio em 10 cc. de água, ampolas que serão sempre diluídas no líquido de perfusão (soro salino ou glicosado). Podemos, igualmente, servir-nos das soluções clássicas, em especial da solução de Darrow que contém:

Cloreto de potássio	2,60 grs.
Cloreto de sódio	4 grs.
Lactato de sódio	5,90 grs.

para um litro de água.

É uma solução muito rica em potássio. Pensamos ser preferível, em especial no lactente, empregar somente metade da dose com soro glicosado ou água destilada.

Tais são os meios terapêuticos de que dispõe o médico diante duma hipopotassemia. Em que circunstâncias pode utilizá-los?

AS HIPOPOTASSEMIAS DA CRIANÇA E SEU TRATAMENTO

As hipopotassemsias são relativamente frequentes em pediatria. Podem classificar-se as suas diferentes causas:

- as desidratações agudas;
- os vômitos prolongados;
- a diabetes;
- a paralisia periódica familiar;
- as sobrecargas em hormonas suprarrenais;
- as afecções cirúrgicas;
- finalmente, um último grupo de causas mais raras.

1 — As desidratações agudas do lactente.

Englobamos aqui todos os síndromes patológicos do lactente que se acompanham de perturbações digestivas importantes com desidratação, qualquer que seja a sua etiologia.

Segundo a nossa opinião, estes síndromes reúnem numerosos factores de hipopotassemia:

- perdas digestivas abundantes por vômitos e diarreia;
- estado de jejum;
- eliminação urinária de potássio (desidratação celular, catabolismo tecidual, choc, acidose);
- depois, no período de rehidratação, diluição do meio extra-celular, administração de soluções glicosadas, accentuando as necessidades de potássio.

Isto explica a grande frequência de hipopotassemsias no decurso destes síndromes subtóxicos ou tóxicos.

Deve administrar-se potássio depois de ter passado um certo tempo sobre o começo da rehidratação porque, nesta fase, reúnem-se as condições necessárias para o aparecimento da hipopotassemia, podendo-se dar, então, o potássio com toda a tranquilidade. No entanto, é preferível, evidentemente, verificar a taxa exacta do potássio ou fazer um electrocardiograma. Não parece haver o risco de hiperpotassemia desde que se restabeleça a diurese ou se utilize a via oral. Porém, em certos casos de «síndrome tóxica», apesar da rehidratação, permanece o estado de torpor com distensão abdominal, e ileos com níveis líquidos à radioscopia que parecem atribuir-se à hipopotassemia. Temos encontrado crianças verdadeiramente transformadas, em algumas horas, pela administração de sais de potássio. Schlesinger tem encontrado ileos paralíticos por hipopotassemia, com relativa frequência, nas «gastro-enterites» do lactente.

As doses a utilizar variam com o grau de carência. Se é administrada uma perfusão ao lactente pode-se, após a correcção do colapso e restabelecimento da diurese, dar 30 a 50 centigramas de cloreto de potássio por via endovenosa, sendo esta dose repartida no líquido de perfusão, nas 24 horas. Podem ainda utilizar-se 200 a 300 cc. de solução de Darrow misturada a outro soro. Todavia, preferimos sempre utilizar a via oral, se o estado da criança o permite, e prescrever 2 a 4 gramas de cloreto de potássio, seja em qualquer soro ou na sopa de cenoura, por exemplo. A utilização da via oral dá mais tranquilidade se bem que, praticamente, a perfusão lenta de cloreto de potássio, nas doses indicadas, não ofereça riscos.

Esta dose diária de 2 a 3 gramas «per os» será prolongada durante dois dias e, depois, progressivamente diminuída se a retomada da alimentação permite atender às necessidades do organismo.

Em resumo, a administração de potássio no decurso das desidratações agudas do lactente, deve obedecer aos seguintes princípios:

- administração retardada após a correcção do colapso e a retomada da diurese;
- administração por via oral de preferência, sobretudo na falta dum contróle biológico ou eléctrico;
- administração em doses suficientes em caso de hipopotassemia franca.

2 — Vômitos do lactente e da criança.

Verificam-se no lactente, particularmente na estenose do piloro. É sempre prudente administrar, nestes doentes, um suplemento de potássio por via oral (1 grama de cloreto de potássio, nas 24 horas, deve ser o suficiente).

Quando se confia o lactente ao cirurgião, será bom procurar a existência duma hipopotassemia, sobretudo se os vômitos foram muito abundantes.

Acontece o mesmo no decurso de todos os vômitos do recém-nascido ou do lactente, ligados a uma malformação digestiva (hérnia diafragmática, malposições cardio-tuberositárias, estenose duodenal), sendo o período post-operatório o momento de escolha para a constituição da hipopotassemia.

Os vômitos de natureza funcional serão facilmente corrigidos com a prescrição de um a dois gramas de cloreto de potássio «per os».

Na criança, ainda se pode encontrar o clássico síndrome

BEDOZE MIL

TRATAMENTO
DE
ESCOLHA
DAS
AFECÇÕES
NEUROLÓGICAS

VITAMINA B₁₂

MIL MICROGRAMAS
AMPOLAS

PRONTO ALÍVIO
DAS
NEVRITES DO TRIGÊMIO
CIÁTICAS
POLINEVRITES
NEURALGIAS CÉRVICO-BRAQUIAES
CEFALEIAS REBELDES

ALÍVIO SINTOMÁTICO NAS
ÓSTEO-ARTRITES

BEDOZE GOTAS

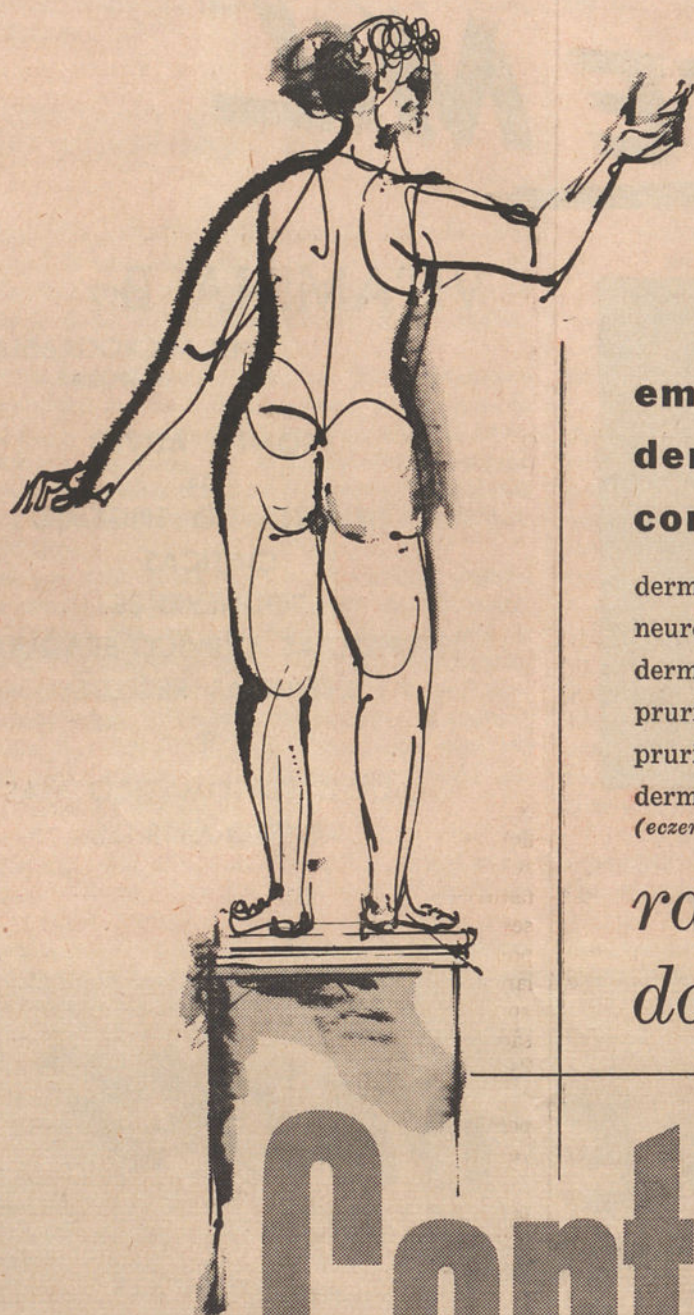
FACTOR
PRINCIPAL
DO
DESENVOLVIMENTO
SOMÁTICO

FACTOR
LIPOTRÓPICO

INDICAÇÕES DO BÉDOZE-GOTAS

Estados de desnutrição em todas as idades (por carência alimentar, por doenças consumptivas, etc.).
Crianças nascidas prematuramente.
Crianças distróficas (por desvios alimentares, por debilidade congénita, etc.).
Nanismo.
Muitos casos de astenia e anorexia.
Hepatopatias (cirroses, hepatites agudas, etc.).
Dermatoses seborreicas e várias outras afecções cutâneas.
Lactentes alimentados artificialmente. (A vitamina B₁₂ aumenta a tolerância para o leite completo e duma maneira geral para as gorduras).

FRASCO CONTA-GOTAS DE 10 C. C.
15 MICROGRAMAS POR C. C.



**em processos
dermatológicos
comuns**

dermatite seborréica
neurodermatite
dermatite por contacto
prurido anal
prurido vulvar
dermatite atópica
(eczema alérgico)

*rápido
domínio*

com
Pomada de
Acetato de

Cortef*

marca da hidrocortisona
(compôsto F)

Pomada de Acetato de Cortef em bisnagas de 5 gramas

*Concentrações de 2,5% (25 mg. por grama)
e 1% (10 mg. por grama)*

Fornece-se literatura clínica aos médicos que a solicitarem

*MARCA REGISTRADA

Upjohn

Productos farmacêuticos superiores desde 1886

THE UPJOHN COMPANY, Kalamazoo, Michigan, U.S.A.

UPJOHN OF ENGLAND, LTD., 4 Aldford St., Park Lane, London W. 1, England

dos vômitos com acetonúria. Existem casos raros, mas incontestáveis, desta doença dos vômitos acetonémicos, vômitos muitas vezes frequentes com intolerância gástrica quase absoluta, desencadeando perdas importantes de potássio e uma carência total da sua entrada. O tratamento clássico consiste na administração de soluções açucaradas, cujo metabolismo aumenta as necessidades em potássio, e de bicarbonato de sódio, muitas vezes prescrito em grandes doses. Nestas condições arriscamo-nos a ver aparecer o síndrome, recentemente individualizado, de *alcalose com hipopotassemia*.

Devemos pensar no diagnóstico dos vômitos acetonémicos e desconfiar das grandes doses de bicarbonato de sódio, na falta de controle do laboratório. Administraremos, unicamente, soluções açucaradas e daremos cloreto de potássio, por via oral, se for possível, em pequenas doses, repetidas (um a três gramas por dia), por via endovenosa, em perfusão lenta, se for necessário, mas debaixo da estreita vigilância.

3 — As hipopotassemias no decurso da diabetes.

Podem encontrar-se em duas circunstâncias essencialmente diferentes:

- nas hipoglicemias, pela administração de doses muito grandes de insulina;
- na acidose diabética tratada.

É sobretudo no decurso das *acidoses diabéticas tratadas* que se têm assinalado, recentemente, a importância dos déficits em potássio. Parece existir um verdadeiro período crítico da hipopotassemia, que se situa entre a 18.^a e a 36.^a hora, após o começo do tratamento insulínico. No caso de acidose diabética, podem, também, formular-se algumas regras para a administração dos sais de potássio: administração retardada após a 12.^a hora do tratamento (rehidratação e insulina), de preferência por via oral, sob a forma de sumo de frutos, de caldo de legumes e, sobretudo, de cloreto de potássio, em doses de 2 a 3 gramas nas 24 horas.

Todavia se, no decurso do tratamento do coma, parece confirmar-se uma resistência à terapêutica clássica, não se deve hesitar em fazer um doseamento da potassemia ou, pelo menos, um electrocardiograma, permitindo estes controles poder aconselhar a necessidade da administração de potássio por via endovenosa.

4 — A paralisia periódica familiar.

Foi há 15 anos, após os trabalhos de *Biamond e Daniels*, que se pôs o estigma biológico essencial: a hipopotassemia. O mecanismo desta permanece, todavia, difícil de explicar. Não há carência, nem aumento das perdas urinárias ou outras. Admite-se que o potássio deixa o meio extra-celular, por razões ainda muito obscuras.

Qualquer que seja o seu mecanismo sabe-se que existe hipopotassemia e que a administração de sais de potássio tem uma acção terapêutica notável. No decurso da crise, dá-se, por via oral, dois a três gramas de cloreto de potássio, em doses fraccionadas e repetidas, até ao desaparecimento das paralisias. Numa crise grave, utiliza-se a via endovenosa injectando, muito lentamente, 10 a 30 centigramas de cloreto de potássio numa solução de 5 por mil, e de preferência, sob vigilância do electrocardiograma.

Além disso, parece que a administração de potássio tem uma acção preventiva. A dose diária de 2 gramas de cloreto de potássio, na criança, indo até 4 ou 5 gramas por dia no adolescente, repartidas em quatro doses nas 24 horas, pode fazer desaparecer completamente os ataques de paralisia.

Num indivíduo cujo funcionamento renal é normal, o perigo de hiperpotassemia parece ser nulo. Todavia, será prudente verificar regularmente a taxa de potassemia, pelo doseamento ou pelo electrocardiograma.

5 — As sobrecargas em hormonas suprarrenais.

Aparecem apenas no decurso dos tratamentos hormonais prolongados pela cortisona e pelo A.C.T.H. Desencadeiam-se hipopotassemias que se instalam lentamente no decurso dos tratamentos que vão, além de 10 ou 15 dias. É excepcional que

se manifestem bruscamente; somente dão origem, em geral, a uma astenia mais ou menos marcada. É, muitas vezes, a vigilância sistemática da potassemia ou do electrocardiograma que permite despistá-las. Não constituem, em nenhum caso, uma contra-indicação à continuação do tratamento hormonal, porque elas podem ser facilmente corrigidas.

Parece razoável preveni-las, dando sistematicamente potássio às crianças, cujo estado necessita dum tratamento prolongado pelo A.C.T.H. ou pela cortisona, quaisquer que sejam as indicações deste tratamento.

Pode dar-se «per os», 1 a 3 gramas de cloreto de potássio por dia, segundo a idade e o peso da criança. Um meio cómodo consiste em utilizar o cloreto de potássio em pó para temperar os alimentos visto ser indispensável, nos tratamentos hormonais, o regimen descloretado, ou melhor sem sódio, o mais estrito possível.

6 — O potássio e a cirurgia infantil.

Torna-se importante no período post-operatório, em especial, após as intervenções que dizem respeito ao tubo digestivo. Podem agrupar-se os seguintes factores da hipopotassemia:

- perdas digestivas abundantes (vômitos devidos à afecção causal e, por vezes, à aspiração contínua que retira quantidades importantes de potássio);
- perdas urinárias aumentadas, demonstradas pelos doseamentos, e talvez, devido a uma hiperactividade cortico-suprarrenal, meio de luta contra o choc;
- rehidratação maciça, muitas vezes com soluções gluco-sadas, que aumentarão as necessidades de potássio.

As hipopotassemias parecem ser responsáveis por um certo número de casos de astenia, paresia vesical e, sobretudo, ileos paralíticos, até agora inexplicáveis. Numerosos autores têm feito observações em indivíduos operados, tendo sido completamente transformados pela ingestão de sais de potássio. As doses necessárias podem ir de 2 a 5 gramas de cloreto de potássio por dia, necessitando, as doses fortes, sempre da mesma vigilância. Num operado, que não possa absorver nenhum líquido «per os», diluir-se-á o cloreto de potássio no líquido de perfusão, podendo ir a dose necessária de 10 a 50 centigramas em 24 horas, segundo a idade e o grau inicial de hipopotassemia.

Alguns cirurgiões fazem a profilaxia sistemática das hipopotassemias dando cloreto de potássio antes e depois da intervenção, de preferência «per os».

Uma outra causa cirúrgica de hipopotassemia é constituída pelas queimaduras extensas, ao nível das quais pode produzir-se um desperdício notável de potássio.

O estado de choc pode contribuir para aumentá-lo. As perfusões de plasma levam uma certa quantidade de potássio, mas insuficiente para compensar as perdas sofridas. Será, então, de utilidade ver a taxa de potassemia e corrigir o desequilíbrio, se ele existe, mas o tratamento não deve ser sistemático, não sendo constante a hipopotassemia.

7 — Causas mais raras:

a) *As nefrites agudas* acompanham-se, em geral, duma hiperpotassemia. Todavia, pode-se, segundo Darrow, encontrar também uma potassemia normal ou mesmo uma hipopotassemia. Praticamente, quando existe uma oligúria e aumento da azotemia, há quase sempre hiperpotassemia, coexistindo muitas vezes com acidose.

Todos os nefrólogos têm referido a gravidade desta hiperpotassemia e a necessidade de a procurar sistematicamente no decurso das nefrites graves. É difícil combatê-la e pode constituir uma indicação aos métodos de depuração extra-renal.

Todavia, existem nefrites que se acompanham duma baixa do potássio sérico. Esta sobrevem, sobretudo, no período de cura, quando se produz a crise diurética e as perdas urinárias em potássio podem tornar-se muito importantes. Num doente cujo funcionamento renal está alterado, parece, entretanto, difícil poder aconselhar a administração de sais de potássio, se se não dispõe de meios químicos ou eléctricos para controlar a potassemia. Todavia, é necessário conhecer a possibilidade duma hipopotassemia no período de convalescença das nefrites, para poder despistá-la e corrigi-la.

b) *As cardiopatias* — Ainda mais raras são, em pediatria, as indicações cardíacas a uma terapêutica pelo potássio.

Desde há alguns anos, os autores anglo-saxões têm tratado pelo potássio certas perturbações do ritmo, difíceis de encontrar na criança. Assinalamos, todavia, o interesse do potássio no tratamento das intoxicações digitálicas.

O cloreto de potássio, tomado «per os», permite, em geral, regularizar o ritmo mas, muitas vezes, é necessário prolongar a sua administração durante vários dias, porque a sua acção é efêmera.

São estas as principais indicações do potássio em terapêutica infantil. Tem-se exagerado muito acerca dos perigos dos tratamentos pelos sais de potássio. A hiperpotassemia é, certamente, muito grave, mas pode evitar-se facilmente, utilizando a

via oral e prescrevendo apenas os sais de potássio nos indivíduos que tenham um funcionamento renal satisfatório. Em tais circunstâncias, é muito difícil estabelecer uma hiperpotassemia como o têm demonstrado as tentativas experimentais. Já vimos que há circunstâncias em que somos compelidos a utilizar a via endovenosa. É indispensável, então, confirmar a existência da hipopotassemia pelo doseamento do potássio plasmático ou, pelo menos, por um electrocardiograma. As doses injectadas devem ser fracas e diluídas em perfusão lenta. Mediante estas precauções, a administração de potássio é isenta de perigo e pode dar, em certos casos, que são apesar de tudo muito raros, resultados terapêuticos inesperados.

(«La Vie Medicale» de Novembro de 1953).

Tratamento do «Cor Pulmonale» Crónico

Os modernos conceitos acerca da terapêutica no «cor pulmonale» crónico, ou doença cardíaca secundária a doença pulmonar, têm-se desenvolvido extraordinariamente graças ao maior conhecimento actual, das perturbações fisiológicas da função pulmonar que provocam as sequelas circulatórias. O tratamento, para ser eficaz, deve não só ter em vista as complicações cardiocirculatórias como não pode esquecer a disfunção pulmonar que lhes deu origem. O antigo pessimismo acerca do tratamento, nestes casos, foi devido a ser exclusivo ou principalmente dirigido à insuficiência cardíaca, desprezando-se a entidade primária, a insuficiência pulmonar. Muitas vezes diagnostica-se «cor pulmonale» crónico num doente cianosado com dispneia e tosse, algumas alterações nas radiografias dos pulmões e insuficiência cardíaca direita, sem se tentar, com um exame mais cuidadoso, esclarecer qual a natureza da doença pulmonar. A terapêutica do «cor pulmonale» crónico deve incluir o tratamento da insuficiência pulmonar, que só tem êxito quando se conhece a natureza e extensão das lesões pulmonares e as suas complicações.

Pode dizer-se que o tratamento do «cor pulmonale» crónico começa verdadeiramente com o diagnóstico correcto da doença pulmonar que o originou; o prognóstico depende também do diagnóstico exacto desta doença. A terapêutica empregada num enfermo com fibrose pulmonar não é a indicada para um doente com enfisema pulmonar até se conseguir melhorar a função pulmonar, pelo contrário o tratamento da insuficiência cardíaca é o mesmo, tanto para um como para o outro caso.

Apesar de existirem muitas formas de doença pulmonar que podem secundariamente comprometer a circulação e originar «cor pulmonale» crónico, as mais frequentes são: enfisema pulmonar crónico obstrutivo, diferentes tipos de fibrose pulmonar e lesões granulomatosas que podem eventualmente transformarem-se em fibrose. Contudo, o aumento do coração direito (com ou sem insuficiência cardíaca), característica essencial do «cor pulmonale» crónico, não anda geralmente associado com a tuberculose pulmonar sem complicações, bronquiectasias ou pneumonia bacteriana. As complicações circulatórias associadas à cifoescoliose estão provavelmente relacionadas, em muitos casos, com o enfisema que a acompanha. Neste artigo não vamos falar dos tipos mais raros de hipertensão pulmonar crónica, tais como os provocados por embolias ou metástases pulmonares.

É evidente que o tratamento do «cor pulmonale» crónico compreende o tratamento da fibrose ou do enfisema pulmonar. Não se pode afirmar, categoricamente, que a existência de uma doença, por exemplo o enfisema, não implique automaticamente a coexistência da outra. No entanto a tendência para diagnosticar *fibrose pulmonar e enfisema* é deplorável a não ser que se verifique pelo exame cuidadoso do enfermo que coexistem as duas situações. Isto é de importância capital para estabelecer um regimen terapêutico a esses doentes, e para compreensão dos mecanismos pelos quais, em cada caso, se desenvolvem as complicações cardiocirculatórias.

«Cor Pulmonale» crónico devido a enfisema pulmonar crónico

O enfisema pulmonar crónico é a causa mais frequente do «cor pulmonale» crónico, e por isso vamos rever rapidamente a sua fisiopatologia para melhor se compreender o fundamento da terapêutica.

Há três perturbações fundamentais da função pulmonar, no enfisema pulmonar crónico:

- 1) grande dificuldade na entrada e saída do ar dos pulmões,
- 2) distribuição irregular do ar pelos alvéolos, e
- 3) distribuição também irregular do sangue, que regressa aos pulmões, pelos alvéolos. Não há possibilidades, actualmente, de tratar esta última disfunção a terapêutica só nos permite curar as duas primeiras alterações.

O afluxo inadequado de ar é motivado não só pela perda de elasticidade do tecido pulmonar, mas também pelo espasmo bronquiolar e edema da mucosa e pela obstrução resultante de secreções e exsudados. Os broncodilatadores, em «aerosol», aliviam completamente, em muitos casos, os sintomas provocados pela obstrução brônquica. Isto demonstra-se facilmente, pois a capacidade respiratória máxima melhora, em geral, após a inalação destas drogas. Os melhores resultados obtêm-se, segundo a nossa experiência, quando algumas destas drogas são usadas sistematicamente, e não só quando o doente se sente aflito. Deviam ser vaporizadas, em cada tratamento, cinco a oito gotas da solução broncodilatadora concentrada, devendo a inalação desta quantidade demorar mais de 10 a 20 minutos. A «Vaponefrina» ou preparados idênticos têm geralmente uma acção broncodilatadora, sem taquicardia nem tremor; podem ser inalados três a quatro vezes ao dia, usando-se um nebulizador de funcionamento normal. No entanto tem-se verificado que as drogas broncodilatadoras são melhor disseminadas quando se associa ao nebulizador um aparelho de pressão positiva. Encontram-se, muitas vezes, secreções e exsudados, nos doentes com enfisema, que são geralmente devidos a infecções pulmonares agudas ou crónicas que podem ser combatidas com o uso intenso de antibióticos.

Não se pode ignorar que uma infecção respiratória que ordinariamente se considera trivial é, grave, nestes indivíduos, pois não toleram bem qualquer outro compromisso sobre a sua reserva pulmonar. A perda de uma área, mesmo pequena, de tecido pulmonar funcionante, provocada por infecção brônquica ou pulmonar, pode ser suficiente para desencadear uma insuficiência pulmonar grave.

No entanto a maior parte dos doentes com enfisema não apresentam somente uma insuficiência respiratória. Em determinadas alturas da sua enfermidade, uma disfunção respiratória muito intensa associada a graves perturbações na distribuição do ar e sangue pelos alvéolos pode levar à anoxia e à hipercapnia. Nalguns indivíduos, a anoxia com ou sem retenção de dióxido de carbono só se observa quando exis-

tem infecções pulmonares, cessando quando a infecção melhora. Todavia naqueles outros indivíduos em que o processo patológico está mais avançado ou que está associado a frequentes e graves acessos de espasmo bronquiolar, há sempre anoxia e hipercapnia de vários graus. Quando a anoxia e a hipercapnia passam a ser o aspecto dominante do enfisema, podem aparecer as complicações circulatórias, isto é, a hipertensão pulmonar, hipervolemia com policitemia e insuficiência cardíaca direita.

Tratamento das exacerbações agudas da insuficiência cardiopulmonar

Infelizmente, muitos dos doentes com enfisema pulmonar crónico e «cor pulmonale» só são observados pelo médico quando já existe insuficiência cardíaca. O clínico tem então de encarar um dos mais difíceis problemas terapêuticos — o tratamento do indivíduo com enfisema pulmonar adiantado que é internado no hospital gravemente doente, intensamente cianosado, com tosse seca e expectoração muito abundante, mas que a expulsa com muita dificuldade; algumas vezes sonolento, geralmente inquieto, está quase sempre incapaz de colaborar. As manifestações cerebrais da anóxia podem mesmo atingir a paranoia e a desorientação. Estes doentes exigem cuidados constantes de médicos experientes; não lhes podemos entregar um nebulizador com breves instruções acerca do modo de usar e deixá-los tratarem-se a si próprios. A broncoscopia e a drenagem postural são usualmente impraticáveis em virtude do estado precário do doente. Consegue-se, no entanto, levá-los a expectorar.

Geralmente, tem de se administrar oxigénio a estes doentes; num certo grupo destes indivíduos em que as alterações das trocas gasosas provocaram anóxia sem hipercapnia, a administração de oxigénio por máscara, tenda ou cateter nasal alivia rapidamente os sintomas e sinais de carência de oxigénio. Sabe-se, contudo, que naqueles outros em que a hipoventilação pulmonar é intensa e em que existe além da anóxia, retenção de dióxido de carbono, a resposta respiratória ao dióxido de carbono diminui e a anóxia actuando através os quimiorreceptores do corpo carotídeo continuará a ser o estímulo principal da respiração. Ao aumento da tensão do oxigénio no sangue arterial, devido à terapêutica pelo oxigénio, segue-se uma maior redução na ventilação alveolar e daí um aumento na tensão do dióxido de carbono dos valores do bicarbonato no sangue. Por exemplo, a retenção de dióxido de carbono pode levar à narcose e mesmo à morte. Deve, portanto, determinar-se sempre em todos os doentes edematosos a taxa de dióxido de carbono do sangue arterial antes de iniciar a terapêutica pelo oxigénio e, se existir hipercapnia, devem empregar-se, para manter uma ventilação alveolar adequada, alguns dos processos mecânicos enquanto se administra o oxigénio.

Alguns dos inaladores são úteis e podem ser usados como auxiliares mecânicos da respiração. Apesar de cada um deles actuar de maneira um tanto diferente dos outros, o fim de todos eles é melhorar a ventilação pulmonar de modo que não só seja transportado mais oxigénio para os alveolos, como o dióxido de carbono seja também, mais eficazmente, eliminado. Assim, a ventilação pulmonar pode melhorar mesmo só com o ar ambiente, obtendo-se uma oxigenação adequada sem necessidade de altas concentrações de oxigénio no ar inspirado. Além disso verifica-se que não é necessário utilizar misturas de hélio-oxigénio para se obter uma oxigenação adequada. Durante as fases agudas da insuficiência cardíaca e pulmonar o doente deverá utilizar um destes ventiladores mecânicos auxiliares durante 18 a 20 horas por dia. O emprego dos broncodilatadores em «aerosol» é muito eficaz. Assim que o doente melhora — o que deve ser verificado pela determinação frequente da saturação de oxigénio no sangue arterial e pela taxa de dióxido de carbono — aumentam os períodos em que o enfermo respira sem necessidade de auxílio. Normalmente, o doente exige um tratamento intenso durante 10 dias a 2 semanas para que os auxiliares respiratórios já não lhe sejam essenciais. Nos casos em que se tentam todos os esforços para melhorar a ventilação e para desembaraçar o trânsito respiratório de secreções por exigir um mecanismo de tosse deficiente, é evidente que a morfina, codeína e barbitúricos estão contraindicados

e podem mesmo ser fatais. Se é absolutamente necessário empregar sedativos devem ser escolhidos o hidrato de cloral e o paraldeído.

A anóxia e a retenção do dióxido de carbono são dois componentes do ciclo que precipita e perpetua a insuficiência cardíaca, e daí o termos acentuado a importância da diminuição delas para melhorar a insuficiência cardíaca. A restrição anatómica da vascularização pulmonar não é geralmente suficiente para provocar uma hipertensão pulmonar, mesmo mínima, nos doentes enfisematosos, em repouso. Quando surge a anóxia desenrola-se o quadro clássico do «cor pulmonale»: hipertensão pulmonar intensa, policitemia, grande débito cardíaco e por fim insuficiência cardíaca direita.

A terapêutica específica do doente em insuficiência, com «cor pulmonale» crónico, é a mesma que é usada na insuficiência cardíaca provocada por outras formas de doença cardíaca, isto é, digitalização correcta, dietas com pouco sal e, quando necessário, diuréticos mercuriais. Convém lembrar que, nestes casos, as altas frequências cardíacas não são só devidas à insuficiência, mas motivadas também pela anóxia, e portanto a digitalização não pode ser só controlada pela frequência. Mesmo quando não existe insuficiência cardíaca a frequência ventricular anda à volta de 90 a 100 e para a combater teria de se aumentar a dose de digitalis, o que podia ocasionar uma intoxicação. As arritmias são muito raras nos doentes com «cor pulmonale» crónico puro, e o seu aparecimento sugere, com muitas probabilidades, a coexistência de um outro tipo de doença cardíaca. O hidrotorax originado por insuficiência cardíaca aparece raramente no «cor pulmonale» sem complicações e se há derrame pleural devemos pensar que existe uma outra causa, por exemplo empiema devido a pneumonia, ou derrame hemorrágico devido a infarto pulmonar. Quando existe líquido pleurítico num enfisematoso tem de se ponderar bem se as melhoras da função pulmonar depois da toracentese compensam o risco da possibilidade de provocar um pneumotorax.

A policitemia nestes doentes é prejudicial, porque dá origem a um acréscimo de sangue venoso que chega

NOVO HIPOTENSOR NÃO GANGLIOPLÉGICO

COM AS

PROTOVERATRINAS **A** e **B**
DO «VERATRUM ALBUM»

VERALBUM

COMPRIMIDOS

○ **VERALBUM** permite a TERAPÉUTICA

AMBULATÓRIA da hipertensão

*

LABORATÓRIO FIDELIS

ao ventrículo direito já debilitado e, também, porque mantém e aumenta a hipertensão pulmonar. Nestes doentes quando a pequena circulação se anormaliza, o aumento do fluxo sanguíneo e a policitemia não podem ser considerados, como no homem normal, uma resposta hemática vantajosa, tendo em vista as necessidades tecidulares em oxigênio. Portanto é absolutamente necessário reduzir o fluxo e o volume sanguíneo, por flebotomia. O diagnóstico desta policitemia secundária, que é caracterizada por hipocromia dos glóbulos vermelhos, deve ser feito por medições no hematócrito. A determinação do valor da hemoglobina poderá induzir em erro, pois pode ser normal apesar do hematócrito dar valores altos.

As flebotomias devem ser realizadas com prudência e só depois de se terem instituído outras medidas terapêuticas. Em cada flebotomia podem remover-se 300 a 500 c.c. de sangue. Os valores do hematócrito devem descer para 45 a 50 %, sem redução da hemoglobina abaixo de 12 g. No entanto, é muito importante sublinhar que as flebotomias não se devem efectuar com intervalos inferiores a 2 ou 3 dias.

O doente com insuficiência cardíaca aguda e insuficiência pulmonar é uma preocupação constante tanto para os médicos como para as enfermeiras. É necessário provocar-lhes tosse produtiva, o que exige uma vigilância constante. Devem prescrever-se inalações e a administração de substâncias que fluidifiquem a expectoração, tais como, o iodeto de potássio e o hidrato de terpinina. Pode, por vezes, ter de se obrigar estes indivíduos a ingerir as quantidades de líquidos e calorias necessárias pois, como já foi dito, estão muitas vezes sonolentos, adormecendo frequentemente com a boca cheia de comida. É necessário ter-se uma paciência infinita para os aturar por causa das aberrações cerebrais das quais se queixam amargamente, em especial, à noite durante a qual estão irrequietos. É bem sabido que estes indivíduos podem repentinamente, quase sem se esperar, piorar em poucos minutos; é portanto conveniente que o médico os veja nos primeiros dias, de duas em duas horas ou de três em três horas, especialmente quando utilizam um inalador.

Quando se adoptam todas estas medidas obtêm-se, invariavelmente, as melhoras da função pulmonar, redução ou mesmo abolição da hipertensão pulmonar em repouso e diminuição da insuficiência cardíaca direita. Segundo a nossa experiência, nos últimos anos verificamos que, de facto, o problema da insuficiência cardíaca direita é quase sempre resolvido. A insuficiência pulmonar, no entanto, continua sendo uma perturbação importante e algumas vezes fatal.

Quando a insuficiência cardíaca persiste, apesar de todas as medidas terapêuticas discutidas acima, tem de se reconsiderar o diagnóstico, pois é improvável que o enfisema seja, só por si, a causa primária dessa insuficiência cardíaca. Ilustra este ponto de vista um caso recente de «cor pulmonale» num indivíduo que morreu com grave insuficiência cardíaca direita. O doente foi admitido com uma insuficiência cardíaca e pulmonar intensa, com todos os sinais clínicos e fisiológicos de enfisema pulmonar obstrutivo grave. Julgou-se que está lesão, associada a uma pneumonia, de que o doente também sofria, eram as causadoras de todas essas perturbações. Apesar de se ter submetido o doente a todas as medidas terapêuticas descritas acima, a insuficiência cardíaca não melhorou. Além disso, o doente tinha periodicamente grandes quantidades de líquido na caixa torácica, uma complicação que só raras vezes aparece no «cor pulmonale» crónico secundário ao enfisema. Tornou-se icterico poucos dias antes da morte e a cateterização cardíaca, realizada pouco depois da admissão, revelou uma extraordinária elevação das pressões pulmonares arteriais 115/48, com uma média de 72 mm. Hg.; semelhantes valores nunca foram encontrados, nos nossos laboratórios, em doentes com «cor pulmonale» e só com enfisema. Estas altas pressões arteriais pulmonares sugerem a existência de graves «mutilações» anatómicas do leito vascular pulmonar e o aparecimento da icterícia terminal faz pensar no infarto pulmonar. Estas hipóteses foram confirmadas na autópsia que revelou, além do enfisema pulmonar, múltiplas e grandes embolias pulmonares tanto antigas como recentes.

Terapêutica de manutenção.

Assim que os doentes melhoram, dos surtos agudos da insuficiência cardiopulmonar, devem tentar-se todas as medidas para os manter livres das complicações circulatórias e tanto quanto possível, com os modernos métodos, num estado ótimo de função pulmonar. Estes doentes deverão ser vigiados regular e frequentemente não só por meios clínicos mas também por certos exames fisiológicos, mesmo quando não apresentam queixas.

Podem obter-se dados essenciais, a respeito da função pulmonar, a partir da análise do sangue arterial: sua saturação em oxigênio, taxa de dióxido de carbono, determinação, quando possível, do pH arterial para que se possa também calcular a tensão do dióxido de carbono. Se o estado do doente enfisematoso com «cor pulmonale» é bom, as oscilações da saturação de oxigênio e taxa de dióxido de carbono, no sangue arterial, são mínimas, quando determinadas em repouso e em condições basais. A frequência, com que estas análises devem ser feitas, depende de muitos factores e, segundo nós, pode variar de uma determinação de dois em dois meses a uma determinação de seis em seis meses, dependendo principalmente da gravidade da doença e da existência de complicações. A saturação de oxigênio é geralmente superior a 80 por cento, podendo as oscilações variar até 10 por cento, nas análises repetidas mensalmente; a tensão do dióxido de carbono está geralmente compreendida entre 45 a 55 mm. Hg. nos doentes com bom estado. As variações na tensão do dióxido de carbono são muito mais pequenas do que as variações na saturação de oxigênio arterial e, por isso, é muito significativo modificações de 5 mm. Hg. ou mais nessa medição. A obtenção destes dados tem muito valor, pois é por vezes difícil verificar-se só pelo exame clínico alterações no estado do doente. A infecção pulmonar aguda apesar de evidente tanto para o enfermo como para o médico, pode ser clinicamente imperceptível e o seu diagnóstico só ser possível após uma série de exames laboratoriais. A causa do declínio gradual da função pulmonar não é sempre facilmente demonstrável, e é muitas vezes reversível depois de se intensificar o regimen terapêutico pulmonar. Aos doentes que já usavam a «Vaponefrina» administrada por nebulizador, três vezes ao dia, é aconselhado que passem a inalá-la de quatro em quatro horas. Devem receitar-se antibióticos mesmo quando o enfermo está apirético. As melhoras que se obtêm pela administração dos antibióticos são, muitas vezes, tão satisfatórias que se é levado a acreditar que existe sempre infecção, quer nos brônquios quer no tecido pulmonar. Não se pode deixar de sublinhar a importância do repouso no leito, desde que se verificou que a saturação de oxigênio no sangue, já pequena em repouso, se torna muito menor durante os esforços, podendo mesmo cair a 45 por cento, neste tipo de enfisematosos.

Pode prever-se que o emprego dos inaladores mecânicos terá, no futuro, um papel muito importante na terapêutica de manutenção destes indivíduos, pois melhora a ventilação pulmonar e, deste modo, as trocas gasosas respiratórias; já foi verificado, em experiências preliminares, que será um procedimento praticável e eficaz quando usado todos os dias durante três a quatro horas; presentemente devido à despesa que acarreta é pouco utilizado. Tem-se observado que as cintas abdominais, os exercícios respiratórios e o pneumoperitônio têm uma acção benéfica em certos casos, particularmente naqueles em que os movimentos abdominais são anormais.

No tratamento da insuficiência pulmonar, nos doentes com «cor pulmonale», são escolhidas, entre as várias medidas terapêuticas, as que melhor promovem as trocas gasosas, porquanto as complicações cardíacas são originadas, em larga escala, pela anóxia e hipercapnia. A anóxia e a hipercapnia estimulam a policitemia que aparece ou se intensifica de repente, justamente antes de se desencadear a insuficiência cardíaca. Este facto fornece-nos uma indicação importante acerca do êxito do tratamento no doente com «cor pulmonale». Se o hematócrito nos mostra um aumento do volume total dos glóbulos vermelhos são aconselhadas as flebotomias. Estas medições no hematócrito podem ser feitas com o sangue arterial que se tirou para análise do gás no sangue, mas também se pode utilizar o sangue venoso, quando este se

obteve sem o emprego do garrote. Nos doentes que são flebotomizados muitas vezes (a frequência pode variar de duas vezes por mês até duas vezes por ano) as dietas de alimentos não contendo ferro não impedem nem diminuem eficazmente a formação dos glóbulos vermelhos, e só servem para aumentar a hipocromia.

Deve continuar a administrar-se digitálicos àqueles doentes que já estiveram em insuficiência cardíaca. Esta cautelosa atitude é nos ditada pelo facto que, mesmo os indivíduos que têm pressões arteriais normais, quando em repouso, sofrerão com os esforços um aumento dessa pressão e por conseguinte pode aparecer, novamente, insuficiência cardíaca direita. No entanto, não é nosso hábito digitalizar doentes com enfisema que nunca tenham tido qualquer sinal evidente de insuficiência cardíaca. Deve também recordar-se que a tosse e a dispneia são sintomas de disfunção pulmonar e não cardíaca, e portanto não dão indicação para o uso dos diuréticos mercuriais, nesses doentes, quando não existe insuficiência cardíaca direita.

Nestes casos de enfisema, os exames radiográficos, periódicos, do torax não nos auxiliam geralmente no exame da evolução da doença, mas são úteis para o diagnóstico da infecção pulmonar, quando esta aparece. É vantajoso medir frequentemente o volume cardíaco, pois verificou-se que o tamanho do coração diminui quando a insuficiência cardíaca melhora. Idênticamente, o aumento do coração nestes doentes sugere o início da insuficiência cardíaca mesmo que ainda não exista edema.

Pode resumir-se, de tudo o que ficou esboçado acima, que a insuficiência cardíaca, nesses doentes com «cor pulmonale» crónico e enfisema, não é necessariamente crónica ou incurável. Além disso quando o doente melhora da insuficiência cardíaca podemos mantê-lo sem essa insuficiência na maior parte dos casos. Segundo a nossa experiência, os doentes submetidos à rotina descrita não tinham recidivado da sua insuficiência cardíaca a não ser que tivessem abandonado essa rotina por qualquer razão. É assim muitos destes doentes voltaram às suas antigas ocupações.

«Cor Pulmonale» crónico devido a fibrose pulmonar

O problema da comparticipação do coração direito na fibrose pulmonar levou mais tempo a estudar do que no enfisema porque, sob o ponto de vista clínico-fisiológico, ainda se sabe muito pouco acerca da frequência, natureza e patogenia das complicações circulatórias naquela doença. A silicose, a causa mais frequente de fibrose que produz insuficiência cardíaca, fornece-nos muito poucos dados respeitantes à circulação pulmonar, débito cardíaco e volume sanguíneo, o que confirma o que ficou dito atrás. É, contudo, importante acentuar aqui que o grau da comparticipação circulatória depende em larga escala da localização e distribuição das lesões anatómicas nas diversas formas de fibrose pulmonar. Por exemplo, o «cor pulmonale» nunca é devido à tuberculose pulmonar sem complicações, ou a lesões localizadas de fibrose pulmonar como sucede nos abscessos pulmonares cicatrizados, nas bronquiectasias ou fibrose da pleura.

O processo tem de estar generalizado e de invadir toda a vascularização pulmonar de modo a diminuir a sua expansibilidade, devido a lesões perivasculares, em colar, ou a reduzir o número de vasos funcionantes. Existe sempre hipertensão pulmonar quer o afluxo sanguíneo seja normal ou esteja reduzido.

Sabe-se há muito tempo que na silicose as lesões pulmonares podem originar insuficiência respiratória durante longos períodos antes que apareça anóxia arterial. Desconhece-se ainda se a hipertensão arterial é frequente nestes doentes, mas sabe-se que pode existir sem alterar o volume do coração ou o traçado electrocardiográfico. Também não se sabe ainda durante quanto tempo a hipertensão pulmonar é bem suportada, antes que apareça insuficiência cardíaca direita. Os poucos doentes estudados com insuficiência congestiva motivada somente pela silicose, tinham, segundo parece, um pequeno débito cardíaco, mesmo quando existia anóxia e policitémia, em contraste com os de «cor pulmonale» devido ao enfisema. A anóxia é raramente grave na silicose, a menos que a doença esteja num estado muito adiantado

da sua evolução ou que coexista com pneumoconiose, complicação frequente, ou com enfisema obstrutivo crónico. Quando existem estas doenças, elas dominam o estado funcional e por conseguinte podem aparecer as modificações circulatórias devido quer a uma ou a ambas.

Sabe-se ainda pouco acerca das complicações circulatórias na silicose não associada ao enfisema; no entanto, o quadro clínico é um pouco mais evidente naquele grupo de doenças raras, que produzem lesões pulmonares localizadas na membrana alvéolo-capilar pulmonar e que são caracterizadas pela dificuldade da difusão do oxigénio. Foi proposta a designação de «síndrome de bloqueio alvéolo-capilar» para este grupo de doenças que inclui vários granulomas do pulmão (devido ao berílio; sarcoide de Boeck; e de origem indeterminada), a esclerodermia e a fibrose reticular difusa pulmonar. Verificou-se que nestes doentes o débito cardíaco está aumentado e que a hipertensão pulmonar, devido à restrição da vascularização e não à anóxia, tem em repouso um valor moderado e se eleva com o exercício e, nalguns casos, pode mesmo ser progressiva. Isto está em contraste frisante com o que sucede na hipertensão pulmonar do doente com enfisema e «cor pulmonale» em que a hipertensão pulmonar provocada pela anóxia é reversível e se pode, com um tratamento correcto, manter num valor mínimo. Como nos doentes com fibrose pulmonar em que aparece este síndrome, a lesão anatómica é um factor fixo e dominante, o compromisso do coração direito — ao princípio pequeno, por fim grave — é irreversível.

É evidente que não se pode esperar da terapêutica na insuficiência cardíaca, por fibrose pulmonar crónica ou granulomas pulmonares com a sua hipertensão pulmonar irreversível, uma acção tão benéfica ou de tanto êxito como no «cor pulmonale» causado por enfisema. Contudo, os digitálicos melhoram o débito cardíaco e devem ser administrados como tratamento de ataque, e depois de manutenção. A policitémia não é uma complicação frequente, mas quando existe tem de ser tratada. Deve também dar-se muita importância aos cuidados a ter com o aparecimento de uma infecção pulmonar. O uso de oxigénio, pelos meios clínicos habituais, é satisfatório enquanto não aparece o enfisema pulmonar com a sua perigosa hipercapnia. Quando surge o enfisema, o que sucede muitas vezes, deve suspeitar-se que este é o causador de muitas das alterações cardiopulmonares e portanto deve ser instituída a terapêutica, atrás indicada, para estes casos. De verdade, nos doentes graves, com silicose, seguidos na nossa clínica, quase todas as complicações circulatórias eram secundárias ao enfisema e portanto conseguimos melhorá-los da sua insuficiência cardíaca durante longos períodos de tempo.

Não há ainda terapêutica para alguma das doenças pulmonares primárias que vão originar algumas das formas de fibrose. É muito importante o tratamento de uma possível infecção pulmonar secundária.

Sugerimos que até estudos mais completos da circulação nestes doentes se deve, em todas as formas de fibrose pulmonar, diminuir o esforço físico, não só para se manter uma pressão pulmonar arterial baixa, como tanto quanto possível evitar a comparticipação cardíaca direita. Nos doentes com pneumoconiose, que ficou dito é actualmente o único programa terapêutico possível, ainda que seja pobre e pessimista. Nos granulomas, a cortisona e o corticotrofina (ACTH) parecem dar algumas esperanças de limitar a proliferação celular causadora do síndrome de bloqueio alvéolo-capilar. Contudo nem sempre é possível controlar o grau de fibrose pulmonar que resulta do tratamento hormonal. Muitos doentes com este tipo de doença pulmonar progressiva morrem frequentemente antes que se desenrole o quadro de «cor pulmonale». Segundo a nossa experiência, uma vez que este aparece a doença evoluciona até à insuficiência cardíaca terminal, em semanas ou meses.

Resumindo, o prognóstico a fazer nos doentes com «cor pulmonale» crónico devido a algumas formas de fibrose pulmonar ou granulomas é mau, comparado com o dos indivíduos em que o enfisema pulmonar é a doença primária.

(Harvey R. M., Ferrer M. J. e Cournand A.—*Circulation* — 7:932, Junho de 1953).

NOVO

POSTAFEN

(U. C. B. 4445)

○ antihistamínico

mais potente
mais durável



POSTAFEN

○ antihistamínico sem par

COMPRIMIDOS: Carteira de 12 comprimidos a 25 mg

X A R O P E: Frasco de 150 cc a 1 mg / cc

P O M A D A: Tubo de 15 g a 2 %

UNION CHIMIQUE BELGE, S. A.

Divisão Farmacêutica

BRUXELAS

BÉLGICA

Representantes :

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE

Rossio 59-2.º Esq.º

LISBOA

S U P L E M E N T O

MÉDICOS QUE FORAM GRANDES ESCRITORES

I

António Patrício

A Medicina Portuguesa, riquíssima de valores espirituais, tem dado à literatura pátria uma pléiade de grandes Poetas e Prosadores.

António Patrício que vou evocar hoje, nas colunas deste cultíssimo semanário, pertence a esse número.

O mágico, capitoso, enfeitiçante Artista do *Oceano*, do *Serão Inquieto*, do *Pedro, o Cru*, do *Dinis e Isabel*, do *D. João e a Máscara*, que trouxe à estética literária, do seu tempo, novos ritmos, novas imagens, nova seiva de originalidade, nasceu no Porto a 7 de Março de 1878 e neste nobre burgo viveu, quase ininterruptamente, até concluir, nele, o seu curso médico.

Na cidadina freguesia da Vitória, António Patrício foi aluno de instrução primária de uma senhora D. Maria, cujo mantelete de vidrilhos lhe exasperava a natural irreverência. No Porto fez, ainda, o seu curso do Liceu e três anos de Matemática, na Escola Politécnica. Apaixonado pelo mar, o grande escritor partiu para Lisboa e ingressou na *Escola Naval*. O seu espírito irrequieto, anárquico, inconformista, não se harmonizou, porém, com a rígida e severa disciplina da arma em que se matriculara. E, assim, em breve regressou à terra natal, disposto já a seguir a carreira clínica.

Na sua curta estadia de dois anos, em Lisboa, gastos mais em fantasias literárias do que em estudos, foi que o grande escritor do *Serão Irrequieto* conheceu Fialho de Almeida e com ele estabeleceu estreitas relações de amizade. A verve moça, inexgotável, de António Patrício, a graça envolvente com que se fazia perdoar de todas as insolências; os seus desperdícios de talento na roda basbaque dos amigos; a sua alegria complicada, a um tempo intelectual e faunesca, cortada de longe a longe de neurastenias de ídolo feliz, seduziu o evocador prodigioso do *Violino de Sérgio*, que tinha por ele uma ternura paternal. *Quando você chegar a velho*, escrevia-lhe Fialho, e *fizer o balanço dos prós e contras do seu quinhão de ventura na terra, terá de agradecer ao destino a CORBEILLE esplêndida de graças que ele lhe fez espargir sobre a cabeça. Porque você é, em tudo, um privilegiado que mal calcula as raras e despóticas condições de CHANSE em que se desenvolve e medra neste mundo. Talento, saúde, fortuna, alegria, tudo lhe sobra; e, ainda por cima, esse raro poder de sedução lhe permite — a você, um inadaptável — fa-*

zer de toda a gente uma espécie de cortejo que o admira e lhe quer, mesmo quando você mistifica e troça os pobres diabos.



DR. ANTÓNIO PATRÍCIO

As amizades literárias, feitas de mútua compreensão são as menos perecíveis e António Patrício lamentava, na morte de Fialho de Almeida, a perda do seu mais inteligente admirador. O esteta maravilhoso do «Pasquinadas» morreria sem ter lido o «*Pedro, o Cru*», o «*Dinis e Isabel*», o «*D. João e a Máscara*», sem ter conhecido o que de melhor António Patrício havia escrito e talvez com a ideia de que a *egolatria furiosa* do Artista que venho biografando o impedisse de realizar-se, integralmente.

Foi em 1901, que António Patrício se matriculou na Escola Médica do Porto, tendo concluído o seu curso em 1908.

Parece que o literato não estragou a vista a lér muito os tratados de Medicina, pois as classificações que tirou, nos Actos, não foram grandes.

Não sei se António Patrício chegou a clínico. Mas parece que não, pois em breve iniciava a sua carreira diplomática, onde a sua bem dotada personalidade muito se destacou.

Os primeiros livros do magnífico Artista do *Dinis e Isabel*, cofres de jóias raras de inusitado brilho, são esboços, surpreendentes ensaios do seu potencial de poeta-trágico, como esse conto do «Homem das Fontes», precursor dos

seus dramas subsequentes; mas na sua forma encantatória, no seu requintadíssimo esteticismo, carecem de volume psíquico, de análise profunda e verdadeiramente humana. São, contudo, admiráveis produções líricas, expressas por uma inteligência muito culta e muito equilibrada, cristalizações radiosas de estados de alma poéticos, onde perpassam como em sonhos, figuras muito vagas. Há, na verdade, um verdadeiro abismo, entre o *Serão Inquieto* e o *Pedro o Cru*. Aqui a vida e a dor apreendem-se aos *haustos*, sem limitações. A poesia deriva directamente da substância psíquica da figura central, é uma emanção da alma, um caudal aliviante para a criatura que viveu anos contratada sobre o seu desespero; tudo que ela diga é ainda pouco e aceita-se consoladoramente. Há nessa poesia uma riqueza que permite sublimes desvarios, invocações do sol e das estrelas; a emoção vai ainda para além das palavras.

Sente-se, nas obras de António Patrício, a dedada do Médico. Pois só um Médico - Artista nos poderia descrever, com tão sobrebo realismo, certas mórbidas cenas do *Pedro o Cru*, e do *Dinis e Isabel*.

No primeiro destes livros de António Patrício, a figura de D. Pedro I ergue-se ante nós, primeiro complexa e inquietante, ansiosa de vingança, afiando as garras para as vítimas que se aproximam, aliviando com trovas o seu desespero, bailando no negrume das ruelas, exumando e coroando o cadáver da amante, mordendo como um lobo o coração de Pero Coelho. Depois, na doçura e no alheamento que se sucedeu às tremendas crises de epilepsia do grande Rei, eis que uma onda de lirismo transborda, em caudal, do grande poema trágico, pois os monólogos de paixão e de saudade pela bela Inês, são poesia da mais emotiva e transcendente, do mais belo que se tem escrito em língua portuguesa.

Verdadeiro aristocrata da forma, António Patrício possui um sentido muito vivo das situações dramáticas. O seu coeficiente de lirismo, a sua riqueza interior, o seu extraordinário poder sugestivo, a riqueza maravilhosa do seu estilo, rítmico, ondulante, nervoso, fizeram do escritor, um extraordinário músico de formas e de imagens. Na prosa profundamente sugestiva do glorioso autor do *D. João e a Máscara* há uma opulência multiforme de timbres. Disfiações luminosas de violino. Filigranas de ritmos.

Irisações de borboletas. Coleâncias de ofídeo. Maciezas plumosas. Rutilar de gemas. Coruscâncias de astros. Harmonias que se fazem contornos. Sons que se plasticizam. Cadências de que nascem atitudes.

O que, sobretudo, nos impressiona na obra de António Patrício é a constante tentativa de libertação do escritor, da ordem accional para a ordem espiritual; do terrenal para o divino, a fuga para um plano diferente da realidade onde as imagens e os símbolos difundem, permanentemente, uma atmosfera mágica de sonho.

Sentimental à Stendhal, poeta cheio de *finesse*, tanto nos versos como na prosa, António Patrício foi, ainda, um delicioso ironista, agressivo por distração e amável por requinte de sensibilidade. O seu humorismo era, sempre, quando sincero e veemente, um humorismo transbordante e poético, sem ponta de azedume, embora acutilante; alegre e irreverente, visando de preferência o pomposo, o solene, o vazio de exterior vistoso. O grande polígrafo tinha um sentido muito agudo do grotesco, que ora se exprime em formas dolorosas e patéticas (certas passagens do «D. João e a Máscara» o exemplificam), ora revestia no convívio quotidiano, subtis modalidades de ironia. Mas a sua graça era tão espontânea, tão *familiar*, tão *arte pela arte*, que se feria, era acidentalmente. Tal como o vento que levanta uma saia e descobre, no seu voo, intimidades feminis, sem que contudo, nesse voo, o vento vise nada de concreto.

CLÁUDIO CORRÊA D'OLIVEIRA
GUIMARÃES

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Reuniu no dia 1 de Fevereiro, sob a presidência do Dr. Ferreira da Costa, a Sociedade Portuguesa de Estomatologia, para escutar uma conferência do Prof. Ries Centeno, da Faculdade de Odontologia de Buenos Aires, o qual foi apresentado pelo Dr. Ferreira da Costa, que se referiu à vulgarização que, na Argentina, é dada à Estomatologia, especialidade que é ensinada num magnífico edifício, por notável escol de professores, internacionalmente conhecidos.

O conferencista que se ocupou do «Estudo radiográfico e cirúrgico do 3.º molar», abordou a patogenia das afecções do 3.º molar, muito graves quase sempre, e explicou, pormenorizadamente, as técnicas seguidas nas intervenções naquela região. A interessante exposição foi documentada com a projecção de numerosas radiografias.

No dia 3, o Prof. Ries Centeno voltou a falar naquela Sociedade, desta vez abordando três interessantes temas: «Considerações sobre a extracção dentária», «O tratamento cirúrgico dos grandes quistos maxilares» e «Temas de cirurgia bucal». O conferencista começou por agradecer as atenções com que os estomatologistas portugueses o receberam e, entrando no assunto do seu valioso trabalho, expôs o que mais interessa sobre a extracção dentária, referindo-se, sobretudo, à radiografia prévia como indicação de acto cirúrgico. Prosseguindo, abordou o problema cirúrgico dos grandes quistos dos maxila-

res e as suas relações com as cavidades vizinhas, mostrando a forma de resolver, por marsupialização ou por plastia, a dificuldade do seio maxilar, bem como a profilaxia da fractura do mandibular.

Por último, o Prof. Ries Centeno projectou um filme-documentário de algumas curiosas intervenções que praticou e encerrou a sessão formulando votos para que a Estomatologia portuguesa encontre, na criação duma escola, os mesmos elementos de trabalho de que dispõem os argentinos.

Instituto Português de Oncologia

Na reunião do corpo clínico do Instituto Português de Oncologia, efectuada no dia 25 de Fevereiro, o Dr. Luís Aguiar fez uma conferência subordinada ao tema «Alimentação humana — Sua importância no passado, presente e futuro». O conferencista estudou os problemas da evolução da alimentação através dos tempos, fazendo salientar a importância que já em eras remotas a alimentação tinha para os povos, bem como os estudos feitos por médicos dessas épocas. Referiu-se depois ao valor da alimentação correcta e científica no tempo corrente, demorando-se, especialmente, na descrição do que importa fazer na sua administração. O Dr. Luís Aguiar apresentou todo um programa a realizar no campo social da alimentação, pondo em relevo a urgência do seu estabelecimento. Nesse programa tem-se em atenção a colaboração da escola primária, dos refeitórios económicos, das Casas do Povo e de outras instituições, e propõe-se a criação de pessoal especializado capaz de executar todo o programa.

Ordem dos Médicos

O Conselho Regional de Lisboa e a última reforma dos Hospitais Cívicos

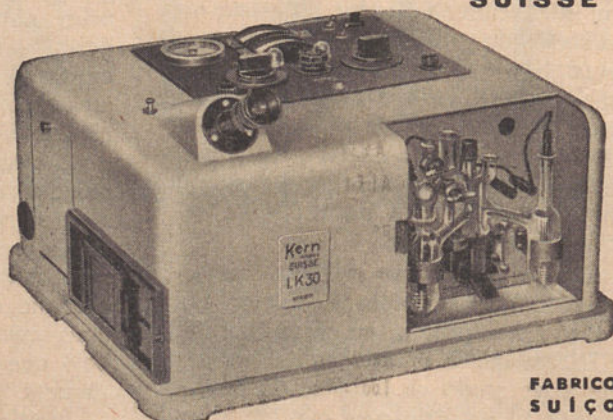
Reuniu-se no dia 27 de Fevereiro a assembleia geral do Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos, tendo sido aprovados, por unanimidade, o relatório e contas da gerência de 1953 e o orçamento para 1954. Em seguida foi eleito o Dr. Artur Viana Fernandes para o cargo de delegado à comissão do imposto profissional, para o biénio de 1954-55.

Por último, a assembleia tomou conhecimento duma exposição enviada à Ordem, por alguns internos dos Hospitais Cívicos de Lisboa, a propósito da situação que lhes foi criada pela recente reorganização dos serviços daqueles Hospitais, tendo sido resolvido enviar aquele documento ao Conselho Geral da O.M., para estudo.

Aparelho para MICRO-ELECTROFORESE

Kern
AARAV
SUISSE

O aparelho **KERN LK 30** para micro-electroforese foi especialmente concebido para permitir análises quantitativas sobre volumes muito reduzidos de soluções. De apresentação compacta e extremamente fácil de manejar, este instrumento assegura um trabalho



rápido e preciso. Assim prestará os melhores e mais variados serviços tanto à pesquisa pura como aos trabalhos correntes.

Para entrega imediata nos Representantes

EMÍLIO DE AZEVEDO CAMPOS & C.A, L.DA

Rua de Santo António, 137-145 — PORTO

Filial em Lisboa: Rua Antero de Quental, 17-1.º

Preços e catálogos ao dispor dos nossos Clientes



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

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

Por drageia
ou

Por colher das de sobremesa = 10 g.

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

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

ECOS E COMENTÁRIOS

A FINLÂNDIA E PORTUGAL

Há anos, quando se realizou em Lisboa um Congresso Internacional de Medicina do Trabalho — que ficou memorável pelas gentilezas dispensadas pelas autoridades portuguesas e pela magnificência com que decorreram as manifestações festivas (sempre necessárias e inevitáveis em todas as reuniões internacionais, políticas, científicas, desportivas, etc.) — deu na vista a numerosa representação da Finlândia — a heróica nação do norte da Europa, que, desde há muito já, se colocou entre os países da vanguarda, em cultura, em civismo e em progresso social — mas cuja população anda à volta de escassos quatro milhões — isto é, trata-se de um dos países de menor importância populacional do Mundo. No entanto, o número de participantes finlandeses no Congresso de Lisboa foi tão extraordinário — muito superior ao das representações de alguns dos maiores países da Europa — que se bordaram, como é costume entre nós, hipóteses várias e fizeram-se comentários extravagantes, como o de se dizer que, entre os finlandeses, havia muitos... espíões soviéticos! Creio mesmo que a representação da Finlândia foi a mais numerosa de todas.

Só alguns anos mais tarde, na Argélia, por ocasião do Congresso de Ginecologia e de Obstetrícia que ali organizou a Federação das Sociedades de língua francesa daquelas especialidades, tive ocasião de decifrar a charada (que tanto alvoroçou os mentideros lusitanos), isto é, saber a razão porque foi tão numerosa a representação da Finlândia no Congresso de Lisboa.

Entre os numerosos congressistas que, fora do âmbito da língua francesa, foram convidados a tomar parte no Congresso de Argel, contavam-se três simpáticas médicas da simpática Finlândia. Foram minhas companheiras numa excursão ao sul da Argélia (em direcção ao deserto do Saará) e foi então que eu aproveitei a oportunidade para conseguir decifrar o enigma, com as cautelas diplomáticas que requeria um caso que se dizia, em Lisboa, ter interessado vivamente o nosso Ministério dos Estrangeiros, a Polícia Internacional, o Intelligence Service, os serviços secretos americanos e outras categorizadas organizações...

No entanto, a extraordinariamente numerosa representação finlandesa (onde havia médicos, engenheiros, industriais, etc.) explica-se, exclusivamente, pelo que podemos chamar razões de ordem cultural. As médicas finlandesas explicaram-me tudo.

A Finlândia atravessava então (por ocasião do Congresso de Medicina do Trabalho) uma grave crise económica,

que se explica pelas duas guerras em que aquele país se viu envolvido contra a Rússia e pelas pesadas indemnizações que, com a paz, o colosso soviético exigiu. Teve de tomar medidas drásticas (como sucedeu também noutros países) em vários sentidos, entre os quais a inevitável restrição em se adquirir divisas e, portanto, a dificuldade, para os finlandeses, de saírem da sua pátria. Uma excepção, porém, o governo finlandês procurou manter sempre: quando se tratava de assuntos de cultura. Poderia não se permitir o emprego de divisas para

adquirir, no estrangeiro, automóveis caros, meias de nylon ou outros objectos considerados supérfluos; não se permitia a ida ao estrangeiro para simples passeio; mas, quando se tratava de problemas sanitários e de cultura (aos quais, nos países do norte da Europa, desde o mais modesto camponês ao mais graduado governante, se liga importância primordial) todas as facilidades possíveis se faziam e se fizeram, mesmo durante os terríveis tempos das guerras.

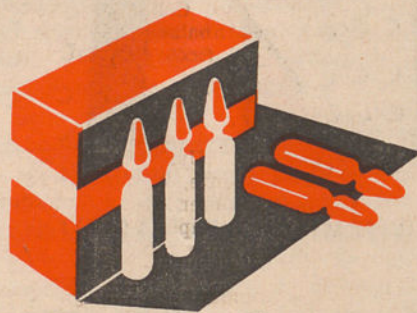
Anunciou-se um Congresso em Portugal — país cujo prestígio se tem desenvolvido cada vez mais, desde que Salazar está à frente da governação. Logo afluíram ao espírito de muitas dezenas de finlandeses (ligados aos assuntos de medicina do trabalho) a ideia de aproveitarem o Congresso de Lisboa para saírem do seu país, arejarem o espírito e o corpo... e conseguirem os necessários dólares, com as respectivas licenças de atravessarem as fronteiras. É claro que aos dirigentes finlandeses não interessava que muitos dos congressistas (e não só as senhoras que os acompanhavam) aproveitassem a ocasião para assistirem a festas, dançarem um pouco ou se deliciarem com os monumentos e as paisagens dos países que atravessassem, como os surpreendentes panoramas da Renânia, o belo jardim que é a França ou a verde e suave planície lusitana, até se extasiarem com a majestade do Oceano Atlântico e do Rio Tejo, que ali em Lisboa, perante um dos mais belos portos da Europa, é capaz de impressionar os mais habituados às belezas do Mundo. O que interessa é que, digam o que disserem, os Congressos contribuem sempre poderosamente para cultivar o espírito e fornecerem ensinamentos.

E foi assim que algumas dezenas de finlandeses conseguiram — muitos deles pela primeira vez — após a última guerra saírem ao estrangeiro, apesar das rígidas normas de restrições que se viu obrigado a estabelecer um dos países mais sacrificados com as guerras.

E as colegas de Helsínquia terminaram assim o seu relato:

— Conhecemos muitas das pessoas que foram a Lisboa, atravessando a Europa em autocarros, até chegarem ao seu país, que eles disseram ser um dos mais lindos e acolhedores da Europa. Falamos com eles sobre essa viagem e a sua inolvidável estadia em Lisboa. Temos muito prazer em lhe afirmarmos, com sinceridade, que todos os nossos compatriotas vieram encantados com o que viram em Portugal.

TERAPÊUTICA ANTI-SIFILÍTICA



SALIBI

Suspensão oleosa de salicilato básico de bismuto, em dispersão muito fina. Cada ampola de 2 cc. contém 0,15 g. de Bi metálico.

Caixa de 12 ampolas
de 2 cc.

25\$00

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

6.º CONGRESSO INTERNACIONAL DO CANCRO

Organizado pela

UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CANCRO

SÃO PAULO — BRASIL

(23-29 de Julho, de 1954)

PROGRAMA PROVISÓRIO

Secretaria:

Rua José Getúlio, 211

SÃO PAULO — BRASIL

O VI Congresso Internacional do Cancro, organizado pela União Internacional contra o Cancro, terá lugar em São Paulo, Brasil, de 23 a 29 de Julho de 1954. Faz parte do programa científico do IV Centenário da Cidade de São Paulo.

Presidentes de Honra:

Prof. Lucas Nogueira Garcez — Governador do Estado de São Paulo;
 Prof. J. Maisin — Presidente da «União Internacional contra o Cancro»;
 Prof. Francisco Gentil — Director do «Instituto de Oncologia» (Lisboa);
 Prof. Mário Kroeff — Director do «Serviço Nacional do Cancro» (Rio de Janeiro).

Comissão Executiva:

Presidente: Prof. António Prudente.
 Secretário Geral: Dr. Fernando Gentil;
 Secretário Assistente: Prof. Henrique Melega;
 Secretário Administrativo: Sr.ª D. Carmen Prudete;
 Tesoureiro: Sr. José de Paula Machado;
 Representantes da União Internacional contra o Cancro: Dr. Harold Dorn e Pierre Denoix,
 Representante da Comissão Internacional de Pesquisas sobre Cancro: Prof. E. Lima Basto;
 Representante da Sociedade Americana de Cancro: Dr. Brewster Miller.

O programa foi organizado pelo Presidente em colaboração com a Comissão do Programa que inclui cientistas de todas as partes do Mundo.

Um grupo de médicos brasileiros, preparam o Conselho de Organização que se

dividirá no futuro em várias Comissões segundo as necessidades.

A Comissão de Publicidade já existente, é constituída por brasileiros e estrangeiros e é responsável pela propaganda dos factos respeitantes ao Congresso.

PROGRAMA PROVISÓRIO

O programa do Congresso incluirá assuntos oficiais, trabalhos livres, e exibição de filmes científicos profissionais.

A) ORGANIZAÇÃO GERAL

a) *Simpósia* — Um Presidente, um Vice-Presidente, 2 a 4 oradores e um certo número de comentadores para cada simpósium.

Os oradores terão 20 a 40 minutos.

Os comentadores serão convidados previamente a tomar parte na discussão e cada um falará durante 15 minutos. O Presidente decidirá se os outros membros do Congresso também podem ou não participar.

b) *Discussão «Panel» (trabalhos seguidos por questionário escrito)* — Um Presidente, 2 a 4 membros. A cada membro são dados de 20 a 40 minutos. O membro do Congresso presente à Discussão pode apresentar questionário escrito. O Presidente distribuirá os questionários entre os membros «Panel» e pode também responder a algumas das perguntas.

c) *Apresentação de trabalhos* — 15 minutos. Discussão livre (5 minutos).

d) *Conferências* — Por convite especial — 40 minutos.

e) *Mesa redonda* — Reunião das Comissões da U.I.C.C. e I.C.R.C.

f) *Filmes* — O orador terá 5 minutos para apresentar o filme e pode falar durante a sua passagem.

B) ASSUNTOS OFICIAIS

Os assuntos oficiais serão apresentados sob os títulos: Simpósia, Discussões, «Panel» e Conferências.

Na última reunião da U.I.C.C. que teve lugar em Bombaim, em Dezembro de 1952, os assuntos oficiais foram seleccionados assim como os nomes dos que foram convidados a apresentá-los.

Com o fim de facilitar o trabalho do Congresso os assuntos foram divididos em quatro grupos segundo a sua natureza.

1.º GRUPO

BIOLOGIA E INVESTIGAÇÃO

1) *Diferenças entre lesões benignas e malignas (simposium).*

Oradores: Harry S. N. Greene, Univ. de Yale, New Haven, U.S.A.; Walter Buengeler, Univ. de Kiel, Kiel, Alemanha.

Discussão: Philip Sahyoun, Am. Univ. de Beirut, Líbano; Georges Gri-couroff, Fund. Curie, França.

2) *Metabolismo esteróide no cancro (Conferências):*

Oradores: Charles Huggins, Univ. de Chicago, U.S.A.; A. Lipschutz,

NA TERAPÊUTICA das crises paroxísticas DA ASMA

ANTI-ASMA

DRAGEIAS

ELIXIR

Duas formas e duas fórmulas que permitem uma terapêutica de escolha

O ANTI-ASMA, DRAGEIAS, é o medicamento indicado PARA OS DOENTES

a que NÃO PODE ADMINISTRAR-SE EFEDRINA

LABORATÓRIO FIDELIS

Dept. Med. Exp., Santiago do Chile, Chile.

3) *Mutação e Cancro (Conferências):*

Oradores: K. H. Bauer, Univ. de Heidelberg, Alemanha; Walter J. Burdette, Louisiana St. Univ., New Orleans, U.S.A.

4) *Nutrição e Cancro (Simposium):*

Oradores: Philip R. Peacock, Royal Beatson Memorial Hospital, Glasgow, Escócia; Joseph Gillman, Univ. de Witwatersrand, Johannesburg, África do Sul.

Discussão: Albert Tannenbaum, Michael Reese Hosp., Chicago, U.S.A.; Henry Tagnon, Memorial Center, New York, U.S.A.

5) *Cancerigênese (Simposium):*

Oradores: Alexander Haddow, The Chester Beatty Research Inst., Londres, Inglaterra; Murray J. Shear, Nat. Canc. Inst., Bethesda, U.S.A.; A. Lacassagne, Inst. du Radium, Paris, França.

Discussão: Per Ekwall, Inst. for Physic. Chemistry, Helsínquia, Finlândia; I. Berenblum, Weizmann Inst. of Science, Rehovoth, Israel.

2.º GRUPO

PATOLOGIA

1) *Histogênese dos tumores do sistema linfático (Conferências):*

Oradores: Charles Oberling, Inst. Gustave Roussy, Paris, França; Pier Luigi Mariani, Cremona, Itália; Shields Warren, New England Baptist Hospital, Boston, U.S.A.

2) *Mecanismo de produção de metástases (Discussão):*

Presidente: Amadeu Fialho, Univ. do Brasil, Rio de Janeiro.

Membros: C. Ahlstrom, Inst. de Path., Lund, Suécia; Leiv Kreyberg, Rikshospitalet, Oslo, Noruega; Lauren V. Ackerman, Univ. de Washington, St. Louis, U.S.A.; Herwig Hamperl, Patholog. Inst., Marburg, Alemanha; Moacyr Amorim, Inst. Patologia, Esc. Paulista de Medicina, S. Paulo, Brasil.

3) *Classificação, diagnóstico e tratamento de leucemias (Simposium):*

Oradores: Lloyd Law, Nat. Canc. Inst., Bethesda, U. S. A.; Michael B. Shimkin, Univ. de Califórnia, S. Francisco, U.S.A.; Gastão Rosenfeld, Inst. Central, S. Paulo, Brasil.

Discussão: Maxwell M. Wintrobe, Univ. de Utah, Salt Lake City, U.S.A.

4) *Quimioterapia do cancro (Simposium):*

Oradores: Alfred Gelthorn, Francis DeLafayette Hosp., New York; Tomizo Yoshida, Inst. de Path., Univ. de Tóquio, Japão; Antônio Cantero, Inst. du Cancer de Montreal, Canadá.

Discussão: Sérgio de Barros Azevedo, Serv. Nac. do Cancer, Rio de Janeiro, Brasil; Sidney Farber, Children's Cancer Research Foundation, Boston, U.S.A.; Nathaniel Waterman, Leeuwenhoek - Huis, Amsterdão, Holanda.

5) *Isótopos Radioactivos na Investigação do cancro (Simposium):*

Oradores: Israel do Iach, Post Graduate Med. School, Londres, Inglaterra; M. Tubiana, Inst. Gustave Roussy, Paris, França; George E. Moore, Coswell Park Memorial Hospital, Buffalo, U.S.A.

Discussão: Paul C. Aebersold, Atomic Energy Com., Oak Ridge, U.S.A.; Leonard Belanger, Univ. Ottawa, Canadá.

3.º GRUPO

TRATAMENTO CIRÚRGICO E PELO RÁDIO

1) *Tratamento Cirúrgico do Cancro Gástrico (Discussão):*

Presidente: Benedicto Montenegro, da Univ. de São Paulo, Brasil.

Membros: George T. Pack, Memorial Center, New York, U.S.A.; Felix de Amesti, Univ. de Santiago, Chile; Abel Canonico, Inst. Med. Experimental, Buenos Aires, Argentina; Fernando Paulino, Casa de Saúde S. Miguel, Rio de Janeiro, Brasil.

2) *Tratamento de Cancro da Faringe (Simposium):*

Oradores: Mason Morfit, Univ. do Colorado, Denver, U.S.A.; François Baclesse, Fond. Curie, Paris, França; Justo Alonso, Fac. Medicina de Montevideo, Uruguai.

Discussão: Antônio Pinto Vieira, Serv. Nac. Cancer, Rio de Janeiro, Brasil; Jean Leroux-Robert, Fond. Curie, Paris, França; Bernard del Valle Guatemala.

3) *Irradiações de alta potência no Tratamento do Cancro (Discussão):*

Presidente: J. Maisin, Inst. du Cancer, Louvain, Bélgica.

Membros: H. R. Schinz, Kantonspital, Zurique, Suíça; Roger A. Harvep, Univ. of Illinois, Chicago, U.S.A.

4) *Tratamento do Cancro da Mama (Discussão):*

Presidente: Ugo Pinheiro Guimarães, Univ. do Brasil, Rio de Janeiro, Brasil.

Membros: Robert MacWhirter, The Royal Infirmary, Edimburgo, Inglaterra; Francisco Gentil, Inst. Port. de Oncologia, Lisboa, Portugal; Frank Adair, Memorial Center, New York, U.S.A.; Enrique Viacava, Buenos Aires, Argentina.

5) *Tratamento do Cancro da Boca (Simposium):*

Oradores: Hayes Martin, Memorial Center, New York, U.S.A.; Henrique Melega, Inst. Central, São Paulo, Brasil.

Discussão: Bernardo Gusman Blanco, Caracas, Venezuela; Horácio Zalce, México, D. F., México; Henry Schwarz, Ellis Fischel State Cancer Hosp., Colúmbia.

6) *Terapêutica no Cancro do Colo no Útero (Discussão):*

Presidente: Manuel Riveros, Fac. de Medicina, Asunción, Paraguai.

Membros: Juan del Regato, Penroe Cancer Hosp., Colorado Springs, U.S.A.; H. Rung, Univ. Frauenklinik, Heidelberg, Alemanha; Alexander Brunschwig, Memorial Center, New York, U.S.A.; M. Ledermann, Royal Cancer Hosp., Londres, Inglaterra; Fernando Gentil, Inst. Central, São Paulo, Brasil.

4.º GRUPO

LUTA SOCIAL

1) *Ensino de Cancerologia (Simposium):*

Oradores: Brewster Miller, American Cancer Soc., New York, U.S.A.; P. Lamarque, Centre de Lutte contre le Cancer, Montpellier, França; Domingo Brachetto-Brian, Buenos Aires, Argentina.

Discussão: Xenophon Chahovitch, Belgrado, Iugoslávia.

2) *Diagnóstico precoce do cancro (Simposium):*

Oradores: Ernest L. Wynder, Memorial Center, New York, U.S.A.; Pierre Denoix, Inst. d'Hygiène, Paris, França; Charles Cameron, American Cancer Society, New York, U.S.A.

Discussão: Nicolas Puente Duany, Inst. del Radium, Havana, Cuba; Emerson Day, Strang Clinic, New York, U.S.A.; Antônio Prudente, Inst. Central, São Paulo, Brasil.

3) *Cancro nas Crianças (Conferências):*

Oradores: René Huguenin e Odile Schweisguth, Inst. Gustave Roussy, Paris, França; Enrique Raventos, Santiago, Chile; Harold Dargeon Memorial Center, New York, U.S.A.

4) *O Problema do doente em estado avançado de Cancro (Discussão):*

Presidente: Mário Kroeff, National Cancer Serv., Rio de Janeiro, Brasil.

Membros: Lord Amulree, Ministério da Saúde, Londres, Inglaterra; Jean Louis Nicod, Inst. d'Anatomie Pathologique, Lausanne, Suíça; Sr. de H. Charles-Vallin, Ligue Algérienne contre le Cancer, Argélia.



E. TOSSE & C.^A
HAMBURGO

Bismogenol

O MAIS PODEROSO ADJUVANTE DOS ANTIBIÓTICOS MODERNOS

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

REPRESENTANTE GERAL: **SALGADO LENCART**

Rua de Santo António, 203 — PORTO

SUB AGENTE: **A. G. GALVAN** — R. da Madalena, 66-2.º — LISBOA

APÊNDICE

- 1) *Aspectos Industriais do Cancro (Simposium).*

Organizado pela Comissão de controle do Cancro.

- 2) *Patologia geográfica do Cancro (Simposium).*

Organizado pela Comissão de Patologia Geográfica da ICRC.

- 3) *Nomenclatura dos Tumores (Simposium).*

Organizado pela Comissão da Nomenclatura dos Tumores e Codificação da ICRC.

- C) **APRESENTAÇÃO LIVRE DE TRABALHOS**

(Classificação dos assuntos):

1.º GRUPO

BIOLOGIA—INVESTIGAÇÃO

a) Items

- 1—Bioquímica
- 2—Fermentos
- 3—Histoquímica
- 4—Hormonas
- 5—Cancerigénese
- 6—Virus
- 7—Mutação
- 8—Cultura de Tecidos e Citologia
- 9—Quimioterapia Experimental
- 10—Radiologia, Isótopos e Radiações
- 11—Vários

2.º GRUPO

PATOLOGIA, CLÍNICA
E TERAPÊUTICA

b) Items

- 1—Patologia Geral
- 2—Tratamento Cirúrgico
- 3—Terapêutica pelas radiações
- 4—Quimioterapia clínica
- 5—Cancro da pele e da mama
- 6—Cancro do tracto gastro-intestinal
- 7—Tumores do sistema nervoso e tumores das glândulas endócrinas
- 8—Tumores génito-urinários
- 9—Cancro do sistema respiratório
- 10—Cancro do esqueleto e sangue
- 11—Vários

3.º GRUPO

LUTA SOCIAL

c) Items

- 1—Organização da Luta contra o Cancro
- 2—Instrução dos leigos e do médico
- 3—Relatórios referentes à luta contra o cancro nos diversos países
- 4—Ensino de Cancerologia
- 5—Prevenção e Diagnóstico precoce
- 6—Cancro e Idade
- 7—O problema do cancro em estadio avançado e do doente
- 8—Vários

4.º GRUPO

ESPECIALIDADES

d) Items

- 1—Patologia Geográfica
- 2—Nomenclatura

- 3—Estatística
- 4—Documentação
- 5—Prevenção

NOTA IMPORTANTE:

As comunicações livres a apresentar por cientistas portugueses devem ser enviadas ao Dr. Denoix, Secretário adjunto da Union Internationale contre le Cancer, 6, Avenue Marceau, Paris (8e), até ao dia 1 de Março de 1954.

As inscrições para o Congresso assim como as respectivas taxas não devem ser enviadas para S. Paulo mas dirigidas por cheque bancário em nome da *Union Internationale contre le Cancer em Paris* ou depositadas directamente na conta da *Union Internationale contre le Cancer* no Barclays Bank em Paris.

III Congresso de Radiologistas de Cultura Latina

Com a participação de delegados da França, Espanha, Itália, Bélgica e Portugal, realiza-se em Roma, dentro de dias, o III Congresso de Radiologistas de Cultura Latina. A delegação portuguesa é constituída pelos Profs. Aleu Saldanha e Ayres de Sousa e Drs. Manuel Corte Real, Albano Ramos e Carlos Barbosa.

A conferência inaugural do Congresso foi confiada ao Prof. Aleu Saldanha, que preside à delegação portuguesa, e falará sobre «A Radiologia na formação do médico moderno».

NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL

REUMATISMO ARTICULAR, ETC.

IODO P₂

AMPOLAS—GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO

COM SOLU P₂

PREVENÇÃO DOS ACIDENTES

HEMORRÁGICOS. MELHOR

TOLERÂNCIA DO IODO

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

LIGA PORTUGUESA DE PROFILAXIA SOCIAL

CONFERÊNCIA

Incluída no programa das comemorações do 23.º aniversário da Fundação da A.T.N.P., realizou no Clube Fenianos Portuenses, o Prof. Dr. A. Lopes Rodrigues, Director daquela benemérita Instituição, uma conferência a convite da Liga Portuguesa de Profilaxia Social.

Extraordinariamente concorrida de muitas individualidades marcantes na vida portuense, presidiu à sessão o Sr. Governador Civil, Dr. Domingos Braga da Cruz, ladeado pelos Srs. Cónego Dr. Valente, representando o Sr. Bispo do Porto, Prof. Aníbal de Albuquerque, Alberto de Brito, Dr. Sousa Dias, Dr. Urgel Horta, capitão Fernandes, Prof. Adriano Rodrigues, Dr. João Correia Guimarães, Dr. José Aroso e Dr. António Emílio de Magalhães.

Começa por endereçar os seus cumprimentos ao Sr. Governador Civil do Porto e na sua pessoa ao Governo da Nação, particularmente aos Srs. Presidente do Conselho e Ministro do Interior. Saúda o Dr. Urgel Horta que se revelou um dos grandes pioneiros na Assembleia Nacional das causas meritórias que interessam à cidade do Porto e à própria causa que interessa à Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal. Saúda o Clube Fenianos Portuenses e a Imprensa a quem tanto deve a sua permanente colaboração; a todos os que vieram interessados assistir, sócios benfeitores da Liga e da A.T.N.P.; saúda com especial relevo a Liga de Profilaxia Social nas pessoas dos seus directores Drs. Gil da Costa e António Emílio de Magalhães.

Entrando no tema da sua conferência presta homenagem e a devida justiça às instituições sociais e particulares que no País e particularmente na cidade do Porto se empenham na luta contra a tuberculose.

Expõe a forma como do «Nada» se iniciou a fundação da Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal, cujos estatutos foram aprovados em 13 de Agosto de 1930, sendo inaugurada oficialmente a sua sede e Dispensário Central em edifício próprio, adaptado no dia 1 de Março de 1931, data que, festivamente se comemora nesta altura com as cerimónias em curso do seu 23.º aniversário.

Refere-se à organização desta Associação de beneficência e caridade e aos auxílios que lhe são entregues para a sua administração e carinhosa aplicação, os donativos de vária ordem e legados e

inscrições de sócios benfeitores que atingiu, já no dia 1 de Março, 25.646, num ritmo mensal em que ultimamente se manifesta de 650 por mês e sempre com tendência a subir.

Refere-se à construção da nova sede e Dispensário nos terrenos que já possui nas Águas-Férreas, à Boavista, em parte cedida pela Câmara do Porto e comprado pelos fundos da Instituição.

A sede actual não comporta já o extraordinário movimento que aqui se verifica.

Refere-se à função dos Dispensários antituberculosos da A.T.N.P. para adultos e para crianças, onde sempre todos são atendidos e socorridos sem quaisquer embaraços de demora, o que é revelado pelo número de inscrições 31.222 nos anos decorridos que corresponde a uma média anual de 1.419, crescente nos últimos anos, sendo em 1933 de 1.765, e em tratamento vindos do ano anterior 2.840 o que perfaz 4.605 doentes em tratamento durante este ano.

Os novos Dispensários antituberculosos a construir no terreno das Águas-Férreas, para adultos e para crianças, constituem uma imperiosa necessidade.

Refere-se à função importante do Secretariado da Assistência Social e dos seus consultórios sociais e à assistência prestada em socorros de vária ordem — rendas de casa, alimentação, camas, roupas, agasalhos, protecção à família, etc., e aos socorros espirituais que igualmente realiza com espírito cristão. Pelos inquéritos sociais sistematicamente feitos se encontram as crianças em perigo de contágio, tuberculosas ou predispostas. A sua acção orientadora, guiando-as para o serviço de rádio-rastreo e para o serviço de B.C.G. e do I.A.N.T. com os quais activamente colaboram, tendo seu filho, Dr António Elísio Lopes Rodrigues, sido encarregado deste serviço de ligação, que está produzindo os seus bons frutos. Refere-se aos preventórios infantis e à sua extraordinária importância no armamento antituberculoso, em defesa da criança pobre.

Os dois preventórios da A.T.N.P., um em Rio Tinto e outro no Monte Pedral, mantêm cerca de 165 crianças internadas e nestes 22 anos de serviço, corresponde a 651.182 dias de internamento. Isto a juntar à obra educativa que exerce no seio das famílias.

Passa em seguida a referir-se ao Grande Sanatório do Monte Alto, cuja construção foi iniciada em 10 de Julho

de 1932, com uma lotação prevista para 500 leitos. As obras iniciadas antes da guerra foram paralisadas por motivo desta e só em Agosto de 1950 puderam recomeçar em ritmo acelerado. Depois, o projecto sofreu as necessárias actualizações e estamos em vias de conclusão do corpo central, que comportará, uma lotação de cerca de 300 leitos, numa adaptação de emergência, o que virá a ser um factor valioso para o povo.

Refere-se à necessidade de iniciar também, quanto antes, a construção de um bloco infantil; já está recebendo dádivas que lhe são destinadas e que para esse fim serão reservadas. Este bloco anexo ao grande Sanatório está previsto para 250 leitos, podendo aumentar, se for conveniente. Tudo está resolvido por nossa iniciativa: água, energia eléctrica, vias de comunicação, esgotos, etc., por forma a que o conjunto do Sanatório possa, dentro em poucos meses, iniciar a sua humanitária obra de socorro aos tuberculosos pobres desta zona norte do País.

Refere-se à importância e influência no espírito do público, doentes e benfeitores obtida pela propaganda da obra humanitária da Instituição e justifica a criação do Secretariado de Propaganda antituberculosa, que iniciou, em 3 de Maio de 1934, a sua intensa acção com a publicação periódica mensal do seu órgão cultural «Vida e Saúde», notas de imprensa e opúsculos educativos e, ultimamente, desde 1948, com os seus programas diários de radiodifusão.

Os microfones dos seus próprios estúdios, intercalados na própria sede da Instituição, divulgam constantemente doutrina e ensinamentos sanitários, patrióticos e morais, tão úteis à sociedade, sendo as suas audições acolhidas com muito agrado, simpatia e colaboração pelo público, que por ela se apaixonou.

Confia em que o Governo preste justiça aos seus bons serviços, concedendo-lhe a licença prometida para instalar um emissor próprio, que espera lhe seja oferecido, também, ao serviço da humanidade e da causa dos tuberculosos e crianças pobres.

Foca, por fim, o aspecto do problema da tuberculose no País, no distrito e na cidade do Porto, comparando-o com o que se passa nos outros países e cidades da Europa e América e que revela uma elevada taxa da mortalidade e da morbidade, determinada para 100.000 habitantes, 148 no País, e de 416 na cidade

ATOXIMICINA

associação de antibióticos

Sulfato de Dihidroestreptomicina — Sulfato de Estreptomicina
Procaína - penicilina G — Penicilina G potássica

SINERGISMO DE ACÇÃO SEM EFEITOS SECUNDÁRIOS
NEUROTOXICIDADE PRÁTICAMENTE NULA

ATOXIMICINA NORMAL

Sulfato de Dihidroestrepto-
micina 0,25 gr.

Sulfato de Estreptomicina
0,25 gr.

Procaína - penicilina G
300.000 U.

Penicilina cristalizada G
potássica 100.000 U.

Caixas de 1, 3, 5 e 10 frs.

ATOXIMICINA INFANTIL

Sulfato de Dihidroestrepto-
micina 0,125 gr.

Sulfato de Estreptomicina
0,125 gr.

Procaína - penicilina G
150.000 U.

Penicilina cristalizada G
potássica

Caixas com 1 e 3 frascos

ATOXIMICINA FORTE

Sulfato de Dihidroestrepto-
micina 0,5 gr.

Sulfato de Estreptomicina
0,5 gr.

Procaína - penicilina G
300.000 U.

Penicilina cristalizada G
potássica 100.000 U.

Caixa com 1 frasco



INSTITUTO LUSO-FARMACO-LISBOA

do Porto, correspondentes ao ano de 1950.

Faz um vibrante apelo à caridade de todos os bons da nossa terra e ao espírito de justa compreensão pela gravidade do problema na cidade do Porto, sendo o mais urgente aumentar o deficiente número de camas para os tuberculosos pobres se poderem tratar e curar.

O Sanatório de Monte Alto será mais um contributo precioso a juntar ao que, actualmente, o Porto já possui no Hospital Semide, no Hospital Joaquim Urbano e com a quota parte no Sanatório D. Manuel II. Ao concluir, apela para que no Porto e no País se consiga uma organização sanitária suficiente que permita a todos os indivíduos beneficiar dos magníficos recursos que as recentes descobertas nos oferecem como propõem fazer a Organização Mundial da Saúde.

Anuncia ainda que, para o próximo ano, a A.T.N.P. comemora as suas bodas de prata — um quarto de século de luta, tantas vezes mal compreendida, contrariada e até desdenhada — e lembra que para comemorar tão festiva data seria lembrança sua que se promovesse nesta cidade um Congresso Nacional de Tuberculose, com a mesma ou até com outra fraternal cooperação.

E termina: «Tiremos, meus senhores, da lição — e neste particular me dirijo aos profissionais que labutam no sacerdócio da medicina — as indicações que nos dá a autoridade dos que pela causa trabalham com dedicação, espírito de caridade, paixão e amor.

No fim do seu interessante trabalho, o Prof. Dr. A. Lopes Rodrigues foi calorosamente aplaudido e muito cumprimentado.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIDROLOGIA MÉDICA

No passado dia 24 de Fevereiro realizou-se na sede da Sociedade das Ciências Médicas a 3.ª reunião científica do presente ano académico. Presidiu o Dr. Cid de Oliveira, vice-presidente em exercício, secretariado pelo Dr. Marques da Mata, Inspector de Águas Minerais da Direcção Geral de Saúde e secretário geral da Sociedade. Tomaram lugar na mesa de honra o Embaixador da França Sr. Gilbert Arvengas, Prof. Costa Sacadura, antigo presidente da Sociedade, e o Prof. Cid dos Santos, como representante português da Sociedade Internacional «Os Lyons».

Aberta a sessão o Dr. Cid de Oliveira disse algumas palavras de saudação ao conferencista da noite Dr. J. J. Herbert e concedeu a palavra ao membro da Direcção que tinha a seu cargo a apresentação do conferente: o Dr. Neiva Vieira. Este distinto hidrologista e competente reumatólogo pronunciou o seguinte discurso:

Ex.^{mo} Senhor Embaixador da França;
Ex.^{mo} Senhor Presidente da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica;
Minhas Senhoras;
Meus Senhores:

Conheci pessoalmente o Dr. Herbert quando frequentei em Maio de 1952 as Conferências de Reumatologia organizadas pela Sociedade Médica de Aix-les-Bains e pelo Centro de Investigação do Reumatismo.

Em duas lições magistrais: «Prevenção e correcção das atitudes viciosas do reumatismo» e «Restauração da função articular no reumatismo» ele deu em pinceladas largas os aspectos fundamentais do ramo da Cirurgia Ortopédica de que

é um dos criadores — a Ortopedia do Reumatismo. Impressionou-nos fortemente a clareza das suas ideias, a sobriedade da sua exposição, a contribuição pessoal aparente nos mais pequenos detalhes de técnica cirúrgica e a grande experiência dos temas que tratava.

Herbert, que tem uma carreira brilhante e rápida pois é um homem tenaz que não sabe perder tempo, é interno dos hospitais aos vinte e quatro, «licenciado em sciencias», dedica-se à Cirurgia Ortopédica, é um dos membros mais novos da Academia de Cirurgia e, seguindo o pendor de independência tão grato ao seu espírito, vai fazer Escola e criar doutrina na Estância Termal de Aix-les-Bains.

É em Aix-les-Bains que a personalidade de Herbert se vem revelar completamente e o seu labor no campo da Ortopedia do Reumatismo se vai tornar mundialmente conhecido. Dentre os seus inúmeros trabalhos devem-se destacar os que incidem sobre as «Osteotomias vertebrais» e as «Artroplastias da anca». O tratado que publicou em 1950, «Cirurgia e Ortopedia do Reumatismo» é uma obra que vai ficar clássica neste sector da Ortopedia.

Os seus doentes recuperam mais rapidamente do que noutros centros cirúrgicos, parte devido à mestria cirúrgica de Herbert e parte à recuperação em meio termal.

A Herbert e Forestier se deve a criação dum Centro de Ortopedia e Cirurgia do Reumatismo em Aix-les-Bains. Aos mesmos se deve a iniciativa da associação da terapêutica termal à cirurgia. E assim, devido sobretudo ao esforço e experiência de Herbert nasce em Aix-les-Bains a Crenocirurgia — terapêutica termal antes das intervenções para criar melhores condições operatórias; quinesio-balneoterapia post-operatória para recuperação funcional rápida.

Herbert prestigia o seu país natal levando aos países mais distantes notícia da sua produção científica. Assim faz conferências nos Estados Unidos da América, nos Países Escandinavos, no Egipto, na Península Ibérica, na América do Sul, etc., e nós vamos ter oportunidade pela segunda vez em Portugal, de ouvir a sua palavra fluente.

Herbert não oferece friamente numa revista médica o fruto do seu saber. Dá-nos pelo contacto vivo com o homem que o criou e com os filmes que reproduzem o seu trabalho, uma lição mais fácil de compreender e de gravar no espírito (1).

E, porque se trata de ouvir uma conferência, permitam-me que faça algumas

(1) Um dos filmes que ides ver, «Reeducação dos movimentos da anca no reumatismo» ganhou o Grande Prémio do Festival Médico-Cirúrgico de Cannes de 1952 «pour sa conception, sa elardé et sa parfait terme du début a la fin.

EPILEPSIA E SINDROMAS
NEUROPSIQUIÁTRICOS
E CARDIO-VASCULARES

ALEPSAL

Sinergia medicamentosa da Feniletimalonilureia (Luminal-Gardenal)
com a Cafeína e a Atropina

FÓRMULA DOS LABORATÓRIOS
GENÉVRIER

APRESENTAÇÃO:

Tubos de 20 comprimidos a 0,10 Grs.
Tubos de 30 comprimidos a 0,05 Grs.
Tubos de 80 comprimidos a 0,015 Grs.

REPRESENTANTE:

PESTANA & FERNANDES

39, Rua dos Sapateiros — LISBOA

ESTREPTOMICINA EM SOLUÇÃO ESTÁVEL

- TOXICIDADE REDUZIDA
- NÃO EXIGE REFRIGERAÇÃO
- VENDA EM TODAS AS FARMÁCIAS

ESTREPTOMICINA ATRAL SOLUÇÃO
 [ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA (SULFATOS)]

Frasco de 1 g. < > 2 cc. . . . 10\$50

Frasco de 5 g. < > 10 cc. . . . 47\$50

Frasco de 10 g. < > 20 cc. . . . 90\$00

LABORATÓRIOS ATRAL

considerações extramédicas sobre o homem que ides ouvir.

Herbert possui as qualidades dum bom bretão, um bom francês e um grande cirurgião.

País de pescadores como o nosso, a velha Armórica «país sobre o mar», a Bretanha deixa gravados nos seus habitantes alguns traços comuns aos do nosso povo: francos, tenazes, voluntariosos, idealistas e aventureiros.

Habitúamo-nos a admirar nos franceses o seu amor à Pátria, o espírito do dever e de luta contra o invasor, a sua combatividade sem ódio, a eternidade da sua cultura que, sem impor, alicia o mundo inteiro. Creio que nenhum francês enjeita o orgulho do cumprimento do dever quando a Pátria é sujeita às provações da guerra. Na última guerra, Herbert em Saint-Quentin socorre abnegadamente os feridos, é feito prisioneiro, milita contra o ocupante do seu país natal, organiza o Serviço de Saúde na Sabóia e, depois da libertação, consegue por negociações antes do fim das hostilidades que reentrem em França 1.500 prisioneiros. Bem mereceu a Cruz de Guerra com duas citações e a Legião de Honra a título militar. Estamos na presença dum grande patriota.

É um homem que crê na possibilidade da melhoria das relações entre os homens no mundo da amizade.

E, como homem de acção, logo abraça o Leonismo e é elevado à honra de Director dos «Lions Clubs» de França. Ele diz: «Vous connaissez le code d'honneur du Lionisme et vous savez que l'amitié est la voûte sur laquelle il repose: amitié des membres entre eux, amitié des Clubs dans la Nation, amitié des Nations». Herbert é um idealista: activo e sabe ser um grande amigo.

Possui em alto grau o espírito cirúrgico, tão bem definido por Leriche: «Avant tout c'est un état d'âme où une certaine intrepidité, la confiance en soi, l'aptitude à prendre des décisions sur le champ, l'optimisme s'équilibrent à la mesure et au sens aigu des réalités d'un moment. C'est un état d'âme qui donne une constante inclination à l'action, qui pousse à vouloir dénouer toujours d'instinct, par la seule industrie des mains, les situations perdues ou menacées». Porque não dizer que as mãos dum cirurgião em actividade têm uma personalidade que o define: vós o podereis observar nos filmes de Herbert em que as suas mãos são a figura que domina a cena. Herbert traz-nos a sua palavra sóbria, clara e sabedora, mas traz-nos documentos vivos em que as suas mãos em acção cirúrgica mais ainda nos vão elucidar sobre os seus méritos de grande cirurgião.

Muito mais se poderia dizer sobre Herbert, inundar a sua obra em: pormenor e os seus títulos; mas preferimos dar-vos a ideia a traços largos do Homem que vos vai falar.

Monsieur Le Docteur Herbert
Mon cher collègue

La Société Portugaise d'Hydrologie Médicale, en cette année où elle inaugure la série de conférences d'éminents mé-

decins étrangers, a l'honneur d'avoir pu obtenir votre aimable et généreuse collaboration.

C'est à moi, parce que j'ai suggéré cette invitation et pour l'amitié et l'admiration que je vous consacre, plus que par mes mérites, qu'est revenue la mission de vous présenter.

Je l'ai fait avec honneur et avec joie. J'ai cherché à être bref pour ne pas dérober plus de temps à mes collègues et reculer davantage le plaisir qu'ils auront à vous entendre et à recevoir vos enseignements.

Meus caros Colegas:

É um homem de espírito positivo, com a formação mental dum cirurgião



COMPLEXO B

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



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

que vos vai falar do êxito terapêutico do tratamento termal, tão menosprezado por grande número de médicos, num campo desconhecido entre nós — a recuperação em ambiente termal dos doentes operados —. É um depoimento que, feito por quem é, dá crédito à terapêutica termal.

Tenho dito.

Depois duma salva de palmas a premiar o interessante e bem modelado discurso do Dr. Neiva Vieira, o Dr. J. J. Herbert fez a apresentação do seu trabalho sobre «Crenocirurgia», do qual publicamos um resumo na 1.ª parte deste número.

A seguir foram projectados dois magníficos filmes sonoros. O primeiro descreve a história das águas termais de Aix-les-Bains, as suas aplicações, a descrição das técnicas termais, tratamentos com lamas, etc. No «écran» foram projectadas as instalações do estabelecimento termal, as quatro nascentes da estância, as termais (source de Soufre e source d'Alun) e as frias utilizadas na cura da diurese (água de St. Simon e água de Deux-Reines).

Os estabelecimentos termais que são propriedade do Estado e por ele explorados têm ao seu serviço mais de trezentos empregados dos dois sexos, com um curso de especialização tirado na Ecole local des Techniques Thermales cujo ensino está assegurado pelo Corpo Médico da Estância sob o controle da Faculdade de Medicina de Lyon. Viu-se passar a multiplicidade das técnicas empregadas e das quais fixamos especialmente: os duches d'Aix, gerais, isto é, duche massagem e duche debaixo de água durante os quais os duchistas fazem massagens ao mesmo tempo que aplicam o duche, gastando com cada doente cerca de 1.200 litros de água termal; o Berthollet, estufa radioactiva que aproveita o desnivelamento das duas fontes e o princípio das trombas catalães (cada «Berthollet» exige um gasto de 36 hectolitros de água por doente); o duche submarino simples ou com qualquer das suas variantes «banho suspenso» ou «banho profundo» destinado especialmente aos doentes imobilizados; o duche local de Aix que se aplica a cada um ou aos dois membros ou a um determinado segmento do corpo; as inalações locais — aplicação de lamas termo-vegeto-minerais; as piscinas empregadas na reeducação dos reumáticos, dos traumatizados e dos sinistrados do trabalho (a reeducação pode ser completada pela mecanoterapia em piscina termal).

Todas estas técnicas foram executadas e comentadas neste primeiro filme projectado.

Depois dum pequeno intervalo assistiu-se à projecção do segundo filme sobre as diferentes técnicas cirúrgicas das artroplastias da anca com a reeducação debaixo de água e os respectivos resultados obtidos pelo conferencista. Este filme obteve um «Grand Prix» no festival de Cannes.

Ao ser projectado este filme o Dr. Herbert levou a sua gentileza a mandar desligar o microfone e fazer ele próprio,

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

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

IMUNOBIÓTICO-E

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

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

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

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

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

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

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

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

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

A ASSEMBLEIA NACIONAL E O EXERCÍCIO PEDAGÓGICO

O «Diário das Sessões» publicou, no seu número de 18 de Março último, os seguintes documentos mandados publicar pelo Sr. Presidente da Assembleia Nacional:

Ex.mo Sr. Presidente da Assembleia Nacional. — Por disposição legal a minha situação de Deputado é incompatível com o exercício das minhas funções oficiais normais.

Resulta desta disposição que me é vedado assistir oficialmente às reuniões do conselho escolar da Faculdade de Medicina e discutir com plenos direitos as diversas questões nele levantadas.

Ora encontram-se neste momento em discussão várias questões que interessam directamente e vitalmente à cátedra de que sou proprietário e que não podem ser orientadas sem a minha participação na matéria.

Peço por isso a V. Ex.^a que, atendendo ao que ficou exposto, me seja concedida a autorização para assistir ao conselho da Faculdade nas condições correspondentes ao exercício normal das minhas actividades escolares, o que em nada virá interferir com a minha actividade na Assembleia Nacional.

A bem da Nação.

João Afonso Cid dos Santos.

Sr. Presidente: o Sr. Deputado João Afonso Cid dos Santos, alegando na sua carta de 24 de Fevereiro último que a sua situação de Deputado é incompatível com o exercício das suas funções oficiais, e que, portanto, lhe é vedado assistir oficialmente às reuniões do con-

de viva voz, o comentário das intervenções científicas que se viam passar no «écran».

Uma prolongadíssima salva de palmas foi ouvida na sala ao terminar a projecção. O trabalho do conferente foi indiscutivelmente bom, deixando, por isso, agradável impressão na numerosa assistência que era constituída na sua maioria por médicos hidrologistas, ortopedistas e cirurgiões.

Na sala da Direcção teve lugar uma reunião restrita para oferta dum estojo com uma caravela em filigrana e ser servida uma taça de champanhe ao notável crenocirurgião francês. Brindaram o ilustre visitante o Dr. Cid de Oliveira e o Prof. Adelino Padesca. O Prof. Costa Sacadura brindou pela França na pessoa de S. Ex.^a o Sr. Embaixador a quem agradeceu a gentileza de se ter dignado assistir à sessão.

O Dr. Herbert e Monsieur Gilbert Arvengas fizeram os brindes de agradecimento pelas atenções e honras por todos dispensados.

E assim terminou esta magnífica sessão científica promovida pela Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica.

selho escolar da Faculdade de Medicina, pede autorização para assistir às sessões do mesmo conselho nas condições correspondentes ao exercício normal das suas actividades escolares, visto encontrarem-se em discussão várias questões que interessam directamente à cátedra de que é proprietário.

Ouvida a Comissão de Legislação e Redacção, de harmonia com o despacho de V. Ex.^a da mesma data, emite a Comissão o seguinte parecer:

O artigo 90.^o da Constituição estabelece no seu n.^o 2.^o o preceito de que importa perda de mandato para os membros da Assembleia Nacional exercerem os seus respectivos cargos durante o funcionamento efectivo da mesma Assembleia se forem funcionários públicos, civis ou militares.

Este princípio acha-se estabelecido com carácter absoluto, pois a Constituição não admite, em relação ao n.^o 2.^o, quaisquer excepções, ao contrário do que sucede em relação ao n.^o 1.^o do mesmo artigo.

Nestas circunstâncias, a questão reduz-se a saber se a assistência e participação nos trabalhos do conselho escolar da Faculdade de Medicina, de que é professor aquele Sr. Deputado, importam ou não o exercício do respectivo cargo.

Ora o Decreto n.^o 19.678, de 1 de Maio de 1931, que aprovou o Regulamento da Faculdade de Medicina de Lisboa, dispõe no seu artigo 1.^o e § 1.^o que o governo da Faculdade pertence ao respectivo conselho escolar e que este é constituído por todos os professores catedráticos.

Por outro lado, dispõe o artigo 48.^o, alínea e), do mesmo regulamento que compete aos professores catedráticos fazerem parte do conselho escolar e desempenharem os cargos para que sejam nomeados.

Finalmente, os §§ 1.^o e 6.^o do artigo 3.^o dispõem que para as sessões do conselho são convocados todos os professores catedráticos em efectivo serviço e que a comparência às sessões é obrigatória, preferindo a qualquer outro serviço académico que se realizar à mesma hora.

Em face destes preceitos expressos, é pois fora de dúvida que a assistência às sessões do conselho escolar e a participação nos seus trabalhos importam o exercício de uma actividade que, necessariamente, faz parte do exercício normal das funções de professor. E, porque assim é, tais actos não podem deixar de considerar-se abrangidos pelo n.^o 2.^o do artigo 90.^o da Constituição.

Nestes termos, nem a Assembleia Nacional pode conceder a autorização pedida — por nenhuma disposição constitucional o permitir — nem aquele Sr. Deputado poderá tomar parte nas sessões do conselho escolar da sua Faculdade sem incorrer na sanção estabelecida no corpo do referido artigo 90.^o da Constituição.

Lisboa e Sala das Sessões da Comissão de Legislação e Redacção, 9 de Março de 1954 — O Presidente da Comissão de Legislação e Redacção, Mário de Figueiredo.

*

Ex.mo Sr. Presidente da Assembleia Nacional. — Apresento a V. Ex.^a os meus respetos. Tenho a honra de formular uma pergunta à alta autoridade e critério de V. Ex.^a.

Sou professor catedrático universitário, como V. Ex.^a sabe. Do elenco das funções de professor catedrático, além da regência da respectiva cadeira, fazem parte atribuições complementares, que formam o complexo da sua função. Entre elas a assistência aos conselhos escolares e aos júris de exame e doutoramentos, funções essas que exigem uma certa continuidade de exercícos, cuja interrupção poderia prejudicar a cadência pedagógica e funcional dessas atribuições. No Instituto e Universidade a que pertenco vão brevemente realizar-se sessões do conselho escolar, preparatórias de concursos e doutoramentos. Estabelece o artigo 90.^o e § 2.^o da Constituição a perda de mandato para os Deputados que exerceram os seus respectivos cargos durante o funcionamento efectivo da Assembleia Nacional. A assistência e a intervenção nas sessões do conselho escolar e dos júris de exames e de concursos durante o funcionamento efectivo da Assembleia poderão fazer incorrer o Deputado na sanção prevista neste artigo?

Agradecendo antecipadamente a V. Ex.^a o alto obséquio de uma resposta, subscrevo este respetosamente.

A bem da Nação.

Lisboa, 25 de Fevereiro de 1954. — O Deputado, António Pinto de Meireles Barriga.

Sr. Presidente. — Pela sua carta de 25 de Fevereiro último o Sr. Deputado António Pinto de Meireles Barriga, alegando ser professor catedrático universitário, pergunta se, em face do artigo 90.^o, n.^o 2.^o, da Constituição, «a assistência e a intervenção nas sessões do conselho escolar e de júris de exames e de concursos, durante o funcionamento efectivo da Assembleia», importará ou não perda de mandato.

De acordo com o despacho de V. Ex.^a da mesma data, foi ouvida a Comissão de Legislação e Redacção, que emite o seguinte parecer:

O artigo 90.^o, n.^o 2.^o, da Constituição estabelece, sem excepções, o preceito de que importa perda de mandato para os membros da Assembleia Nacional exercerem os seus respectivos cargos durante o funcionamento efectivo da mesma Assembleia, se forem funcionários públicos, civis ou militares.

Tudo se resume, pois, em averiguar se a assistência às sessões do conselho escolar e a participação nos seus tra-

balhos, bem como a participação na constituição dos júris de exames e de concursos, importam ou não o exercício do respectivo cargo de professor.

Ora o Decreto n.º 18 717, de 27 de Julho de 1930, que aprovou o Estatuto da Instrução Universitária, aplicável ao Instituto Superior de Ciências Económicas e Financeiras, de que é professor aquele Sr. Deputado, dispõe, no artigo 12.º, § 1.º, que o governo das Faculdades pertence aos respectivos conselhos escolares e directores, sendo aqueles constituídos pelos respectivos professores catedráticos *em exercício*.

Por outro lado, o Decreto n.º 20 440, de 27 de Outubro de 1931, que aprovou o Regulamento do Instituto Superior de Ciências Económicas e Financeiras, dispõe, no seu artigo 72.º, n.ºs 4.º e 5.º, que compete aos professores catedráticos e extraordinários fazer parte dos júris dos exames e assistir às sessões do conselho escolar, estabelecendo ainda o artigo 84.º que para haver sessão deste conselho é preciso que esteja presente a maioria dos professores em exercício.

Dispõe finalmente o artigo 85.º do mesmo regulamento que o professor que faltar à sessão é obrigado a justificar a falta perante o director.

Em face destes preceitos expressos, não pode, pois, deixar de concluir-se que a assistência às sessões do conselho escolar e comparticipação nos seus trabalhos, bem como a participação na constituição dos júris de exames, importam o exercício de uma actividade que, necessariamente, faz parte do exercício efectivo e normal das funções de professor.

Tendo tais actos de ser assim considerados, também não poderá aquele Sr. Deputado tomar parte nas sessões do conselho escolar do Instituto de que é professor, nem fazer parte dos seus júris de exames, sem incorrer na sanção estabelecida no corpo do artigo 90.º da Constituição Política.

Quanto à participação na constituição dos júris de concursos:

O Decreto n.º 18 560, de 4 de Julho de 1930, aplicável ao Instituto Superior de Ciências Económicas e Financeiras, ao providenciar sobre a constituição dos júris de concursos para professores catedráticos e auxiliares das Faculdades Universitárias, assim como para os doutoramentos, dispõe no seu artigo 1.º que, quando houver falta de professores nas respectivas Faculdades e nas Faculdades congêneres para a constituição de tais júris, poderão estes ser completados por indivíduos de reconhecida competência, mediante proposta das mesmas Faculdades e nomeação do Ministro da Educação Nacional.

Podem, portanto, ser até pessoas estranhas aos quadros das Faculdades.

Por outro lado, o Decreto-Lei n.º 37 350, de 24 de Março de 1949 — que permite ao Ministro da Educação Na-

cional determinar a abertura de concursos perante a Direcção-Geral do Ensino Superior e das Belas-Artes para professores agregados, extraordinários ou catedráticos das Faculdades ou escolas e institutos superiores — dispõe no artigo 2.º, que o Ministro tem a faculdade de nomear os respectivos júris, estabelecendo o artigo 3.º, § 3.º, que para os completar pode o Ministro recorrer às individualidades referidas no artigo 1.º do Decreto n.º 18 560, de 4 de julho de 1930.

Nestas circunstâncias, o exercício das funções de membro de júri, por nomeação ministerial, não deverá entender-se como correspondendo ou fazendo parte do exercício normal do cargo de professor, não dando, portanto, lugar à perda do mandato por aplicação do n.º 2.º do artigo 9.º da Constituição.

Lisboa e Sala das Sessões da Comis-

são de Legislação e Redacção, 11 de Março de 1954. — O Presidente da Comissão de Legislação e Redacção, Mário de Figueiredo

Prof. Joaquim Fontes

No gabinete do enfermeiro-mor dos H. C. L., tomou posse, no dia 17, do lugar de director do Serviço de Obstetricia e Ginecologia dos mesmos Hospitais o Prof. Joaquim Fontes, que, há muito tempo, vinha exercendo aquelas funções interinamente.

O Dr. Emilio Faro, ao dar-lhe posse, dirigiu ao Prof. Joaquim Fontes palavras de elogio, que o empossado agradeceu. Ao acto assistiram numerosos colegas, bem como pessoal de enfermagem, que, no final, ofereceu ao Prof. Joaquim Fontes um ramo de flores.



QUANDO

A IDADE AVANÇA...

A diminuição das actividades vitais do organismo acarreta uma maior incidência de determinados estados mórbidos característicos das idades avançadas.

A fórmula de GERIXINA (Agentes lipotrópicos, rutina e vitaminas C, B₁, B₁₂, A e E) foi estudada de molde a assegurar o fornecimento de elementos indispensáveis à prevenção ou tratamento dessas doenças degenerativas, tendo em vista a sua aplicação em *geriatria*.

Gerixina

drageias

- ★ Como suplemento alimentar no caso de haver deficiências de aprovisionamento ou assimilação, hipovitaminoses, perturbações hepáticas ou gastrointestinais, astenia e neurastenia.
- ★ Nos casos em que haja desequilíbrio da metabolização das gorduras; infiltração gordosa do fígado; tendência para a hipercolesterinémia e arteriosclerose.
- ★ Como preventivo das hemorragias cerebrais e na profilaxia dos acidentes vasculares na diabetes. Acidentes hemorrágicos e esclerose dos vasos retinianos.
- ★ Na terapêutica da excessiva fragilidade e permeabilidade dos capilares.

MEDICAMENTOS

MICRA

AV. DA IGREJA, 18-A - LISBOA

SECÇÃO DE PROPAGANDA:

RUA DA MADALENA, 273, 1.º-ESQ. • TELEFONE 29174 • LISBOA

II CURSO DE DEONTOLOGIA MÉDICA

Com uma lição do Dr. Miller Guerra, terminou no dia 17 o II Curso de Deontologia Médica, promovido pela Juventude Universitária Católica, cujas lições foram feitas no salão nobre do novo Hospital Escolar de Lisboa.

Este Curso, inaugurado no dia 16 de Fevereiro, obedeceu ao seguinte programa: Dia 16, «Limitação da natalidade», pelo Prof. Joaquim Bastos, da Universidade do Porto; dia 18, «Inseminação artificial», pelo Prof. Carlos Santos, da Universidade de Lisboa; dia 25, «Educação da vida sexual», pelo Prof. Bruno da Costa, da Universidade de Coimbra. No corrente mês, nos dias 12 e 17, respectivamente, «Aborto terapêutico», pelo Dr. Ibérico Nogueira; e «A psicanálise e a personalidade», pelo Dr. Miller Guerra.

Perante numerosa assistência, que enchia por completo o amplo anfiteatro do Hospital-Faculdade, o Prof. Toscano Rico, Director da Faculdade de Medicina de Lisboa, fez a apresentação do Prof. Joaquim Bastos, que, daí a momentos iria fazer a lição inaugural deste curso, como dizemos acima, no dia 16 de Fevereiro. O Prof. Toscano Rico, ao fazer a apresentação do conferencista, justificou a realização deste curso, dizendo, a propósito, que a classe médica é a que mais necessita de uma sólida preparação moral. Congratulou-se com o facto de a primeira conferência do curso ser também a primeira que se realizava naquele local e agradeceu ao conferencista ter aceite o convite para vir falar de assunto tão actual como é o escolhido para tema da conferência que ia iniciar-se.

O Prof. Joaquim Bastos, depois de agradecer terem-lhe permitido a honra de ali vir falar, entrou no tema do seu valioso trabalho: «Limitação da Natalidade». Começou por afirmar que o problema da natalidade preocupa os sociólogos de quase todo o Mundo e que também em Portugal, como em muitos outros países civilizados. Há que assinalar no nosso país — disse — uma diferença entre o Norte e o Sul, com merecido louvor para o bom povo trabalhador das províncias do Minho e do Douro.

Depois, e sucessivamente, o conferencista abordou os vários capítulos do problema, como sejam a «Actualidade do problema», o «Amor sentimento e amor carnal», «Fins primários do casamento», «Práticas anticoncepcionais», «Argumentos de ordem médica, eugénica, económica e moral», «Problemas de ordem religiosa» e «Limitação da natalidade à luz da moral católica». O orador demorou-se na análise e crítica de várias teorias, com tendência à limitação da natalidade, desde Malthus ao Birth Control, antepondo-lhe a doutrina da Igreja pela voz dos seus Pontífices. E, a propósito, citou o exemplo da Rússia, que, tendo legalizado as práticas de limitação da natalidade, se viu forçada a pôr termo a esse estado

de coisas para considerar, como hoje considera, de criminosas.

O Prof. Joaquim Bastos, que afirmou ter falado como médico, como homem e como marido, ouviu, no final da sua lição, calorosa ovação.

No dia 18, o anfiteatro do Hospital-Faculdade voltou a ser pequeno, para conter a numerosíssima assistência à segunda lição do Curso de Deontologia Médica. O orador, Prof. Carlos Santos, que versou o sugestivo tema «Inseminação Artificial», começou por definir o que se entende por inseminação artificial, mostrando o processo que se tem empregado para obter variedades determinadas em plantas, para realizar cruzamentos em certas condições nos animais e, finalmente, para permitir às mulheres que desejem ter filhos o conseguirem o seu desiderato. Ocupou-se, depois, da reacção da maior parte dos homens perante essas práticas e descreveu a repulsa crescente que, instintivamente, sentimos à medida que o método passa da planta para o animal e depois ao homem. Prosseguindo, comparou as atitudes paralelas, em relação à morte da planta, do animal e do homem, e analisou os motivos que, em certos meios, têm feito decair o sentimento espontâneo da repulsa perante a prática da inseminação artificial, e, por último, procurou mostrar como, por via do raciocínio, se pode chegar a compreender o que há de profundamente errado na inseminação artificial para a espécie humana, método que se repudiou inteiramente.

O mesmo interesse das anteriores despertou a terceira lição, efectuada no dia 25, em que o Prof. Bruno da Costa, apresentado, em termos muito elogiosos, pelo Director da Faculdade de Lisboa, abordando o tema «Educação da vida sexual», começou por definir os instintos como elementos formativos da personalidade humana, falando, a propósito da doutrina pan-sexualista de Freud, a cujas bases se referiu, para depois mostrar a sua inconsistência. Estudou a seguir a diferenciação de sexualidade no género humano e a evolução do instinto sexual no decurso da vida de cada homem, mostrando o seu valor para compreender o que vale o instinto no seu início, e a sua maturidade.

A terminar, abordou os capítulos «Educação da sexualidade» «Educação para a sexualidade», fazendo a defesa destes dois tipos educativos e falando da sua aplicação aos jovens rapazes e raparigas. As últimas palavras do conferencista foram abafadas por uma estrondosa salva de palmas.

Apresentado, também, pelo Prof. Toscano Rico, o Dr. Ibérico Nogueira fez a penúltima lição do Curso, versando o tema «Aborto terapêutico», que, como as anteriores, levou ao Hospital-Faculdade extraordinária concorrência de ouvintes. Tendo feito uma lição, segundo a sua própria declaração, essencialmente técnica, o orador abor-

dou, primeiro, o dilema antigo: «a mãe ou o filho?», para referir as várias situações patológicas criadas por alguns estados de natalidade e para afirmar que as modernas aquisições da medicina permitem condenar a atitude intervencionista. Referiu-se, depois, a vários «problemas científicos e morais da gravidez ectópica», e terminou por afirmar: — Não podemos escolher: estamos empenhados em salvar não só a mãe, mas também o filho.

Com o mesmo brilho das anteriores, efectuou-se no dia 17 a última lição deste Curso, da qual se ocupou, como constava do programa, o Dr. Miller Guerra, que falou de «Psicanálise e personalidade».

Começou por historiar a origem e o desenvolvimento da psicanálise, acentuando a situação histórica e cultural do fim do século XIX, e fazendo sobressair as tendências positivistas da Medicina, que fizeram do homem um ser puramente corporal, e da consciência um epifenómeno. Expôs, sumariamente, a teoria de Freud, criticando os conceitos capitais da construção freudiana, e, a seguir, mostrou que a psicanálise é na intenção do seu autor, não só uma doutrina médica, mas uma teoria antropológica que pretende explicar o homem e a vida. Criticou, depois, os falsos dogmas psicanalíticos sobre a personalidade, que conduzem ao naturalismo ético e ignoram a verdadeira contextura do ser humano e, mais adiante, separou o método terapêutico da teoria freudiana, afirmando que a psicanálise é apenas «um» dos métodos de tratamento das neuroses, e mostrando com dados objectivos, que os resultados do tratamento analítico são equivalentes aos que se obtêm por outros métodos.

O Dr. Miller Guerra terminou a sua conferência esboçando o panorama das correntes actuais da Medicina, que tendem a considerar o Homem, na totalidade, como um composto indissolúvel de alma e corpo que, na saúde e na doença, se comporta unitariamente.

No final, falou o sr. Armando Sales Luís, aluno da Faculdade de Medicina e presidente da respectiva secção da J. V. C., que disse dos motivos que levaram à realização deste curso e agradeceu ao Director da Faculdade, aos mestres da mesma, aos conferencistas e aos numerosos ouvintes de todas as lições, a valiosa colaboração que lhes deram.

*

A quando da sua lição e no final desta, o Prof. Carlos Santos, aproveitando o estar a falar no novo Hospital-Faculdade, lançou a ideia de este estabelecimento ter a designação de um santo, propondo que, por estarmos no Ano Mariano, se chame Hospital de Santa Maria e que no vasto recinto da sua entrada seja erigida uma estátua daquela invocação. A numerosa assistência associou-se à ideia com calorosíssima salva de palmas.

V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 4 a 10 de Abril)

Dia 4 — Reabre em S. Mamede de Infesta, arredores do Porto, a Casa-Museu Abel Salazar, depois de ter passado por várias obras. Na sessão comemorativa do acontecimento discursa o Dr. Fernando Namora.

5 — Inaugura-se, em Lisboa, o X Congresso da Sociedade Latina de Oto-Rino-Laringologia. Preside o Chefe do Estado, com a presença na mesa dos Ministros do Interior e Subsecretário da Educação Nacional. O Prof. Carlos Larroudê, que preside ao Congresso, profere o discurso inaugural. Usa, a seguir, da palavra o Director da Faculdade de Medicina de Lisboa, Prof. Toscano Rico. Discursam depois os representantes nacionais dos médicos presentes de diferentes países.

6 — No Casino do Estoril, iniciam-se as sessões científicas do Congresso de Oto-Rino-Laringologia. A primeira sessão realiza-se de manhã, presidindo o Dr. Alberto de Mendonça, presidente de honra do Congresso. Este, por sua vez, confere a presidência ao representante do Brasil, Dr. David de Sousa.

A segunda sessão realiza-se à tarde. Preside o Dr. Larroudê.

A seu tempo «O Médico» dará, com o devido destaque, notícia pormenorizada do Congresso.

Sob a presidência do Dr. Adelino Padesca, ladeado pelos Drs. Joaquim Martins e Ivaldo Fonseca, realiza-se, à noite, mais uma sessão científica na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa.

O Dr. Arnaldo Sampaio trata duma comunicação sua e da sua colega Dr.^a Noémia Ferreira, referente ao tratamento da sífilis recente pela Pam, em que apresenta o resultado do tratamento pela Pam em 181 doentes, e conclui pela sua eficácia e facilidade no tratamento e aconselha o seu uso em todos os serviços públicos onde se trata essa doença.

No debate tomam parte entre outros os Drs. Tito Noronha, Gomes de Oliveira, Sá Penela, Noron Brandão e Mac Brid. A Dr.^a Adriana de Figueiredo descreve um novo tipo de Salmonella, cuja análise antigénica mostra pertencer ao grupo I e propõe o nome de Salmonella Lisboa, em homenagem ao nome da cidade onde pela primeira vez foi identificada.

7 — Comemora-se o Dia Mundial de Saúde. No Porto, é o Hospital de Santo

António que cede as suas salas, para o efeito. A sessão a que preside o provedor da Misericórdia, Prof. Luís de Pina, faz-se representar o Ministro do Interior pelo Dr. Braga da Cruz, chefe do distrito. Discursam os Drs. Miranda Mendes, como presidente da direcção administrativa do Hospital, Frazão Nazareth, como director da Escola de Enfermagem, Casimiro de Azevedo, na qualidade de professor da Escola e o enfermeiro Oliveira e Silva. Por fim, o Provedor, que indica o nome de Ana Guedes da Costa para completar o da Escola de Enfermagem.

Em Lisboa, as comemorações constam de uma Exposição Bibliográfica da Enfermeira em Portugal e no Mundo, organizada pelo Prof. Costa Sacadura, secretário geral da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa. A exposição é inaugurada na Maternidade de Alfredo da Costa, realizando-se na mesma ocasião um sessão solene no anfiteatro da Maternidade. Preside o Dr. Augusto Travassos, director geral de Saúde, ladeado pelos Drs. Francisco Genil, Agostinho Pires, director geral da Assistência, Tovar Faro, enfermeiro-mor, e Dr.^a Maria Luísa Vanzeller. O Prof. Costa Sacadura profere a sua conferência intitulada «A enfermagem — Missão espiritual pela dor do próximo».

Continuam no Estoril os trabalhos do Congresso de Oto-Rino-Laringologia, realizando-se à tarde a sessão de encerramento das comunicações científicas.

8 — No Porto, realiza-se a 9.^a reunião científica da Faculdade de Medicina com o seguinte programa:

«Sobre a confusão entre raquitismo e algumas distrofias congénitas», pelo Dr. Ayres Pereira; «Novas observações de epitelioma mumificado ou calcificado da pele tumor de Melherbe», pelo Dr. Amândio Sampaio Tavares; «Capilares do fígado pelo Prof. Dr. Melo Adrião».

7 — No Ateneu de Coimbra, o Dr. Carlos Gonçalves realiza uma conferência sobre «A história da tuberculose».

O Sanatório Presidente Carmona, de Paredes de Coura, é entregue pelos Caminhos de Ferro do Estado ao Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

Recebe-o o Delegado no Norte do I.A. N.T., Dr. Mário Cardoso, que ao agradecer foca a obra do Governo e refere-se ao sentido objectivo de combater um mal que tantos prejuízos tem causado nos valores humanos. Entretanto, assegura que aquele Sanatório virá a ter o rendimento que honre os esforços dos que o viram erguer-se.

É contratado o Dr. Eridiano Go-

mes de Abreu como advogado consultor dos Hospitais Cívis de Lisboa.

10 — O Dr. Frazão Nazareth discursa, em Lisboa e na Maternidade do Dr. Alfredo da Costa, sobre «Responsabilidade da enfermagem no dia de hoje».

Estrangeiro

Em notícia da Cidade do Vaticano, do passado dia 5 do corrente, as agências informativas dizem que S.S. Pio XII, em mensagem aos Congressistas de Radiologia, Diz-lhes que a acção curativa deve incidir ao mesmo tempo no corpo e na alma, tal como o fez Jesus Cristo, pois que «o sentido de um destino humano não se limita ao usufruto ou à recuperação de uma saúde perecível: amplia-se infinitamente até às realidades inefáveis do Além».

A G E N D A

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para o provimento, por contrato, dos lugares de médicos oftalmologista e leprólogo do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província da Guiné.

Para habilitação ao provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso de Elvas.

Para o provimento de um lugar de médico-cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da Província de S. Tomé e Príncipe.

Para o provimento de dois lugares de assistentes de obstetria e ginecologia, três de assistentes de ortopedia e fracturas, um de assistente de estomatologia, dois de assistentes médicos de fisiologia e um de assistente cirurgião de fisiologia dos Hospitais Cívis de Lisboa.

Estrangeiro

Em Paris, na Maison de la Chimie, realizam-se de 21 a 25 de Abril as Jornadas Médicas da França e da União francesa. O secretariado é na rue Pierre Geofrois, 12-Colombes (Seine).

Em Aix-les-Bains e em Chambéry, realizam-se de 7 a 9 de Maio as Jornadas Ortopédicas. O secretariado cabe ao Dr. Lance, 16 Rue de Phalsbourg, Paris.

Também em Aix-les-Bains, de 9 a 16 de Maio, realiza-se a 6.^a Semana da Conferência de Reumatologia.

O ANTI-REUMÁTICO DE GRANDE ESPECTRO TERAPÉUTICO

POLIARTRINE

DRAGEIAS

(Fenilbutazona + o-Oxibenzoilamida + Vitamina B₁)

OS RESULTADOS TERAPÉUTICOS COM A POLIARTRINE VERIFICAM-SE ANTES DE SE ATINGIR A DOSE EM QUE, VULGARMENTE, APARECEM AS REACÇÕES SECUNDÁRIAS DA FENILBUTAZONA

★

LABORATÓRIO FIDELIS

— Ainda em Aix-les-Bains, a 16 de Maio, realiza-se a 24.ª Reunião científica anual da Sociedade Médica de Aix-les-Bains (consagrada à doença post-traumática). Secretariado: Dr. Rozier, place du Revard. Aix-les-Bains.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 1-4-54 a 7-4-54)

2-4

Dr. António Cavaco Catita — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de Assistente do Instituto Português de Oncologia com o de interno do internato complementar dos Serviços Gerais de Clínica Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. João Manuel Basto Monteiro de Sacadura — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de assistente do Instituto Português de Oncologia com o de interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Silvano dos Santos Marques, médico civil, contratado para a prestação de serviços clínicos no regimento de Lançamentos n.º 1, Depósito Disciplinar e Forte da Graça — rescindido o respectivo contrato a partir de 1 de Março findo.

3-4

Dr. Alvaro Serra Negrão — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de médico do Dispensário Policlínico Central da Junta de Província da Estremadura com o de director do Dispensário Dr. D. António de Lencastre, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— Dr. Joaquim Luís Malfeito Monteiro — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de director do Dispensário Antituberculoso de Santarém, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, com o de médico do Comando da Polícia de Segurança Pública da mesma cidade.

— Dr. Eugénio Mac-Bride Fernandes — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de médico assistente do Dispensário Antituberculoso D. Amélia, dependente do Instituto de Assistência aos Tuberculosos, com o de director do serviço geral de clínica médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

5-4

Drs. Armando de Oliveira Duarte e António Ferreira Cabral de Barbosa Campelo de Lozada — nomeados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato complementar dos Serviços Gerais de Clínica Cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Luís Bravo de Sousa Uva — nomeado, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica.

— Dr. Francisco Gentil da Silva Martins — nomeado precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Rui Manuel Gomes Rosa Valentim Lourenço — nomeado, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Tito Serra Simões, primeiro-tenente médico — mandado passar à situação de comissão ordinária (Estatuto dos Oficiais da Armada), ficando supranumerário ao respectivo quadro aguardando vacatura.

— Dr. Dinis Ferreira Marques — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português e colocado em Angola, na vaga resultante da promoção à 1.ª classe da Dr.ª Elvira da Conceição Pinto da Fonseca Correia Teles.

— Dr. Alberto Sampaio — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português e colocado em Angola, na vaga resultante da promoção à 1.ª classe do Dr. Amadeu Pinto dos Santos Veloso.

— Dr. Francisco Flondósio Baptista Correia — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português e colocado em Angola, na vaga resultante da promoção à 1.ª classe do Dr. Filipe Neri Floriano Álvares.

— Dr. Manuel Joaquim Antunes Moreira — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português e colocado em Moçambique, na vaga resultante da promoção à 1.ª classe do Dr. João Augusto Ribeiro.

— Dr.ª Beatriz Berta de Sousa, médica de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português, colocada em Moçambique — promovida à classe imediata, ficando colocada na mesma Província, indo ocupar a vaga resultante da promoção a médico inspector do Dr. Albino Gonçalves Castanheira.

— Dr. João Augusto Ribeiro, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português, colocado em Moçambique — promovido à classe imediata e colocado em Angola, na vaga resultante da passagem ao quadro complementar de cirurgiões especialistas do Dr. Bernardino de Jesus Lavrador Ribeiro.

— Dr. Filipe Neri Floriano Álvares, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português, colocado em Angola — promovido à classe imediata, ficando colocado na mesma Província, indo ocupar a vaga resultante da passagem ao quadro complementar de cirurgiões e especialistas do Dr. Isaac Salomão Levi.

— Dr. Alfredo Manuel Amaral Nogueira, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português — transferido, por conveniência de serviço, da Província de S. Tomé e Príncipe para a de Moçambique, indo ocupar a vaga resultante da promoção à 1.ª classe da Dr.ª Beatriz Berta de Sousa.

— Dr. José Alberto Milheiro da Costa — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português e colocado em Angola, na vaga resultante da passagem ao quadro complementar de cirurgiões especialistas do Dr. António Henrique Abrantes do Amaral.

— Dr. Amadeu Pinto dos Santos Veloso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português, colocado em Angola — promovido à classe imediata, ficando colocado na mesma Província, indo ocupar a vaga resultante da passagem ao quadro complementar de cirurgiões especialistas do Dr. Valdemar Gomes Teixeira.

Dr. Albino Aroso Ramos

Seguiu para Inglaterra o Dr. Albino Aroso Ramos, 1.º assistente do Dispensário de Higiene Social do Porto, a quem foi atribuída uma bolsa de estudo pela Organização Mundial da Saúde. Depois da Inglaterra, o Dr. Albino Aroso Ramos vai estagiar, também, na Holanda, Alemanha e Suécia.

Partidas e Chegadas

Prof. Vítor Fontes

Partiu para o Brasil o Prof. Vítor Fontes, que, a convite do director dos Serviços de Doenças Mentais, do Brasil, fará, no Rio de Janeiro, um curso sobre psiquiatria infantil. Convidado pela Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, deslocar-se-á, também, àquela cidade, para outra série de conferências. O Prof. Vítor Fontes irá, ainda, a S. Paulo, onde também proferirá algumas conferências.

Prof. A. Celestino da Costa

Partiu para a Alemanha e Itália o Prof. A. Celestino da Costa, que vai tomar parte em dois congressos de anatomia, que se realizam em Munster e em Génova, e nos quais apresentará duas comunicações sobre «Histologia».

Dr. Fernandes Cruz

Partiu para a Alemanha o Dr. José de Almeida Fernandes Cruz, que vai estagiar na clínica maxilo-facial de Hamburgo.

Dr. José Travaços Valdês

Partiu para Londres o Dr. José Ottolini Travaços Valdês, que, naquela cidade, vai frequentar um Curso de Aperfeiçoamento de Anestesia, organizado pelo British Council.

Dr. Castro Soares

Para Itália e Alemanha, partiu o Dr. Castro Soares, Inspector de Saúde de Lisboa, que, como bolsheiro do Instituto de Alta Cultura, visitará os serviços da organização sanitária daqueles dois países, no que será acompanhado de técnicos de administração sanitária da Europa.

A Família Médica

Nascimentos

Na Maternidade Bensaúde, foi submetida a uma delicada intervenção cirúrgica a Dr.ª D. Maria Eugénia Jacome de Castro Rodrigues, assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa. Mãe e filho encontram-se bem.

FALECIMENTOS

Capitão Francisco Galvão Mendes

Faleceu o Capitão Francisco de Sales Galvão Mendes, pai do Dr. Carlos Mendes (de S. Domingos da Serra — Santiago de Cáceres), a quem enviamos sentidos pêsames.

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. Yaz 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 (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padasca, Alcu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitirocomatosa do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), 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 — 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

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 gr.

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 gr.

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 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

