

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 106
10 de Setembro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

O ANTISSEPTICO DE ELEIÇÃO DAS VIAS URINÁRIAS



PYRIDACIL

(cloridrato 3 - fenilazo - 2,6 - diaminopiridina)

- CONTRA A INFLAMAÇÃO
- BACTERICIDA E BACTERIOSTÁTICO
- ANESTÉSICO

Não provoca complicações renais, sendo particularmente indicado em afecções crónicas.

Em casos graves, a sua acção pode ser reforçada pela associação com:

BILAMIDE-CILAG — em infecções rebeldes devidas ao colibacilo

DIAZIL — em casos de resistência ao tratamento



CILAG, - S. A. - SCHAFFHOUSE - SUÍÇA

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

SUMÁRIO

	Pág.
L. A. DUARTE-SANTOS e MATEUS NEVES — <i>Desarticulação óssea traumática seguida de penetração intra-craniana de corpo estranho</i>	753
IGNÁCIO DE SALCEDO e M. P. HARGREAVES — <i>Alguns aspectos da função supra-renal na diabetes melitus</i>	757
MÁRIO DAMAS MORA — <i>O valor do A. C. T. H. no tratamento de certas doenças alérgicas</i>	758
MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS</i> — <i>A doença tromboembólica</i>	765
<i>Resumos da Imprensa Jugoslava</i>	768

SUPLEMENTO

	Pág.
<i>Intermezzo</i> — Joaquim Pacheco Neves	711
<i>Os desportos nas Universidades</i> — M. da Silva Leal	712
<i>Ecos e Comentários</i>	714
<i>Verdade e mentira no exercício da Medicina</i> — Almeida Garrett ...	715
<i>Reunião do Curso da Faculdade de Medicina do Porto de 1908-1913</i>	720
<i>Noticiário diverso</i>	



GLUTAVICAL

POR COMPRIMIDO:

Acido Glutâmico	0,5 gr
Fosfato bicálcico	0,05 gr
Cloridrato de tiamina	0,001 gr

**ATRASOS MENTAIS E DEFICIÊNCIAS PSÍQUICAS DE CRIANÇAS
E ADOLESCENTES**

EPILEPSIA (PEQUENO MAL)

ANTICONVULSANTE

NOS PERÍODOS DE INTENSO TRABALHO INTELECTUAL



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DO PORTO
(Director: Prof. Doutor Francisco Coimbra)

Desarticulação óssea traumática seguida de penetração intra-craniana de corpo estranho

L. A. DUARTE-SANTOS

(Primeiro Assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra e Equiparado a Bolseiro do I. A. C. para estudos de Medicina Legal)

MATEUS NEVES

(Segundo Assistente da Faculdade de Medicina do Porto)

É lugar comum referirmo-nos às surpresas de autópsia e afirmarmos que só esta esclarece o porquê de muitas situações. Todos os dias, factos novos demonstram que não era possível evitar o cair-se em tal lugar comum.

O caso que vamos apresentar é o de outra surpresa de autópsia e que esclarece o mecanismo duma morte ocorrida três dias depois de violento traumatismo craniano. Acresce que não encontramos, na literatura médica consultada, descrição de caso em idênticas circunstâncias, nem mesmo, em si próprio semelhante.

Um rapazito de seis anos de idade A. F. S., foi atropelado em Montalegre, Famalicão, por um veículo e logo internado, no Hospital Geral de Santo António, com «feridas contusas com grande descolamento nas regiões temporal e parietal esquerdas e na hemiface e orelha direitas; estado de choque e possíveis lesões internas» e três dias depois falecia. O cadáver recolheu ao Instituto de Medicina Legal, a fim de ser autopsiado.

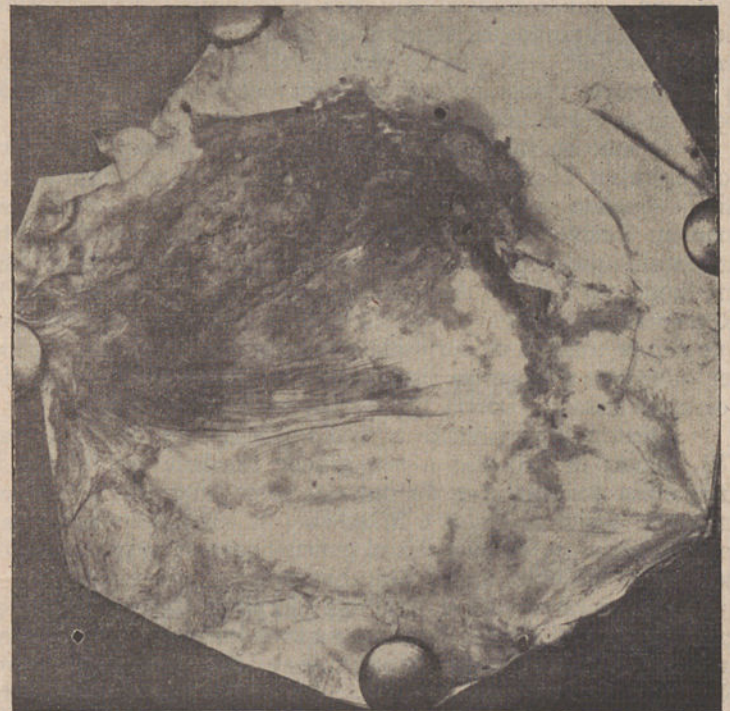
Na autópsia verificou-se que a cabeça e face vinham envolvidas por penso constituído por atadura de algodão, algodão hidrófilo e gaze e levantado este via-se: «ferida contusa, curvilínea, de concavidade inferior, medindo vinte e oito centímetros de comprimento, suturada com vinte e três pontos de crina, estendendo-se ao longo da região parietal correspondente, desde a parte infero-externa da metade esquerda do frontal até à parte superior da metade esquerda da região occipital; ferida contusa, em ângulo recto, de abertura posterior, medindo, no total, onze centímetros de comprimento, suturada com catorze pontos de crina, situada na hemiface direita e estendendo-se desde a parte esquerda do lábio superior, que interessa em toda a espessura até à parte supero-externa da região malar correspondente; ferida contusa, vertical, de dois centímetros de comprimento, suturada com dois pontos de crina, situada na parte inferior do pavilhão da orelha direita; equimose das pálpebras direitas; múltiplas escoriações lineares, verticais, dispersas pela hemiface esquerda».

Ao exame do hábito interno notou-se equimose do couro cabeludo, ocupando a metade esquerda da região frontal e a região parietal do mesmo lado; infiltração sanguínea do músculo temporal esquerdo e *desarticulação occipito-parietal e occipito-temporal esquerdas e junto desta última zona de desarticulação, entre o plano ósseo e a dura-mater, encontrou-se uma pequena porção de terra* (Fig.). Um exsudato fibrinoso da face externa da dura-mater aprisionava os pequenos grãos de areia, como que encastoando-os na própria meninge, de que eram contudo destacáveis com uma pinça. As meninges, nesta zona, apresentavam exsudato purulento, em pequena quantidade e alguns focos hemorrágicos. O exame bacteriológico deste exsudato revelou a presença de raros núcleos de polinucleares, células meníngeas, fibrina, raros bastonetes de topos arredondados e raros cocos isolados, negativos ao Gram. No encéfalo só congestão intensa

e edema moderado. Como outros factos dignos de registo citamos a congestão muito intensa e o edema abundante a nível dos pulmões, observados macroscópicamente e confirmados histologicamente.

Nas conclusões do relatório pericial lê-se: 1.ª — A morte de A. F. S. foi devida a meningite purulenta que sobreveio como complicação das lesões traumáticas do crânio atrás referidas; 2.ª — Estas resultaram de violento traumatismo tal como o que pode ser devido a atropelamento por veículo pesado.

Trata-se, portanto, da inclusão intra-craniana de areia, por se ter produzido ampla ferida contusa do couro cabeludo e desar-



Retalho da dura-mater com alvéolos resultantes da incrustação do corpo estranho

articulação dos ossos do crânio, em consequência de traumatismo violento, numa criança de 6 anos de idade. A localização dos ferimentos da cabeça — zona temporo-parieto-occipital esquerda e região malar e auricular direitas — permite supor que as forças lesionantes actuaram como que comprimindo a cabeça entre dois planos rígidos — veículo na face e solo no crânio — de que resultou a desarticulação e a possibilidade de penetração da terra na cavidade craniana.

A elasticidade óssea, por todos reconhecida, ainda que segundo Bruns — cit. por Merkel (1) — ela possa ser rela-

tivamente pequena nas crianças, levou imediatamente os ossos à sua primitiva posição. Quando foi feita a «limpeza» cirúrgica, reconhecida pelo operador com toda a segurança a não existência de fractura, ninguém iria supor que tal desarticulação se tivesse dado e sobretudo tivesse deixado passar o corpo estranho que vitimaria o atropelado.

Em contraste com o que sucede em relação às fracturas cranianas, é muito pobre a literatura anatómica, cirúrgica e médico-legal acerca de desarticulações dos ossos do crânio e é mesmo omissa, tanto quanto as nossas pesquisas no-lo permitem afirmar, relativamente à entrada de corpos estranhos na cavidade craniana através duma desarticulação dos ossos do crânio. De facto, estão bem estudadas, mesmo em obras de Medicina Legal consideradas clássicas, como os trabalhos de Hofmann (2), Maschka (3), Thoinot (4), as fracturas do crânio em seus diversos tipos e mecanismos de produção, além, é evidente, do seu estudo médico-legal. Essas mesmas obras referem-se à possibilidade de se encontrar, entre os bordos do osso fracturado, ou mesmo dentro do crânio, corpos estranhos e discutem o mecanismo dessa penetração, ao mesmo tempo que salientam o seu possível valor médico-legal. E tão bem o fazem que nada de novo afinal aparece em obras muito mais recentes e completas como a Medicina Legal de Carrara e colaboradores (5).

São as observações de encravamento nos lábios da fractura ou de penetração intra-craniana de corpos estranhos, que mais se aproximam do nosso caso.

Refere-se, mais frequentemente, como exemplo da natureza desses corpos, cabelos, mas Maschka (loc. cit.) menciona também pequenas porções de feltro de chapéu. Há ainda, a curiosa observação de Hofmann (loc. cit.) em que um retalho da dura-mater foi pinçado entre os bordos da fractura. Compreende-se que devem ser raras as observações deste género, dizendo Strassmann (6) só conhecer a citada de Hofmann e uma pessoal.

Quanto ao mecanismo de encravamento ou penetração destes vários corpos estranhos, admite-se que, após o traumatismo gerador da fractura, o crânio retoma a sua forma, em virtude da elasticidade, ficando esses corpos aprisionados ou retidos. Há quem admita (Bruns) — cit. em Hofmann (2) — que é necessário um segundo traumatismo para se produzir o encravamento de corpos estranhos nos bordos do osso fracturado. Para Hofmann (loc. cit.), só poderá resultar tal encravamento quando o instrumento vulnerante seja mais ou menos anguloso, sem que para tal se torne necessário um segundo traumatismo.

Quanto ao valor médico-legal do conhecimento destes factos, escreveu Thoinot (4) que ele é grande nas exumações tardias — quando já só os ossos, desnudados das partes moles, se mantêm intactos — visto traduzirem que a fractura foi feita enquanto aquelas partes moles suprajacentes existiam. Do mesmo modo, no Tratado de Medicina Legal de Carrara (loc. cit.), Romanese, que redigiu o capítulo onde se estuda este assunto, diz que não se trata só de curiosidade traumatológica, mas que pode ter valor para provar que ainda estava recoberto o crânio quando foi traumatizado (Borri) (7) e para excluir a calvice.

Quanto propriamente à desarticulação dos ossos, Testut (8), depois de salientar a sua grande raridade em relação à frequência das fracturas, diz que elas só se produzem com traumatismos muito violentos e Maschka (loc. cit.), abundando nas mesmas ideias, refere que elas só podem aparecer na precipitação, no choque violento contra pranchas pesadas, máquinas, etc., e que só muito raramente se observam com traumatismos pequenos, havendo para tal a força de actuar na zona limitrofe da respectiva articulação. Nós mesmos acabamos de verificar um caso de completa desarticulação da sutura interparietal, a que se seguia até fractura do frontal prolongando essa desarticulação e que resultou de queda do individuo com projecção, ao descer dum eléctrico batendo no solo com a parte posterior da cabeça.

Nas circunstâncias apontadas por Maschka a desarticulação é acompanhada, como se compreende, por fracturas e lesões cerebrais graves, enquanto que na observação que apresentamos há desarticulação sem fracturas e sem lesões cerebrais aparentes. Além disso, só neste nosso caso houve penetração de corpos estranhos, o que lhe confere interesse clínico e médico-legal que nos decidiu a relatá-lo. São evidentes um e outro, mas não queremos deixar de acentuar, sob o ponto de vista médico-legal, que o conhecimento deste caso, além de, durante uma necropsia, desfazer qualquer embaraço interpretativo da presença deste ou de outros corpos estranhos dentro de um crânio aparentemente

íntegro, pode, nos casos de exumação, realizada enquanto a dura-mater se encontrar relativamente intacta, permitir afastar a hipótese de que a entrada de corpos estranhos para o espaço compreendido entre essa e o plano ósseo tivesse resultado, forçosamente, de qualquer traumatismo praticado durante o trabalho de exumação.

RESUMO

Os A.A. apresentam um caso, em criança de 6 anos, de desarticulação parieto-temporo-occipital traumática, desacompanhada de fracturas e lesões encefálicas, que permitiu a inclusão de grãos de terra na dura-mater e consequente meningite purulenta mortal.

Como os ossos retomaram a sua posição inicial, o cirurgião não pôde suspeitar desta penetração intra-craniana, que constituiu surpresa de autópsia. Médico-legalmente parece-lhes que tão extraordinária observação poderá facilitar a interpretação de outros casos que, fortuitamente, surjam na prática pericial.

RÉSUMÉ

Les A.A. présentent un cas, chez un garçon de six ans, de desarticulation parieto-temporo-occipital traumatique, sans fracture et sans lésions encéphaliques, qui a permis l'inclusion des grains de sable dans la dure-mère suivie de meningite purulente mortelle.

Comme les os ont repris sa position primitive, le chirurgien n'a pas pu suspecter de cette pénétration intracranienne, ce qui a occasioné une surprise d'autopsie. Les A.A. sont aussi d'opinion que une si extraordinaire observation pourra faciliter l'interprétation d'autres cas pareilles qui, fortuitement, puissent surgir dans une expertise médico-légale.

SUMMARY

The A.A. present a case, in reference to a six years old child, of parieto-temporo-occipital desarticulation, without encephalic fractures and lesions, which permitted the inclusion of earth grains in the dura-mater and was the cause of the consequent, purulent deadly meningitis.

As the bones took their original position, the surgeon was unable to suspect the existence of this intracranial infiltration, which was great surprise at the autopsy. As far as the medico-legal point of view is concerned, the authors believe that such an extraordinary observation will make easier the interpretation of other cases, which may occur in the practice of a medical expert.

ZUSAMENFASSUNG

Die Verfasser zeigen einen Fall von einem sechsjährigen Kinde, von parieto-temporo-occipitalis traumatischer Disarticulation ohne Gehirnfraктuren und Verletzungen, vor, welche die Einschliessung Erdkörner in die Dura-Mater erlaubte und die folgende tödliche eitrige Gehirnhautentzündung verursachte.

Da die Knochen ihre ursprüngliche Stellung wiedernahmen, konnte der Chirurg diese innerhalb des Schädels stehende Infiltration, welche die Autopsie so sehr überraschte, nicht vermuten. Was die gerichtlichen Medicin betrifft, glauben die Verfasser, dass eine so ausserordentliche Beobachtung die Auslegung anderer Fälle, die in der fachmännischen Praxis erscheinen mögen, erleichtern wird.

BIBLIOGRAFIA

- (1) *Merkel (Fr.)* — Trattato di Anatomia Topografica — Trad. de Giuseppe Sperino — Turim, 1901.
- (2) *Hofmann (E.)* — Nouveaux éléments de Médecine Légale — Trad. de Emmanuel Lévy — Paris, 1881.
- (3) *Maschka (J.)* — Handbuch der Gerichtlichen Medicin — Tubinga, 1881 ou tradução de A. Raffaele e M. Meyer — Nápoles, 1893.
- (4) *Thoinot (L.)* — Précis de Médecine Légale — Paris, 1913.
- (5) *Carrara (Mário)* — Medicina Legal — Turim, 1937.
- (6) *Strassmann (Fritz)* — Manuale di Medicina Legale — Trad. Mario Carrara, Turim, 1901.
- (7) *Borri (Lorenzo)* — Trattato di Medicina Legale — Milão, 1924.
- (8) *Testut (L.) e Jacob (O.)* — Traité d'Anatomie Topographique — 5.ª Ed., Paris, 1931.

ENTEROBIÓTICO

Antibiótico-sulfamidoterápia associada para tratamento entérico

COMPOSIÇÃO

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,015 Grs.
Bacitracina	600 U. I.
Sulfato de Neomicina	0,0075 Grs.
Ftalilsulfacetimida	0,500 Grs.
Excipiente q. b. p.	1 comprimido

Em virtude de nenhum dos componentes do Enterobiótico ser absorvível pela corrente sanguínea em extensão apreciável, permite que seja utilizado em doses maciças sem qualquer perigo de efeitos tóxicos.

APRESENTAÇÃO

Tubo de 20 comprimidos **Esc. 42\$00**



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 Masmalhães, 32-1.º—Telef. 4556



ANTISACER

SIMPLES E COMPOSTO

Amostras e literaturas à disposição
da Excelentíssima Classe Médica

Alguns aspectos da função supra-renal na diabetes melitus ⁽¹⁾

IGNACIO DE SALCEDO

(Assistente do Serviço de Endocrinologia da F. M. Porto
Bolsheiro do Instituto de Alta Cultura)

e

M. P. HARGREAVES

(Assistente do Serviço de Endocrinologia da F. M. Porto)

O estudo da função supra-renal pela eliminação urinária de 17-cetoesteróides é do maior interesse na diabetes melitus humana, pois esta doença de polimorfismo tão variado apresenta facetas metabólico-endócrinas que justificam a investigação da cetosteroidúria como índice da participação supra-renal na sua patogenia. Não duvidamos que a investigação parcelar do síndrome possa conduzir a uma síntese mais completa, e, se abordamos um aspecto das relações entre diabetes e córtex suprarrenal, é porque tanto os factos clínicos como experimentais induzem a admitir uma participação, de modo algum secundária, das hormonas corticais na patogenia da diabetes do homem.

Não esqueçamos que síndromas supra-renais em indivíduos sem diabetes prévia, se acompanham de estados diabéticos variáveis, como por exemplo no síndrome de Cushing, em alguns tumores corticais, e, com um duplo interesse experimental e patogénico, na simples terapêutica pela ACTH ou cortisona quando se obtém uma hiperestimulação ou substituição cortical.

Não nos surpreende, portanto, que nos últimos meses surgesse como novo método de despistagem dos estados prèdiabéticos a injeção da ACTH prèviamente à curva glucémica.

Era lógico supor que na diabetes humana existisse um quadro hormonal de hiperfunção cortical.

Em situações graves da diabetes melitus, como no coma, a glucocorticoidúria está anormalmente aumentada, o mesmo acontecendo, apesar de uma eliminação baixa de 17-cetoesteróides, na glomerulosclerose intercapilar com diabetes.

Com base nestas observações preliminares, efectuamos o doseamento dos 17-cetoesteróides em 9 doentes diabéticos sem acidose ou alteração renal clinicamente demonstrável.

Todos eles podem considerar-se como doentes não complicados, controlados por régimen alimentar e insulina.

Tanto como a função supra-renal possa ser medida pela cetosteroidúria somos forçados a concluir que na diabetes melitus sem acidose e sem componente renal demonstrável, existe uma hipofunção cortical.

Nos quadros I e II anotam-se os valores de 17-cetoesteróides anormalmente baixos dos nossos doentes.

A noção clássica de diabetes pancreática não nos parece, por mais esta razão, admissível. Tal como noutros, para não dizer em todos, dos síndromas endócrinos, a patogenia pluri-glandular primitiva ou secundária parece ser a forma comum. É evidente que esta eliminação dos 17-cetoesteróides não supõe, forçosamente, uma génese supra-renal. Tanto a hipofise como as

QUADRO I

Obs.	Sexo	Diagnóstico	17-C	Diurése	Estado clínico
I	♀	Diabetes mellitus	2,8 mgr.	—	Sem acidose
II	♀	>	6	3.000	" Tolerância 75
III	♂	>	7,4	1.375	" " +100
IV	♀	>	1	2.000	" " 80
V	♂	>	3	950	> > +100
VI	♂	>	0	2.980	> > ± 50
VII	♂	>	7,5	2.500	> > 80
VIII	♂	>	7,3	2.020	> > 70
IX	♂	>	5,6	4.000	> > 40

Estandar = ±2,8

QUADRO II

N.º de Obs.	17-C	17-C	17-C	Estandar
	Valor máximo	Valor mínimo	Valor médio	
IX	7,5 m5/24h.	0	4,5	±2,8

gonadas ou o fígado, podem ser, igualmente, objecto de suspeita. Para mais, é lógico supor que a alteração do metabolismo glucídico acarrete uma anormal utilização dos 17-cetosteróides.

(Trabalho do Serviço de Endocrinologia e do Centro de Estudos de Anatomia Patológica e Patologia Geral do INSTITUTO DE ALTA CULTURA (Faculdade de Medicina do Porto).

RÉSUMÉ

Les auteurs, en cherchant dans un groupe de diabétiques l'excrétion urinaire de 17-cétostéroïdes, ont trouvé des valeurs systématiquement basses. On admet l'hypothèse d'une participation directe de la surrénale, dans le sens hypofonctionnel direct, dans la pathogénie du diabète humain non compliqué.

(1) Comunicação à I Reunião Hispano-Lusa de Endocrinologia — Barcelona, 1952. Comunicação às reuniões científicas da F. M. do Porto, 1953.

O valor do A. C. T. H. no tratamento de certas doenças alérgicas

MÁRIO DAMAS MORA

(Médico-chefe do serviço de doenças alérgicas da Junta de Província da Estremadura)

Os trabalhos realizados e publicados nos últimos anos pelos diversos autores acerca do papel desempenhado pela hormona corticotropa-corticoestimulina ou ACTH no tratamento de algumas doenças alérgicas, apresentam resultados tão dispares que julgo de interesse científico vir relatar também o resultado de observações pessoais como contributo, embora mínimo, para a apreciação, tanto quanto possível exacta, da acção da referida droga.

UM POUCO DE HISTÓRIA

Sabe-se que a hipofisectomia provoca atrofia das camadas profundas do cortex-supra-renal além de alterações mais ou menos intensas das restantes glândulas endócrinas. A verificação destes fenómenos bem como a da acção estimulante dos extractos ante-hipofisários foi explicada por *Houssay e Hug* em 1921 trabalhando experimentalmente em cães.

Fulton e Hoskins, além de *Ascoli e Legnani* pela mesma altura, verificaram essas alterações corticais da atrofia da supra-renal no embrião pituitário-privado.

Keplinov conseguiu pela actuação de extractos brutos modificar os resultados da hipofisectomia. Igualmente *Schwann e Schmidt* e outros relataram o efeito dos extractos hipofisários na normalização do estado dos animais hipofisectomizados.

Pesquisadas as quantidades de extracto necessário para manter fisiologicamente normal o peso duma supra-renal de animal hipofisectomizado procurou-se a preparação dum produto tanto quanto purificado, dado que a maioria dos insucessos verificados era atribuída à má qualidade dos preparados.

Sabendo-se que a corticoestimulina é muito solúvel na acetona e no álcool, muito resistente aos Ph ácidos ou alcalinos e ao calor, *Sayers e Li* obtiveram-na num estado relativamente puro partindo da hipófise do porco.

Coste e Delbarre preconizaram uma preparação extremamente simples, a partir dum extracto acetónico «com eliminação sucessiva de outros princípios hipofisários pelo calor e passagem em meio alcalino».

Os investigadores verificaram assim tratar-se de uma proteína cujo ponto iso-eléctrico se encontra a 4,7 e o peso molecular é sensivelmente igual a 20.000. Não contém nem fósforo nem glucidos, é rico em cistina e tirosina, menos rico em triptofane e em metionina.

Segundo *Delbarre* os agrupamentos aminados são indispensáveis porque o formoldeído e os nitritos inactivam a hormona.

A experiência demonstrou, como o provou *Chase*, nos animais, e nós pessoalmente, além de outros, verificámos em alguns casos clínicos, a inactividade da droga pela possível criação de anti-hormonas no organismo.

ACÇÕES FISIOLÓGICAS

Seyle afirma que certos agentes como o frio, os venenos e as toxinas microbianas, bem como as emoções provocam uma excitação hipofisária com secreção da hormona corticotropa e secundariamente secreção das hormonas corticosuprarrenais que exigem completa integridade da hipófise e da corticosuprarrenal.

Para alguns autores como *Delbarre* o papel essencial do ACTH é de manter normais o peso e a estrutura do cortex supra-renal baseando esta afirmação em métodos de doseamento permitindo seguir o enriquecimento dum extracto no decorrer da purificação. Para alguns, porém, como *Santos Gabarra, Kendall* e outros é essencialmente uma hormona hipofisária estimulante da glândula supra-renal pela produção das hormonas glico-corticóides e outras, sendo porém a sua acção nula no caso de incapacidade reaccional das mesmas.

Os seus efeitos exercem-se por intermédio dos esteróides

suprarrenais não se observando assim no animal supra-renal-sectomizado.

É isso que o distingue da cortisona que é uma hormona da grupo glico-corticóide das supra-renais representado pelo 17-hidroxycorticosterona, composto E de Kendall «com acção bem definida no metabolismo dos hidratos de carbono, transformando as proteínas e gorduras em glicose, aumentando a excreção do azoto e do potássio, impedindo a acção da insulina e diminuindo a produção rectículo-endotelial, do tecido linfático e dos linfócitos e eosinófilos com inibição da proliferação de fibroblastos, atrazo das cicatrizações operatórias e abaixamento da pressão arterial».

O ACTH, hormona hipofisária, é estimulante da supra-renal na produção — além das hormonas glico-corticóides — também, em parte, das hormonas mineralo-corticóides e androgeno-corticóides.

Ao primeiro grupo pertence a desoxicorticosterona e ao segundo a androsterona, o androsteno e o androstadiano, com acções semelhantes às do hormónio masculino responsável pela virilização supra-renal.

Na opinião de *Pedro M. Cattoggio* a aplicação da cortisona está indicada nos casos de incapacidade reaccional das supra-renais.

O afluxo de cortisona exógena provoca depressão do cortex supra-renal, ao passo que o ACTH o estimula; o ACTH parece actuar com melhores resultados do que a cortisona, por tal efeito, em certos casos de gota, asma brônquica, etc.

Bordley, Harvier, Howard e Newman, Randolph e Rollins além de outros, verificaram em doentes asmáticos os benefícios da cortisona e do ACTH atribuindo-os a um bloqueio, pelos esteróides supra-renais, da reacção dos alergénios circulantes nas células tisulares.

Parece haver uma neutralização ou diminuição pelos esteróides específicos da reactividade destas células para as toxinas, sem afectarem os microorganismos ou outras espécies de toxinas como se verifica em certos casos de infecções agudas, como na pneumonia de pneumococcus, onde *Finland* verificou o desaparecimento de sintomas continuando contudo a positividade das hemoculturas.

As constatações dos resultados, em 1948, por *Hench e Kendall*, no tratamento da poliartrite reumática pela cortisona e o ACTH, levaram a encarar a sua aplicação terapêutica nas doenças alérgicas, admitida a hipótese de *Rich* de ser o reumatismo uma forma de alergia consecutiva a uma sensibilização a certos produtos de origem estreptocócica.

Assim *Bordley*, em 1949, tratou com bons resultados sete casos de asma resistentes a toda a terapêutica;

Bram Rose publicou, também em 1949, seis casos da asma irreductível tratados com bons resultados pelo ACTH;

Max Santer, Carey, Thorn, Seyal, Elkinton, Kamee, além de outros, em 1950, acusam resultados magníficos em 80% de casos de asma grave;

Em 1951, além de asmáticos tratados, publicam-se os primeiros resultados do tratamento na corisa espasmódica periódica ou aperiódica, nas dermatites, na urticária, na doença de *Quincke*;

Feinberg, no *Journal of Allergy*, em Maio de 1951, apresenta alguns casos de curas espectaculares, em poucos dias, pelo ACTH só ou associado à cortisona, de corisas espasmódicas, asma brônquica com testes de sensibilização positiva, eczemas, urticária, eczematites, edema de *Quincke*, mialgias;

Alex S. Friedlaender e Sidney Friedlaender nos *Annales of Allergy* (n.º de Setembro, Outubro de 1951) descrevem dez casos de asma grave tratados pelo ACTH com seis melhorias evidentes ao fim de 24-36 horas, dois melhorados e dois sem resultado;

Para tonificar a circulação e aumentar
a capacidade funcional do coração

Sympatol

INDICAÇÕES:

Hipotonia constitucional.

Hipotonia nas doenças infecciosas, depois de intervenções cirúrgicas e na convalescença.

Perturbações do ritmo cardíaco.

Debilidade secundária do coração (difteria).

APRESENTAÇÃO:

Sympatol liquidum 10 %
Frascos de 10, 25 e 100 g

Sympatol ampolas a 0,06 g
Caixas de 6, 30 e 100



C. H. BOEHRINGER SOHN, INGELHEIM AM RHEIN

Representantes para Portugal e Ultramar:

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, LDA.

Rua Actor Taborda, 13 — LISBOA-N.

ALGUNS PRODUTOS ORIGINAIS

LAURUS - L. F. S. - BALDACCI

MIOGENOL

*

GADIDÓLEO

*

PULMOTIOL

*

LAURUS-CÁLCIO

*

LAUROCONVULSOL

BALCORTIL

*

BROMOTIREN

*

ASCORBISTAL

*

AMINOIODARSOLO

*

GUAIACOL-CÁLCICO

Breve apresentação:

Z I M O T R O M B I N A

Aplicação tópica e parenteral

DISTRIBUIDOR PARA PORTUGAL, ILHAS E ULTRAMAR:

M. RODRIGUES LOUREIRO

Rua Duarte Galvão, 44 — LISBOA

CONCESSIONÁRIO EXCLUSIVO DO

LAB.º QUÍM.º - FARM.º V. BALDACCI - PISA

No mesmo artigo citam também outros onze casos de asma tratados pela cortisona, em que constataram serem as melhoras mais lentas do que com o ACTH;

Nesta comunicação já os autores chamam porém a atenção para o facto da reaparição dos sintomas entre 7 a 21 dias após o tratamento, embora afirmem que *uma segunda, terceira ou quarta cura* pelo ACTH ou a cortisona dão os mesmos resultados que a primeira.

Pasteur-Vallery-Radot e os seus colaboradores *Milliez-Domart* e *Laroche* apresentaram 44 tratamentos pelo ACTH ou pela cortisona em 32 doentes atacados de asma graves resistentes a todas as terapêuticas. Nesses doentes conseguiram os autores 16 excelentes resultados com desaparecimento dos sintomas da asma durante pelo menos 6 semanas; 7 bons resultados com recaída após 15 dias depois de terminado o tratamento; 7 resultados mediocres e 2 fracassos.

Examinando os resultados obtidos e comparando-os com os verificados por outros investigadores, o Autor e seus colaboradores afirmam não ser este «um tratamento de fundo da afecção mas um tratamento apenas dos paroxismos». Pelo contrário *Santos Gabarra* do Brasil, na Revista «O Hospital», de Maio de 1952, fala de *remissão prolongada dos processos*, nos casos que apresenta, declarando-se satisfeitiíssimo com os magníficos resultados conseguidos...

Da mesma forma se dividem as opiniões quanto ao modo de acção da droga:

Para *Réné S. Mach* o ACTH e a cortisona actuam numa acção suspensiva inibindo as reacções inflamatórias ou as alergias;

Pasteur-Vallery-Radot demonstrou que estas drogas não neutralizam o conflito antigénio-anticorpo;

Para *Léger*, *Dvooretzky*, *Saul Malkiel* e *Harris* elas impedem o choque anafiláctico no animal previamente sensibilizado;

Para *Fischel* também não impedem o fenómeno d'Arthus no animal;

Mauric, *Delbarre* e *Holtzer*, *Stollermann* e colaboradores além de *Brown* afirmam a persistência da reacção de Prausnitz-Kustner no homem depois de medicado pelo ACTH ou pela cortisona;

Segundo *Brown* as cuti e intradermo-reacções continuam positivas;

Germuth admite que a cortisona inibe o fenómeno de Arthus e que mesmo a acção essencial dos gluco-corticóides é a de inibir a formação dos anti-corpos como consequência da atrofia dos órgãos linfóides talvez por uma acção indirecta e uma perturbação de metabolismo dos protidos com falta dos amino-ácidos indispensáveis à síntese dos anti-corpos globulínicos;

Kabat afirma não haver qualquer modificação da síntese dos anti-corpos;

Dougherty admite, pelo contrário, uma hiperprodução dos mesmos...

RESULTADOS CONTRADITÓRIOS

Num recente trabalho original, feito com a colaboração do colega *Agustin de Castro*, de Madrid, chamei a atenção para o papel da eosinofilia nas doenças alérgicas.

Segundo *Mach* as doenças caracterizadas pela eosinofilia são uma boa indicação para o tratamento pela cortisona e o ACTH. Assim *Harvier*, *Coste*, *Turiaf*, *Delbarre*, *Basset* e *Caramanian* apresentam alguns casos de asmáticos graves tratados por estas drogas com algumas curas totais que se mantêm durante meses (3 a 5) sem recidivas;

Também *Bickel* e *Jadassohn* referem alguns casos de dermatite herpetiforme de *Durring* tratados com sucesso pela cortisona ou pelo ACTH;

Nos casos por mim observados, de que mais adiante relato alguns, os resultados estiveram longe de ser brilhantes e de corresponder a certas referências que acabo de citar. Assim em 6 casos de mal asmático graves apenas em 1 deles verifiquei uma remissão que, de resto, durou apenas cerca de 1 semana. A repetição do tratamento foi de resultados nulos e nalguns casos houve mesmo exacerbação dos fenómenos anteriormente verificados. Um dos doentes faleceu numa crise de grande intensidade. Em 3 casos de febre dos fenómenos houve logo de início exacerbação dos fenómenos alérgicos que levaram a abandonar o tratamento 3 e 4 dias depois de iniciado. *As cuti e intradermo-reacção mantiveram-se sempre positivas*. Um caso de urticária benigna curou-se ao fim de 4 injeções. Dois casos de reuma-

tismo poliarticular agudo e eczematides nas orelhas e no peito, apresentam períodos de remissão e exacerbação que cedem à repetição da droga. Estes dois doentes que se encontram ainda em tratamento apresentam um estado de euforia muito acen-tuada durante todo o tempo em que se submetem à acção do ACTH.

O número de Janeiro-Fevereiro de 1953 dos *Annals of Allergy* publicação do American College of Allergists traz relatados vários casos também de resultados pouco favoráveis com a terapêutica pelo ACTH e a cortisona. Assim:

Bernstein apresenta a história de um paciente que logo após a primeira injeção de 100 mgrs. de cortisona intramuscular apresentou completa obstrução nasal, urticária e edema das pálpebras e das faces. Insistindo com o tratamento, a pedido do doente, na dose de 50 mgrs., passados 5 minutos após a injeção apresentou-se uma reacção semelhante à anterior mas muito mais séria;

Zöss e *Zodikoff* descrevem o caso de um doente com asma grave tratado com injeções de ACTH e cortisona «per os» durante 10 dias. Decorridas 5 semanas deste tratamento ao regressar à sua terra natal em Denver no Colorado teve uma crise de asma tão intensa que morreu passadas poucas horas;

Borman e *Schmallenberg* relatam o caso do paciente a quem a euforia provocada pela droga levou ao suicídio.

As observações que rapidamente acabo de anotar, devem levar-nos a encarar o valor do ACTH no tratamento de certas alergias como uma incógnita ainda de resultados imprevisíveis.

Mach considera duma maneira geral a acção do ACTH ou da cortisona como apenas suspensiva, isto é, quando administrada dá ao doente a ilusão de uma cura definitiva. Segundo o mesmo autor e outros (*Sipan*, *Rayan*, *Plotz*, *Selye*, *Ducommun*) dão-se certos factos que interessam toda uma série de processos enzimáticos, particularmente uma acção antihialurodinase, uma acção sobre a permeabilidade capilar, que faz diminuir o edema local, além de outras acções ainda ignoradas.

O meu Mestre Prof. *Pasteur-Vallery-Radot* afirma que os tratamentos pelo ACTH ou pela cortisona são tratamentos, não da doença alérgica, mas de um paroxismo no decurso desta doença. Para ele «as hormonas actuam sobre os tecidos que respondem ao conflito antigénio-anticorpo por reacções inflamatórias inibindo essas reacções».

Também *Georges Bickel* é levado a acreditar «que o efeito favorável exercido pelos gluco-cortico-esteróides nas doenças alérgicas se não pode dissociar do que desenvolvem estes produtos nas doenças reumáticas e nas afecções do tecido colagénico. Estes factos levam a acreditar que a cortisona e o ACTH desenvolvem o seu efeito terapêutico principal inibindo as reacções inflamatórias que traduzem a resposta dos tecidos, e mais especialmente dos tecidos derivados do mesenquima, às divrsas substâncias, de origem bacteriana ou não bacteriana, resposta que quando é excessiva, como no reumatismo articular, a periartrite nodosa e as doenças alérgicas em geral, pode ser mais deletéria que o próprio agente sensibilizante. A acção tanto espectacular como transitória dos cortico-esteróides explicar-se-á desde logo por uma neutralização temporária do elemento inflamatório e mais especialmente do elemento inflamatório hiperérgico comum a um grande grupo de doenças, e seria independente de toda a influência directa sobre o agente etiológico desta reacção».

Chase, experimentalmente nos animais, provou a inactividade do ACTH e da cortisona aplicadas repetidamente, pela possível criação de anti-hormonas no organismo...

Pessoalmente constatei o facto nalguns dos casos que tratei mas pouco mais poderei acrescentar ao conjunto de apreciações já tão largamente citadas.

Deixo porém em suspenso a dúvida sobre o valor exacto do ACTH no tratamento de certas doenças alérgicas até que outros mais autorizados e competentes do que eu, possam, com seus trabalhos de investigação, estabelecer uma certeza para as dúvidas que neste momento se me acumulam no espírito.

ALGUNS CASOS CLÍNICOS

C. R., doméstica, casada, de 50 anos de idade, natural de Lisboa. Crises repetidas de asma brônquica desde há 10 anos com alternativas de largos períodos de remissão. Veio procurar-me em 23-4-951 com um ataque de asma não cedendo a qualquer dos tratamentos usuais (adrenalina, efedrina, oxigenoterá-

pia, etc.). Exame de sangue: Percentagem de eosinófilos no sangue 16%; tensão arterial: 16/9.

Início o tratamento com uma dose diária de 100 miligramas de ACTH divididas em injeções de 25 mgrs. de 6 em 6 horas que reduz ao 3.º dia a 50 mgrs. em injeções de 12,5 mgrs. Dieta acloretada, sais de potássio.

Ligeira melhoria logo de início. «Teste» de Thorn: *Positivo*.

Ao 2.º dia as crises são mais espaçadas e cessam quase por completo ao 5.º dia de tratamento em que a dose de ACTH é diminuída para 25 mgrs. diários e suspenso o tratamento ao fim de 8 dias de iniciado. A doente passa relativamente bem durante a semana seguinte finda a qual, durante a noite, sou chamado de urgência por se terem repetido as crises de asma com dramática violência. Tensão arterial: 14/9.

Instituo o tratamento anterior pelo ACTH sem qualquer resultado apreciável. Ao 2.º dia, ante a gravidade do caso, além do ACTH, oxigenoterapia, sangrias, auto-sangue. Ao 3.º dia suspendo definitivamente o tratamento com o qual a doente diz «sentir-se a morrer» e instituo novocaína intravenosa a 1% de 6 em 6 horas e injeções intramusculares de Progynon forte em dias alternados na dose total de 150.000 unidades. A doente melhora rapidamente. Não voltou a ter grandes crises de asma e desde há um ano que se sente perfeitamente bem mantendo mensalmente durante 2 semanas um tratamento associado de Perandren-Progynon com intervalos de 2 dias. Actualmente a fórmula leucocitária é *normal*.

M. da C. F., solteira, 33 anos de idade, doméstica, natural de Ferreira do Alentejo. Sofre de bronquite asmática desde há 20 anos, consecutiva a uma pleurisia específica com derrame. Paquipleurite esquerda.

Em 18-6-1950, após vários anos de tratamentos anti-asmáticos com largas remissões, grande crise de mal asmático. 24 horas após o início instituo a terapêutica pelo ACTH nas doses habituais de 100 mgrs. diárias divididas em 4 injeções de 25 mgrs. de 6 em 6 horas. Dieta acloretada, sais de potássio. Tensão arterial 11/6. Forma leucocitária: Eosinófilos 12%. Após a instituição do tratamento: Teste de Thorn *positivo*.

A gravidade da crise manteve-se sem ceder ao tratamento pelo ACTH que tive de suspender ao fim do 4.º dia. Injeções intravenosas de novocaína a 1% acompanhadas de uma injeção intramuscular de adrenalina com 3/4 de cc. de pantopon a 1% fizeram ceder este ataque durante 36 horas para se repetir com a mesma intensidade passadas 48 horas. Instituo de novo o tratamento pelo ACTH. A doente piora consideravelmente e ao 2.º dia sou forçado a interromper este tratamento para aplicar, sem qualquer resultado toda a terapêutica clássica. Na madrugada de 27-6 a doente falecia.

J. J. S. de F., empregado no comércio, casado de 36 anos de idade. Sofre de bronquite asmática desde os 12 anos.

Na madrugada de 7 de Janeiro de 1952 broncoespasmo muito intenso que não cede à aplicação de adrenalina. O estado do doente apresenta certa gravidade com 126 pulsações p. m., sopro cardíaco da ponta, fortemente cianosado. Aplicações de ventosas escarificadas, sangrias, cardiazol-efedrina. A crise cede após a injeção repetida de 10 cc. de soluto de novocaína a 1% para reaparecer 4 ou 5 horas depois. Tensão arterial 18/8. Exame citológico do sangue: Eosinófilos 22%. Início o tratamento com 100 mgrs. diários de ACTH associado à cortisona «per os». Injeção em dias alternados de 2 cc. de mercuridrin. Este tratamento é mantido durante 6 dias sem resultados apreciáveis o que me leva a interrompê-lo. A crise só foi debelada 2 dias depois pela injeção diária de um soluto de hiposulfito de magnésio a 10%, auto-hemoterapia, escarificações de uma emulsão esterilizada e detoxinada de bacilos de Koch (*Diapros*) e injeções de sais de ouro intravenoso.

M. J. G. da S. M. C., doméstica, casada, de 31 anos de idade, sofre de asma brônquica desde o nascimento. Hereditariiedade alérgica. Exacerbação das crises de asma com a puberdade. Largos períodos de remissão seguidos de crises violentas. Piorou após o nascimento de uma filha.

Em 7 de Abril de 1952, crise de mal asmático. Esgotada toda a terapêutica clássica (inalações, anti-histamínicos, adrenalina, auto-hemoterapia, insulino-terapia) instituí o tratamento pelo ACTH nas doses habituais de 100 mgrs. diários, dividido em doses de 25 mgrs., 0,6 de cloreto de potássio em cápsulas gela-

tinosas após as refeições e regime alimentar pobre em cloreto de sódio. Eosinófilos 14%. Tensão arterial 11/6.

Após a aplicação da primeira dose de 25 mgrs. de ACTH teste de Thorn *positivo*.

O tratamento pelo ACTH é mantido durante 6 dias sem qualquer resultado, antes com agravamento do estado geral que é considerado muito sério e chega a revestir aspectos dramáticos. Dado o estado de astenia da paciente inicio um tratamento com soro glucosado hipertónico intravenoso, cardiotónicos, extracto de fígado concentrado e piretoterapia pelo enxofre coloidal intramuscular. A doente melhora. Instituo um tratamento hormonal durante 15 dias, cada mês, pelas hormonas gonadotrópicas (*Gestyl* e *Pregnyl*). Desde há um ano que não voltou a ter qualquer crise, passando até hoje admiravelmente.

Mais 2 doentes: *C. F. M.*, empregado público, de 47 anos, casado e *M. C. M. H.*, solteira, de 62 anos de idade, doméstica, sofrendo de crises de mal asmático foram submetidos ao tratamento pelo ACTH sem qualquer resultado *antes parecendo que a droga exacerbava os seus sofrimentos*.

(Trabalho apresentado ao II Congresso Europeu de Alergia — Copenhague, 20-23 de Maio de 1953).

SUMMARY

The author after putting up the opinion of various investigators about the therapeutic value of ACTH in allergic diseases, slows the disparity of opinions among them and relates the result of his personal observations in 6 cases of serious asthmatic illness out of which he verified a remission only in one, and which, after all, only lasted for a week; in 3 cases of hay fever, the treatment of which had to be abandoned 3 or 4 days after commencement, owing to the appearance of exacerbation of allergic phenomena in the very beginning; in a mite case of urticaria cured after fourth injection; in 2 cases of acute polyarticular rheumatism and eczematous eruptions on the ears and the breast, presenting periods of abatement and increase, that give way to the repetition of the drug.

In view of this facts and those which he registers as having been presented lately by *Bernstein, Zoss, Zodikoff, Borman* and *Schmallenberg* the author faces the value of ACTH in the treatment of certain allergies as *an incognita of unforeseen results*. Nevertheless it leaves in abeyance its doubts as regards the exact value of the drug in these cases, to await other researches which may be able to establish certainty for the worries which at this moment surge up in his mind.

BIBLIOGRAPHIE

- Bickel (G.)* — La cortisone et l'ACTH. Propriétés biologiques et indications thérapeutiques (5e. journée de Thérapeutique clinique, Genève 18-10-51 — Librairie de l'Université).
- Damas Mora (M.)* — Valeur diagnostique et pronostique de l'eosinophilie dans les maladies allergiques (Acta allergologica, 1951, IV, 253-251).
- Brown (E. A.)* — Adrenocorticotropic hormone (International Archives of Allergy and Appl. Immunol. 2, 226, 1951).
- Catoggio (P. M.)* — La cortisone e el ACTH. Diferencias entre los medicamentos. (La Semana Medica — Diciembre, 1950).
- Delbarre (F.)* — L'hormone corticotrope hypophysaire. Généralités. Indications. Son emploi en rhumatologie. (Les acquisitions Médicales récentes — 1951 — Ed. Méd. Flammarion pgs. 123-142).
- Decourt (J.), Guillemain (J.), Michard (J. P.)* — Thérapeutique des syndromes hypophysaires — Hormone corticotrope — (Enc. Méd. Chir. Thé. 25.216 A, 11-1951 — C. B.).
- Damas Mora (M.)* — Importância social das doenças alérgicas — Lisboa, 1950).
- Feinberg (S. M.), Dannberg (T. B.) et Malkiel (S.)* — ACTH and cortisone in Allergic manifestation — J. Allergy, 22, 195-210 May, 1951).
- Gabarra (M. S.)* — A cortisona e o ACTH na Clínica diária (O Hospital, vol. 43, n.º 5, Maio, 1952).
- Germuth (F. G.) et Ottinger (B.)* — Effect of compound E and of ACTH on Arhus reaction and antibody formation in the rabbit (Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 74, 815, 1950).
- Harvier (P.), Coste (F.), Turiaf (J.), Delbarre (F.), Basset (G.) et Caramanian (K.)* — Le traitement par l'ACTH des états de mal asthmatique prolongés. Étude clinique et biologique de 12 cas (Bull. et Mém. — Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 66, 1438 — 1950).
- Kaplan (M. A.), Ehrlich (N. J.), Aaronson (A. L.)* — Progress in Allergy — Annals of Allergy — Jan./Feb., 1953, 108-130).
- Mach (R. S.)* — Indication et contreindication des traitements a la cortisone eta l'ACTH (Les acquisitions médicales récentes — 1951-143-159).
- Pasteur-Vallery-Radot* — ACTH et cortisone dans le traitement de l'asthme et des maladies allergiques (Les acquisitions médicales récentes — 1952 — Ed. Méd. Flammarion — 149-164).

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**

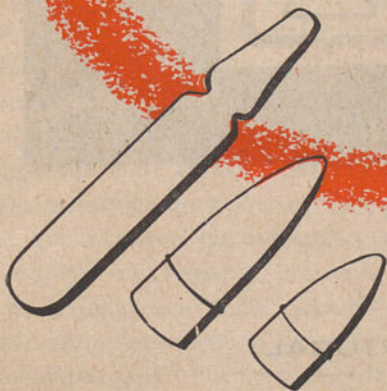
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA	300.000 U. I.
BISMUTO	0,045 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



Nos estados

diarreicos

TANALMICINA

GELEIA DE SABOR AGRADÁVEL

Dihidroestreptomicina

Ftalilsulfafiazol

Tanato de albumina

Pectina

Vitamina K

Frasco de 90 grs.



AGENTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL:

FERRAZ, LYNCE, LDA.

Travessa da Glória, 6-2.º - LISBOA

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

A doença tromboembólica

(Estudo Anátomo-Patológico)

ROBERTO BARAONA

CONCEITO

A trombose é um fenómeno que consiste no aparecimento *intra vitam* de massas sólidas, constituídas por fibrina, no interior dos vasos sanguíneos. Não deve confundir-se com a coagulação sanguínea, na qual também existe formação de fibrina sólida a expensas do fibrinogéneo dissolvido no plasma sanguíneo. A trombose produz-se sempre no interior dos vasos e no organismo vivo, em contrapartida, a coagulação produz-se fora dos vasos, fora do organismo e ainda no cadáver.

Exemplo genuíno de trombose é a formação de pólipos nas válvulas do coração na endocardite bacteriana subaguda. Nestes casos, o trombo está constituído fundamentalmente por um depósito de fibrina, com o qual alternam irregularmente leucócitos e alguns glóbulos vermelhos. Este tipo de trombo forma-se por precipitação de plaquetas nos sítios em que falta o revestimento endotelial dos vasos; por isso se conhece em patologia com o nome de trombo de precipitação ou trombo branco. Esta forma de trombose produz-se sempre em relação com alterações graves da íntima dos vasos sanguíneos ou do endocárdio.

Outro tipo de trombose é a coagulação *in vivo* de uma coluna sanguínea no interior duma veia. Conhece-se este fenómeno com o nome de trombo de coagulação ou trombo vermelho. Este processo, que se assemelha à coagulação do sangue fora dos vasos ou no cadáver, não ocorre nunca como processo primitivo; vê-mo-lo sempre na continuação duma trombose de precipitação e aparece associado a grave dificuldade da circulação sanguínea.

Tem-se discutido largamente sobre os factores que determinam a trombose.

Desde Ribbert até aos nossos dias, há quem argumente a favor da importância primária das lesões da parede vascular. Outros, seguindo Virchow, defendem a influência primordial da lentidão da corrente sanguínea. Finalmente, deve-se a Dietrich o ter assinalado o papel que desempenha na trombose a capacidade de coagulação do sangue.

Esta discussão é de carácter abstracto. É evidente que os três factores indicados intervêm na formação dos trombos, destacando-se em algumas circunstâncias um mais do que outro. Se se analisa, por exemplo, a trombose das valvas na endocardite bacteriana subaguda, aparece muito evidente a lesão do endotélio, enquanto a lentidão da corrente não desempenha nenhum papel. Na trombose das veias da perna, que aparece nas fases finais da insuficiência cardíaca, aparece desempenhando papel de primacial importância a lentidão da corrente sanguínea, enquanto que a lesão endotelial fica relegada para segundo plano.

No decurso das leucémias crónicas, observam-se múltiplas tromboses em cujo determinismo tem papel importante a elevada coagulabilidade do sangue, sem que intervenham modificações da velocidade circulatória ou graves lesões da parede vascular.

TROMBOFLEBITE E FLEBOTROMBOSE

A formação e o crescimento dos trombos e a sua propagação pela corrente circulatória tem constituído matéria de estudo desde as origens da patologia. No caso concreto da doença tromboembólica, devemos considerar de preferência as tromboses que se desenvolvem no sistema venoso, localização predilecta dos processos trombóticos.

Ao nível das veias podem produzir-se trombos em duas circunstâncias diferentes: por alterações graves do revestimento da endoveia ou quando existe lentidão da corrente sanguínea que pode chegar à detenção.

Na primeira circunstância, pelas alterações do endotélio venoso, os agentes nocivos de natureza diversa, bacteriana, química ou outra, determinam primeiramente uma inflamação da parede, uma flebite. Quando o processo inflamatório compromete e destrói o endotélio vascular, sobrevém a trombose. Estas condições produzem-se no seio cavernoso do cérebro a partir de focos sépticos do lábio superior ou do nariz; no seio lateral em consequência de inflamações do ouvido médio e da mastoide; na veia mesentérica superior ou na veia porta em processos supurados do intestino, o mais frequente dos quais é a apendicite fleimonosa; nas veias ováricas, hipogástricas e ilíacas, nos casos de infecção puerperal. Podem desenvolver-se também flebites sem carácter purulento, como é o caso da «*Fligmasia alba dolens*».

Na segunda circunstância pela diminuição da velocidade circulatória e pelas alterações que elevam a capacidade de coagulação do sangue, o trombo reproduz-se sem que exista lesão grave da parede venosa. Trata-se então de flebotrombose. A distinção entre tromboflebite e flebotrombose, introduzida por Ochsner, representou um evidente progresso nos nossos conhecimentos de patologia geral. Alguns investigadores objectam esta noção, assinalando que na flebotrombose existe também inflamação da parede venosa, isto é, há flebite. Segundo a nossa experiência, a inflamação referida existe realmente; mas ela produz-se em consequência do processo tromboembólico, é de carácter moderado ou mediano e só representa um fenómeno de organização da massa trombótica, isto é, trata-se duma inflamação de índole reparatória, que o organismo põe em acção em diversas circunstâncias.

FREQÜÊNCIA

A freqüência da flebotrombose tem sido motivo de profundas diferenças de apreciação, tanto entre autores nacionais como estrangeiro, Herzog, numa revisão de 387 autópsias, encontrou trombose venosa só em 2,4 % dos cadáveres; em contrapartida, em 69 disseções das veias das extremidades inferiores, Ossandón, encontrou 23 casos de trombose, o que representa 33 % dos casos.

Resultados aparentemente tão dispares provêm da diferença do material examinado, já que no estudo praticado por Herzog consistindo na revisão de protocolos de autópsias de rotina foram excluídos do seu material os casos em que havia infartos hemorrágicos do pulmão; em contrapartida a investigação de Ossandón consistiu na disseção das veias dos membros inferiores, em casos especialmente seleccionados para encontrar trombozes. Neste sentido deve dar-se crédito a Neumann que encontrou 100 casos com trombos em 165 autópsias, isto é, em 60 % destas, mediante o sistema de corte seriado e da pesquisa de trombos microscópicos. O facto de se compararem materiais que não são homólogos e de se colocarem em paralelo investigações realizadas com técnicas diferentes, não leva a conclusões verdadeiras.

Supomos que é impossível determinar a freqüência da trombose venosa numa população, porque as trombozes produzem-se em relação com condições que podem variar espontaneamente ou artificialmente. Na nossa opinião, não tem interesse determinar a freqüência da trombose num meio hospitalar porquanto ainda que se aplique a mesma técnica, os resultados obtidos dependem da composição geral da população hospitalar. Em contrapartida, actualmente sabemos que a trombose venosa produz-se com certa predilecção em alguns grupos de processos patológicos e falta em outros. O interesse do médico está então em conhecer as circunstâncias patológicas em que se observa de preferência a flebotrombose, que desta maneira vem a adquirir valor diagnóstico.

Sabemos, graças à investigação de Rossle, que a fonte primária de trombose venosa está nas veias profundas da perna. Este autor, em 324 autópsias de cadáveres de mais de 20 anos de idade, com disseção completa, encontrou 88 flebotrombozes das veias profundas da perna e só em 38 a extensão para a veia femural. A exaustiva investigação de Neumann, realizada em 165 autópsias não seleccionadas, permitiu encontrar flebotrombozes das extremidades inferiores em 100 casos cuja localização foi na perna 87 %, na planta do pé 71 % e na coxa 22 %.

Estes estudos e os praticados no nosso país permitem estabelecer que, com excepção dos poucos frequentes exemplos de flebotrombose traumática da umeral e da axilar e de algumas flebotrombozes carcinomatosas ou post-transfusionais a imensa maioria dos êmbolos da circulação pulmonar devem-se a trombos alojados nas veias das extremidades inferiores. Desta maneira dispomos dum método simples para investigar as condições de aparecimento do fenómeno trombótico. Ressecando e fixando em formalina os músculos gêmeos e o solear e praticando cortes de 5 mms. de espessura pudemos encontrar diferenças apreciáveis de freqüência segundo o material estudado; em 25 cadáveres de 18 a 25 anos, falecidos de acidentes, não encontramos trombose venosa; pelo contrário, em 25 indivíduos de 50 a 65 anos, falecidos de insuficiência cardíaca congestiva, cirrose hepática, cancro do tubo digestivo, tuberculose pulmonar crónica e laparotomia encontramos flebotrombose em 22 casos.

FLEBOTROMBOSE DAS EXTREMIDADES INFERIORES

A localização primária da flebotrombose nas extremidades inferiores é um facto do mais alto interesse patológico e clínico. Embora as investigações clássicas já citadas e as mais recentes de Hunter e de Belt coincidam com a nossa experiência, consideramos fundamental assinalar os seguintes factos que resultam do estudo de 692 autópsias que tiveram disseção adequada e exame macroscópico e microscópico suficiente.

1.º A flebotrombose das extremidades tem o seu foco primitivo, em primeiro lugar, nas veias profundas da perna e, em segundo lugar nas veias profundas da planta do pé.

2.º Não existe flebotrombose das extremidades inferiores que não comprometa as veias profundas da perna ou da planta do pé ou ambas em conjunto.

3.º A trombose das veias da coxa encontram-se aproximadamente em 20 % dos casos de flebotrombose das extremidades inferiores.

Estas trombozes da veia femural ou dos seus ramos, observam-se constantemente associadas com a flebotrombose da perna ou do pé. Nunca encontramos trombose isolada da veia femural, facto que Rossle admite, se bem que excepcional.

4.º A flebotrombose femural é um fenómeno pouco frequente, mas de consequências clínicas muito graves.

A trombose começa nas veias pequenas e profundas e não se acompanha de fenómenos inflamatórios.

Esta circunstância explica a ausência de sintomatologia dolorosa e a dificuldade de palpar cordões venosos. Estes focos primários, tibial e plantar, de flebotrombose estendem-se, com freqüência variável, que depende das condições circulatórias gerais e locais, das propriedades do sangue do doente e da sua enfermidade fundamental, para a região poplitea e para a face profunda da coxa e propagam-se finalmente à femural, às ilíacas e à cava inferior.

Tanto os trombos que se originam no sistema das pequenas veias profundas da perna, como os desenvolvidos nas grossas veias femurais, são trombos vermelhos. Por consequência, a sua aderência à parede venosa é frágil e a sua tendência a desprender massas embólicas é grande. Nas veias da coxa, ordinariamente desprende-se um segmento de vários centímetros de comprimento, que obtura um grande ramo de artéria pulmonar e, depois por cavalgamento, pode obstruir o tronco principal; estas são as embolias fulminantes. Em contrapartida, a flebotrombose das veias plantares e veias profundas da perna, acompanha-se ordinariamente de pequenas embolias pulmonares múltiplas, que se sucedem por longos dias.

É importante assinalar que a flebotrombose femural acompanha-se dum acidente diante do qual o médico quase não tem oportunidade de tratamento e que a trombose das veias profundas da perna, por um lado, acompanha-se de pequenas embolias pulmonares e, por outro lado, tende a propagar-se para as veias maiores da coxa.

Com grande freqüência o médico assistente ignora a existência da trombose venosa. Quase 80 % das embolias pulmonares originam-se a partir de trombos das veias dos membros inferiores, região ao alcance da exploração clínica; contudo, muito frequentemente a autópsia põe em evidência uma trombose venosa desconhecida durante a vida do doente.

Em três dos nossos casos, a sintomatologia venosa local era acentuada; estes doentes tinham êmbolos pulmonares muito pequenos.

Deste modo, à maior reacção venosa local corresponde

uma menor produção de êmbolos grandes, talvez em relação com uma maior aderência do trombo à parede venosa gravemente irritada.

Em grande parte, a trombose não se acompanhava de sinais clínicos e muito frequentemente as embolias resultavam fatais; às vezes desprendia-se a quase totalidade do trombo oferecendo grande dificuldade para o reconhecimento do seu ponto de origem. O estudo microscópico da parede venosa, quando ficavam restos do trombo primitivo, não permitiu reconhecer manifestações inflamatórias; o trombo estava constituído a esse nível por plaquetas e fibrina e aderida à endoveia por meio duma substância amorfa eosinófila.

EMBOLIA PULMONAR

A embolia pulmonar é uma complicação frequente da trombose das veias do membro inferior. Pode ir desde a embolia fulminante, que determina a morte em alguns segundos, até à embolia inaparente para o doente e ainda para o patologista. O diagnóstico dum êmbolo pulmonar é talvez a lesão mais estreitamente ligada à técnica de autópsia correcta. Com facilidade passa inadvertida durante a necrópsia e em numerosas oportunidades a diferenciação entre um êmbolo recente e um coágulo cadavérico estando em jogo os conhecimentos e a experiência do dissector.

A embolia pulmonar ocorre com grande frequência nos meios hospitalares.

Têm-se citado variações de frequência que têm sido atribuídas a factores geográficos.

Contudo, resultados coincidentes em presença de técnica irrepreensível, fazem suspeitar que tais variantes geográficas não correspondem à realidade, assim como o aumento que se pretende ver na embolia pulmonar durante estes últimos anos. É mais racional pensar que só se trata dum conhecimento mais exacto e de uma investigação dirigida; visto que a antiga e clássica investigação sistemática praticada por Lubarsch coincide fundamentalmente com as investigações sistemáticas recentes.

Em 692 autópsias efectuadas, encontramos 71 casos que apresentaram embolias pulmonares.

Em 43 casos as embolias obstruíram grande parte da circulação pulmonar e foram consideradas por isso a causa imediata da morte. Em 28 casos as embolias foram pequenas e não fatais.

Das 71 embolias 53 apresentavam-se em cadáveres provenientes de serviços de medicina; em 15 casos unicamente, tratava-se de indivíduos falecidos em serviços cirúrgicos; os 2 restantes eram médico-cirúrgicos.

Com excepção de quatro casos, os êmbolos eram sempre múltiplos, facto especialmente interessante, pois revela-nos que a embolia não é um fenómeno circunstancial isolado, mas pelo contrário um processo com carácter recorrente: há fragmentação repetida de êmbolos que pode durar horas, dias ou semanas; desta maneira facilita-se também a oclusão progressiva da circulação pulmonar, com graves consequências quando compromete dois terços das artérias ou mais.

CONDIÇÕES ETIOLÓGICAS

Como já chamaram à atenção os autores alemães clássicos e mais recentemente Ochsner, Belt e Hunter o material que comentamos pode distribuir-se em três grupos clínicos.

1.º Grupo de doentes cardíacos: é o grupo mais numeroso; compreende 40 doentes, todos inválidos crónicos com insuficiência cardíaca congestiva; 17 reumáticos, 10 hipertensos, 5 coronários, 4 sifilíticos e 4 pulmonares. A flebotrombose foi reconhecida clinicamente apenas em 9 casos. As embolias adquiriram carácter fatal em 23 casos; houve sempre infarto hemorrágico do pulmão, muitas vezes múltiplo, e com frequência observam-se infartos em diferentes idades.

2.º Grupo de caquéticos e de doentes que padeciam de enfermidades consuntivas: compreendia 19 casos, 8 dos

quais faleceram de embolia. O enfarte hemorrágico do pulmão existia em 6 doentes; em 19 casos encontraram-se importantes alterações degenerativas do miocárdio (atrofia e degenerescência gorda das fibras) que permitiram pensar numa depressão circulatória considerável.

3.º Grupo de doentes que faleceram repentinamente: tratava-se de convalescentes cuja morte não se previa. Compreendia 12 casos, 8 do fôro cirúrgico e 4 do fôro médico. Seis doentes do fôro cirúrgico tinham sofrido intervenções abdominais e dois tinham fracturas das extremidades inferiores; os doentes do fôro médico, foram dois pneumónicos em fase de recuperação, uma febre tifóide em convalescença e uma úlcera gástrica.

Em 6 casos do fôro cirúrgico reconhecia-se em vida o processo de flebotrombose.

Em 2 casos havia enfartes hemorrágicos do pulmão, o que permitia afirmar que a morte repentina não estava em relação com uma só causa embólica, mas tinha sido precedida por vários acidentes; também permitia reconhecer a existência duma debilidade circulatória pulmonar, o que foi assinalado pela presença de lesões cardíacas: degenerescência gorda, tumefacção turva em 3 casos de doenças infecciosas; degenerescência acentuada em 3 casos do fôro cirúrgico; hipertrofia cardíaca esquerda por hipertensão arterial em outros dois casos. Em resumo de 12 casos de embolia fatal, 8 apresentavam graves alterações anatómicas crónicas ou agudas do coração.

COMENTÁRIO

Os fenómenos tromboembólicos apresentam-se-nos como complicação secundária de vários processos, que têm de comum estados de debilidade circulatória de origem muito diversa.

O processo começa em 80 % dos casos com trombozes das veias profundas dos músculos solear e gastrocnémio, as veias plantares são comprometidas em menor proporção, juntamente com a trombose coexistente da perna.

A flebotrombose profunda da barriga da perna pela débil aderência dos trombos vermelhos, desprende êmbolos pequenos múltiplos, que originam encravamento pulmonares, difíceis de reconhecer na autópsia de rotina e possivelmente de sintomatologia pouco ruidosa durante a vida do doente.

A flebotrombose das vénulas da barriga da perna tende a progredir para os vasos de maior calibre, de acordo com a estensão das condições circulatórias gerais. Nos grandes vasos da perna, originam-se êmbolos cujo reconhecimento já não oferece dificuldades ao patologista e cuja sintomatologia é ordinariamente apreciável.

A progressão às veias do calibre da femoral produz-se em 15 % a 20 % dos pacientes com trombose periférica. Frequentemente as embolias desta origem são a causa de acidentes gravíssimos e com frequência mortais.

A embolia pulmonar seguida de enfarte hemorrágico, que estudamos nos clássicos da medicina, representa um estado desesperado, de máximo desenvolvimento, de um processo que nasce silenciosamente nas vénulas distais e que proporciona reiteradas embolias mínimas, anunciadoras dos dramáticos acidentes finais.

Se destes factos anatómicos simples quizessemos extrair ensinamentos úteis para o clínico geral, poderíamos dizer que o diagnóstico clínico da doença tromboembólica não deveria estabelecer-se sobre os sinais objectivos da trombose, porque esses sinais chegam quando o processo já se encontra complicado e estendido.

Parece em contrapartida prudente estabelecer não um diagnóstico, mas sim uma conduta profiláctica de todas as vezes que um paciente se encontre nas condições primárias que levam à flebotrombose.

RESUMOS DA IMPRENSA JUGOSLAVA

Endocardite bacteriana subaguda, com hemocultura negativa, tratada pela corticotropina e pela aureomicina. — BOŽIDAR S. DJORDJEVIC e MARA DJORDJEVIC — JOKSIC — (Arquivos Sérvios de Medicina, n.º 12, Dezembro de 1952).

Os autores trataram um caso de endocardite bacteriana subaguda pela corticotropina e pela aureomicina.

Como o doente apresentasse os sinais de evolução séptica, após um ano de tratamento pelos diversos antibióticos, houve razões para crer que à evolução séptica se tinha seguido uma evolução reumatismal.

A mudança nos dados laboratoriais, sobretudo a diminuição da banda de Weltmann, depunham em favor desta hipótese, que foi confirmada pelo êxito obtido com o tratamento pela corticotropina.

Os autores crêem que a influência favorável do tratamento hormonal antiinflamatório, em casos semelhantes, deve ser explicada pela existência da recidiva de uma cardite reumatismal, e não por qualquer carácter particular da forma da endocardite bacteriana subaguda com hemocultura negativa.

A cloromicetina no tratamento de uma infecção post-abortiva grave. — SINISA TASSOVAC e ALEKSANDAR MIRKOVIC — (Arquivos Sérvios de Medicina — Dezembro de 1952, n.º 12).

O tratamento das infecções postabortum, sobretudo das que são consecutivas ao aborto criminoso, se não exige uma intervenção cirúrgica de urgência, impõe o emprego de antibióticos em doses maciças.

Esta terapêutica deu excelentes resultados, e modificou, extraordinariamente, o prognóstico destas afecções extremamente graves. No entanto, parece que há tendência para abusar destes antibióticos. Eis a razão por que o ideal seria determinar, em cada caso particular, a acção bacteriostática e bacteriolítica dessas drogas. É certo, no entanto, que estas pesquisas, por vezes longas, nem sempre podem ser executadas satisfatoriamente.

Assim, num caso de infecção grave, postabortum, empregámos vários antibióticos em doses maciças, e como não tivéssemos obtido qualquer resultado, lançámos mão, finalmente, do cloranfenicol (thyphomycina). Obtivemos, deste modo, uma cura rápida e definitiva. Parece-nos que o emprego do cloranfenicol se impõe no tratamento das infecções ginecológicas provocadas por estirpes de germens resistentes aos outros antibióticos.

Actinomicose dos órgãos genitais da mulher. — DOBRIVOJE LUKIC e PETAR RADOVIC — (Arquivos Sérvios de Medicina, n.º 4, Abril, 1953).

Os autores referem um caso de actinomicose genital séria, descendente, numa doente de 19 anos de idade que tinha sido tratada no seu domicílio durante 3 meses.

Em cerca de 2 litros de pús obtido por colpotomia posterior, encontravam-se *Actionomyces*, e cocos gram positivos. A *E. coli* foi encontrada na respectiva cultura.

A temperatura era de 36,7 C ao quinto dia após a colpotomia, e manteve-se, assim, até ao fim do tratamento, que durou 25 dias, durante os quais foram administrados, de 6 em 6 horas, 500 mg. de terramicina.

Durante as primeiras duas semanas foi injectado, diariamente, no fundo de saco de Douglas, 1 grama de estreptomina, depois de lavagem com soro fisiológico quente.

A doente deixou o hospital com um tumor anexial esquerdo duro do tamanho de uma noz.

A infiltração tinha desaparecido dos paramétrios, não havia já secreção nem dor.

A doente encontrava-se bem.

*

É indispensável um diagnóstico precoce nos casos de actinomicose genital, para que a doente possa receber um tratamento eficaz.

As histórias epidemiológica e pessoal completas, bem como a punção do órgão doente, são de esplêndido significado diagnóstico.

O produto obtido por punção deve ser examinado logo que possível.

A cultura do agente causal é também necessária, para a determinação da resistência aos agentes antibióticos.

É atribuída grande importância à infiltração local precoce de antibióticos, simultaneamente com a administração oral ou parentérica destes agentes, seguida pela intervenção cirúrgica, se necessária.

O estado geral da doente pode ser melhorado pelo uso de líquidos e electrólitos, transfusão de sangue, dieta rica em proteínas e vitaminas.

Significado da *Monilia albicans* nas doenças do aparelho urogenital feminino. — PETAR KOSTIC — (Arquivos Sérvios de Medicina, n.º 4, Abril, 1953).

O autor apresenta uma estatística de 2440 mulheres cujas secreções vaginais foram examinadas e classificadas segundo Jirovec, Petar e Malik.

Monilia albicans foi encontrada em 197 casos, 84 dos quais foram classificados como grupo VI a, 66 como VI b, 42 como V-VI (*Tricomonas* e *Monilia*) e 5 casos como V-III d (*Monilia* e *Leptotricha*). Dos doentes citados 170 estavam no período reprodutor da vida.

62 eram de constituição asténica, 113 de pínica, 21 de hipoplástica, e 1 de atlética.

O pH vaginal, medido pelo processo iónico, era ácido em 195 casos (98,9 %) e alcalino em 2 (ou 1,1 %).

Os diagnósticos de fundo eram: anexites em 67 doentes (ou 33,97 %); colpíte por *monilia* em 50 (ou 25,35 %) e gravidez em 22 (ou 11,15 %).

Estes dados não confirmam a opinião de certos autores de que a moniliase se encontra predominantemente na gravidez.

O nível sanguíneo de glicose era elevado somente em 5 de 16 doentes examinados (valor máximo 180 mg. %).

O autor conclue que a monilia albicans causa muitas vezes infecção urogenital em doentes ginecológicos (8,06 % das 2440 doentes examinadas) predominando no período degenerativo da vida, o que sugere a ideia de que esta infecção possa ser transmitida também durante o acto sexual.

Contribuição para o diagnóstico e tratamento da pileflebite. — BOGOSAV DRAGOJEVIC e MIODRAG BUCIC. — (Arquivos Sérvios de Medicina — Set. de 1952, n.º 9).

Em todos os casos de infecção intraperitoneal, hemorróides infectadas, e especialmente em casos de apêndice aguda gangrenosa, não deve esquecer-se a possibilidade da existência de pileflebite, quando o quadro clínico se complica de manifestações sépticas, hiperleucocitose marcada, hipoproteinemia, icterícia, sintomas de obstrução intestinal ou ascite súbita e de aumento rápido.

Sendo a parte mais importante da terapêutica a adopção de medidas preventivas, deve ser explorada precocemente a possibilidade da existência de infecção portal.

A quimioterapia consiste na administração sistemática de estreptomicina, penicilina e sulfamidas.

O fim da intervenção cirúrgica é abrir e drenar os abscessos, eventualmente situados nas proximidades do sistema porta.

Em todos os casos de apendicite aguda severa acompanhada de arrepios, a veia ileocólica deve ser laqueada segundo Braun, se já passaram mais de 24 horas desde o início da doença.

É também prudente fazer esta laqueação nos casos em que aparecem arrepios após apendicectomia ou após rutura de abscessos periapendiculares.

A estreptomicina, a penicilina e as sulfamidas devem ser administradas em doses maciças. Este tratamento deve ser seguido da ligadura da veia porta e ressecção da parte gangrenosa do intestino, se o doente se encontra em boas condições. Nos maus casos restantes deve ser praticada a exteriorização da ansa gangrenada, abertura de uma fistula intestinal acima desta porção, e laqueação da veia porta.

O tratamento operatório dos cálculos do ureter. — SAVA PETKOVIC e BRANKA CVETKOVIC.

De 1939 a 1952 os autores operaram 108 casos de cálculos de ureter, e não perderam senão dois doentes (litíase bilateral), sendo, assim, a mortalidade global de 1,85 %. Oito casos foram eliminados desta estatística, por tratar-se de doentes curados cujas histórias da doença não eram muito precisas.

Nos 100 casos restantes, o cálculo situava-se na região lombar em 20 doentes, na porção ilíaca em 7, e no segmento pélvico em 73.

Em 67 casos o cálculo era mais comprido que um centímetro. A função renal era boa em 79 casos, a supuração ausente ou mínima em 54 e pronunciada em 46 doentes.

A dilatação das vias urinárias acima do cálculo era pronunciada em 78 casos.

O acesso ao cálculo foi feito 31 vezes por via lombar, 56 por via íleo-inguinal, 12 por via mediana supra-sinfisária e 1 por via trans-vesical.

O postoperatório foi apirético em 28 casos, ligeiramente febril em 56 e altamente febril em 16 casos.

Não se registou nenhuma fistula definitiva, havendo somente em 3 casos uma fistula temporária.

O valor da pielografia é muito grande na escolha do

momento para a intervenção cirúrgica. É perigoso contemporizar e esperar a emissão espontânea do cálculo. Atendendo aos bons resultados do tratamento operatório, é preciso operar antes que o rim tenha sofrido alterações consideráveis.

Os dois doentes perdidos morreram em resultado de insuficiência renal.

Não houve nenhum insucesso em casos de litíase ureteral unilateral.

Primeiras impressões sobre o efeito da cortisona nas doenças oculares. — IVAN STANKOVIC e MILAR BLAGOJEVIC, da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina de Belgrado — (Arquivos Sérvios de Medicina — Set. de 1952).

Os autores expõem as suas primeiras impressões baseadas na observação de 22 casos de doenças de olhos diferentes, pela cortisona.

Foi obtido excelente resultado em três de 5 casos de iridociclite. Num caso o resultado foi medíocre e noutra nulo. Em dois casos de esclero-queratite assim como em dois outros de episclerite, os resultados foram muito bons.

Em dois doentes de iridociclite hipertensiva obteve-se um êxito excelente, com normalização da tensão arterial. Em dois casos de uveo-papilite o efeito da cortisona foi nulo, assim como em 2 outros de oftalmia simpática em que os autores obtiveram apenas uma melhoria passageira. Enquanto que dois doentes de queratite disciforme curavam rapidamente, num caso de esclerose cório-retinina, bem como em dois com edema crónico da córnea os resultados foram negativos. O mesmo se deu num doente com tuberculoma da mácula.

Os resultados mais favoráveis foram obtidos num caso de queratite de Hutchinson e na ulceração marginal da córnea.

O medicamento era aplicado por via subconjuntival, retrobulbar e parabolbar sem qualquer reacção local.

Os autores recomendam sobretudo a via parabolbar para administração da cortisona. As doses diárias foram de 6 mg. a 12 mg., 5, e as doses totais de 45 a 90 mg.

Concluiu-se que a cortisona é um excelente medicamento embora não específico, contra inflamações de etiologia variada. As suas indicações são muito numerosas, tendo-se notado sobretudo a acção favorável no segmento anterior do olho.

Nunca se deve, no entanto, desprezar o tratamento etiológico.

A cortisona constitue, sem dúvida, um agente terapêutico poderoso, embora não específico, mas não se deve atribuir-lhe a importância que certos autores assinalam.

Tratamento cirúrgico da Poliartrite crónica evolutiva pela denervação sinusal. — VLADIMIR JAKOVLJEVIC e DIMITRIJE STANULOVIC. — (Arquivos Sérvios de Medicina — Set. de 1952).

Num trabalho realizado no 1.º Serviço de Cirurgia do Hospital de Novi Sad pelos Drs. Vladimir Jakovljevic e Dimitrije Stanulovic, foram estudados os efeitos da denervação unilateral do seio carotídeo no tratamento da poliartrite crónica evolutiva.

Em 12 casos operados, os resultados foram bons em seis, menos impressionantes em quatro.

Nos restantes dois casos não foi obtido qualquer resultado.

DELTAMICINA

2 estreptomicinas e 2 penicilinas em associação sinérgica para anular os efeitos tóxicos e exaltar o seu poder antibiótico

COMPOSIÇÕES

ADULTO

Cada dose contém :

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,25 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,25 Grs.
Procaína Penicilina G Cristalizada	300.000 U. O.
Penicilina G potássica cristalizada	100.000 U. O.
Soro fisiológico apirogénico	3 c. c.

INFANTIL

Cada dose contém :

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,125 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,125 Grs.
Procaína Penicilina G Cristalizada	300.000 U. O.
Penicilina G potássica cristalizada	100.000 U. O.
Soro fisiológico apirogénico	3 c. c.

APRESENTAÇÃO

Embalagem de 1 dose Adulto	Esc. 19\$50
Embalagem de 1 dose Infantil	Esc. 14\$00



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

S U P L E M E N T O

I N T E R M E Z Z O

O homem entrou no meu consultório e fez uma grande medida. Deu as boas-tardes e, com um largo sorriso a polir-lhe a bochecha escanhoada, disse ao que ia:

— Pois eu era pr'a môr de me ver a boca...

Mandei-o sentar. Como o homem tinha a palavra fácil, sem necessidade de grandes interrogatórios, despejou, num ápice, a história do seu padecimento e referiu-se à água benta que trazia dum doutor.

— Isto está ruim — disse-lhe o meu colega — tão ruim que eu nem lho quero dizer...

— Então, Snr. Doutor?

— Faça você o tratamento quanto antes, se quer que as coisas corram direitas...

O alarme calou fundo a alma do homem. Não contava com notícias tão más da sua doença, sobretudo naquela altura em que a época da incuba lhe não deixava um momento livre para se tratar.

— Ó Snr. Doutor, e se deixássemos isso para depois da incuba?

O meu colega não gostou da sugestão e, como conhecia o gado que aparelhava, atirou-lhe de chofre:

— E se a doença o incuba a si primeiro?

O homem tomou tal medo à fala que, a conselho dum Geraldo que eu inteiramente desconhecia, veio por aí abaixo, fiado nos meus duvidosos entendimentos na matéria.

— Pois é verdade, foi o Geraldo, o da Faria, quem me mandou cá vir. E cá estou, Snr. Doutor, p'ra tudo o que for preciso, custe ele o que custar.

Procedi com dificuldade ao exame porque o homem só muito a custo abria a boca. Com uma paciência evangélica e com um brio de profissional posto à prova, só larguei o homem, quando deixei de ter quaisquer dúvidas sobre a natureza e a extensão da mazela. Realmente o seu aspecto era ruim e havia necessidade de actuar com urgência. Mediquei-o de acordo com a natureza do mal e aconselhei-o a não se descuidar para a doença não progredir. A tudo me disse que sim, que já não descansava enquanto não começasse o tratamento, que p'ra vida e p'ra morte não queria outro doutor, que ia à terra num pulo, mas voltava no mesmo dia, tudo condimentado com uns sorrisos e com uns olhares ladinos que me deixaram desconfiado.

Ao fim e ao cabo, já na saída, com

um pé encostado à porta, perguntou-me:

— Quanto devo da consulta, Snr. Doutor?

— Trinta escudos — respondi enquanto tomava umas breves notas na sua ficha clínica.

Como o homem se não explicasse, olhei para ele interrogativamente e vi-o de boca fechada, a aguçar o queixo, com embaraço.

— O Snr. Doutor vai-me desculpar, — desembuchou por fim — mas gastei todo o dinheiro que trazia numas mercas. Como tinha de cá vir, aproveitei e lá se me foi tudo...

— Não tem dinheiro? — perguntei surpreendido com a desfaçatez do homem. — Então para que veio fazer-me perder tempo?

A pergunta era supérflua, porque ele já o dissera. Viera para me consultar. E como a consulta fora feita, nada mais tinha a fazer. Passou o pé para o outro lado da porta e, com o ar mais patife deste mundo, foi-me dizendo:

— Eu depois venho por cá satisfazer, Snr. Doutor...

Esta história que, com pequenas variantes, se repete a cada passo nos consultórios dos médicos, quando a recordo, fico-me na dúvida se o homem tinha ou não dinheiro para pagar a consulta ou se era desses «patifes» constitucionais que só vivem de expedientes. Para o caso tanto importa. O que quero dizer é que a remuneração dos médicos está sempre no último degrau das obrigações a cumprir, só se lhes pagando, quando não há outros impedimentos à vista. Às vezes dá-se-lhes «por conta» qualquer coisa que os entretenha e contente — o que nunca se lhes dá é aquilo que eles merecem, nem aquilo a que tem incontestável direito. Primeiro discute-se, regateia-se ou fica-se a dever. Ele que aperte o cinto e sofra as contingências da vida. Antes de tudo está a romaria a que se não pode faltar, a borquinha a que se tem de ir, ou o desafio de futebol onde se ficou de aparecer. Tudo obrigações imperativas que não permitem desculpas nem sequer uma falta...

Como previamente se sabem impunes, se o médico reclama a justa liquidação da dívida, lamuriam uma desculpa como aquela que o homem desfiou no meu consultório, e vão se

à vida consolados por terem intrujado mais um lorpa. As «mercadas» que levaram a este o dinheiro, resumem-se, no geral, em largas presigadas com que contentam o estômago e abandalam a consciência. O que se leva desta vida, dizem eles, é o que se come, o que se bebe e o que se brinca. O resto é bobagem. A tripa forra é o lema. Atulhá-la com as vitualhas que aos outros custam os olhos da cara é tudo. A vida não é bem que sempre dure e é preciso aproveitá-la antes que a falta de forças os atire para a berma do caminho ou a morte os arraste, na enxurrada, para a vala comum.

Felizmente que esta mentalidade ainda se não generalizou. Está circunscrita a uns tantos videirinhos para quem os limites da moral não contam, nem as incertezas do futuro pesam. Se a doença lhes bate à porta, não têm dificuldades de maior a vencer. O médico que os atendeu ontem, não será aquele que os atenderá amanhã — a seara é grande e há por onde escolher. Contudo, nas terras pequenas, nem sempre é assim e muitas vezes tem de voltar ao princípio e bater à porta do médico credor. A ligeira perturbação que os embaraça no primeiro momento desaparece na própria treta que desfiam para se justificarem. No fundo, é apenas uma atitude de preconcebida intrujice, porque eles sabem bem que não haverá um único médico que se negue a prestar assistência clínica quando é solicitado. O sentido profundamente humano da profissão, lá está a impeli-lo para diante, embora possa ter o seu desabafo ou fazer o seu queixume. E com razão. Ao fim e ao cabo, ele sabe que a paga vai ser igual à que recebeu na vez anterior, e que o trabalho que teve, o tempo que perdeu e a vida que talvez salvou, de nada valem para aqueles que não querem pagar. Alguns ainda procuram remir a dívida com um simples «muito obrigado», convencidos de que o agradecimento é suficiente para contentar os estômagos e agasalhar os corpos. Mas os outros, a infinita maioria, fica numa vaga promessa, joga às escondidas, intruja, ou passa o pé para o outro lado da porta, antes de dizer com o ar mais safado deste mundo:

— Eu depois venho satisfazer, Snr. Doutor!...

MOSAICOS NORTENHOS

L

OS DESPORTOS NAS UNIVERSIDADES

Não se pode negar a predilecção da gente moça pelo desporto; pode mesmo afirmar-se que essa simpatia e esse entusiasmo fez desviar os estudantes dos trilhos perigosos da política, onde muitos dos antigos se atordoaram bem cedo e criaram vícios que os vitimaram pela vida fora.

A evolução dos tempos conduziu a massa académica para outros caminhos, e se essa evolução foi espontânea, chegou o momento de a observar com atenção, auxiliando-a, de modo que seja melhor aproveitada.

Infelizmente o entusiasmo pelas práticas desportivas tem adulterado, em larga escala, a ética que era tradicional nestas lutas e competições. Hoje o bairrismo ou o amor ao Clube nem sempre deixa ver com sã imparcialidade uma pugna desportiva, assistindo-se, não raras vezes, a desvairos condenáveis e atitudes impróprias, que desgostam e chocam os poucos que vão aos campos com o intento de assistir a uma luta digna.

Os tempos mudaram; agora quase não se ouvem clamores de entusiasmo que acalentem a turma da nossa simpatia — mas ouvem-se impropérios e insultos que atingem aqueles que desejamos ver derrotados. A linguagem que se emprega nos campos das lutas desportivas, convenceu-me já que muitos dos que a elas assistem, costumam deixar à porta as normas de educação que habitualmente usam, por vezes requintadas, para lá dentro serem apenas umas feras apaixonadas e indomáveis, que se contorcem em desesperos demoníacos.

O aprumo e o brio desportivo, a luta leal e correcta — são excepções que em muitos ramos desportivos já se apontam e registam como raras manifestações de uma nobreza que não é já corrente nos tempos presentes.

Enquanto antigamente se praticavam os desportos num puro e saudável amadorismo, hoje há muita gente que vive deles e que no desempenho dos seus cargos — por vezes rendosos — procura orientar as coisas mais segundo as suas conveniências — directas ou indirectas — do que no sentido de prestigiar a ética desportiva e acatar a vitória daquele que no campo da luta a soube alcançar com dignidade e aprumo.

Não há dúvida que o desporto também foi invadido pelo materialismo característico da época presente; a propósito dele também se fazem cálculos e se gizam rodeios, nem sempre isentos daquela maldade que ensombra as pugnas e as desvirtua de modo nada louvável

OS PROFISSIONAIS
E OS AMADORES

Muitas vezes tenho ouvido críticas ao nosso profissionalismo encapotado, que já criou raízes no Futebol. Não sou dos que encontram nesse profissionalismo a razão justificativa do mau sentido educativo que constituem os campeonatos, tais como se estão a realizar entre nós. Quanto a

mim não é o profissionalismo dos jogadores que turva o meio, mas sim o profissionalismo dos altos dirigentes, dos árbitros e até a deficiente organização do jornalismo desportivo, nem sempre isento de uma parcialidade condenável. Se fosse possível sanar estes meios, poder-se-iam remediar facilmente muitos dos inconvenientes que hoje se apontam e regressarmos à ética pura que reconduziria a luta desportiva a um grau de dignidade e elevação de que há muito se afastou em certos sectores.

Não é, de facto, no profissionalismo dos jogadores que está o mal, porque idênticas mazelas vamos encontrar nas modalidades que vivem ainda no mais puro amadorismo e que já estão contaminadas pelos que também começam a querer viver à sua custa.

Isentar o desporto das más influências, lutando contra a infiltração de elementos indesejáveis na superior direcção dos vários ramos desportivos, deverá ser a maior e mais insistentemente tarefa daqueles que dirigem os destinos dos Clubes desportivos. E se o conseguirem para as modalidades chamadas pobres, não hesitem e estabeleçam dentro das suas agremiações a modalidade de amadores para o Futebol, porque ainda há muita gente moça que gostaria de o praticar dentro da mais sã ética desportiva. A existência de grupos profissionais não pode ser impeditiva da organização de grupos amadores e estes, praticando o desporto dentro de uma orientação sã e elevada, podem, pelo exemplo, trazer grandes benefícios aos agrupamentos profissionais, que deixarão de se julgarem *senhores* no ramo desportivo que mais interesse desperta nas grandes massas populares.

OS DESPORTOS E O MEIO ACADÉMICO

As escolas secundárias e do ensino superior são um rico viveiro de gente nova que nas práticas desportivas podem encontrar grandes benefícios para o seu desenvolvimento.

Mas tem que ser criteriosa essa orientação e creio que os campeonatos que se têm organizado, são o indício do interesse que este assunto começa a merecer aos dirigentes do nosso ensino; no entanto, torna-se indispensável dar-lhe uma melhor atenção e mais largo desenvolvimento para que a sua projecção seja mais intensa.

A obra que se está a realizar no Porto, através do Centro Universitário, é, sem dúvida, digna de ser observada, porque, sem alardes, se vai estendendo e acentuando, de ano para ano, e começa a ser notada, mesmo nos meios extra-académicos.

Oxalá na sua direcção se mantenha por muito tempo o Prof. Dr. Jaime Rios de Sousa, porque a sua obra é um trabalho em profundidade que denota bom sentido educativo e profundo conhecimento psicológico, indispensável para bem orientar os novos.

Muito há que esperar da obra iniciada pelo Centro Universitário do Porto.

Os campeonatos de várias modalidades que organiza entre as Faculdades e a que junta a Escola de Belas Artes; a colaboração efectiva que dá aos campeonatos das 3 Universidades a que têm concorrido, conseguindo impor prestígio à representação nortenha; a presença do Centro nos campeonatos inter-clubes de Andebol, Basquetebol, Voleibol, Hóquei patinado etc., — são manifestações de uma actividade que já se aponta e em que já se repara.

Para a obra do saneamento desportivo que se anseia, a presença dos nossos estudantes do ensino superior nos campeonatos das várias modalidades é de grande realce, porque apresentando-se dentro das regras da melhor ética desportiva, podem, pelo exemplo de uma nobre compostura, servir de estímulo e salvaguarda das elevadas concepções que sempre devem presidir às pugnas desportivas.

Sob este ponto de vista, considero o Centro Universitário como uma célula valiosa que precisa de ser auxiliada e desenvolvida.

O ESTÁDIO UNIVERSITÁRIO

A superior visão do actual Reitor da Universidade do Porto, e a sua persistência, deu já como fruto a construção e inauguração do Estádio Universitário. Ainda bem que foi superiormente compreendido o pensamento do Prof. Dr. Amândio Tavares; a entusiástica atenção que a obra mereceu aos Ministros da Educação Nacional e das Obras Públicas, conduziram o projecto a uma rápida realidade e deram à Universidade do Porto um elo bem importante para que ela possa exercer a acção educativa que todos desejamos que seja dada aos que se encontram num curso superior.

Com o desporto não se pretende apenas conseguir o desenvolvimento físico aos seus praticantes, mas também, e em grau elevado, o aperfeiçoamento das suas qualidades morais e ainda as de observação, de reacção e de inteligência.

Hoje a Universidade do Porto possui um esplêndido Estádio, que será o cadinho onde estes predicados se desenvolverão e onde a própria assistência receberá lições de ética desportiva, lições bem necessárias e que, por certo, se reflectirão benêficamente na educação que importa dar em larga escala àqueles que gostam de presenciar as lutas desportivas, para que as saibam seguir com elevação e um são espírito desportivo, isento de paixões que amesquinham e atitudes, que aviltam.

Que o Centro Universitário seja um exemplo forte, dentro e fora do seu maravilhoso Estádio, é quanto se espera, para que a cruzada em prol de um desporto elevado e digno, conte com a sua acção e possa desenvolver-se, sob a sua influência e o seu exemplo, nos meios extra-académicos.

M. DA SILVA LEAL



COMPRIMIDOS ROTER

COMPOSIÇÃO: Subnitrato de bismuto, carbonato de magnésio, bicarbonato de sódio, cortex de rhamni frang., rhizoma cal.

EFEITO REAL

na úlcera, mesmo nos casos resistentes, crónicos.

MAIOR CAMPO DE ACÇÃO

pois é tão eficaz em casos de úlcera do duodeno como do estômago (mesmo em doentes idosos).

SEM ELEVAÇÃO PARADOXAL DA ACIDEZ

reduz a acidez do suco gástrico, não estando contra-indicado por causar subacidez

3 VANTAGENS

no tratamento da úlcera peptica, em contraste com substâncias possuindo uma acção principalmente espasmolítica.

EMBALAGENS ORIGINAIS

Lata de 40 comprimidos de 1,1 g
Lata de 120 comprimidos de 1,1 g
Lata de 640 comprimidos de 1,1 g

Literatura e Amostras à disposição da Ex.ma Classe Médica.

PHARMACEUTISCHE FABRIEK **ROTER**

HILVERSUM-HOLANDA

REPRESENTANTE EXCLUSIVO PARA PORTUGAL

NÉO-FARMACÊUTICA, L.^{DA}

AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21 - r/c - Esq. — LISBOA

TELEF. 51830

ECOS E COMENTÁRIOS

DR. FINDERLE

Num barco jugoslavo, passou, há pouco, em Leixões, a caminho dos Estados Unidos, o meu amigo Dr. Finderle, «primarius» (chefe) da Clínica Ginecológica de Fiume — o principal porto da Jugoslávia, outrora cidade italiana, nas margens do Adriático.

Na sua passagem em Portugal estive algum tempo com este ilustre ginecologista e obstetrista, que é o colega com quem mantenho maiores contactos, no país do Marechal Tito, fornecendo-me excelentes informações sobre a medicina e a vida social da Sérvia, cuja sociedade médica edita uma revista onde se pode fazer ideia do movimento científico-médico sérvio pelos resumos em francês e inglês que acompanham os artigos originais.

Há alguns meses, o Dr. Finderle publicou na «Acta Gynecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana» um trabalho sobre o «Extractor no parto». Trata-se dum instrumento muito simples, com a forma duma campainha, destinado a extrair a criança e que o autor considera muito menos perigoso do que o forceps.

O Dr. Finderle falou-me de diversos assuntos relacionados com o seu país, onde se desenvolvem, actualmente, reformas importantes sob o ponto de vista social, que aliás, até agora, ainda não tiveram repercussões favoráveis na medicina, que socializada desde há alguns anos, apresenta deficiências lamentáveis e está em manifesta inferioridade com a do ocidente e a do norte da Europa. Publicam-se, actualmente, cinco revistas de medicina na Jugoslávia, uma das quais é a Revista Sérvia de Medicina, a que me refiro atrás — que é a mais importante — de alguns trabalhos da qual, de entre as que apareceram ultimamente, publicamos hoje resumos.

Há sempre interesse em conhecer o que se passa no campo da medicina de todos os países, incluindo daqueles que, como a Jugoslávia, têm realizado experiências sociais, que se reflectem notavelmente sobre a vida médica.

Terminamos acompanhando o nosso ilustre amigo Dr. Finderle, que sempre se tem mostrado amigo e admirador do nosso País, nos votos que, com o maior interesse, formula: de que Portugal e o seu país estabeleçam rapidamente relações diplomáticas, o que certamente se realizará — agora, que a Jugoslávia entrou para o Pacto do Atlântico, isto é, podemos contá-la entre os nossos aliados.

M. C.

O PRESTÍGIO DO MÉDICO E DA MEDICINA

Na primeira sessão do Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde do Continente foi lida uma comunicação do sr. Dr. Augusto da Silva Travaços, na qual há uma passagem merecedora de ser posta em relevo, tal a sua oportunidade e tamanha a importância de que ela se reveste. Depois de pôr em destaque a alta situação de prestígio nunca até aqui alcançada pela Medicina,

o autor da referida comunicação, que é o director-geral dos Serviços de Saúde, nota e lamenta que não se verifique igual situação dos médicos perante a sociedade. — «Observamos, pelo contrário, e é nosso dever e interesse reconhecê-lo — acrescenta o sr. Dr. Silva Travaços — que os médicos perdem prestígio à medida que o da Medicina cresce».

E o sr. director-geral de Saúde prossegue: — «É caso para uns momentos de meditação estudar as verdadeiras causas desse facto através de observação profunda e procurar removê-las para bem do futuro de uma classe que sempre ocupou e conquistou, mercê de uma existência milenária, um lugar de destaque no meio social. É tempo de rever e ter bem presente o verdadeiro sentido da Medicina

moderna em relação à vida social e saber conduzir a actividade de cada um dentro de uma ética profissional de há muito bem codificada, desprezando aspectos de luta e concorrência que só causam desprestígio e tantas vezes só representam esperanças vãs».

Não se transcrevem estas afirmações, vindas de quem se encontra revestido de toda a autoridade para as formular, já pela elevada situação que ocupa na burocracia da especialidade, já pelo próprio renome de que justamente goza, para deprimir, criticar ou diminuir quem quer que seja, nem para apoucar uma profissão que à sociedade presta os mais relevantes serviços e entre aqueles que a têm praticado tantos homens eminentes, sábios, mártires e verdadeiros apóstolos da caridade e do bem, conta. O intuito que preside à transcrição é bem diferente. Situa-se no polo oposto. Inspira-se em sentimentos e em abjectivos que, muito ao invés de merecerem reprovação, são dignos dos mais incondicionais aplausos.

São do conhecimento público os progressos realizados nas últimas décadas pela arte médica. Todos os dias se descobrem, no recolhimento dos laboratórios novos remédios e drogas de tal poder curativo que se fica rendido de admiração ante os seus efeitos. Todos os dias o bisturi vai mais longe e mais profundamente no corpo humano, cortando vísceras e músculos, tecidos e órgãos, ainda há pouco tidos como intangíveis. O próprio coração, durante séculos considerado invulnerável, é presentemente atacado nas suas mazelas com uma frequência e um êxito verdadeiramente miraculosos. As vidas que se salvam, mercê dos novos processos clínicos e cirúrgicos em uso; as dores e os sofrimentos que se acalmam e suprimem, as vitórias retumbantes alcançadas contra enfermidades ainda recentemente tidas como infalíveis causadoras da morte obrigam a bem-dizer a plêiade inumerável de sábios e de heróis que, dedicando-se a defender a vida dos seus semelhantes, têm levado a efeito uma obra que é a suprema honra da Humanidade.

Mas, se a Medicina conseguiu cercar-se de um prestígio fulgurante, que a impõe ao respeito universal, os seus sacerdotes, os seus cultores, aqueles que se consagram a praticá-la e a exercê-la não podem esquecer que têm como principal dever ser escravos desse mesmo prestígio, procurando crescê-lo por todos os meios ao seu alcance. E esse fim capital só pode obtê-lo defendendo a sua profissão de tudo o que possa maculá-la. É que a vida humana é bem de tal modo sagrado que tudo o que se lhe refira tem de despertar em quem lide com ela o respeito mais vivo e a dedicação mais incondicional. Chamando a atenção dos médicos portugueses para as suas responsabilidades, para os deveres que impendem sobre os seus colegas, o sr. Dr. Silva Travaços prestou à sua classe um inestimável serviço. Assim ela o reconheça e saiba proceder à revisão que lhe foi sugerida».

HALODEX

CLOROFILINAS, DERIVADOS
HIDROSSOLÚVEIS DA CLO-
ROFILA, ESPECIALMENTE
PREPARADAS PARA EXERCE-
REM UMA ACÇÃO DESODO-
RIZANTE

TUBO PLÁSTICO DE 10 GRAJEIAS

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

VERDADE E MENTIRA NO EXERCÍCIO DA MEDICINA

ALMEIDA GARRETT

(Prof. da Faculd. de Medicina do Porto)

Antes de mais nada, quero felicitar os rapazes da J. U. C., organizadores do actual ciclo de palestras de deontologia médica, pela bela iniciativa, digna de todos os elogios; e devo agradecer a gentileza do insistente convite para nele participar, que muito me penhorou. A todos os meus parabéns e muito obrigado.

*

Nós, os médicos, pela feição intelectual da nossa cultura, temos obrigação de amar as ideias claras e as frases justas. Uma e outra coisa estão intimamente ligadas. Pensar com rectidão arrasta à propriedade da linguagem, na ânsia da tradução fiel do pensamento. Por isso, quando tenho de tratar qualquer assunto, o primeiro movimento é para tentar defini-lo, o mais concretamente possível; por isso coloco em primeiro lugar, à guisa de exórdio à exposição a fazer, o significado das palavras «verdade» e «mentira».

Percorri os dicionários, desde o do P.e Rafael Bluteau até ao de Cândido de Figueiredo, passando pelos de Constâncio, Edmundo Faria, Frei Domingos Vieira e de Morais e Silva. E vi que, com pequenas variantes na maneira de escrever, todos dizem sensivelmente o mesmo: — Verdade é a conformidade da ideia com o seu objecto e da palavra com o pensamento; mentira é o contrário de verdade, é dizer o contrário do que temos por verdadeiro.

Analisando esta definição, facilmente verificamos que há duas espécies de verdade: a objectiva, que afirma a existência de factos que consideramos reais, tradutores da existência de objectos ou de fenómenos que se manifestam de determinada maneira, e a verdade subjectiva, a dos juízos que fazemos, tanto dos factos do mundo exterior como do que se passa no interior do nosso espirito.

A verdade objectiva pode oferecer quase rigorosa exactidão quando referida ao universo inanimado. A física, a química e a astronomia são ciências exactas, porque podem exprimir os seus conceitos em linguagem matemática. Já com a biologia não acontece o mesmo; os fenómenos vitais apresentam-se de diversas maneiras segundo a diversidade dos factores que os determinam, e quando se pretende exprimi-los em fórmulas matemáticas estas têm de subordinar-se a estreito condicionalismo, pois basta que um dos factores falhe para mudar o aspecto do fenómeno. Nas ciências biológicas, e portanto na medicina, a verdade é sempre condicional; é uma verdade relativa.

Depois, como os conhecimentos entram pelos sentidos, da maior ou menor acuidade de estes e da maior ou menor

capacidade do cérebro receptor, depende a percepção dos factos, estáticos ou dinâmicos, e das respectivas imagens. Dois exemplos chegam para mostrar que assim é. Dois indivíduos, tidos por normais, ouvem atentamente um ruído ténue e distante. Ao passo que um de eles distingue perfeitamente o som, é capaz de bem o caracterizar, o outro, apesar de ter igual poder auditivo, não pode exprimir com precisão o que ouviu. Dois indivíduos, dotados da mesma capacidade visual, assistem a certo acontecimento, na mesma ocasião, ao lado um do outro; ambos o viram, mas cada um de eles vai contar o que viu de maneira diferente, por vezes ambos inexactamente. É que, até em relação a factos, no campo objectivo, pode sinceramente ter-se por verdade o que na realidade o não é.

E que dizer do pensamento, dos nossos juízos críticos? Aí a relatividade é muito maior. Cada um tem a sua verdade, aquilo que julga ser verdade. A nossa maneira de ser psíquica, constitucional e adquirida, em fusão da actividade intelectual com o senso estético e o moral, comanda os raciocínios e as conclusões que de eles tiramos. A sabedoria popular exprimiu isto cabalmente, ao dizer que o mal de uns é a alegria dos outros, e que o que a uns faz rir faz os outros chorar.

Certamente, para todo o homem normal a verdade é um sentimento (passe a expressão) altamente respeitável, imposto pela consciência. Mas isto não impede o reconhecimento da sua relatividade, e por consequência da faculdade de a iludir, a esquecer e até a de a negar, quando há interesse moral em o fazer. Dizer a verdade, o que julgamos ser a verdade, só neste caso passa a ser de obrigação. A verdade é, no fundo, uma atitude da consciência; transmiti-la aos outros é um acto circunstancial, que deve ser ditado pelo interesse comum.

Chega-se assim, logicamente, sem hipócritas subterfúgios, à conclusão de que a mentira tem, legitimamente, tanto lugar como a verdade, nos actos da

nossa vida; porque, segundo a definição do termo, quando se não diz a inteira verdade, mente-se, e a cada passo, na vida corrente, somos forçados a mentir. Estou a fazer, neste momento, aquilo a que é de uso chamar uma conferência. Pois bem: no final, para os seus amigos é de boa educação cumprimentar o conferente, felicitá-lo pela bela oração, o excelente trabalho que produziu; quando a verdade é que foi uma estopada, que acabou com satisfação por o orador se ter calado... E, semelhantemente, em mil ocasiões a mentira é moeda corrente, que tem de girar por assim o exigirem as susceptibilidades humanas e o equilíbrio da vida social. É bem certo o conceito de Hanotau: — Se todos soubessem o que todos dizem de todos, ninguém falaria ninguém.

Embora enquadrado neste aspecto geral, o caso do exercício da medicina é um caso especial. Vou ver se consigo expô-lo nos seus principais aspectos, com brevidade e clareza.

Trata-se das atitudes psicológicas de médico e doente, e sua interdependência, pois que o acto clínico (e só a este me refiro) é principalmente um diálogo entre os dois, cada um na sua posição.

O médico que entranhadamente encarna o espirito da sua profissão ouve o doente com toda a atenção e paciência. Ouve-o atentamente para a colheita de elementos de diagnóstico; ouve-o pacientemente, nas expansões das suas queixas, que assim apreende a feição psicológica do doente, e desde logo contribui para sua consolação, deixando-o desabafar seus sofrimentos.

Com a fase contemporânea de excessiva tecnização da arte médica, esbateu-se a fundamental noção de que todo o jogo dos nossos órgãos é dominado pelo sistema nervoso, soberanamente influenciado pelo psiquismo, sobretudo no seu aspecto emocional. De tal esquecimento veio a proclamação da medicina psico-somática, que aos olhos dos desconhecedores da história pode surgir como novidade, quando é coisa tão ve-

CALDAS DE AREGOS

ÁGUA HIPERTERMAL,
SULFÚREA SÓDICA,
CARBONATADA SÓDICA
E MIXTAS, ETC.

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

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

Médico Director — Dr. Jaime de Magalhães Médico adjunto — Dr. Manuel Esteves

lha como a própria medicina. Que corpo e espírito formam um todo indivisível tem sido dito e redito. Trago aqui uma das melhores definições do conceito; é de Montaigne e reza assim: «— O homem é um todo, físico e moral influenciado-se reciprocamente. A costura é tão íntima que não podemos tocar num sem que o outro se ressinta».

Não vale a pena ocupar alguns minutos a falar de quanto os males do corpo afectam o espírito, pois só quem nunca esteve doente poderá duvidar da profundidade de essa intervenção; uma simples dor de dentes para para a provar...

Mas vale a pena dedicar algumas palavras à formidável acção que o psiquismo exerce sobre as funções orgânicas e consequentemente sobre os estados patológicos; e porque quase todos os que me ouvem são estudantes, não quero deixar fugir esta oportunidade de a acentuar, como faço sempre, com exemplos, aos meus alunos de higiene. É que a tenho por importantíssima. Se a vida actua de fora para dentro, mais actua de dentro para fora. Já o diziam os clássicos da antiguidade: «Mens agitat molem».

É uma influência tão grande que pode modificar completamente, para bem ou para mal, o andamento das doenças. O estado emocional pauta as reacções aos factores patogénicos. O doente animoso, que não pensa em morrer mas em viver, custe o que custar, tem cem vezes mais probabilidade de curar do que o tímido, descrente da eficácia da terapêutica, que julga poder morrer do mal de que padece. E é que pode morrer mesmo, só por motivo de emoção ansiosa. Porque se passou comigo, não deixo de lhes contar um exemplo típico.

Quando em 1912 fui nomeado sub-delegado de saúde, chamaram-me a serviço no Hospital do Bonfim (hoje Hospital Joaquim Urbano) para cuidar de uma enfermaria de pestosas. Uma manhã entrou para lá uma mulher jovem e de aspecto saudável, afectada de peste bubónica, da forma vulgar, sem nenhum indício de especial gravidade. Enquanto a observava muitas vezes repetiu a mesma frase triste: «eu morro, senhor doutor, eu vou morrer; isto é doença que mata». Animei-a quanto pude, mas a despedida foi ainda com o mesmo lúgubre presságio. E morreu, súbitamente,

na noite de esse dia, e na autópsia nada encontrei que pudesse explicar a morte. Este caso, que então, na inexperiência de novato, me pareceu estranho, compreendi-o depois, achei-o natural, porque o que li e o que vi mostraram-me claramente quão poderosamente o espírito influi sobre a matéria.

Veio isto a propósito da necessidade de o médico incutir nos doentes a fé na cura, a certeza de que o organismo, ajudado pela terapêutica, dará conta do mal. E com tanto maior veemência quanto o padecente for mais «cismático», como se diz em linguagem extra-médica.

O prognóstico, para este efeito, não importa. Nos casos tidos por incuráveis será o único meio de desfazer um diagnóstico errado, salvando o doente e (o que não deixa de ter sua utilidade) lavando o surro da nossa vaidade científica...

Há pois que mentir e mentir por sistema, como processo terapêutico, e não apenas por caridade, para consolo do doente. Esta psicoterapia de uso geral e corrente, pode o médico fazê-la melhor ou pior, segundo as suas faculdades de intercomunicação; mas é seu dever fazê-la sempre, porque nela está muitas vezes, o principal agente útil de tratamento, e é sempre benéfica em seu papel adjuvante.

Esta é a atitude psicológica do bom médico. Que guarde a verdade para si, quando muito para os familiares do enfermo, quando nisso houver manifesta vantagem para eles ou for preciso para defesa da reputação profissional.

E o doente, como recebe ele as palavras do médico? Terão elas sempre as benéficas acções que lhe assinaliei?

Naturalmente, o efeito dependerá da intensidade do sofrimento e, sobretudo, da feição psíquica do doente, da sua maior ou menor sugestibilidade.

A modalidade psíquica tem enorme importância. Há doentes optimistas como os há pessimistas, e aqueles são os bons e estes são os maus, como há pouco notei. Os primeiros facilmente serão animados, facilmente acreditarão que tudo seguirá pela melhor maneira. Os segundos são os difíceis, aqueles a quem é preciso afirmar categoricamente a certeza da cura, para desanuviar as suas apreensões; mas creio que o procedimento sempre dará resultado, porque no fundo o que todo o doente deseja

é voltar ao estado de saúde, e é regra geral da natureza humana que só se aceita bem aquilo que se deseja.

Parece-me que a maioria, nem de optimistas sistemáticos, nem de pessimistas contumazes, oscila entre as duas posições, conforme a evolução dos seus padecimentos. O facto é bem visível quando estes provocam violentas sensações penosas. O doente crivado de dores ou rugindo por prurido feroz, desesperado diz querer morrer, para acabar de vez com o seu insuportável sofrimento. Mas atenuado este, a coisa muda, a esperança já sorri, já quer viver e conta com o progresso das melhoras e enfim a cura.

A clínica mostra, a cada passo, estes exemplos flagrantes do reflexo que os fenómenos patológicos tem sobre o psiquismo dos doentes, fazendo variar no decurso de uma enfermidade o estado de espírito do padecente. Por isso, se a mentira médica tem de adoptar modalidades apropriadas ao carácter de cada doente, também tem de as adaptar às circunstâncias que cada caso reveste num mesmo doente.

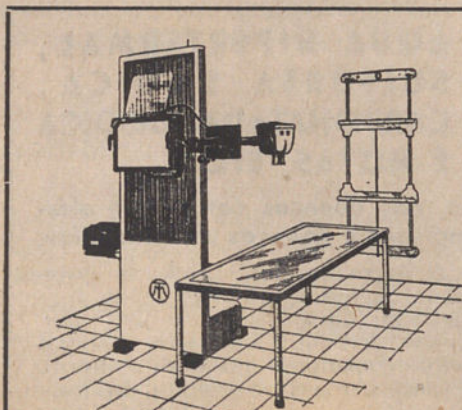
O médico tem de ser psicólogo, para poder exercer a indispensável psicoterapia. A clínica que olha só para a matéria não faz parte da medicina para homens; quando muito, é veterinária...

E vamos ao aspecto mais delicado: o das atitudes perante a morte. É nele que surgem situações em que pode ser discutível a acção do médico, sobretudo quando este fez um prognóstico de incurabilidade e fatal desfecho a breve trecho, baseado em sólidos fundamentos científicos.

Nestas situações, mais que em quaisquer outras, temos de contar com o factor religioso, com as crenças de uns e outros, médicos e enfermos. E porque há de tudo neste mundo, vou encerrar o problema num ponto de vista geral, partindo do princípio de que todo o médico, inclusive o que em tal matéria é agnóstico, tem de respeitar as crenças do seu semelhante e considerá-las como elemento que pode utilizar para benefício da sua acção terapêutica; e que o médico religioso, seguro das virtudes da sua fé e da sua prática dos mandamentos, tem de ser piedosamente tolerante para com os que não comungam nas mesmas crenças, aproveitando o que eles julgam ser a verdade para influir no seu espírito, e raro é que nos recônditos de este não exista, embora bruxuleante, a noção de um Deus Todo-Poderoso, que rege os destinos do mundo.

A situação simplifica-se quando médico e doente são igualmente crentes. A concordância na descrença, se não põe problemas morais ao médico, torna menos operante a sua acção, por falta do forte apoio psíquico da Fé.

É humano temer a morte e, em regra, todos a temem. Os que arrogantemente exclamam não ter receio de morrer, fazem-me lembrar aquele personagem da novela que dizia não ter medo de atravessar sozinho e de noite, uma



10 NOVOS MODELOS

Aparelhos de Raios X para a radiografia e radiosopia de 10-20-50 e 100 miliamperes. Preços e condições excepcionalmente vantajosos.

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.

A maior organização de Raios X em Portugal


Rua dos Sapateiros, 39-2.º — LISBOA — Tel. 25701 — (Fundada em 1920)
No PORTO: BACELAR & IRMÃO, LDA. — Em COIMBRA: FARIAS, LDA.

AGORA... **UM grama** DOSES DIARIAS

CLORIDRATO DE

Aureomicina CRISTALINA

Lederle



Empregada até ao presente em mais de 10.000.000 de casos clínicos, são superiores a 7.000 as comunicações que sobre a Aureomicina se publicaram, provenientes de todos os campos da prática médica mundial. Desde 1949 que a tendência destes estudos vem confirmando a eficácia na aplicação de doses mais reduzidas de Aureomicina, o antibiótico de espectro verdadeiramente amplo e actividade absolutamente uniforme.

Lederle ... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

Dose	Peso aproximado do paciente	Quantidade a administrar	Número de doses cada 24 horas
0,1 g. diário	8 quilos	Uma dose de 50 mg. duas vezes por dia, depois de comer.	2 doses
0,5 g. diário	40 quilos	Uma dose de 250 mg. duas vezes por dia, depois do almoço e do jantar.	2 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 3 ou 4 horas, depois das refeições.	5 doses
		Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,0 g. diário	80 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 4 horas, excepto durante 8 horas de noite.	4 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,5 g. diário	120 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 3 horas, excepto durante 6 horas de noite.	6 doses

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
 AMERICAN Cyanamid COMPANY
 30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N. Y.



Embalagens: CÁPSULAS — frascos de 8 e de 16, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPERSOIDS (PÓ DISPERSÍVEL) — frasco de 75 g. PASTILHAS — frascos de 25, c/ uma com 15 mg. POMADA — tubos de 14,2 e de 28,4 g. com 30 mg. por grama. OFTÁLMICA — Colírio — frascos conta-gotas com 25 mg.; Unguento — tubos de 3,5 g. a 1%. * INTRAVENOSA — frascos de 100 mg. com diluente de leucina. NASAL — frascos de 10 mg. FARINGETAS — caixas de 10 com 15 mg. c/ uma. PASTA DENTAL — boiões de 5 g. CONES DENTAIS — tubos de 12 com 5 mg. c/ um. ÓTICO — frascos de 50 mg. * PÓ VAGINAL — frascos de 5 g. a 200 mg. por g. * SUPOSITÓRIOS VAGINAIS — frascos de 8. * PÓ CIRÚRGICO — fr. 5 g. com 200 mg. por g.

* A introduzir brevemente.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar:
ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.
 Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA
 Rua de Santo António, 15 — PORTO

estrada solitária e de mal afamada vizinhança, mas ao caminhar assobiava alto, para espantar o medo que consigo levava. A afirmação não passa de bravata, que no momento próprio será desmascarada.

O doente que sente, com razão ou sem ela, a probabilidade de em breve sucumbir, mais fortemente a teme, como é natural.

Aos pusilânimes para quem qualquer pequeno padecimento é mal de morte, o médico, ao combater o seu pessimismo, só dirá a verdade, pois falará de acordo com o diagnóstico e o prognóstico que fez. Mas, quando a doença é grave, do mais sombrio futuro, deverá esconder a verdade, enganar o doente?

Já há pouco falei do papel terapêutico da mentira, actuando como psicoterapia, e aludi aos possíveis erros de prognóstico. Agora, porém, trata-se da morte próxima, tida por inevitável. Aqui o problema toma um aspecto mais agudo, muito mais delicado. A psicoterapia, como arma clínica, perdeu o seu valor, e encontramos-nos em face de uma situação em que temos de jogar com uma série de factores morais, variáveis de caso para caso, e não apenas com o psiquismo do doente e as suas crenças.

Apetecia-me dizer que, agora como sempre, acima de tudo está a caridade, a caridade que, como proclamou S. Paulo, é a maior de todas as virtudes. E a caridade, em tais circunstâncias, é ocultar a verdade. Mas não posso e tenho pena. É que há por vezes, e não devem ser raras, fortes motivos para levar ao espírito do doente a possibilidade da morte ou até mesmo para a denunciar abertamente.

Todo o médico tem o dever cristão de praticar o bem, sempre que para tal se lhe ofereça ensejo; não pode abstrair dos interesses dos que cá ficam, cuja protecção depender de disposições a tomar pelo moribundo.

Compreende-se bem que ao doente convicto de que a morte chega, sem esperança alguma de que se afaste, a mentira é inútil, sobretudo quando se trata de um verdadeiro crente, que aguarda a morte como libertação do pobre invólucro carnal. Está aqui, diante de mim, o Professor Magano, que cuidou na sua terrível doença uma minha irmã, religiosa professa, e viu como morreu, após dias e dias de atroz sofrimento, de olhos postos no Céu que a esperava. Exemplo, entre muitos, de quanto pode a Fé, profundamente enraizada, nos transes de despedida de este mundo.

Mas, quando o condenado a morrer está no pólo oposto? Como proceder? Ele sente que vai morrer e confessa-o. Mas não haverá, no fundo do seu íntimo, uma réstia de esperança, que aguarde uma palavra do médico para se expandir e acalantar o último suspiro?

E que difícil problema de consciência se põe ao médico crente na vida eterna, diante de uma criatura de inseguras crenças, ainda agarrada à vida que lhe foge?

A todas estas ansiosas perguntas, e a outras que podem formular-se, não encontro resposta certa, pois me parece que cada caso terá a sua solução particular, tão variadas podem ser as circunstâncias de ordem individual, familiar e social. E talvez, nas ocorrências menos caracterizadas, seja aplicável uma posição intermédia, aquela que indicando a probabilidade da derrota da medicina perante a fatalidade iminente, deixe entrever a possibilidade de uma vitória, porque «o futuro a Deus pertence».

Dariam os temas que tenho abordado para largas lucubrações, com citação das várias opiniões que sobre eles se tem emitido. Umás e outras omito,

para não alongar esta palestra singela; não quero exceder o tempo regulamentar. Pelo que passo ao particular aspecto da atitude do médico perante a sua própria doença e a sua morte.

Diz-se por aí que ninguém se engana tão facilmente como o médico, sobre a gravidade de uma doença que o ataque. O conceito está errado, quase sempre. O que em regra sucede é que, insensivelmente, posto um diagnóstico severo, o médico se agarre à dúvida sobre a sua legitimidade, pois ele bem sabe que errar é próprio dos homens, e que os homens de ciência também por vezes se enganam. Agarra-se a essa dúvida como o naufrago à tábua de salvação.

Acontece às vezes que os colegas, por caridade, inventam um diagnóstico de favorável prognóstico, a que corresponde um tratamento semelhante ao da doença em questão. E então, o poder de auto-observação anula-se, até quando os sintomas são tão evidentes que não enganariam qualquer clínico. Estou a lembrar-me, neste momento, do Professor Lourenço Gomes, que foi mestre muito distinto nesta casa, o qual, com nítidos sinais de cancerose, morreu por cancro da região pilórica e deitou-se na mesa de operações convencido de que a estenose de que padecia resultava de uma úlcera.

Afinal, o médico é nisto, como em tantas outras coisas, o comum dos mortais.

E perante a morte tida como certa, inevitável? Será também como os leigos da medicina?

Creio que, quando essa certeza se estabelece, alguma diferença existe, embora se não afaste da regra geral, de diversa atitude segundo a estrutura moral de cada um. É que o médico tem, pelos seus conhecimentos de biologia, a noção de que a morte é fenómeno normal dos seres vivos, em cujo organismo a toda a hora estão morrendo e nascendo elementos. Essa noção e o carácter que à mentalidade imprime a cultura científica conferem uma serenidade perante o inevitável, que pode chegar ao mais completo estoicismo. E se o médico é um crente, à consciência da fatalidade biológica alia-se a esperança numa paz eterna, e é com redobrada serenidade que para sempre fechará os olhos do corpo.

Há, na literatura sobre este assunto interessantes notas, entre as quais me apraz citar, como exemplo, a do médico filósofo Halle, que, agonizante, tomava o seu próprio pulso e cujas últimas palavras, para o colega que o assistia, foram: «Meu amigo a artéria deixa de bater».

O médico tem, pois, mais razão que o leigo, de ser estóico na morte. Mas o leigo também o pode ser. Conta André Maurois, entre outros episódios do género, que Carlos II, de Inglaterra, para ser gentil-homem até morrer, se despe-



LONGACILINA

N, N'-Dibenziletilenadamina-dipenicilina G. Composto de reabsorção muito lenta

Cada comprimido: 150.000 U.
Actividade 8-12 horas

LONGACILINA A

Soluto aquoso estável pronto a injectar. Escassa reacção local. Menos reacções gerais que a penicilina-procaína.

Frascos de 300.000 U.
Actividade: 7 dias

Frascos de 600.000 U.
Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS

DO

**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

diu dos circunstantes com esta frase: «Levei um tempo incrível a morrer, mas espero me desculpem».

Recordo sempre, com profunda emoção, o último encontro com o meu chorado mestre e amigo, o Professor Maximiano Lemos, o eminente historiador da medicina portuguesa. Condenado a não poder falar, por motivo de um cancro na língua, vinha à Faculdade a matar saudades e ver os colegas. Respondia escrevendo. A uma frase minha, de difícil consolação, traçou no papel, com a maior naturalidade, estas palavras trágicas: «Meu caro Garrett, isto está por dias». E faleceu na semana seguinte.

De certo, há excepções ao estoicismo médico; mas não as creio frequentes nos que são cientistas, nos que exercem a arte devidamente e não por infundada rotina.

Esse estoicismo não contende por forma alguma com a ansiosa emoção de interesse pelos entes queridos que vai deixar, e bem pungente se vivem pelo seu amparo. De qualquer maneira, é justo sentir a dor da saudade, que não é apenas «gosto amargo de infelizes», mas o é também dos moribundos, para quem o descanso eterno pode ser uma felicidade que na vida não lograram.

E basta de falar da morte a quem nela dificilmente pensará, porque quase todos os que estão aqui são jovens, es-

tão na idade em que se entra afoitamente na vida, na esperança de largo futuro.

*

Ao escolher o assunto que acabei de versar, pensei que era apropriado para incluir numa série de palestras de deontologia médica. Com efeito, o problema geral que subentende pode enunciar-se assim: — Quando deve o médico dizer a verdade ao doente sobre a enfermidade de que padece, e quando e como lhe deve mentir?

Se a deontologia prescreve as normas dos procedimentos do médico, o tema escolhido é de deontologia. Sobre isto creio estar na razão. Do que duvido é da interpretação que dêem aos meus arrazoados.

Estou de aqui a ouvir (sem alusão à assistência, bem entendido) os moralistas dogmáticos a comentar que fiz o elogio da mentira, e que a verdade deve ser amada acima de tudo. Eu respondo-lhes: — Verdade absoluta há só uma, que é Deus; tudo o mais, neste mundo, é relativo, adaptável às necessidades da felicidade individual e da regularidade do viver colectivo. Que meditem na definição da verdade que de entrada lhes dei, e verão como é inconsistente o seu comentário.

Encarado o assunto, como o encarei,

no campo da prática clínica, o meu elogio da mentira está perfeitamente justificado. Não me arrependo de o fazer, pois fico de bem com a minha consciência. Detesto a hipocrisia.

Há que falsear a verdade, quase sempre, e isso só tem um nome, que é mentir. Meias mentiras somente, muitas vezes; de toda a maneira deixam de ser verdades.

Mentir ao doente é quase sempre uma obrigação, porque é um acto de caridade. Fácilmente a cumprireis vós, que sois cristãos e católicos, e sabeis que assim o exige a vossa Fé; e decerto também sabeis que o alto espírito de Sua Santidade Pio XII, ao receber médicos, sempre os exorta a serem apóstolos da caridade.

Assim o devem compreender e praticar todos, sejam quais forem as suas crenças. Que, no fim de contas, não é mais que seguir o imorredoiro preceito do Evangelho, do qual deriva a verdadeira essência da nossa civilização: — Ama a Deus sobre todas as coisas e ao próximo como a ti mesmo.

(Reprodução — transcrita do «Portugal Médico» — tanto quanto possível exacta, da palestra feita sobre apontamentos na noite de 7 de Março de 1952).

CERI-NUTRINA

Extracto concentrado de cereais, leguminosas e suco de cenouras, rico em glúcidos, prótidos, vitaminas, fósforo e cálcio

Alimento completo e de fácil digestão

NEOFOSFAM

Soluto injectável de dimetil-amino-metil-fenil-fosfinato de sódio a 2%

Medicamento fosforado de perfeita tolerância e alta eficiência

LABORATÓRIOS ESTÁCIO
PORTO

Reunião do Curso da Faculdade de Medicina do Porto de 1908-1913

No passado dia 26 de Julho, efectuou-se, na Quinta de Santo António, em Crestins, Moreira da Maia, a 14.ª reunião do Curso, que terminou a sua

Prof. Azevedo Maia, Gomes da Costa, Sousa Campos, Miguel Valeda e Couto Nobre, e os dois professores sobreviventes, Drs. Carlos de Lima e Alfredo



Curso de 1908-1913, da Faculdade de Medicina do Porto (Quinta de Santo António — Crestins — Moreira da Maia)

formatura, na Faculdade de Medicina do Porto, em 1913.

A convite do seu condiscípulo Dr. Santos Pereira, ali compareceram todos os actuais componentes do referido Curso, os Drs. Faria e Vasconcelos,

de Magalhães, tendo também, tomado parte no almoço, as Sr.as D. Alda Sepúlveda Sampaio dos Santos Pereira e D. Maria Lúcia Sepúlveda dos Santos Pereira, respectivamente, esposa e filha do dono da casa.

Faziam parte deste Curso os falecidos médicos Dr. Carlos de Castro Henriques, professor da Faculdade de Farmácia, Licínio Prado, médico do Consulado do Brasil no Porto, Dr. Alvarim Ferreira da Silva, Adjunto de Delegado de Saúde nesta cidade e João Saavedra, que também aqui exerceu a clínica apenas dois anos após a sua formatura; Dr. José Monteiro de Oliveira, que fez parte da edilidade vimaranense, e faleceu na sua aldeia de Atães (Guimarães); Dr. Antero Machado, clínico em Travanca (Vila-Meã); Dr. Amadeu da Encarnação, médico no Marco de Canavezes e Dr. José Augusto de Castro Córte-Real, médico municipal aposentado, de Penalva de Castelo.

A memória de todos estes condiscípulos foi, saudosamente, evocada nessas horas de tão atraente convívio, e, bem assim, as figuras prestigiosas dos Mestres falecidos, cujas lições se lembraram com a maior e mais enternecida veneração.

Congresso Internacional de Cirurgia

Reúne em Lisboa, de 14 a 20 do corrente mês, o XV Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia, que, criada em 1902, em Bruxelas, agremia cirurgiões de maior categoria de todo o Mundo, os quais constituem número restrito e fixado, para cada país, pelo «comité» internacional, competindo ao «comité» nacional de cada um desses países indicar os novos membros, quando haja vagas.

Vêm a Lisboa cerca de mil cientistas, membros daquela Sociedade. Ao valioso patrocínio e auxílio do Governo se deve a realização do congresso em Lisboa. Para a efectivação desta importante reunião em Portugal também muito contribuiu o prestígio do Prof. Reinaldo dos Santos, que é presidente do congresso, e cuja organização está confiada ao Dr. Armando Luzes.

As comunicações científicas e as discussões do congresso serão transmitidas, simultaneamente, em francês, inglês e alemão, ouvidas por meio de auscultadores, de forma a poder ser escolhida, dentre as três línguas, a que cada um dos congressistas preferir. Para tanto foi contratado um grupo de tradutores.

FALECIMENTOS

Faleceram:

Em Lisboa, a sr.ª D. Cristina Rosa Loureiro Fernandes, de 98 anos, avó do Dr. José Pinto Nogueira.

— A sr.ª D. Alice Elisa de Carvalho Figueira Peixoto, de 86 anos, avó do Dr. Iriarte Peixoto, nosso colaborador.

— Em Almada, a Dr.ª Blanche de Almeida Freitas, de 33 anos, interna dos H. C. L.

— Em Lisboa, o Dr. Artur Fernandes Carvalhal, de 53 anos, médico nesta cidade.

Reumatismo

Artrite

Dores musculares

Pleurodinias

etc.

- GRANDE PODER DE PENETRAÇÃO
- ALÍVIO RÁPIDO DA DOR
- DESCONGESTIONAMENTO PROGRESSIVO
- ACCÃO DIRECTA NA ZONA DOLOROSA
- PRODUÇÃO DE ACIDO SALICÍLICO "NASCENTE"



Creme anti-reumático analgésico e antiflogístico de Salicilato de Dietilamina.

UM PRODUTO

Davi

TOTALMENTE

N O V O

E ORIGINAL



PFIZER OVERSEAS, INC., NEW YORK
PFIZER INTERNATIONAL CORPORATION
NEW YORK-BRUXELAS-LONDRES

têm o prazer de informar que nomearam seus representantes em Portugal a

NÉO-FARMACÊUTICA, LDA.

Avenida 5 de Outubro, 21 - r/c

L I S B O A

Telefone: 51830

e que além das embalagens já conhecidas de

Terramicina

MARCA DA OXITETRACICLINA

se encontram já à venda as seguintes:

Frascos de 8 cápsulas de 250 mg.

Drageias (Terramicina anfotérica) nas seguintes formas e dosagens:

Frascos de 8 drageias de 250 mg.

Frascos de 16 drageias de 250 mg.

Frascos de 25 drageias de 100 mg.

Frascos de 25 drageias de 50 mg.

Comprimidos Vaginais de Terramicina

Caixas de 10 a 100 mg.

para tratamentos ginecológicos locais.

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 31 de Agosto a 4 de Setembro)

Dia 31 — De Lisboa, parte para a Itália, onde vai tomar parte no Congresso de Microbiologia que se efectua em Roma, o eng.º silvicultor Natalino Ferreira dos Santos.

1 — Tomam posse dos lugares de professores efectivos da Escola de Enfermagem de Artur Ravara, os Drs. João Teles Amaro, Adriano Castilho e Júlio Correia de Seixas, que já vinham a exercer aquelas funções como eventuais.

— De Lisboa e como bolsheiro da Organização Mundial de Saúde, parte para Inglaterra o Dr. Leopoldo de Figueiredo, adjunto do delegado de Saúde do distrito de Lisboa.

2 — Portugal está representado na quarta sessão da Comissão Regional para o Pacífico Ocidental da O. M. S., conforme noticiamos, e que inicia os seus trabalhos neste dia, em Tóquio.

— O Prof. Virgílio de Moraes é nomeado vogal do Conselho Médico Legal da Circunscrição de Lisboa.

— De avião, segue para Roma, o Dr. Arnaldo Sampaio, chefe dos serviços do Laboratório de Bacteriologia do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, que vai representar a Direcção Geral de

Saúde e o mencionado Instituto no VI Congresso de Microbiologia, que se realiza na aquela cidade, de 6 a 12 do corrente.

3 — São orçadas em 177 contos as obras de beneficiação do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Almada.

— É designado para fazer parte da Organização Mundial de Saúde, o Dr. Manuel Reimão Pinto, professor de Bacteriologia e Virulogia do Instituto de Medicina Tropical.

O Prof. Dr. Manuel Reimão Pinto, que ficou integrado no quadro dos peritos da febre amarela da O. M. S., vai tomar parte numa reunião que se realiza na cidade africana de Kampala, de 14 a 19 do corrente, e para a qual foi especialmente convidado, juntamente com alguns especialistas estrangeiros da maior reputação.

Antes dessa reunião, o Prof. Dr. Manuel Reimão Pinto assistirá, em Roma, ao Congresso de Microbiologia, integrado na delegação portuguesa, de que fazem parte os Profs. Cândido de Oliveira, Carlos Ramalhão, Salazar Leite e Henrique de Oliveira.

Portugal já estava representado naquela organização pelos Profs. Drs. Fraga de Azevedo, Francisco Cambournac e Cruz Ferreira e Dr. José Guilherme Janz.

— Chegam a Lisboa, onde vêm tomar parte no Congresso Internacional de Neurologia, os Prof. Dr. Humberto Fernandes Moran, delegado da Venezuela e o neurologo brasileiro e grande amigo de Portugal Prof. Dr. Aloísio de Castro, antigo presidente da Academia Brasileira de Letras, também delegado pelo seu país à magna reunião científica.

4 — O Instituto de Alta Cultura oferece um almoço de homenagem ao Prof. Deolindo Augusto Couto, vice-reitor da Universidade do Brasil e presidente da delegação brasileira ao V Congresso Internacional de Neurologia.

Além do homenageado e de sua esposa, assistem os Prof. Aloísio de Castro e Austregesilo Filho, da mesma delegação, e esposa, Dr. Gil Mendes de Moraes, Encarregado dos Negócios do Brasil e esposa, Prof. António Pereira Flores e Pedro de Almeida Lima, respectivamente, presidente e secretário do Congresso e suas esposas, etc.

Representa o Instituto o seu presidente da comissão permanente de Letras e Artes, Dr. Júlio Dantas. No final trocam-se cordiais saudações entre o homenageado e o Dr. Júlio Dantas.

— Decorrem com bom ritmo as obras de beneficiação do Hospital da Póvoa de Varzim. O custo da primeira fase destas obras, estão orçadas em 824 contos, mas devem ir a mil contos, sendo subsidiadas pelos ministérios das Obras Públicas e Interior. O Dr. Braga da Cruz, governador civil do distrito, contribuiu bastante com o seu prestígio para que a Póvoa de Varzim fosse dotada com um moderno hospital, tendo acompanhado de perto esta legítima aspiração da gente poveira. Também, os engenheiros das construções hospitalares têm sido de uma extrema atenção para o bom andamento desta bela iniciativa.

O rés-do-chão, passara a ter as seguintes instalações: quatro salas de consulta externa, duas de clínica geral e duas de especialidade; duas para curativos, sala de raios X e anexos, sala de agentes físicos, sala destinada a fabricação de gelo, farmácia e anexos, sala de pensos e secretaria. No primeiro andar, três enfermarias de cirurgia, destinadas a homens, mulheres e crianças, um bloco operatório, nove quartos particulares, cozinha e anexos, quartos de banho privativos para cada enfermaria, etc.

Estrangeiro

Informam de Haia que quinhentos e cinquenta médicos, representando 700.000 colegas de 46 países, decidiram alterar o

NA MODERNA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»
DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-TIAZOL

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-KAPA

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

POLIDELTA

Complexo de vitaminas, aminoácidos e sais minerais indispensáveis ao organismo

COMPOSIÇÃO

FÓRMULA A (Drageia branca)

VITAMINAS (Em Miligrs.)		HIDROLIZADO DE PROTEÍNA (Amino-Ácidos em Miligrs.)	
Vitamina A (5.000 U. I.)	0,005	Arginina	1,425
Vitamina D ₂ (500 U. I.)	0,0125	Ácido glutâmico	8,175
Vitamina E	0,5	Histidina	0,94
Vitamina C	37,5	Leucina e Isoleucina	1,64
		Lisina	2,365
		Metionina	2,365
		Fenilalanina	1,465
		Trionina	1,5
		Triptofana	0,45
		Valina	2,965
SAIS MINERAIS (Em Miligrs.)		Excipiente q. b. p. uma drageia	
Fosfato dicálcico		50	

FÓRMULA B (Drageia corada)

VITAMINAS (Em Miligrs.)		SAIS MINERAIS (Em Miligrs.)	
Vitamina B ₁	1,5	Pirofosfato de ferro	30
Vitamina B ₂	1,5	Sulfato de cobre	1
Vitamina B ₆	0,1	Hipofosfito de Manganésio	3
Vitamina B ₁₂	0,001	Sulfato de cobalto	0,5
Vitamina PP	5	Sulfato de zinco	1
Pantotenato de Cálcio	1	Iodeto de potássio	0,1
Bitartarato de colina	50	Molibdato de sódio	1
Inositol	25		
Excipiente q. b. p. uma drageia			

APRESENTAÇÃO

Uma embalagem contendo um frasco de 25 drageias da fórmula **A** e um frasco de 25 drageias da fórmula **B**



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

juramento de Hipócrates, prestado pelos médicos antes de iniciarem a sua profissão.

Na VII reunião anual da Associação Médica Mundial, que aqui se inaugurou em 2, foi ampliado o juramento, por forma a proibir explicitamente crimes como os praticados por médicos alemães em campos de concentração, durante a guerra.

Uma das alterações mais importantes do juramento é os médicos tomarem o compromisso de pôrem de parte considerações de raça, crença religiosa ou política nas suas relações com os seus doentes.

Foram admitidos 3 novos membros — Brasil, Indonésia e Liechtenstein — o que eleva a 46 o número de países pertencentes à Organização.

Foi rejeitada na reunião a ideia de os médicos trabalharem com um salário fixo, segundo um plano de segurança social, por isso «não ser no interesse do público», por deixar de haver incentivo para trabalhar bem. Tratamento médico como parte de segurança social só deveria abranger aqueles que não estivessem em condições de se sustentar a si próprios.

— Em Tóquio, a 3 de Setembro, inicia-se a 4.ª Conferência da Comissão do Pacífico Ocidental da Organização Mundial de Saúde. A ordem dos trabalhos é extensa e abrange assuntos que vão desde a saúde dos refugiados na Coreia até uma campanha contra a variola. Fazem-se representar 14 países.

— Reuniu em S. Francisco (E. U. A.) a Sociedade Americana de Gerontologia, nos passados dias 25 a 27 de Agosto.

— Na Itália, em Bellagio, efectuou-se, nos passados dias 24 a 31 de Agosto, o IX Congresso internacional de Genética.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Está aberto concurso para provimento do lugar do 5.º partido médico municipal da freguesia de Algoz (Silves).

— Estão abertos concursos para provimento dos lugares de directores dos Dispensários Antituberculosos de Ponta Delgada e de Barcelos.

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

— Para habilitação ao provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso de Viana do Castelo.

No dia 7 inaugura-se em Lisboa o V Congresso Internacional de Neurologia.

Este realiza-se às 16 horas na sala Portugal da Sociedade de Geografia, sob a presidência do Chefe do Estado, a sessão inaugural do V Congresso Internacional de Neurologia em que tomam parte mais de mil congressistas, representando 30 países.

As sessões de trabalhos devem efectuar-se nos anfiteatros do novo hospital

escolar de Lisboa, devendo ser apresentadas mais de 346 comunicações.

O programa estabelece leitura e discussão dos relatórios, que são quatro por cada sessão plenária, das 10 às 13 horas, nos dias 10 e 11, e das 9 às 12 horas, no dia 12 do corrente. A inscrição encerra-se amanhã.

Depois da sessão solene inaugural, os congressistas serão recebidos na Estufa Fria pelo presidente do Município.

Na terça-feira, às 9,30, efectua-se, no anfiteatro do Hospital Escolar, uma sessão comemorativa do nascimento do sábio von Monakow, cuja filha estará presente. É orador oficial o Prof. M. Minkowski, que fará o elogio do homenageado.

O dia de quarta-feira é destinado a passeios e excursões, realizando-se na sexta-feira, às 21 horas, no Casino Estoril o banquete oficial e no sábado, depois da sessão de encerramento, marcada para o meio-dia haverá recepção aos congressistas na fortaleza de S. Julião da Barra, oferecido pelos srs. Ministros da Educação e dos Negócios Estrangeiros.

Estrangeiro

Em Madrid, no dia 14 realiza-se no Conselho Superior de Investigações Científicas, em Madrid, para onde seguem de Lisboa, na véspera, os congressistas, uma sessão de homenagem a D. Ramon y Cajal, cuja efigie, ao lado da de von Monakow, figura no artístico emblema que o escultor Leopoldo de Almeida cinzelou para o Congresso.

No dia 15, também em Madrid, a Sociedade Espanhola de Neurologia reúne em sessão extraordinária com a presença dos congressistas, que apresentarão ali trabalhos importantes da especialidade.

— Em Roma, de 1 a 4 de Outubro, realizam-se as III Jornadas internacionais de Nipiologia.

— Em Estrasburgo, de 2 a 4 de Outubro, as V Jornadas de Patologia Comparada, de língua francesa.

— De 5 a 10 do mesmo mês, em Paris, realiza-se o LV Congresso da Associação francesa de Cirurgia.

— Em Quebec reúne a Sociedade internacional de investigações sobre Anestesia, nos dias 26 a 29 de Outubro.

— Em Buenos Aires, de 26 a 31 de Outubro, realiza-se o Congresso latino-americano de Obstetrícia e Ginecologia.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(de 27-8 a 2-9-53)

28-8

— Portaria que cria no Hospital Militar Regional n.º 2 uma secção cirúrgica para a família militar.

— Dr. Domingos José de Carvalho, delegado de Saúde de 1.ª classe do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelegações de saúde — colocado na Delegação de Saúde do distrito de Lisboa.

— Dr. Augusto Pais da Silva Vaz Serra, professor da Faculdade de Medicina de Coimbra — reconduzido por mais um biénio, no cargo de bibliotecário do referido estabelecimento.

— Dr. José Monteiro Lopes do Espírito Santo, primeiro assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante seis meses, a contar de 1 de Setembro próximo.

— Dr. António Dias Viegas, assistente do Instituto Português de Oncologia — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante quarenta e cinco dias, a contar de 10 do corrente.

— Dr. Francisco Gentil da Silva Martins, assistente do Instituto Português de Oncologia — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante quatro meses, a contar de 1 do corrente.

— Dr. Augusto Pires Celestino da Costa, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa — considerado em missão oficial fora do País, de 25 do corrente a 8 de Setembro próximo.

— Dr. Francisco de Paula Santos Geraldes Barba, primeiro assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa e médico dos H. C. L. — prorrogada por mais seis meses a sua missão oficial fora do País.

2-9

— Dr. Álvaro César da Silva Martins — renovada até ao termo do próximo concurso, a sua nomeação interna, para o exercício das funções de subdelegado de saúde privativo do quadro do pessoal técnico das Delegações e Subdelegações de Saúde, com colocação na Subdelegação de Saúde de Estremoz.

— Dr. José Augusto de Oliveira Baptista — nomeado subdelegado de saúde privativo do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelegações de saúde, com colocação na Subdelegação de Saúde do concelho do Tomar.

Partidas e Chegadas

Prof. Francisco Cambournac

Partiu para Luanda, onde foi participar na Reunião da Comissão de África da O. M. S., o Prof. Francisco Cambournac.

Prof. Fraga de Azevedo

Partiu para a Turquia o Prof. Fraga de Azevedo, director do I. M. T., que foi representar Portugal no Congresso Internacional de Medicina Tropical e Paludismo. De Istambul seguiu para a Índia Portuguesa, em missão do Ministério do Ultramar, a fim de realizar um curso de aperfeiçoamento na Escola Médica de Goa.

Prof. Adelino Padesca

Partiu para Genebra o Prof. Adelino Padesca, vice-presidente do Instituto Português de Reumatologia, que, como delegado de Portugal, foi tomar parte no VIII Congresso Internacional de Reumatologia, realizado em Genebra e Zurique.

Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

Alcalóides integrais da quina, metilarsinato de sódio e — Vitamina C

Soberano em anemias, anorexia, convalescenças difíceis. Muito útil no tratamento do paludismo. Reforça a energia muscular, pelo que é recomendável aos desportistas e aos enfraquecidos.

Fórmula segundo os trabalhos de Jusaty e as experiências do Prof. Pfnestiel

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS BRONQUITIS CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

Depósito geral: **FARMACIA GAMA** — Calçada da Estrela, 130 — LISBOA

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARA MÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos 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 Antitrocomatosa do Disp. 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 — Celestino 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 as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 170\$00 Ultramar — 220\$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.

Intogine

Bial

ÓVULOS

DE PEQUENAS DIMENSÕES
E COM INTERMÉDIO HIDROSSOLÚVEL

PENICILINA G POTÁSSICA 50.000 U. I.
SULFANILAMIDA 0,5 g.
SULFATIAZOL 0,5 g.

Por óvulo

Caixas de 6 e de 12

INFECÇÕES GENITAIS FEMININAS
VULVITES, VAGINITES, VULVO-VAGINITES
CERVICITES, ULCERAÇÕES DA VAGINA
ULCERAÇÕES DO COLO, LEUCORREIAS