

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 99
23 de Julho de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

UM COMPLEXO B DIFERENTE!

BÉCOMVITE AZEVEDOS

6 FACTORES VITAMÍNICOS EM DOSES
TERAPÊUTICAMENTE ACTIVAS

3 FORMAS FARMACÉUTICAS:

INJECTÁVEL

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

DRAGEIAS

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

XAROPE

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



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
JOSÉ DOS SANTOS BESSA — O BCG e a microradiografia na luta contra a tuberculose; sua aplicação em Portugal 619	A propósito do 7.º Congresso Internacional de Radiologia — Albano Ramos 593	
RAMIRO DA FONSECA — Orientação diagnóstica nas leucémias crónicas 631	Ecos e Comentários 596	
	«Mas se eles também são doutores que importa que não sejam médicos?» — M. da Silva Leal 597	
	Castigo aos Médicos «traidores e assassinos» 600	
	Noticiário diverso	

VITAMINAS



A+D

A Q U O S A

- MAIOR FACILIDADE DE ADMINISTRAÇÃO
- MAIOR RAPIDEZ DE ABSORÇÃO
- MELHOR TOLERÂNCIA

1 cc de soluto 35 gotas = 50.000 U. I. vit. A + 5.000 U. I. vit. D (calciferol)

1 ampola bebível = 400.000 U. I. vit. A + 600.000 U. I. vit. D (calciferol)

Frasco de 10 cc

Caixa de 1 ampola bebível (3 cc)

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

O B C G e a microrradiografia na luta contra a tuberculose; sua aplicação em Portugal

JOSÉ DOS SANTOS BESSA

(Chefe de Serviços do Instituto Maternal de Coimbra e Médico-chefe do Centro de Profilaxia e Diagnóstico da Zona Centro)

Venho falar-lhes do B. C. G. e da microrradiografia na luta contra a Tuberculose e da maneira como em Portugal estamos a utilizar estas duas novas armas no combate contra a peste branca.

A Tuberculose — «O mais jurado inimigo da vida colectiva, praga por excelência da humanidade temporânea» — no dizer do Sanitarista português Ricardo Jorge, é uma doença que ceifa, em cada ano, cerca de 4 milhões de pessoas em todo o Mundo e é, em muitos países, o seu problema sanitário n.º 1. Pela sua frequência, 10 vezes maior que a de muitas doenças infecciosas; pela sua extensão, ocasionando um número de doentes 8 a 12 vezes superior ao número de mortos por ano; pela idade em que atinge os indivíduos e pelas perturbações económicas que traz ao agregado familiar, constitui, em toda a parte, um verdadeiro flagelo social.

Tem uma distribuição irregular nos diversos países de cada um dos continentes e as cifras que marcam a mortalidade que ela causa variam entre limites muito afastados — entre menos de 30 e mais de 300 por cada 100.000 habitantes — consequência, certamente, não só do grau de maior ou menor resistência étnica à doença, mas, sobretudo, da diversidade de nível de vida e de organização sanitária dos diversos países.

Portugal e a Espanha são dos que ainda pagam pesado tributo à Tuberculose.

Parece estar averiguado que temos tuberculose na península há mais de 2.000 anos, onde os seus primeiros casos devem ter chegado com os fenícios.

Muito cedo começou a luta contra a Tuberculose na península: 3 séculos antes da descoberta do bacilo da Tuberculose pelo genial Koch, já o médico andaluz Francisco Franco, contemporâneo de Frascator, autor de «De Contagione», sustentava a tese da contagiosidade da doença, no dizer do vosso ilustre Director Geral de Sanidade Dr. Palanca.

Também, por essa época, o nosso Amato Lusitano era franco partidário do contágio.

As primeiras medidas legais da Espanha datam de meados do século XVII e foram consideradas excessivas por Flick, na Inglaterra, que, ao tempo, ainda não acreditava no contágio.

O edital de Fernando VI (1751), tornando obrigatória para os médicos a declaração das mortes por tísica e as medidas sanitárias respeitantes às roupas e aos móveis por eles utilizados é uma prova inofismável do cuidado que este problema já então merecia aos reis de Espanha. A tisiófora então reinante e talvez devida ao rigor e severidade das medidas que se prolongaram por muito tempo, tinha também os seus inconvenientes e as suas amarguras. E não pequena foi a do imortal Chopin, ao ter de abandonar, com George Sand, violenta e urgentemente, em transporte pouco próprio, a sua casa das Baleares, a cujo clima maravilhoso se tinha acolhido, uma vez que foi descoberta, pelas hemoptises traiçoeiras, a verdadeira causa da sua estância naquela encantadora ilha. E não o fez sem que primeiro tivesse de comprar toda a roupa de que se tinha servido e de pagar a caiação do prédio que tinha habitado.

Também em Portugal, nos séculos XVII e XVIII, se determinaram medidas profiláticas contra a Tuberculose.

Mas não se pode falar de profilaxia da Tuberculose, em Espanha, sem se recordar um espanhol ilustre do século passado que viveu apaixonadamente o problema da imunização activa

contra a Tuberculose — Ferran. Aqui presto homenagem à sua memória.

Mas a verdadeira profilaxia da Tuberculose não começa, no Mundo inteiro, senão alguns anos depois da descoberta do bacilo de Koch.

Pode dizer-se que é com o alvorecer do século que surgem as primeiras medidas de organização médico social da luta contra a doença.

Efectivamente, à parte o 1.º dispensário de Sir Robert Philippe, criado em Edinbourg, em 1887, podemos registar como os primeiros da Europa, a assinalar o desportar da luta organizada, o dispensário de Calmette, em Lille, e o de Malvoz, em Liège, em 1900 e o de D. António de Lencastre, em Alcântara (Lisboa), em 1901.

Deve dizer-se, porém, que, em 1890, já Sousa Martins havia apresentado o seu relatório — «Vale do Conde, o melhor Sanatório do Mundo» em que exaltava a excelência do clima da nossa Serra da Estrela; que, em 1895, se realizou em Coimbra, presidido pelo Prof. Augusto Rocha o 1.º Congresso da Tuberculose e que, quando Calmette, em 1899 (?), por ocasião da peste do Porto, visitou o nosso País, pôde ver os planos de construção e de funcionamento do dispensário de Alcântara, prestes a abrir as suas portas. A demora de alguns meses foi, porém, suficiente para que a abertura do dispensário de Lille pudesse preceder a do de Lisboa.

Também o 1.º dispensário de Madrid, fundado por Verdes Montenegro, se ergueu na Calle Jorge Juan, nos alvares do século XX e a ele se seguiram a fundação da Liga Popular contra a Tuberculose e, logo a seguir, o Sanatório de Humera, a transformação de velhos lazaretos em Sanatórios de Tuberculose osteoarticular e, depois, a fundação do Real Patronato da Luta Antituberculosa, presidido pela Rainha Vitória.

Em Portugal, logo no começo do século, fundou-se a Assistência Nacional aos Tuberculosos, presidida e animada pela Rainha D. Amélia.

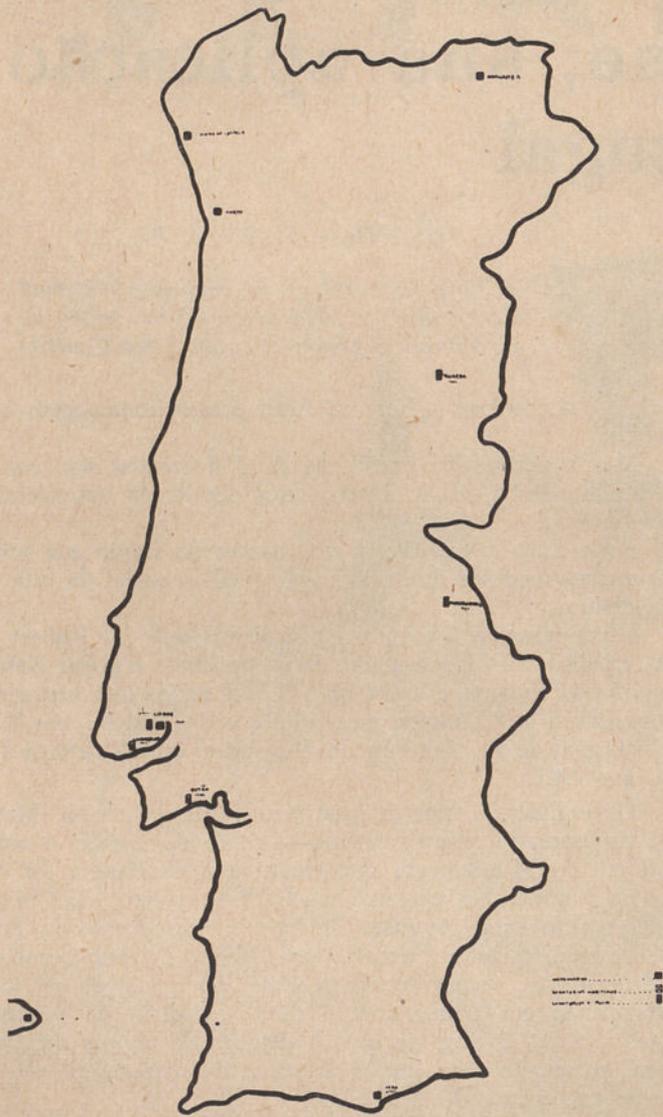
Tanto no vosso como no nosso País, a luta começou quando nos países que se consideram mais avançados se esboçavam os primeiros sinais da luta organizada contra o morbo.

Da acção do vosso Real Patronato e da nossa A. N. T., começaram a resultar os Preventórios, os Dispensários e os Sanatórios. Depois do eclipse da vossa República, uma vez restaurado o vosso Patronato da Luta Antituberculosa, em 1936 — primeiro confiado a Martinez Anido e, agora, quase que incorporado na D. G. de Sanidade — iniciou-se e tem seguido com bom ritmo a execução do plano dos dispensários e do plano de 1940 das 20.000 novas camas para Tuberculosos que merece os maiores louvores.

Também nós, depois do 1.º decénio de entusiasmo e de intenso trabalho, tivemos um longo período de quase 20 anos de afrouxamento da luta e só verdadeiramente a partir de 1930 podemos assinalar novo período de intenso ritmo de apetrechamento, no qual passamos de 6 para 76 o número dos nossos Dispensários e elevamos de 800 para 6.000 o número de camas dos nossos sanatórios. E continuamos no mesmo ritmo. Amanhã mesmo, na cidade da Guarda, será inaugurado mais um edifício sanatorial com 300 camas.

Dentro do plano de aperfeiçoamento e alargamento do nosso arsenal anti-tuberculoso, devo informar que, em 1945, o

Governo integrou a instituição particular que era a A. N. T. no património nacional, transformando-a em Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, remodelando-a, dando-lhe novos meios de mais segura acção e confiando-lhe a direcção de toda a luta anti-tuberculosa.



Apetrechamento antituberculoso — 1900-1926

Em 1950, foi publicada nova reorganização de todos os serviços da luta antituberculosa e com essa nova lei — 2.044 — foram coordenados todos os serviços que colaboram na luta, criadas as condições para a produção de tuberculina e da vacina B. C. G. e estabelecidas as linhas gerais da execução da microradiografia sistemática da população portuguesa. Aos elementos clássicos da luta, vieram juntar-se, por força desta lei:

1) — O Laboratório Nacional de Produção de Vacina G. C. G., já instalado, há mais de um ano, em pavilhão independente, no Instituto Câmara Pestana e dirigido, como este, pelo Prof. Catedrático de Bacteriologia da Faculdade de Medicina de Lisboa. O pessoal que ali trabalha está em regimen de full-time e é sujeito a fiscalização médica, laboratorial e radiológica periódicas.

2) — Os Centros de Diagnóstico e de Profilaxia — de Lisboa, Coimbra e Porto — chefiando cada um deles respectivamente a zona Sul, Centro e Norte de Portugal e coordenando toda a actividade profiláctica que nela se realiza.

Estes Centros têm, além do serviço de registo e arquivo de todos os dados, uma secção de radiologia constituída por um aparelho de micro-radiografia e de radiografia de tamanho normal, as respectivas câmaras escuras e a sala de interpretação radiológica e uma outra secção destinada a provas tuberculínicas e a vacinação antituberculosa, dotada de frigorífico e de autoclave.

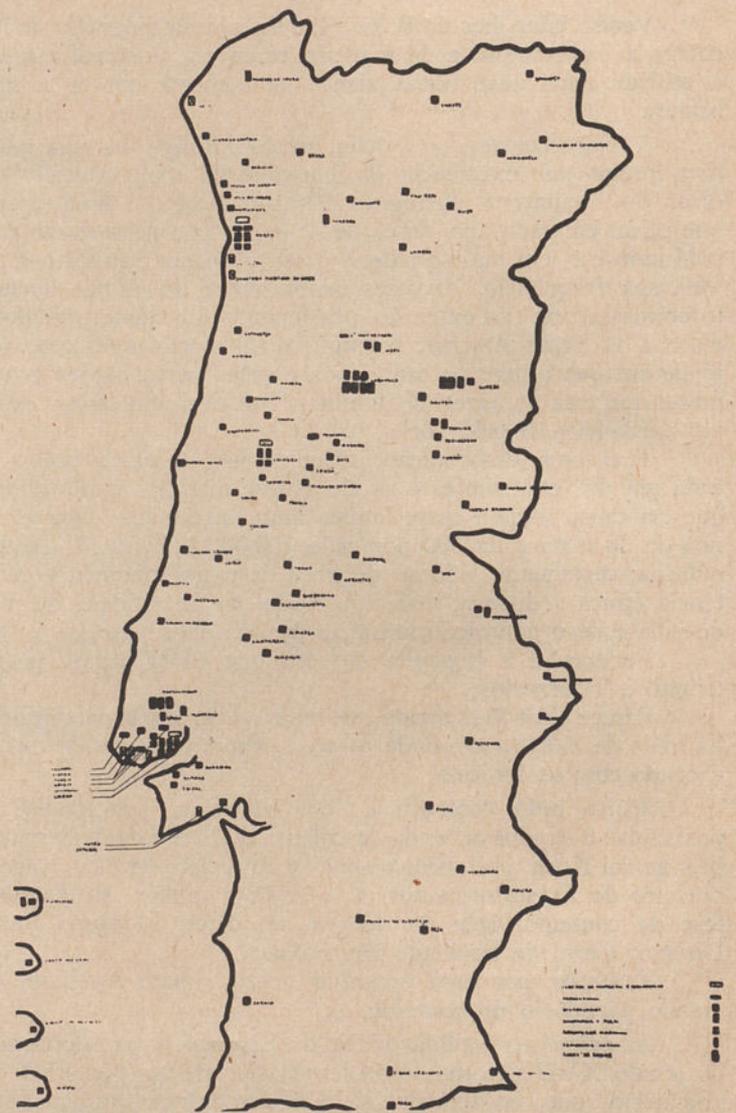
A missão destes Centros foi assim definida por lei:

Aos Centros de Diagnóstico e de Profilaxia a instalar em Lisboa, Porto e Coimbra, competé:

a) — Organizar o cadastro microradiográfico da população;

- b) — Fazer e orientar a vacinação pelo B.C.G. ou a aplicação de outros meios de imunização;
- c) — Fazer a propaganda dos preceitos relativos à profilaxia da tuberculose e designadamente a da vacinação;
- d) — Enviar aos dispensários antituberculosos da respectiva área ou, na sua falta, às delegações de saúde os indivíduos cujo exame revele lesões pulmonares de carácter evolutivo;
- e) — Enviar aos serviços da respectiva especialidade os indivíduos cujo exame radiográfico revele doenças que não tenham o carácter das referidas na alínea anterior;
- f) — Colaborar com os dispensários, brigadas móveis e serviços de saúde, assistência e previdência em tudo que respeite à luta antituberculosa.

A descrição do seu funcionamento que eu aqui não pormenorizo, está feita nesta brochura que entrego a VV. Ex.^{as} e que é da autoria do Professor Dr. Carlos Santos e do Dr. Casanova Alves.



Apetrechamento antituberculoso — 1926-1952

3) — As brigadas móveis de rádio-rastreo e de vacinação que se deslocarão às mais distantes povoações e às escolas, fábricas, oficinas, quartéis, colónias de férias, etc., são constituídas por um camião com gerador de corrente e aparelho de microradiografia. O seu plano de «carrosserie» foi estudado e executado em Portugal.

No folheto anexo, está feita a descrição pormenorizada desta unidade-móvel.

Cada um destes 3 centros virá a dispor, dentro em pouco, duma destas unidades móveis para que ela possa percorrer constantemente os vários distritos que compõem as respectivas zonas.

Além do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, outras instituições possuem já aparelhos de microradiografia, quer em postos fixos, quer constituindo unidades móveis: Ministério do Exército, Ministério do Ultramar, Direcção Geral de Saúde Escolar, a Junta Central da Casa dos Pescadores e algumas empresas particulares.

Está proposta a criação duma comissão coordenadora da actividade de todos estes elementos.

Com estas referências, quero dar a conhecer as linhas gerais do que temos feito em matéria de luta anti-tuberculosa, procurando vencer o atraso a que nos levaram aqueles anos de indiferença por um problema tão sério como o da Tuberculose.

Admirável tem sido o esforço da Espanha neste campo. No entanto, não se nos faz a devida justiça.

No volume III, de 10-X-50, do «Rapport Epidemiologique et Demographique da O. M. S.», Mac Dougall, Chefe da Secção da Tuberculose da O. M. S., apreciando a evolução da Tuberculose em 30 países, desde 1937 a 1949, marcou desta maneira a situação dos nossos dois países:

«En ce qui concerne la tuberculose, le Portugal et l'Espagne accusent avec la Finlande les taux les plus élevés du groupe de pays européens figurant dans le tableau. Toutefois, alors que les taux finlandais baissent de nouveau, il n'en est pas le même pour le Portugal et l'Espagne...».

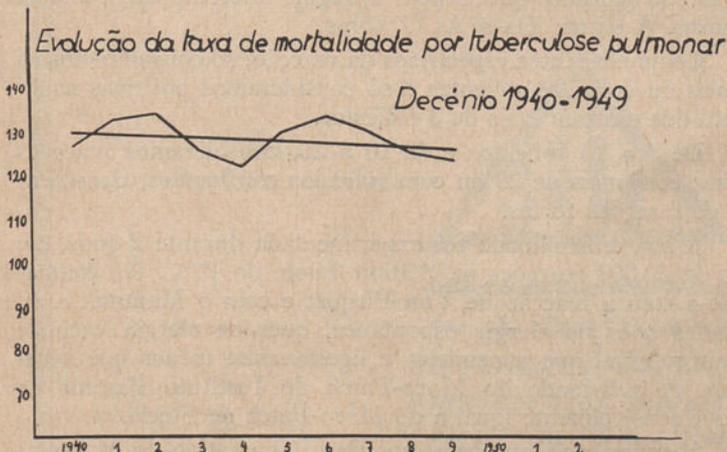
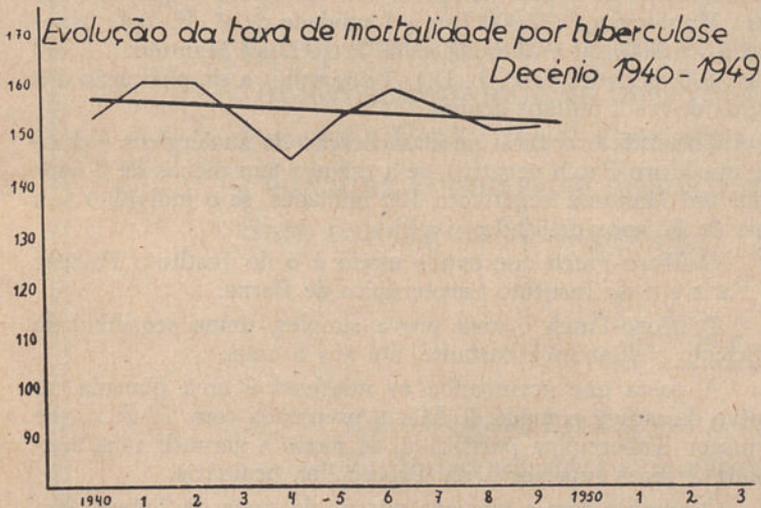
À laia de conclusão, afirma ainda o técnico da O. M. S.:

«Reste l'Ecosse qui, avec le Portugal, possède la particularité peu enviable d'être l'un des deux pays, figurant dans le tableau qui accusent une augmentation de la mortalité par tuberculose pour la periode 1947-1949 par comparaison avec les taux de 1937-1939».

Quanto a nós, a resposta foi dada pelo Prof. Catedrático da Faculdade de Medicina de Coimbra, Dr. Meliço Silvestre, o qual pôs em relevo que o erro fundamental de Mac Dougall resultou de considerar só curtos períodos de 3 anos nos 22 anos que analisou, e, se em vez disso, tivesse estudado a evolução por decénios e tivesse estabelecido, como é de rigor, as linhas de tendência desses períodos, outras seriam as conclusões.

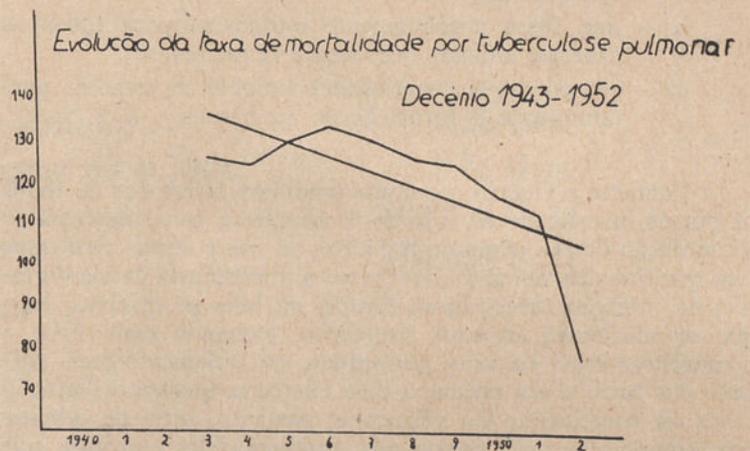
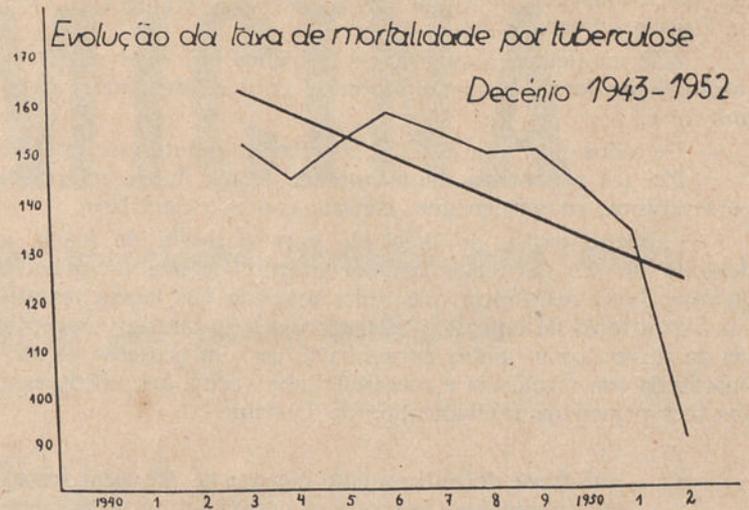
Efectivamente, o gráfico do decénio de 1939 a 1949 não deixa lugar a dúvidas, e mais clara é ainda a situação se se determinar a linha de tendência.

Os gráficos que aqui lhes trago, elaborados pelo Dr. Moura Marques, assistente do Centro de B. C. G. de Coimbra, sobre os dados estatísticos oficiais publicados — os mesmos que deviam ter servido a Mac Dougall — não deixam lugar à mais pequena dúvida.



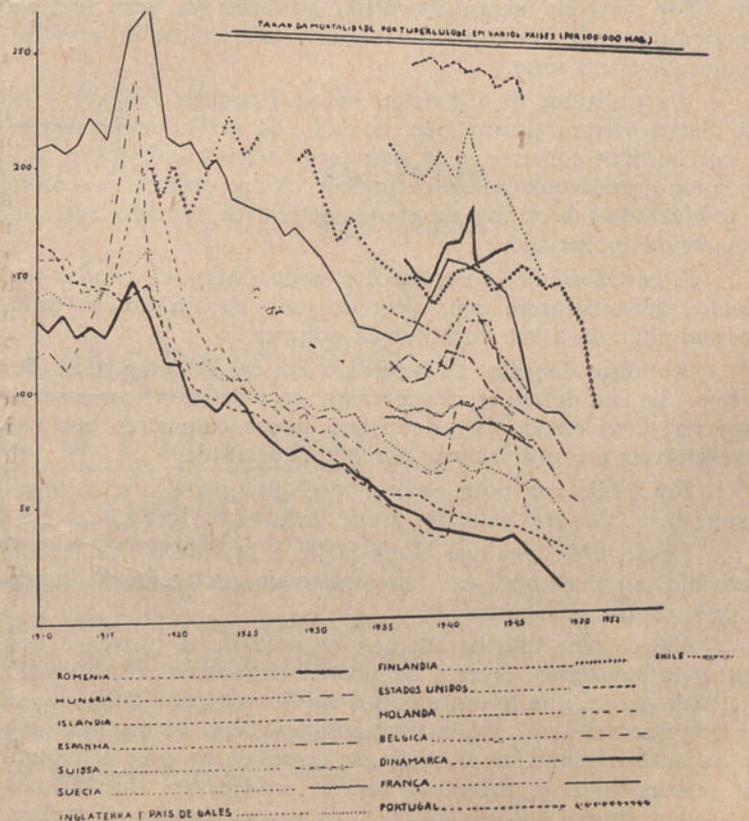
Estou que, em Espanha, deverá acontecer o mesmo. Mais expressiva é a nossa situação actual, depois da regressão destes dois últimos anos. Efectivamente, o gráfico e a linha

de tendência do último decénio confirmam-no claramente, tanto para a tuberculose total, como para a tuberculose pulmonar.



A regressão acentuada da mortalidade pela Tuberculose nos últimos anos em Portugal anula totalmente o confronto feito por Mac Dougall entre Portugal e a Finlândia.

O quadro que aqui lhes projecto com as curvas da mortalidade por Tuberculose dos Estados Unidos e de alguns entre os mais prósperos países da Europa, nos últimos 40 anos, mostra bem claramente a nossa posição em relação aos demais países e dele ressalta que os acompanhamos na regressão dos últimos anos.



A vacina B. C. G. é a mais séria conquista da ciência, na longa série de tentativas realizadas desde 1882 até aos nossos dias, para conseguir uma imunidade antituberculosa de real valor na espécie humana.

Não me deterei a analisar os trabalhos que levaram à produção duma longa série de produtos vacinais dos mais variados tipos.

De todos eles, só a B. C. G. merece, hoje, interesse prático.

Ela foi o produto duma vontade tenaz, duma admirável perseverança, ao serviço dum elevado conceito científico.

Calmette partiu do princípio para o bacilo de Koch, a despeito do seu particular comportamento, da sua estrutura e da caprichosa resistência que tinha revelado em tantas tentativas infrutíferas de outros investigadores, seria também susceptível de sofrer, como tantas outras bactérias, um processo de atenuação da sua virulência e constituir uma vacina que obedecesse aos três princípios fundamentais de Pasteur:

- a) — que fosse definitivamente incapaz de provocar lesões de Tuberculose progressiva no animal ou no homem, qualquer que fosse a dose injectada;
- b) — que fosse absolutamente inofensiva para todas as espécies animais sensíveis à Tuberculose;
- c) — que possuísse propriedades antigénicas, estando, portanto, apta à formação de anticorpos.

Calmette e Guérin seguiram caminhos diferentes de todos os outros investigadores. Um facto simples e banal determinou a concepção do seu plano de trabalho: se, nas culturas virulentas com que trabalhavam para determinar a importância da via digestiva na infecção tuberculosa, a acção da bilis se revelava, logo que se adicionava ao soro fisiológico, tornando mais finas e homogêneas essas culturas, permitindo um isolamento mais perfeito dos bacilos, era porque a bilis exerceria qualquer alteração física na constituição do germen e, portanto, seria de admitir que, numa acção mais prolongada, juntando bilis à própria cultura, se alterasse mesmo tão profundamente a sua constituição física que modificasse até as suas propriedades fundamentais.

Não vale a pena — por ser do conhecimento de todos — lembrar aqui o que foram os trabalhos desses 13 anos de perseverante e teimosa luta, desde 7 de Fevereiro de 1908, em que fizeram a primeira sementeira da cultura de bacilo tuberculoso bovino que havia sido isolado por Nocard em 1902, no meio por eles preparado com batata impregnada de bilis de boi, glicerinada a 5%, até 1920, em que conseguiram uma tal atenuação de virulência que já não havia animal algum de laboratório que lhe fosse sensível: mesmo inoculada em doses maciças de 1 e 2 centigramas, não era capaz de produzir tuberculose progressiva, reinoculável em série.

Os trabalhos de Calmette, os de Bouquet e Nègre e os de Saenz vieram provar que, ao lado da perda de virulência, a nova estirpe conservava as suas propriedades antigénicas, originando grande quantidade de anticorpos nos animais vacinados e produzindo tuberculina de grande actividade, quando cultivada em meios apropriados.

E os trabalhos de Berthelot e os de Chargoff, citados por Saenz, demonstraram que, além de tudo isto, a estirpe tinha mesmo alterado a sua constituição química.

Ao longo daqueles 13 anos e ao fim de 230 passagens, esta estirpe, na sua defesa contra a morte, teve de sacrificar as suas características essenciais, adquirindo novos caracteres que são irreversíveis e transmissíveis por hereditariedade.

Em 1921, esta nova espécie recebeu o nome que a consagrou: B. C. G.; em 1924, foi proclamada vírus fixo.

Desde 1921, em que Weill-Hallé a aplicou a um recém-nascido por via bucal, está ao serviço da protecção da humanidade contra a Tuberculose.

Vários têm sido os ataques, os receios, as provas a que tem sido submetida. Acerca de provas experimentais, diremos: «...cualesquiera que hayan sido los medios de cultivo en que se ha sembrado el B. C. G., cualesquiera que sean las torturas que se hayan infligido a los animales de experiencias para disminuir su resistencia a la infección bacilar, infecciones microbianas asociadas, intoxicaciones por toxinas a por venenos minerales, hambre, avitaminoses, acción de extractos glandulares, enfria-

mento prolongado del organismo, pases sucesivos de animal a animal, por diversas vías de inoculación (subcutánea, intraperitoneal, intracerebral, intraocular, intratesticular, etc.), no se ha logrado todavía de una manera indiscutible, transformar el B. C. G. en bacilo virulento» (Saenz).

As provas na espécie humana estão feitas, através de 30 anos de aplicação e de mais de 30 milhões de vacinados.

A vacinação pelo B. C. G. é uma arma extraordinariamente valiosa, de eficácia bem averiguada e de inocuidade absoluta que conquistou o aplauso quase universal e que está hoje à cabeça das medidas de protecção contra a Tuberculose. O seu valor na luta antituberculosa é tanto maior quanto mais intensa for a epidemia Tuberculosa, mais pobre o apetrechamento antituberculoso e mais escassos os recursos económicos do País.

Como seleccionamos os analérgicos para os vacinar?

Na nossa campanha de vacinação, mantemos o princípio de Calmette de não vacinar senão os analérgicos. Para isso, sujeitamos previamente a provas de Tuberculina os candidatos à vacinação, com excepção, claro está, dos recém-nascidos.

Na escolha das provas tivemos a preocupação de as reduzir ao mínimo possível, com o duplo intento de não nos darem reacções hiperérgicas violentas e de terem uma sensibilidade capaz de nos pôr ao abrigo do aparecimento de fenómenos de Koch, após a inoculação de B. G. G.

Orientámo-nos, em grande parte, pela larga experiência dos autores suecos e pelos trabalhos de confronto do valor relativo das provas de Tuberculina que a Station Pilote de B. C. G., de Paris, vem realizando desde há 3 anos e que ali seguimos, no Outono de 1951.

Nas crianças até aos 8 anos, fazemos uma única prova tuberculínica — o Moro-Patch.

Nas crianças dos 8 aos 12 anos, temos necessidade de 2 provas: Moro-Patch e, nos negativos, Mantoux a 1% com TAK ou Mantoux a 100 Un. com P. P. D.

Nos indivíduos acima dos 12 anos, não podemos dispensar, por enquanto, as 3 provas, apesar das dificuldades que isso nos traz: Mantoux a 1:10.000 (ou a 1 unidade de P. P. D.); Mantoux a 1:1.000 (ou a 10 unidades de P. P. D.) e Mantoux a 1:100 (ou a 100 unidades de P. P. D.). Tentaremos a simplificação das provas destes 2 últimos grupos.

Portanto, o critério de classificação de analérgicos é dado por um Moro-Patch negativo, se a criança tem menos de 8 anos e por um Mantoux negativo a 100 unidades, se o indivíduo tem mais de 12 anos de idade.

O Moro-Patch que temos usado é o do Instituto Pasteur de Paris e o do Instituto Seroterápico de Berne.

O Moro-Patch é uma prova simples, duma sensibilidade suficiente e segurança bastante, até aos 8 anos.

A pasta que acompanha os adesivos é uma pomada no género da antiga pomada de Moro, preparada com TAK, a que se juntou Tuberculina purificada, de modo a garantir uma actividade 3 vezes superior à da Tuberculina ordinária.

O adesivo com a pequena porção de pasta de Tuberculina mantém-se aplicado sobre a pele da região interscapular, somente 24 horas. A leitura faz-se às 72 horas.

Como elementos específicos da reacção, só consideramos as pápulas ou folículos salientes e só consideramos positivas aquelas em que existam mais de 3 folículos.

De 3 a 10 folículos e de 10 a 20, consideramos reacções fracas; com mais de 20 ou com folículos confluentes, classificamos de reacções fortes.

A sua sensibilidade foi experimentada durante 2 anos, em mais de 20.000 reacções na Station Pilote do B. C. G., comparando-a com a reacção de Von Pirquet e com o Mantoux a 10 unidades quer na alergia espontânea, quer na alergia vacinal: é mais sensível que a primeira e ligeiramente menos que a segunda. A actividade do Moro-Patch do Instituto Pasteur de Paris é sensivelmente igual à do Moro-Patch de Stockolm.

A experiência que colhemos do valor relativo do Mantoux e do Moro-Patch, nestes 14 meses de funcionamento do nosso Centro de Profilaxia e Diagnóstico, foi a seguinte:

Na alergia de infecção e em confronto com o Mantoux a

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. Fernando de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

**um novo hipnótico
não barbitúrico**

NEODÓRMIO

HIGIENE

ELIXIR AROMATIZADO A 10 % DE 3-METILPENTINOL-3

ACÇÃO RÁPIDA E INTENSA

NÃO PRODUZ ACCÕES SECUNDÁRIAS DESAGRADÁVEIS

AUSÊNCIA DE HABITUAÇÃO

DESTRUIÇÃO COMPLETA DO MEDICAMENTO NO ORGANISMO

SONO TRANQUILO • DESPERTAR NORMAL



LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE

1:100, em 161 provas, em cujos indivíduos fizemos dupla prova simultaneamente, encontramos 128 de resultados concordantes:

Mantoux a 1% e Moro-Patch negativos — 44	}	em indivíduos entre	0- 4 anos — 30
		» » »	4- 8 » — 10
		» » »	8-12 » — 3
		» » com mais de 12 »	— 1

Mantoux a 1% e Moro-Patch positivos — 84	}	em indivíduos entre	0- 4 anos — 57
		» » »	4- 8 » — 20
		» » »	8-12 » — 7

Nesses 161, houve 33 em que não se verificou concordância:

em 11 o Mantoux a 1% foi positivo e o Moro-Patch negativo	}	em indivíduos entre	0- 4 anos — 3
		» » »	4- 8 » — 7
		» » »	8-12 » — 1

em 22, o Mantoux a 1% foi negativo e o Moro-Patch positivo	}	em indivíduos entre	0- 4 anos — 8
		» » »	4- 8 » — 9
		» » »	8-12 » — 5

Em provas simultâneas com o Mantoux a 1:10, não temos senão 5 casos:

3 em que foram concordantes os resultados e 2 em que foram discordantes — 1 em que o Mantoux foi positivo e o adesivo negativo e outra em que se deu o contrário.

Na alergia vacinal, fizemos provas simultâneas de Mantoux a 1:100 e de Moro-Patch em 105 indivíduos:

Mantoux a 1% e Moro-Patch negativos — 78	}	em indivíduos entre	0- 4 anos — 51
		» » »	4- 8 » — 13
		» » »	8-12 » — 13
		» » com mais de 12 »	— 1

Mantoux a 1% e Moro-Patch positivos — 14	}	em indivíduos entre	0- 4 anos — 7
		» » »	4- 8 » — 6
		» » »	8-12 » — 1

Com Mantoux a 1% e Moro-Patch investigamos 9 crianças: em 5 foram negativas as provas e em 4 positivas.

Com Mantoux a 1:10 e o Moro-Patch, investigamos 13: em todas, as provas foram negativas.

No estudo comparativo feito na Station Pilote do B. C. G., entre o Moro-Patch e o Mantoux, quer na alergia vacinal quer na alergia de infecção, só foi considerado o Mantoux a 10 unidades: na alergia provocada, em 399 indivíduos, 99,5% reagiram ao Mantoux a 10 Un. e 93% ao Moro-Patch; logo 6,5% de maior sensibilidade a favor do Mantoux; na alergia espontânea, em 300 indivíduos, 93% reagiram ao Mantoux a 10 Un. e 85% ao Moro-Patch; logo o Mantoux revelou-se mais sensível em 8% dos casos.

Continuaremos a comparar as provas, aumentando o número de casos, para, então, tirar conclusões definitivas.

As Tuberculinas que temos usado para as reacções de Mantoux são quer a TAK, quer o PPD do Instituto Seroterápico de Berne. Esperamos poder trabalhar, dentro de algum tempo, com tuberculinas preparadas e tituladas em Portugal.

Fazemos a leitura às 72 horas e medimos rigorosamente o diâmetro do nódulo de infiltração.

Na leitura, não seguimos nem a escala de Villota, nem a de Sayé, nem a de Opie, nem a de Aronson. Esta, embora adoptada pela National Tuberculosis Association e pela U. L. A. S. T. (União Latino Americana das Sociedades de Tisiologia) não nos parece aceitável por não ter em consideração as várias concentrações de Tuberculina.

Igual motivo nos levou a não seguir o critério de positividade que orientou a O. M. S. na campanha internacional de vacinação pelo B. C. G.

Adoptamos a escala da Station Pilote da B. C. G. de Paris que nos parece mais rigorosa.

Assim, consideramos positiva a reacção de Mantoux, quando o nódulo tiver um diâmetro:

- Superior a 3 milímetros, para o Mantoux a 1:10.000 e o Mantoux a 1 U;
- Superior a 6 milímetros, para o Mantoux a 1:1.000 e o Mantoux a 10 U.
- Superior a 10 milímetros, para o Mantoux a 1:100 e o Mantoux a 100 U.

O problema das Tuberculinas é duma alta importância, pois sabemos que se vendem e usam muitas Tuberculinas da mais variada actividade, algumas de actividade quase nula.

O «contrôle» feito pelo Serviço Federal de Higiene Pública da Suíça, nos últimos 3 anos, tem revelado Tuberculinas com actividade que varia desde 80.000 a 800.000 U. por c. c., portanto com fortes desvios do padrão de Hampstead: 1 c. c. = 100.000 Un.

Quer dizer, injectando 0,1 c. c. destas Tuberculinas de actividade extrema, injectam-se ora 8, ora 80 unidades! A resposta tem de ser fatalmente diversa. Os erros cometidos podem ser graves, se não temos possibilidade dum controle regular de Tuberculinas.

A P. P. D. que resultou dos trabalhos de Long e Seibert representa um avanço sério em relação ao TAK e as Tuberculinas sem albumoses (A. F. T.). As obtidas pelas técnicas americana e dinamarquesa ofereciam já reais vantagens; mas os franceses, eliminando a ultrafiltração e os antisépticos e precipitando pelo ácido salicílico nascente parece terem trazido vantagens ainda mais apreciáveis para o produto obtido pelo Instituto Pasteur de Paris.

Não quero deixar de lembrar-lhes que Bretey, Lamensans e Grabar obtiveram já o fraccionamento desta Tuberculina purificada e com uma das fracções — a Pt — obtêm reacções específicas que mantêm os caracteres clássicos das reacções da T. A. K.

Enquanto que a Tuberculina purificada do Instituto Pasteur de Paris tem uma sensibilidade igual à do P. P. D. americana e dinamarquesa, de modo que 1 Un. = 0,00002 mgs., na fracção Pt, 1 Un. corresponde a 0,0000125 de pó.

Para a condução duma campanha de vacinação, pouco importante deve ser a alergia tuberculínica que não é revelada por um Mantoux a 100 unidades. Com mais forte razão ainda se pode afirmar o mesmo para a alergia infra-tuberculínica.

Não temos experiência nem do antigénio de Carlifanti, representado por corpos bacilares mortos, nem do alergénio de Domingo (o seu A. T. B. C.) nem das provas de Ustvedt realizadas com culturas vivas e mortas de B. C. G., cujo interesse científico não discutimos. Reconhecemos o valor dos trabalhos esclarecedores das dúvidas acerca das viragens de alguns Mantoux e das investigações sobre a alergia infra-tuberculínica; mas não julgamos prático considerá-los na conduta duma campanha de vacinação antituberculosa.

Como vacinamos?

As técnicas que temos seguido para a aplicação da vacina são as de Wallgren e as de Négre e Bretey.

A via intradérmica tem incontestáveis vantagens; mas reconhecemos a utilidade de adoptar, ao lado desta, a técnica da escarificação.

A vacina B. C. G. produzida pelo nosso Laboratório tem uma concentração de 0,5 miligrama por c. c. e é expedita em empolas de 1, 2 e 5 c. c.

As remessas são expeditas todos os domingos, de modo que todas as segundas-feiras os vários Centros e médicos que a tenham requisitado recebem a respectiva remessa.

Injectamos 0,1 c. c., preferindo para isso a parte inferior da região deltoideia esquerda.

Aqui, não seguimos o rigor técnico da fragmentação da dose por várias papulas intra-dérmicas, como fazem tantos autores e como recomenda a Station Pilote da B. C. G. Para esta, a aplicação deve fazer-se deste modo:

até 1 ano — 2 papulas	}	1 de 2 m/m
		1 de 3 m/m

de 1 a 2 anos — 2 papulas	— ambas de 3 m/m
» 2 » 6 » — 1 papula	— de 6 m/m
» 6 » 12 » — 1 papula	— de 7 m/m
com mais de 12 anos — 1 papula	de 8 m/m

Na aplicação por escarificação, servimo-nos da mesma região deltoideia, fazendo através das gotas de vacina:

- nos recém-nascidos, 3 traços de 0,5 a 1 cm. = 1,5 a 3 cm., no total;
- nos lactantes, 3 traços de 1 cm. = 3 cm., no total;

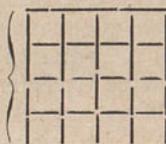
na 2.^a infância, 4 traços de 1 cm.=4 cm., no total;
na 3.^a infância, adolescentes e adultos, 6 a 8 traços de
1,5 cm.=9 a 12 cm., no total.

Não é esta a recomendação da Station Pilote da B. C. G., pois, segundo as suas investigações, as escarificações devem fazer-se deste modo:

Para os recém-nascidos e lactantes até 1 ano, 2 pares de traços de 0,5 cm. (total=2 cm.)
para crianças de 1 a 3 anos—3 pares de traços de 0,5 cm. (total=3 cm.)
para crianças de 3 a 6 anos—2 pares de traços de 1 cm. (total=4 cm.)
para crianças de 6 a 12 anos—3 pares de traços de 1 cm. (total=6 cm.)

dos 12 aos 16 anos — 8 traços de 1,5 cm. (total=12 cm.)

acima de 16 anos — 10 traços de 2 cm. (total=20 cm.)



Após a aplicação da vacina por esta técnica, põmos um penso com gaze, recoberto de celofane e adesivo.

Antes da aplicação da vacina, devemos sempre fazer a exploração do excavado axilar e anotar se há ou não reacção ganglionar.

Fazemos a primeira verificação à 10.^a semana, não só para pesquisa da alergia vacinal, mas também para anotar o tipo da reacção e as complicações locais, regionais ou gerais que tenham surgido; além desta 1.^a verificação, fazemos outra, anual, para saber por quanto tempo se mantém a alergia vacinal.

O facto de nos limitarmos a estas 2 técnicas não significa que não reconhecemos à das punturas múltiplas um alto valor. Sabemos que o método de vacinação subcutânea tem cultores em Espanha, como pudemos confirmar no último Congresso de Barcelona.

Não queremos deixar de dizer que seguimos com o maior interesse a técnica de vacinação por via oral, nas suas novas modalidades de aplicação, sistema que tem recebido notável impulso entre os brasileiros, principalmente devido a Arlindo de Assis e seus colaboradores e que em Sayé tem um cultor apaixonado.

Em Portugal, o Prof. Lopo de Carvalho é defensor convicto da excelência do método e das reais facilidades que ele comporta para aplicação do B. C. G. em larga escala.

Por enquanto, o nosso I. A. N. T. que é quem comanda toda a campanha de vacinação antituberculosa, ainda não se pronunciou sobre ele. Vai, porém, ordenar estudos sobre este método.

Pelo que respeita ao registo dos resultados da vacinação, não nos limitamos a anotar se é positiva ou negativa a prova da alergia vacinal—Mantoux a 1%—mas também o tipo de reacção local da vacina.

Para a vacina intradérmica, registamos 1 dos 4 tipos seguintes:

Tipo I ou de reacção ligeira, se as alterações locais são de simples mácula ou pápula rosada, ou mesmo uma pequena reacção quelóide, em via de cicatrização.

Tipo II, ou de reacção média, se se apresenta uma crosta de 4 a 7 m/m de diâmetro, com um halo vermelho de 1 a 2 m/m quer em via de formação, quer formada, quer em via de cicatrização.

Tipo III, ou de reacção forte, quando existe úlcera com um diâmetro inferior a 10 m/m., os seus bordos são em geral bem marcados, de cor violácea. Costuma acompanhar-se de supuração.

Tipo IV, também de reacção forte, caracterizado por um pequeno abcesso, cujo diâmetro não ultrapassa 10 m/m. Quase sempre este pequeno abcesso é o resultado duma injeção que não foi rigorosamente intradérmica.

Sempre que possível, deve fazer-se também uma revisão aos 6 meses, para verificação da evolução destes tipos racionais.

Nas reacções de tipo I, costuma haver o desaparecimento do aspecto quelóide e não se ver mais que uma cicatriz retráctil de 3 a 5 m/m.; ao ano, só uma cicatriz punctiforme.

Nas de tipo II, há, aos 6 meses, uma pequena depressão correspondente à crosta; ao ano, é impossível distinguir a cicatriz das reacções deste tipo das do tipo I.

Nas do tipo III e IV nota-se, aos 6 meses, uma cicatriz deprimida, maior do que a do tipo II; ao ano, cicatriz deprimida, pequena, como a do tipo I; só raras vezes persiste uma cicatriz mais extensa.

Para a vacina por escarificação, registamos 3 tipos:

Tipo I—reacção fraca, quando há simples vermelhidão dos traços ou estes estão em via de desaparecimento;

Tipo II—reacção média, quando os traços estão levemente salientes, com ou sem crostas;

Tipo III—reacção forte, sempre que os traços estão muito salientes, de aspecto verrugoso ou quelóide, tenham ou não crostas.

A sua evolução para a cicatrização leva mais ou menos tempo, consoante a intensidade destas reacções; as mais ligeiras desaparecem sem deixar vestígios; as mais fortes deixam uma cicatriz esbranquiçada.

Quanto às reacções anormais, assim as consideramos sempre que a úlcera tem um diâmetro superior a 10 m/m, ou sempre que a supuração vai além de 15 dias.

As complicações regionais traduzem-se pela existência de adenites quer inflamatórias simples, quer supuradas. Podem aparecer precocemente—antes dos 2 meses—ou ser tardias—entre o 2.^o e 5.^o mês, ou mesmo muito tardias—entre o 6.^o e 17.^o mês.

Só registamos um fenómeno de Koch; não registamos nenhum caso de eritema nodoso Bècegeicum, nem de reacções focais ou gerais.

As reacções focais têm-las procurado por radiografias ao mês e às 10 semanas.

O que temos visto pode sintetizar-se assim:

Em 1950, 1951 e 1952, os serviços das 3 zonas (norte, centro e sul) reuniram cerca de 75 mil provas tuberculínicas, fizeram 30 mil inoculações de B. C. G. e realizaram cerca de 50 mil exames radiográficos.

Os serviços de Coimbra, onde trabalhamos, passaram por duas fases—na primeira, de Janeiro de 1950 até Março de 1952, em que trabalhamos com as crianças que frequentavam os serviços do Instituto Maternal e os da Junta de Província da Beira Litoral, seleccionamos os indivíduos a vacinar exclusivamente pelas reacções à tuberculina e pelo exame clínico; na segunda, depois de criado o Centro de Profilaxia e Diagnóstico, juntamos mais a prova radiológica.

Na primeira fase fizemos 15.400 provas tuberculínicas e inoculamos 7.400 indivíduos com B. C. G.

Na segunda, submetemos a provas tuberculínicas 2.815 e inoculamos 1.592 indivíduos. Destes, conseguimos verificar a alergia vacinal em 501, obtendo 93,3% de reacções positivas.

As inoculações realizadas com vacina portuguesa, por via intradérmica, totalizaram 1.161. Destes, já se fez verificação da alergia vacinal, em 330, dando 328 de positivos, logo 99,4%.

A escarificação com vacina seca deu somente 76% de resultados positivos, em 1952.

No grupo de crianças internadas no Preventório de Penacova e em 1950, usando também vacina seca do Instituto Pasteur de Paris, pelo método da escarificação, conseguimos 97,5% de positivos às 8 semanas. No «Ninho dos Pequenitos», com a mesma técnica e com a mesma vacina, em crianças mais jovens, obtivemos 85,7% de positivos às 8 semanas, também com a vacina de 1950.

Na vacinação por via intradérmica, com vacina fresca do Instituto Pasteur de Paris, conseguimos 95,7% de positivos. (N. dos P.).

No que respeita a tipos de reacção local da vacina, à 10.^a semana, estudamos cuidadosamente 378 casos de inoculados pelo B. C. G. do Instituto Câmara Pestana, utilizando o método de Wallgren e neles verificamos:

99 (26,3%) de reacções do Tipo I
172 (45,3%) de reacções do Tipo II
107 (28,4%) de reacções do Tipo III

Não verificamos nenhum caso de reacção do Tipo IV, o que demonstra que a técnica das injeções intradérmicas é correcta.

Tal não aconteceu com os 678 indivíduos estudados pela estação Pilote de Paris, onde a maior percentagem respeitou ao Tipo II; mas a nossa percentagem de Tipo II não se distanciou tanto como a de Paris do Tipo I e do Tipo III (respectivamente 16 %, 82 % e 1,3 % para os Tipos I, II, III).

Ao lado da vacinação anti-tuberculosa pelo B. C. G., dispomos também de aparelhos de microradiografia montados em postos fixos e móveis, destinados ao radorastreio da tuberculose.

O que temos em Coimbra é um modelo da casa G. Schoenander, diferente dos correntemente usados, leve e pequeno, cujo equipamento fotográfico funciona dentro dum cilindro fechado, vertical, colocado na parte anterior do aparelho, em cuja extremidade superior existe um espelho inclinado a 45 graus, em relação ao écran, para reflectir a imagem fluorescente sobre uma lente biconvexa que a concentra e corrige, projectando-a sobre um outro espelho, esférico, colocado na extremidade inferior do cilindro, o qual, por sua vez, a projecta sobre o filme, colocado no foco óptico do sistema. Este dispositivo permite um bom aproveitamento luminoso. Dá-nos microradiografias, em rolo, com 70 × 70 milímetros.

Os Centros de Profilaxia e Diagnóstico de Lisboa e Porto têm aparelhos Picker.

A unidade móvel do I. A. N. T. tem também um aparelho Picker.

Consideramos o radorastreio pela microradiografia sistemática da população uma das mais poderosas armas na profilaxia da tuberculose. Tem um alto interesse para a colectividade, como arma ao serviço da profilaxia; mas tem também uma indiscutível importância para o doente porque permite um diagnóstico precoce, quando a sintomatologia é ainda escassa ou nula, a lesão muito recente e muito limitada e, portanto, quando as possibilidades de tratamento são maiores.

Hoje já ninguém discute o valor relativo da radioscopia e da Schermografia nos exames sistemáticos do tórax — a «querela das técnicas acabou», como dizem Courcoux e seus colaboradores. Os seus 16 anos de existência deram-lhe maturidade e acalmaram as paixões. O seu lugar e o seu valor estão definitivamente estabelecidos. Também não vale a pena perder tempo a exaltar as suas vantagens técnicas e económicas.

Esta nova arma — Abreugrafia — cuja aplicação prática se deve ao brasileiro Prof. Manuel de Abreu, data de 1936 e que tem sido aplicada largamente em muitos países, teve, no ano passado, no Brasil, no país onde nasceu e donde irradiou, a sua máxima consagração, como tema oficial da 12.^a Conferência Internacional da Tuberculose.

Ali, o seu criador, depois da sua viagem à volta do Mundo, na visita às mais importantes capitais que tinham montado aparelhos de radio-fotografia, pôde ouvir os depoimentos dos representantes dos mais variados países acerca do valor do método e dos resultados obtidos. Nestes 16 anos, esta valiosa arma estendeu-se a todo o mundo com um interesse sempre crescente.

Vale a pena dizer algumas palavras de síntese sobre os depoimentos feitos no Rio de Janeiro.

No extenso trabalho do Prof. Gomez, do Uruguay, está amplamente explanado o extraordinário labor realizado naquele país. Desde 1939 que ali se faz microradiografia sistemática, em contínuo crescendo. Usaram, principalmente, só aparelhos fixos, ali construídos; depois, outros adquiridos no estrangeiro e, mais tarde, aparelhos móveis. Em todos esses Centros, ao lado da microradiografia gratuita, em massa, fazem-se também provas tuberculínicas e a administração de B. C. G. aos analérgicos. Por sua vez, tudo isto está ligado a uma rápida e cuidada assistência aos tuberculosos que vão sendo diagnosticados. Resultado: baixa de 40 % da mortalidade por Tuberculose, em 10 anos.

Na 1.^a campanha que terminou em Março de 1951, sujeitaram a microradiografia 855.581 pessoas, isto é quase 40 % da população; a 2.^a está actualmente em curso. Na 1.^a encontraram-se 7 % de Tuberculosos activas ignoradas; na 2.^a, a média, na altura da conferência, em 102.203 examinados, era de 2,5 %, isto é metade do que haviam encontrado na 1.^a.

Sobre a experiência de Cuba, do Paraguay, do Peru, da

Venezuela e do México depuzeram vários autores, representantes de cada um desses países, elogiando o método.

Anderson expôs a larga experiência dos E. U. da América, onde mais de 900 aparelhos registam microradiografias de 13 a 15 milhões de pessoas por ano. O Departamento por ele dirigido, conta já com 40 unidades móveis e 300 pessoas entre médicos, enfermeiras, técnicos de Raios X e serviço social.

Na primeira selecção, em filmes de 70 m/m, verificou-se a necessidade de esclarecimento de dúvidas por teleradiografia 14 × 17 em 36,3 % dos examinados. Esta teleradiografia 14 × 17 reduz este número a 17,9 % e, com ela, tem-se apurado uma média de 7 % com lesões tuberculosas confirmadas, sendo 1 % de Tuberculose activa e 6 % de Tuberculose inactiva.

A respeito da difusão desta técnica nos E. U. A. deve dizer-se que De Christie levou ao VI.^o Congresso de Radiologia de Londres, em 1950, a experiência dos 10 últimos anos, incidindo sobre o exame de 57 milhões de indivíduos.

Harley Williams revelou a experiência da Inglaterra, onde, no fim de 1951, havia 57 aparelhos que tinham examinado mais de 8 milhões de indivíduos.

Acerca da Inglaterra, devo dizer que Ritchie, no precioso trabalho de Brice Clark, declara que, no relatório do Ministério da Saúde Pública, em 1948, se revela que entre 3 milhões de pessoas sujeitas a microradiografia se encontram 4 % com lesões activas renovadas e 2,3 % com lesões inactivas.

Carl Wegelius depôs sobre o que passa na Suécia, onde mais de 90 % da população escolar com 7 anos de idade, foi sujeita à microradiografia, desde 1947.

Griep falou acerca do verificado na Holanda, onde, desde 1939, se faz microradiografia. Mas só desde 1949 se faz microradiografia sistemática e, com pequenas diferenças de província para província, os casos de Tuberculose activa revelaram-se no 1.^o exame, numa proporção de 10 a 20 % e os de Tuberculose de actividade duvidosa andaram por cerca do dobro.

Sagona relatou o que se passa na Itália, onde andam também por 5,8 % os casos de Tuberculose activa, entre os examinados por microradiografia.

Courcoux, Bariety e Courry trouxeram a experiência da França: no adulto, os casos de Tuberculose activa despitada andam por cerca de 4 %. Destes 4 %, só 1 % tem baciloscopia positiva e os outros 3 % carecem de tratamento. As Tuberculosas aparentemente inactivas andam por 6 a 7 %.

Urgoiti levou a sua experiência destes 2 últimos anos, obtida em Espanha com os seus dois aparelhos e através de múltiplas dificuldades e o meu compatriota Lopo de Carvalho Cancela de Abreu apresentou resultado das suas observações na C. R. G. e E.

A experiência do Brasil foi exposta pelo próprio autor do método, o Prof. Manuel de Abreu.

A radiofotografia em massa executa-se, naquele país, desde 1936. Mas, até 1945, o seu desenvolvimento foi muito lento e o seu autor e os seus colaboradores viram-se em sérias dificuldades para vencer a resistência daqueles a que Manuel de Abreu chama os «Teóricos da profilaxia». No fim de 8 anos, não tinha conseguido examinar mais que 3 % da população urbana. De 1946 até nossos dias, a luta foi caracterizada por novo ritmo, em que pôde atingir a mais volumosa e responsável massa de indivíduos — a «sombra escura que pesa sobre as taxas de morbilidade».

Em 1946, em 1947 e em 1949 conseguiu observar, respectivamente 10 %, 15 % e 20 % da população urbana.

De 1945 a 1949, entre os 690.000 examinados, aparentemente são, encontrou 3.450 casos de Tuberculose activa e ignorada (5 %).

Em 1950, o equipamento brasileiro contava já mais de 100 aparelhos de radiofotografia — fixos ou móveis.

A esta despistagem precoce, a tratamento oportuno e eficaz, aos novos medicamentos e ao aumento do número de Tisiólogos atribui Manuel de Abreu a queda da Tuberculose no Rio de Janeiro que, em 1945 era de 315 ‰, passou a 193 ‰ em 1950 e a 186 ‰ em 1951, isto é teve uma redução de 41 % em 6 anos.

Nos primeiros 6 meses de 1952, calculava-se em 160 ‰. Não se pôde atribuir o caso a uma flutuação epidémica, mas sim a um verdadeiro declínio por efeito da campanha realizada. E o que se passou no Rio de Janeiro, verificou-se em S. Paulo, onde, em pouco tempo e coincidindo com a instalação do radoras-

treio torácico, as taxas de mortalidade passaram de 145 para 100 por cada 100.000 habitantes. Fenómeno idêntico se passou em Porto Alegre — uma das cidades de mais alta mortalidade por Tuberculose do Brasil — onde as taxas vieram de 488 para 366 ‰, em 4 anos.

Nestas cidades, nem se modificou a cultura, nem o nível higiênico do povo, nem aumentou o número de camas para isolar tuberculosos. No dizer de Manuel de Abreu, o que houve de extraordinário foi a instalação de centros de radiografia sistemática que atingiu massas volumosas da população e que se articulou devidamente com a assistência terapêutica desses doentes assim descobertos.

Na nossa pequena estatística do nosso posto fixo de Coimbra, em 14 meses de trabalho, vimos o seguinte:

7.039 indivíduos foram sujeitos a microradiografia e nos quais se verificou que 88,7 ‰ tinham imagens de processos de etiologia muito provavelmente tuberculosa. 27,5 ‰ desses tinham imagens que correspondiam a actividade evidente ou muito provável. Nesses portadores de lesões, ainda apuramos que 17,4 ‰ eram representados por lesões de predomínio exsudativo e 2,4 ‰ por cavidades.

Estes números são na realidade mais elevados do que os correspondentes aos do radorastreio em massa, devem ter a sua explicação no facto de se ter instalado de novo este serviço na cidade e, mercê das facilidades dadas, ali terem ocorrido, de mistura com os que procuravam saber se estavam ou não doentes e com os que desejavam vacinar-se (indivíduos, portanto presumidos sãos) bastantes outros que conheciam a sua situação de doentes pulmonares e que a ocultaram intencionalmente. Devem ter sido estes que tornaram mais elevada a taxa das tuberculoses activas aqui diagnosticadas.

Estamos convencidos de que estas 2 armas novas — a vacinação pelo B. C. G. e o radorastreio por microradiografia — são elementos muito importantes na luta antituberculosa, sobretudo naqueles países de forte endemia bacilar.

A vacinação e revacinação em massa pelo B. C. G. reforçará as defesas orgânicas contra o bacilo e concorrerá fortemente para o desaparecimento das formas agudas, rapidamente progressivas que são as causadoras de mais de 65 % das mortes por Tuberculose (Gomez).

A microradiografia sistemática periódica ou contínua revela-nos a existência de casos de Tuberculose sobre os quais não havia suspeita e permite-nos fazer o «contrôle» das lesões estabilizadas e vigiar as recaídas. Dispensámo-nos de acentuar a alta importância que isso tem, tanto no ponto de vista terapêutico, como no profilático. Mas o método só poderá dar todo o seu rendimento quando estiver ligado à vacinação em massa pelo B. C. G., a uma assistência médica oportuna, precoce e rápida e a uma suficiente rede de dispensários, secundada por um bom apetrechamento sanatorial e por suficiente provimento de antibióticos. De outro modo, o seu rendimento ficará muito à quem do que legitimamente se espera. O radorastreio não é senão mais um elo duma grande cadeia dos elementos mobilizados para a batalha e só pode mostrar o seu real valor quando devidamente articulado com os demais. Ao diagnóstico precoce e em massa deve estar intimamente ligado o tratamento em massa, igualmente precoce e bem orientado.

Pensamos, com Manuel de Abreu que a causa dos insucessos da microradiografia só pode ser explicada:

- a) — por insuficiente número de exames — o que não chega a pesar na profilaxia das massas;
- b) — grandes intervalos entre os cadastros — anulando portanto todos os seus benefícios;

- c) — ausência de postos de exame permanente e contínuo;
- d) — insuficiência do controle clínico dos doentes.

É possível manter um serviço de radorastreio permanente, suficientemente extenso, contínuo ou quase contínuo, atingindo altas percentagens da população — a demonstração foi feita no Uruguai e no Rio de Janeiro.

As bases que estão lançadas em Portugal e criadas por efeito do decreto reformador de 1950, vindo juntar aos elementos clássicos da luta os 3 centros de cirurgia torácica (Lisboa, Porto e Coimbra), o radorastreio por microradiografia e a vacinação pelo B. C. G. e, agora, mais recentemente, a distribuição gratuita de antibióticos, poderão acelerar notavelmente a regressão das nossas taxas de mortalidade pela Tuberculose, tanto mais que essas medidas vão acompanhadas duma política de transformação da habitação, substituindo os casebres por casas higiénicas dos novos bairros e por uma política de higiene geral e de elevação contínua do nível de vida da população.

A rapidez da descida depende somente do ritmo com que pudermos intensificar a aplicação de todas estas medidas.

Mas estas novas armas não deverão fazer esmorecer o entusiasmo com que se tem vindo, nos últimos 20 anos, a multiplicar os dispensários e a aumentar continuamente o número de camas, pois elas são de complemento e não de substituição.

Desde há 1 século que este flagelo está a ser batido no Mundo inteiro, e se houve tempo em que a medicina olhou com dúvida e receio este combate, hoje não acontece o mesmo. Aceitamos, com Etienne Bernard, que os dias deste flagelo estão contados e que muito menor número de vítimas por Tuberculose se contará nesta segunda do que na primeira metade deste século. Em muitos países da Europa e da América se registaram baixas nas taxas de mortalidade por Tuberculose que andam por 65 a 94,5 ‰. Já se contam por mais de uma dezena aqueles países que conseguiram trazer as suas taxas para baixo de 50 por 100.000.

As armas clássicas de combate vieram juntar-se a cirurgia torácica, a vacinação em massa pelo B. C. G., o radorastreio sistemático por microradiografia e a descoberta de antibióticos cada vez mais activos. A boa aplicação destes meios fará cair as taxas da mortalidade pela Tuberculose a níveis tais que ela desapareça como flagelo social.

No conceito de Etienne Bernard, a Tuberculose deixará de ser flagelo social num país, quando a taxa da sua mortalidade ficar abaixo de 2 ‰ da mortalidade geral.

Esse pequeno e admirável país que é a Dinamarca pode ufanar-se de ter sido o primeiro a conseguir eliminar a Tuberculose da categoria de flagelo social, pois, em Dezembro de 1950, a sua taxa de mortalidade pela Tuberculose caiu a 13 por 100.000 habitantes e a menos de 2 ‰ da mortalidade geral.

O segredo da vitória, da maior vitória sanitária de todos os tempos, está na admirável firmeza com que executou o seu programa de aplicação das medidas clássicas à luta antituberculosa, sem vacilação nem eclipses, durante 50 anos, a que juntou, mais tarde, a vacinação pelo B. C. G.

E o que esse pequeno país conseguiu podem também consegui-lo os demais. Conhece-se a técnica, só há que aplicá-la. Com os olhos fitos neste magnífico exemplo, olhemos o futuro com mais confiança e com a esperança de podermos ainda assistir, em nossos dias, a igual vitória nesta admirável península ibérica.

(Conferência realizada em Salamanca, a convite do Decano da Faculdade de Medicina e do Chefe Provincial de Sanidade, no dia 30 de Maio de 1952).

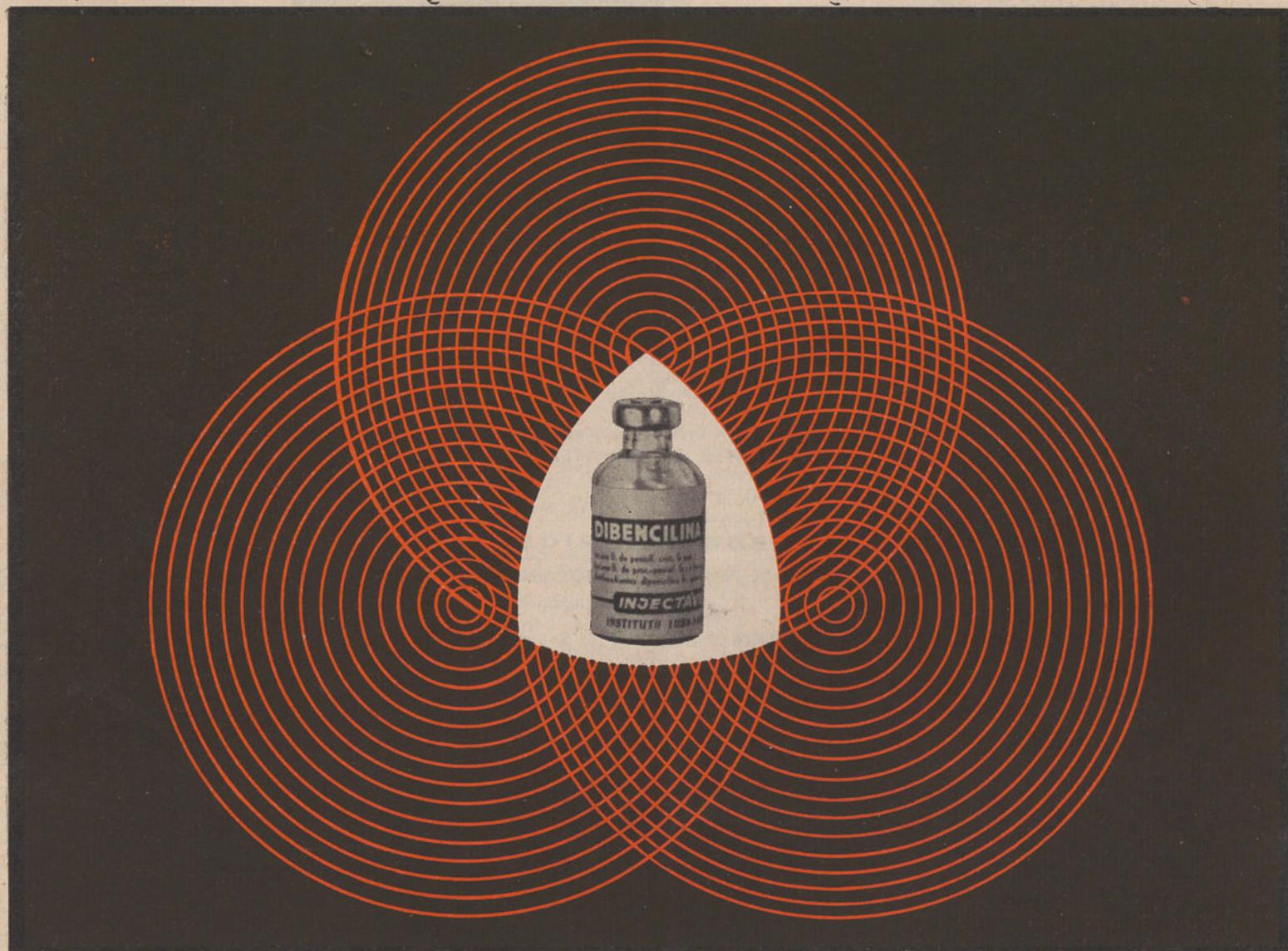
UM NOVO PROGRESSO NA PENICILINATERAPIA

Associação de

N, N' - dibenziletilenadamina dipenicilina G (Dibencilina)

Penicilina G potássica e Procaína - penicilina G

TRÊS FORMAS DE PENICILINA COM VELOCIDADES DE ABSORÇÃO DIFERENTES



ACÇÃO INICIAL DA PENICILINA POTÁSSICA (4 horas)

ACÇÃO PRÓXIMA DA PROCAÍNA-PENICILINA-G (12 a 14 horas)

ACÇÃO MUITO PROLONGADA DA «DIBENCILINA» (até 14 dias)

Dibencilina. P

INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA

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

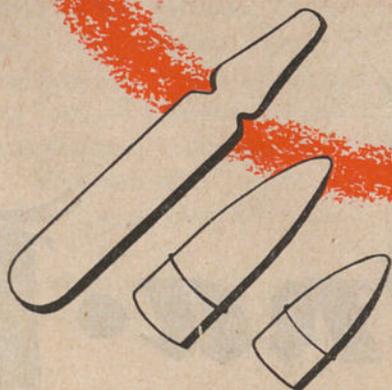
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



REVISÃO DE CONJUNTO

Orientação diagnóstica nas leucemias crônicas

RAMIRO DA FONSECA

Permito-me, com vénia, oferecer estas páginas ao aluno que frequenta os últimos anos do curso e ao médico recém-formado, ainda a braços com hesitações e titubeios, rescendendo ainda à confiante e consoladora presença do mestre.

O pequeno estudo que vai ler-se faz parte duma colecção de pequenos estudos idênticos, focando outros assuntos, mas todos orientados na mesma direcção e animados do mesmo espírito. Com este, pretendo fornecer um esquema de orientação diagnóstica nas leucemias crônicas, utilizando em primeiro lugar os dados obtidos na observação clínica, e logo depois os elementos fornecidos pelo laboratório.

Antes, porém, julgo de grande utilidade e conveniência alguns breves apontamentos sobre as leucemias em geral e as leucemias crônicas em particular, porque efectivamente não poderemos fazer um diagnóstico de leucémia se não soubermos, ao menos, o lugar que ela ocupa, mercê das suas características, no catálogo das doenças.

BREVES APONTAMENTOS

SOBRE AS LEUCEMIAS CRÔNICAS

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA.—*Leucémia é um processo patológico essencialmente caracterizado pela proliferação hiperplástica do tecido leucopoiético do organismo.*

Esta hiperplasia é geral; nunca atinge um só dos órgãos ou tecidos leucopoiéticos, mas todo o sistema linfático ou todo o sistema mielóide: é uma afecção «sistemizada, generalizada, directa, de todo o aparelho leucopoiético, inclusivamente dos pequenos focos celulares que existem fora do local ordinário de formação sanguínea» (*Schilling*).

Alguns autores consideram-nas verdadeiras neoplasias malignas dos hematopoiéticos, com metástases na corrente sanguínea («a leucémia é o cancro do sangue» — *Bard*), embora as formas agudas, que pelo seu aspecto clínico «sentent l'infection à plein nez», como dizem *Gilbert* e *Weill*, possam relacionar-se mais com os processos infecciosos do que com os neoplásicos: a leucémia poderia então ser concebida como leucocitoses, muito acusadas, por irritação específica (*Schilling*).

A etiologia do morbo é completamente desconhecida; não fazemos a menor ideia de qual seja o *primum movens* da hiperplasia leucopoiética, e as múltiplas experiências feitas por *Ellermann* e *Bang*, *Oberling*, *Smijders* e outros, nada têm conseguido que não seja levantar questões de controvérsia, pouco esclarecedoras.

As leucemias não são raras. Podem mesmo considerar-se frequentes, mais numas regiões do globo do que noutras. O sexo masculino é mais vitimado do que o feminino, e as idades de 50 a 60 anos são as que fornecem maior número de casos.

CLASSIFICAÇÃO.— Há duas variedades de leucémia, reconhecidas desde *Ehrlich* e *Pinkus*, segundo o sistema afectado: *leucémia mielóide*, quando a hiperplasia incide sobre o sistema mielóide, *leucémia linfática*, quando incide sobre o sistema linfático.

Uma e outra podem evoluir sob a forma duma doença aguda ou duma doença crônica; numa e noutra podem existir, ou não, metástases na corrente sanguínea. Não se sabe porquê, em certos casos de leucémia mielóide ou linfática, não aparecem no sangue circulante as células proliferadas no tecido leucopoiético, e que são o testemunho periférico iniludível da hiperplasia. Isto sucede, principalmente, nas leucemias crônicas, e leva-nos a uma subdivisão dos dois tipos anteriores (mielóide e linfático) em dois sub-tipos: *leucémia com quadro hemático leucémico* e *leucémia com quadro hemático aleucémico*. Na primeira aparecem no sangue circulante as células sanguíneas que testemunham a hiper-

plasia; na segunda essas células estão ausentes ou aparecem em muito precário número; na primeira há hiperleucocitose, na segunda é sensivelmente normal o número de leucócitos.

Podem pois classificar-se as leucemias crônicas assim:

- 1 — *Leucémia mielóide leucémica*, ou simplesmente *leucémia mielóide* (com quadro hemático leucémico).
- 2 — *Leucémia mielóide aleucémica*, ou *aleucémia mielóide* (com quadro hemático aleucémico).
- 3 — *Leucémia linfática leucémica*, ou simplesmente *leucémia linfática* (com quadro hemático leucémico).
- 4 — *Leucémia linfática aleucémica*, ou *aleucémia linfática* (com quadro hemático aleucémico).

Na primeira aparecem no sangue numerosos leucócitos maduros e imaturos, mielócitos e mieloblastos (formas precursoras dos leucócitos). Na segunda o número de leucócitos é normal ou pouco elevado, mas aparecem também algumas formas precursoras. Na terceira, o que predomina no quadro leucocitário, muito aumentado em número, é a alta percentagem de linfócitos. Na quarta, enfim, o quadro é idêntico a este último, porém com um número total de leucócitos pouco afastado do normal.

Muitos autores admitem ainda, tanto para a leucémia mielóide como para a linfática, uma variedade em que o número total de leucócitos, embora aumentado, não atinge os valores exagerados habituais nas formas leucémicas: seriam formas *sub-leucémicas*, que eu não acho vantagem nenhuma em considerar.

Anatómó-patologicamente, e clinicamente, as formas leucémicas e as aleucémicas são muito semelhantes, podendo no decurso da sua evolução transformar-se umas nas outras: formas aleucémicas evoluem com frequência para formas leucémicas e estas, por influência da terapêutica, podem vir a apresentar um quadro hemático aleucémico, transitório.

PROGNÓSTICO E TERAPÊUTICA.— As leucemias, diga-se fria e duramente, são incuráveis; matam, quando crônicas, num lapso de tempo variável entre 2 e 5 anos a partir da data do diagnóstico, sendo muito excepcionais os casos de marcha tórpida que se arrastem por mais 3, 4 ou 5 anos.

A terapêutica de que dispomos (irradiações do baço e dos gânglios linfáticos pelos raios X, pelo rádio ou pelo tório X, transfusões, rádio-isótopos), provocam notáveis melhorias aparentes, mas infelizmente enganosas *quoad vitam*. O estado geral melhora muito, o baço e os gânglios reduzem as suas dimensões, o hemograma tende a normalizar... mas tudo isto é transitório e falaz. É possível que com estes meios se consiga alongar o período de evolução da doença, e com ele a vida do doente. Porém, mais cedo ou mais tarde — sempre muito cedo — o desfecho fatal vem terminar o caso.

ORIENTAÇÃO DIAGNÓSTICA

INTRODUÇÃO

Após o pequeno resumo que acaba de ler-se, entremos no assunto que aqui me traz e que é, relembro, fornecer um esquema de orientação diagnóstica nas leucemias crônicas, utilizando em primeiro lugar os dados obtidos pela observação clínica, e logo depois os elementos fornecidos pelo laboratório.

Para isso, vamos supor que nos vem consultar um doente com uma leucémia crônica, que nós ignoramos, naturalmente. Esse doente vai ser submetido a exame, vai ser interrogado, auscultado, percutado, palpado, até encontrarmos nele o fio da meada, isto é, o sintoma orientador, objectivo ou subjectivo, declarado ou encontrado no exame, e que para nós será, provisoriamente pelo menos, o sintoma dominante.

Chamamos sintoma dominante àquele que representa o

ponto de partida dos nossos raciocínios diagnósticos e da nossa investigação; pode não dominar, de facto, o quadro sintomatológico; pode ser tão discreto que passe despercebido ao doente e só o médico dê com ele; e dizêmo-lo provisório porque, dum momento para o outro, pode ser substituído por outro sintoma, passando logo à categoria de secundário.

Ora, generalizando, pode dizer-se que há nas leucémias dois sintomas clínicos cardinais: a *esplenomegália* e as *adenopatias*.

Além destes, um outro sintoma muito curioso que pela sua precocidade pode não se fazer acompanhar de qualquer dos outros dois é, nas leucémias mielóides, o *priapismo*. O doente vem à consulta queixar-se duma persistente e dolorosa erecção do pénis que dura muitas horas ou muitos dias, sem qualquer outra manifestação clínica. Este priapismo pode ser um sintoma precoce de leucémia mielóide, e *como nenhuma leucémia se pode diagnosticar de certeza sem uma análise citológica do sangue*, todo o priapismo impõe esta análise, mesmo que suspeitemos doutra etiologia.

Os outros dois sintomas cardinais, esplenomegália e adenopatias, podem-se-nos apresentar isolados ou associados. O doente virá consultar-nos porque no pescoço, nas axilas, nas virilhas, vem notando um progressivo infartamento *frio* dos gânglios linfáticos; ou então apresenta-se-nos por qualquer outro sintoma e somos nós que descobrimos os infartos ganglionares e os valorizamos. Neste caso o sintoma dominante será o infarto ganglionar, e *todo o infarto ganglionar crónico, não supurado, cuja etiologia não possa ser imediatamente esclarecida, impõe um exame de sangue*.

Se o doente não apresenta adenopatia, mas uma esplenomegália, esta será o sintoma dominante; o estudo dum doente com esplenomegália, seja qual for a sintomatologia associada, terá de ser feita, *provisoriamente*, a partir da esplenomegália, embora muitas vezes o infarto esplénico passe imediatamente a um segundo plano, como veremos.

Enfim, no examinado podem coexistir as adenopatias e um baço aumentado de volume; neste caso, as adenopatias representarão o sintoma dominante.

Começaremos por supor que o doente não apresenta apreciáveis adenopatias, mas o baço aumentado de volume. Antes, porém, adiantemos uma pergunta que já deve ter aflorado à mente do leitor: — será que todo o leucémico crónico, ao vir consultar-nos, apresentará forçosamente adenopatias ou esplenomegália? Já vimos que o priapismo se pode apresentar como sintoma precoce, com ausência daqueles outros sintomas; ora o mesmo pode suceder noutras circunstâncias. Naturalmente, no período inicial da doença os sintomas dominantes ou ainda não existem, ou são discretíssimos. Então, três casos se podem dar:

- 1.º — o doente não vem à consulta;
- 2.º — o doente vem consultar por sintomas que não se relacionam com a leucémia incipiente;
- 3.º — o doente vem com sintomas precoces de leucémia.

No primeiro caso, é evidente que o diagnóstico não se faz; a leucémia permanece desconhecida. No segundo, o mais provável é que o diagnóstico também não se faça. No terceiro caso é ainda muito natural que o mesmo suceda, pois os sintomas precoces das leucémias são de tal modo incaracterísticos que a atenção do médico não é chamada para as leucémias. Pode, é certo, pensar nelas casualmente; e pode pensar num outro morbo que exija um exame de sangue revelador; a leucémia será então descoberta casualmente.

Como bem se compreende, casos tais, felizmente pouco frequentes, não entram no quadro dum estudo como o que estamos fazendo. Pertencem ao domínio do acaso, ou daquela outra coisa indefinível, superior, espiritual, que domina os actos médicos, e conhecemos pelo termo vago de «intuição».

*

O doente vem consultar-nos pelas suas adenopatias, sintoma que ele nota imediatamente e a que atribui grande importância, ou pela sua esplenomegália, o que já é mais difícil, pois a não se tratar duma grande hipertrofia esplénica, não é natural que o doente note o seu baço. Muitas vezes, porém, não recorre ao facultativo por nenhum destes sintomas; ele virá até nós com várias outras queixas, principalmente nas fases iniciais da leucémia, em especial da leucémia mielóide, em que a sintomatologia

é muito vaga, imprecisa, proteiforme, e só um exame completo nos porá na pista dum diagnóstico de leucémia. O doente queixa-se duma astenia mais ou menos acentuada, uma depressão física e psíquica progressiva, que o impede de desempenhar as suas funções habituais; inapetência, emagrecimento, sudação fácil e, por vezes, pequenas elevações de temperatura, põem naturalmente a suspeita duma bacilose. Pode a auscultação pulmonar ser negativa; mas também podem existir sinais estetacústicos de bronquite difusa, ou ruídos adventícios incaracterísticos. Uma que outra vez o doente refere pequenas hemoptises ou expectoração hemoptóica... — de que vamos nós suspeitar senão duma tuberculose pulmonar? Uma pesquisa de B. K. negativa, uma radiografia negativa ou pouco precisa, serão insuficientes para deslocar a hipótese, tão grande é a probabilidade de estar certa.

Nestas condições, e em muitas outras idênticas, o diagnóstico errado persiste, e continuará a persistir se um exame cuidadoso, completo, do nosso doente, não for feito sem ideias preconcebidas. Os doentes de leucémia apresentam um quadro mórbido tão variado, tão incaracterístico, tão de molde a sugerir outros diagnósticos de probabilidade, que o de leucémia dificilmente chegará a impor-se: uma diarreia persistente e esgotadora, com todas as suas consequências, discretas hemorragias nasais, gengivais, etc., transtornos visuais ou auditivos... tudo isto é insuficiente.

Porém, se o exame clínico for completo, como deve ser, bem feito, cuidadoso, encontraremos na maior parte dos casos uma esplenomegália reveladora, além de outros sinais associados, secundários mas preciosos.

DIAGNÓSTICO DA ESPLENOMEGÁLIA

Seja pois um *doente qualquer* que se nos vem queixar *seja do que for*, e ao qual fazemos, porque sistematicamente o devemos fazer, um primeiro exame fundamental. Se no decurso deste exame encontrarmos uma esplenomegália, será este o sintoma dominante inicial. Podem ter-se encontrado, por exemplo, sinais de tuberculose pulmonar, ou duma lesão valvular, ou duma cirrose hepática, ou duma colite crónica... — tudo isto deve passar a um segundo plano, *provisoriamente*. Em primeiro plano fica a esplenomegália, e esquecendo de momento os outros sintomas, concentraremos a nossa atenção no baço.

Habitualmente, não é difícil diagnosticar uma esplenomegália, quando ela existe. Em todo o caso não será inútil apontar brevemente a regra de conduta nesta parte do exame clínico, que é de suma importância.

DIAGNÓSTICO POSITIVO E DIFERENCIAL DUMA ESPLENOMEGÁLIA CRÓNICA. — Um baço normal é inacessível à exploração clínica directa. Profundamente alojado no hipocôndrio esquerdo, sob a grade costal, não é palpável; mascarado em cima pela sonoridade pulmonar, e em baixo pela sonoridade gástrica, não é percutível. Projecta-se na parede torácica segundo uma oval um pouco oblíqua para baixo e para diante; um dos polos toca o bordo superior da nona costela, o outro o bordo inferior da décima primeira; atrás e adiante, as linhas escapular e axilar médias limitam a sua área de projecção.

Nas *esplenomegalias pouco acentuadas*, cai nesta área uma zona de macicez maior ou menor, admitindo-se que há esplenomegália quando a zona maciça mede uns 5 cm. de altura. A percussão deve fazer-se de cima para baixo, desde o vértice da axila, depois de diante para trás, a partir da linha mamilar.

Naturalmente, haverá o cuidado de eliminar uma zona de macicez pulmonar ou pleural, para o que hão-de concorrer os dados anamenésicos e certas particularidades da observação: em especial lembremo-nos de que o pulmão se imiscui entre a parede torácica e o baço; deste modo, uma macicez pulmonar ou pleural há-de revelar-se a uma percussão superficial, a macicez esplénica precisará, para se revelar, uma percussão mais profunda, mais intensa, porém não tanto que vá acordar a sonoridade gástrica.

Não esqueceremos que uma larga zona opaca pleural ou pulmonar pode ocultar completamente a macicez esplénica.

Uma pequena esplenomegália, por si mesma, não costuma revelar-se por qualquer sintoma subjectivo; mas se há, por exemplo, um processo de perisplenite, o doente pode sentir uma dor que localiza alto no hipocôndrio esquerdo, embora por palavras se queixe do pulmão.

Nas *esplenomegalias médias*, o polo inferior do baço ultrapassa a grade costal e torna-se palpável. Explorando o hipocôndrio

**OS LABORATÓRIOS ATRAL COMUNICAM À EX.^{MA}
CLASSE MÉDICA**

**A INTRODUÇÃO,
NO MERCADO,
DO NOVO TUBER-
CULOSTÁTICO
"NICOSTREPTIL"**

**PRODUTO
OBTIDO POR
SÍNTESE NOS
SEUS LABORA-
TÓRIOS DE
INVESTIGAÇÃO**

**E RESULTANTE DA COMBINAÇÃO
QUÍMICA DA ESTREPTOMICINA COM
A ISONIAZIDA → ISONICOTINILIDRAZONA
DA ESTREPTOMICINA (SULFATO)**

NICOSTREPTIL

**MAIS ACTIVO QUE QUALQUER
DOS SEUS COMPONENTES
RETARDA O APARECIMENTO
DA RESISTÊNCIA ADQUIRIDA
TOXICIDADE INSIGNIFICANTE
SOBRE O OUVIDO**

LABORATÓRIOS



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 Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

drio, os dedos do examinador acusam a presença duma massa arredondada que se continua para cima, para a base do tórax, e umas vezes se alonga na direcção da fossa ilíaca, outras na direcção do epigástrico. O bordo anterior dessa massa é nítido, cortante, com entalhes característicos; o bordo posterior é inacessível; o órgão acompanha os movimentos inspiratório e expiratório do diafragma.

A percussão, como é óbvio, já nos tinha revelado no tórax a maciez esplénica, e já nos tinha indicado que essa maciez se prolongava alguns centímetros abaixo do rebordo costal; contudo, estas esplenomegalias médias podem prestar-se a confusões com tumores do hipocôndrio esquerdo, que é preciso eliminar: — *Tumores do rim* esquerdo, que são mais posteriores, mais esféricos, sem bordo cortante, cobertos pela sonoridade de cólon e determinando uma sintomatologia clínica urinária que, regra geral, chama logo a atenção para o rim; *Câncer do ângulo cólico* esquerdo, de forma irregular e determinando uma sintomatologia cólica, particularmente sinais de estenose; *Tumores da cauda do pâncreas*, mais medianos e sem continuidade para a base esquerda do tórax, como sucede com o baço; *Tumores pélvicos emigrados para o abdômen superior* (fibroma uterino pediculado, quisto do ovário) que não subiriam até ao ponto de determinar maciez torácica, nem apresenta a forma tão característica do baço (bordo cortante com entalhes). A confusão com o *lobo esquerdo do fígado hipertrofiado* é a mais importante; o lobo esquerdo do fígado é mais mediano, nitidamente transversal; o bordo é cortante mas inferior, não vertical, e o entalhe que apresenta é aberto para baixo.

Nas *grandes esplenomegalias*, que chegam a ser monstruosas, o baço ocupa todo o lado esquerdo do abdômen; pode descer até à sínfise púbica e atingir, adiante, a linha umbilical. A simples inspecção nos revela desde logo a assimetria do abdômen, mais elevado à esquerda que à direita, determinando uma idêntica assimetria do tórax, cuja base é projectada para fora. A palpação, confirmando a esplenomegália, dará ao mesmo tempo indicações sobre a sensibilidade do órgão, a sua consistência, e o estado da sua superfície (lisa, tuberosa, irregular), elementos de grande valor para o diagnóstico.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DA ESPLENOMEGÁLIA. — A esplenomegália que acabamos de diagnosticar é sintoma comum a um grande número de doenças que serão definidas por outros sintomas associados, patentes ao exame clínico ou revelados posteriormente no laboratório. É costume, um pouco arbitrariamente, agrupar as doenças esplenomegálicas em três categorias sindrômicas: as doenças em que o exame clínico revela, a par da esplenomegália, sinais de sofrimento hepático (*síndrome esplen-hepático*); aquelas em que o infarto esplênico se relaciona com uma doença do sangue (*síndrome esplen-hemático*); e as que determinam o aumento de volume do baço por ataque primitivo (?) do próprio baço (*síndrome esplênico puro*).

Ao *síndrome esplen-hepático* pertenceriam, por definição, as esplenomegalias que se acompanham de lesão hepática, traduzida por sinais objectivos de sofrimento do fígado: ascite, icterícia, atrofia ou hipertrofia do órgão. Sucede, porém, que os autores não incluem neste grupo muitas esplenomegalias que se acompanham de sinais hepáticos. Precisamente as leucémias, e muito especialmente as leucémias mielóides, estão nestas condições; não pertencem ao *síndrome esplen-hepático*, e contudo o doente apresenta uma esplenomegália associada a uma hepatomegália. O mesmo sucede com a doença de Banti, na segunda e terceira fases da sua evolução: há esplenomegália com hepatomegália, e no entanto os autores incluem a doença de Banti no *síndrome esplênico puro*.

Bem sei que, teoricamente, a coisa é justificada: das leucémias dir-se-á que não pertencem ao *síndrome esplen-hepático* porque as alterações sanguíneas primam sobre o transtorno hepático, o qual é, por sua vez, inconstante; dir-se-á da doença de Banti que a afecção se inicia no baço, e durante anos só este órgão é afectado. Está muito bem; mas o que é um *síndrome* senão um artifício destinado a facilitar o raciocínio diagnóstico e a orientar as nossas investigações? — Para os fins práticos a que se destina, a sistematização dos *síndromas esplênicos* deveria ser tal que, no decurso do exame clínico, o médico pudesse eliminar este ou aquele *síndrome* sem deixar lugar a dúvidas. É claro que a dúvida não pode ser completamente exilada dos domínios tão complexos da medicina; mas sistematizar as coisas

de tal modo que essa mesma dúvida seja reduzida a um mínimo, tal deve ser a preocupação de quem sistematiza. Ora a sistematização dos *síndromas esplênicos* não satisfaz a esta condição. Bastará dizer-se que, no caso do *síndrome esplen-hepático*, teremos de afirmar, em última análise, qualquer coisa neste género: «pertencem ao *síndrome esplen-hepático* as esplenomegalias que se acompanham de sinais hepáticos e não pertencem a outros *síndromas esplênicos*». Em outra altura mais propícia voltarei a focar este assunto, libertando-me das censuras que eventualmente me façam por levantar uma questão sem tentar resolvê-la. Por agora aceitemos a sistematização clássica e continuemos.

São muito numerosas as doenças do fígado capazes de se fazerem acompanhar de esplenomegália; incluem todas as cirroses ascitogénicas e icterígenas, as hepatites crónicas infecciosas e tóxicas, as hepatomegalias das parasitoses, o fígado cardíaco. Muitos destes diagnósticos, como veremos, serão facilmente eliminados no exame clínico; outros, porém, ficarão em suspenso, e dentro em pouco se há-de ver qual a norma de conduta a seguir nestes casos.

O *síndrome esplen-hemático*, por definição, inclui as esplenomegalias determinadas por uma doença do sangue. Essas esplenomegalias podem acompanhar-se de adenopatias, constituindo-se o *síndrome esplen-adenico*, e neste caso os infartos ganglionares primam sobre o infarto esplênico na orientação diagnóstica. Se as adenopatias não existem, trata-se dum *síndrome esplen-hemático puro*, muitas vezes confundível, sob o ponto de vista da exploração clínica, com certas situações integradas nos *síndromas esplen-hepáticos* e *esplênicos puros*. A destrição categórica só é possível perante o resultado dum exame citológico do sangue, o que quer dizer que, *perante qualquer esplenomegália, a contagem globular e a fórmula leucocitária devem ser feitas sempre*. Claro que o nosso exame não fica em suspenso até que chegue a resposta do laboratório; o que fica em suspenso, muitas e muitas vezes, é o diagnóstico definitivo, *que nunca deverá ser posto sem termos à vista o resultado do exame sanguíneo*, muito embora em certos casos (nos *síndromas esplen-hepáticos* particularmente) o médico possa diagnosticar utilizando apenas os dados do exame clínico. De facto, mesmo nestes casos, o hemograma é de grande utilidade, e seria imprudente dispensá-lo.

Pertencem ao *síndrome esplen-hemático* as leucémias mielóide (sem infarto ganglionar) e linfática (com adenopatia), que impõem o diagnóstico diferencial com outros morbos, por vezes difícil.

O *síndrome esplênico puro*, esse, inclui todas as esplenomegalias que não cabem nos *síndromas anteriores*. Trata-se de esplenomegalias clinicamente isoladas, ou pelo menos sem lesão hepática aparente, sem as alterações sanguíneas leucémicas, sem adenopatias. O aumento de volume do baço tem a sua origem no próprio baço: é o caso dos tumores esplênicos benignos e malignos, da doença de Gaucher, do baço amilóide, da tuberculose esplênica, e um pouco forçadamente, da doença de Banti.

Mas não é tudo. Há esplenomegalias solitárias na sífilis hereditária e adquirida, na insuficiência cardíaca, no raquitismo. Tais esplenomegalias, que não cabem nos *síndromas* já indicados, devem necessariamente pertencer ao *síndrome esplênico puro*.

Como se vê, o que eu disse da má sistematização dos *síndromas esplênicos* tem sua razão de ser, e vê-se ainda reforçado por esta pergunta: em que *síndrome* incluiremos a linfosarcomatose, quando esta se acompanha de esplenomegália? e a linfogranulomatose, que se acompanha de esplenomegália e de hepatomegália?

Mas já ficou dito que o assunto há-de voltar a ser focado em ocasião mais propícia.

*

Voltemos agora ao princípio. Estamos perante um doente cuja história ouvimos e registámos, que examinámos com os olhos e os ouvidos enquanto expunha o seu caso, e que depois submetemos à auscultação, à percussão, à palpação. Recolhemos vários elementos durante este exame, e um desses elementos assume na orientação do diagnóstico o papel preponderante: é a esplenomegália.

Como o nosso fim, aqui, é o diagnóstico das leucémias crónicas, estamos supondo que o nosso doente tem uma leucémia, e também supomos, naturalmente, que não o sabemos.

Encontramos-lhe uma esplenomegália; e com este sintoma objectivo na mão perguntamos: a que *síndrome* pertence esta

esplenomegália? A um síndrome esplen-hepático? A um síndrome esplen-hemático? A um síndrome esplênico puro?

ELIMINAÇÃO DO SÍNDROMA ESPLENO-HEPÁTICO

Clinicamente, o sofrimento hepático pode traduzir-se por uma ascite, com atrofia ou hipertrofia do fígado, por uma icterícia, com hipertrofia do fígado ou sem ela, por uma hepatomegália sem ascite nem icterícia.

COM ASCITE E COM ICTERÍCIA. — Se no doente diagnosticamos uma ascite, ou uma icterícia, é evidente que estaremos em presença dum síndrome esplen-hepático e não pensaremos nas leucémias. As leucémias não determinam icterícia nem ascite (1) e se um destes sintomas é diagnosticado, a própria esplenomegália passará a um segundo plano; o sintoma dominante será a ascite, ou a icterícia, e terá de perguntar-se: quais são as doenças ascitogénas, ou icterígenas, que se fazem acompanhar de esplenomegália? — O diagnóstico é então orientado no sentido das cirroses hepáticas ascitogénas (cirrose atrofica de Laënnec, cirrose hipertrófica de Hanot e Gilbert, cirrose hipertrófica diabética), das cirroses icterígenas (doença de Hanot, cirrose tuberculosa de Hanot e Lauth, cirrose hipertrófica difusa de Gilbert, Garnier e Castaigne), das icterícias hemolíticas com hepato-esplenomegália, etc.

SEM ASCITE NEM ICTERÍCIA. — Se o doente apresenta a sua esplenomegália associada a uma hepatomegália sem ascite nem icterícia já não eliminaremos tão facilmente o síndrome esplen-hepático. De facto, as leucémias acompanham-se muitas vezes de hipertrofia hepática, e o exame clínico nem sempre basta para se afirmar que o duo hipertrófico não depende duma leucémia. No entanto, certos dados obtidos no exame podem permitir algumas hipóteses de grande probabilidade:

1.º — O doente é um assistótico e o seu fígado hipertrofiado é doloroso espontaneamente ou à palpação; teremos o *fígado cardíaco* com esplenomegália (que habitualmente não existe);

2.º — O doente é um impaludado crónico, apresenta a cor terrosa do impaludado e refere repetidos ataques febris: a esplenomegália e a hepatomegália estarão na dependência do *paludismo*; verificaremos então que o baço cresceu muito lentamente, durante anos, e se desenvolveu no sentido transversal;

3.º — A anamnese faz suspeitar o *kala-azar*; o doente está febril, apresenta na palma das mãos e na planta dos pés uma pigmentação característica: provavelmente *kala-azar* está em causa;

4.º — Há sífilis adquirida, presentemente no período terciário: pode então tratar-se duma hepato-esplenomegália sífilítica, em que podemos encontrar um baço enorme (*hepatite sífilítica hiper-esplenomegálica de Ménétrier e Léon Bernard*);

5.º — É uma criança com suspeita de sífilis hereditária: pensaremos nas hepato-esplenomegalias da heredo-sífilis

6.º — Perante um alcoólico pensaremos ainda nas cirroses alcoólicas anascíticas sem icterícia;

7.º — E se houve anteriormente supurações crónicas caquetizantes, lembremo-nos da degenerescência amilóide do fígado, associada à degenerescência amilóide do baço; haverá diarreias, poliúria, etc.

Pois bem. Consoante os casos pediremos ao laboratório este ou aquele auxílio (Wassermann, pesquisa do Plasmódio, pesquisa da *Leishmania*, etc.), mas não devemos prescindir duma fórmula leucocitária. Ser-nos-á útil sempre, e pode às vezes trazer-nos surpresas.

ELIMINAÇÃO DO SÍNDROMA ESPLÊNICO PURO

Supunhamos que o doente não apresenta nenhum sintoma de sofrimento ou lesão hepática: não há ascite, não há icterícia, não há hipertrofia do fígado. — Estaremos em face dum síndrome esplênico puro?

Estamos considerando o caso dum doente que nos vem consultar sofrendo duma leucémia; se é uma leucémia linfática, cuja manifestação clínica objectiva mais evidente são as adenopatias, o síndrome esplênico puro fica desde logo eliminado; mas

(1) A leucémia mielóide, na fase mais avançada da sua evolução, pode determinar uma pequena ascite; tão reduzida é, porém, que não é fácil diagnosticá-la clinicamente, nem já tem qualquer valor para o diagnóstico nessa altura.

no caso da leucémia mielóide há que proceder a um trabalho eliminatório.

O síndrome esplênico puro, no conceito clássico, é realizado pelos tumores malignos e benígnos do baço, pela tuberculose esplênica, pela doença de Gaucher e ainda por tumores de etiologia obscura.

É possível, clinicamente, eliminar alguns destes casos: aqueles em que a palpação descobre um baço de superfície irregular, tuberosa, acidentada. Pensaremos então nos tumores malignos, nos tumores benignos vasculares, na tuberculose esplênica. Assim teremos:

1.º — O epiteloma do baço, secundário a um cancro do tubo digestivo, que procuraremos;

2.º — O sarcoma, bastante raro, de evolução rápida;

3.º — O melanosarcoma, secundário a um sarcoma da coróide, e geralmente contemporâneo dum melanosarcoma hepático;

4.º — Os angiocavernomas (hemangiocavernoma e linfangiocavernoma) que às vezes apresentam o sinal de flutuação;

5.º — A tuberculose do baço, muito rara;

6.º — Os quistos hidáticos superficiais, situados na zona acessível à palpação, e que se podem revelar pela presença dum tumor arredondado, de parede lisa.

Se o baço não está deformado deveremos pensar num destes casos, que só em face dum exame de sangue podem ser eliminados, mas que outros elementos podem fazer suspeitar:

1.º — Quisto hidático central ou inacessível;

2.º — Doença de Gaucher (hiperplasia endotelial do baço), cujo diagnóstico, muito melindroso, só deve ser posto após a exclusão de todas as outras esplenomegalias, e só pode ser afirmado em face dum exame citológico do tecido esplênico; elementos clínicos a seu favor são: a evolução muito lenta, desde a infância, hemorragias repetidas, anemia.

Mas além destes casos, não esqueceremos:

1.º — Que podemos encontrar uma esplenomegália isolada num assistótico (*esplenomegália do fígado cardíaco sem hipertrofia hepática*), excepcional, mas que *Oulmont* e *Felix Ramond* descreveram;

2.º — Que uma esplenomegália solitária, na criança heredo-sifilítica, é algumas vezes o único sinal objectivo da lúes hereditária (*Marfan*);

3.º — Que no período terciário da sífilis adquirida, a esplenomegália sífilítica pode preceder de muito tempo a hipertrofia hepática;

4.º — Que o baço amilóide não produz sintomas mórbidos, além duma esplenomegália discreta, e só pode suspeitar-se quando a anamnese refere supurações crónicas caquetizantes, ósseas ou tuberculosas;

5.º — Enfim, que a esplenomegália é o único sinal clínico na primeira fase da doença de Banti.

Assim, pois, verificamos que, para o caso em questão (o caso das leucémias) o exame clínico só pode eliminar do síndrome esplênico puro aquelas situações em que a palpação revela um baço de superfície irregular, pois o baço das leucémias é de superfície lisa. As outras situações, embora possam ter por si um outro sintoma associado, ficam em suspenso.

O SÍNDROMA ESPLENO-HEMÁTICO

Como já foi dito, implícita e explicitamente, o síndrome esplen-hemático é realizado pelas leucémias. Parece, pois, que uma vez conseguida a eliminação dos outros síndromas, cairíamos de certeza no diagnóstico geral de leucémia. Não é tanto assim.

Se nos encontrássemos perante um síndrome esplen-hemático com adenopatias (*síndrome esplen-adenico*) ainda teríamos de fazer eliminações. Existem na clínica dois casos definidos em que a esplenomegália se associa infartos ganglionares, sem que por tal se realize o síndrome esplen-adenico dos clássicos: a *linfosarcomatose* às vezes, a *doença de Hodgkin* sempre.

O que diferencia clinicamente as leucémias linfáticas da linfosarcomatose, quando esta se acompanha de esplenomegália, é o carácter localizado das adenopatias na linfosarcomatose; os infartos ganglionares limitam-se a um grupo, a partir do qual atingem os grupos vizinhos, mas sem tomarem o carácter de generalização que afectam na leucémia.

Quanto à doença de Hodgkin, linfogranulomatose ou gra-

nuloma maligno, só o exame do sangue poderá deslindar o diagnóstico; a favor da linfogranulomatose depõem a rápida evolução para a caquexia e a temperatura tão característica denominada *febre recidivante de Piel-Ebstein*. Mas, por certo, o doente não vem até nós trazendo já o gráfico das suas temperaturas devidamente elaborado, e nós não vamos ficar um mês à espera que tal se realize.

Assim, em princípio, quando se nos apresenta uma esplenomegália associada a infartos ganglionares, orientamos o diagnóstico no sentido das leucémias, e pedimos a fórmula leucocitária.

A CLÍNICA DAS LEUCÉMIAS CRÓNICAS

Chegados a este ponto, poderemos avançar ainda mais sem o concurso do laboratório, aliás *indispensável*? O exame do nosso doente permitiu-nos eliminar do síndrome esplen-hepático aqueles casos que se fazem acompanhar de ascite ou icterícia e alguns dos outros; do síndrome esplênico puro, os morbos que se traduzem por um baço irregular, tuberoso, e talvez outros. Ficaram em suspenso, por certo, várias hipóteses, umas com mais probabilidades do que outras, e a destrinça final pertence agora ao laboratório. No entanto, é possível reunir mais alguns dados clínicos que fortaleçam a hipótese de nos encontrarmos em face duma leucémia, e até de qual tipo de leucémia.

LEUCÉMIA MIELÓIDE. — Na leucémia mielóide, quando ela nos vem ter às mãos, a esplenomegália é já, por via de regra, bastante acentuada. Precisamente os doentes queixam-se, muitas vezes, duma sensação de plenitude do abdómen, e chegam mesmo a dizer que sentem a massa esplênica. Pode ser este o sintoma que os traz até nós, considerando de somenos importância outros sintomas associados, de que nem sequer se queixam, mas que faremos surgir, sem os sugerir, quando orientamos o diagnóstico no sentido da leucémia.

O baço do leucémico mielóide é de superfície lisa, duro, indolor, e as suas dimensões variam com o tempo de evolução da doença. A esplenomegália estabelece-se com lentidão mas chega a atingir dimensões extraordinárias: não é raro que o polo inferior do órgão atinja a sínfise púbica, e o seu bordo interno ultrapasse a linha branca (1).

Esta esplenomegália acompanha-se quase sempre de hepatomegália; o fígado hipertrofia-se bastante e apresenta-se duro, liso e indolor (2).

Os gânglios linfáticos não são afectados de maneira apreciável; não existe diátese hemorrágica ou é discretíssima.

O exame das mucosas revela habitualmente um certo grau de anemia; o da pele ou é negativo, ou mostra, em poucos casos, hemorragias puntiformes predominando nas extremidades inferiores; em casos raros, podem observar-se infiltrados nodulares mielóides.

A auscultação pulmonar é negativa, ou mostra os sinais estetacústicos de qualquer outro morbo contemporâneo da leucémia, mas independente dela.

O mesmo se dirá da auscultação cardíaca; esta, quando a anemia é intensa, pode revelar um sopro anémico consequente.

As queixas do doente, por sua vez, são muito vagas; sentem-se física e psiquicamente deprimidos, asténicos, e referem muitas vezes um emagrecimento progressivo, rápido, dispneia de esforço, anorexia, uma febrícula incaracterística, perturbações visuais ou auditivas, transtornos intestinais. Nenhum destes sintomas se apresenta, no decurso da doença, segundo uma ordem cronológica qualquer. Até os transtornos intestinais, habitualmente presentes nos casos inveterados, podem apresentar-se como sintoma precoce. Um homem robusto, aparentemente saudável, consulta-nos por uma coisa que ele mesmo não considera de grande importância (uma diarreiasita ligeira mas persistente, uma pequena perturbação visual), e se não tivermos cuidado, podemos não diagnosticar uma leucémia incipiente.

LEUCÉMIA LINFÁTICA. — Já a leucémia linfática é menos susceptível de passar despercebida; os infartos ganglionares são precoces e evoluem rapidamente, incitando o doente

a procurar o médico. Estes infartos ganglionares têm um grande valor diagnóstico, uma vez que, associados à esplenomegália, reduzem muito o catálogo das hipóteses prováveis.

As principais características destas adenopatias permitem num grande número de casos um diagnóstico clínico de grande probabilidade: são generalizadas, o que as distingue do linfogranuloma, que é localizado; os gânglios são duros, não aderentes; não fundem nem abrem tractos fistulosos; a pele que os cobre não apresenta alterações inflamatórias; e tudo isto os distingue dos gânglios tuberculosos.

O processo atinge todo o tecido linfático, mas exteriormente começa, em geral, nos gânglios do pescoço; manifesta-se depois nos axilares e nos inguinais, para logo se revelarem em todas as formações linfáticas directamente acessíveis e nos gânglios internos. Com a doença em plena evolução, encontram-se infartados, além dos subcutâneos, os gânglios do mesentério, os folículos intestinais, os gânglios mediastinais, o anel de Waldeyer. Daí que o doente nos venha com vários sintomas que desnor-teiam, tais como diarreias persistentes, bronquite difusa, disfagia, disfonía, e até sinais de tumor mediastínico (o que é raro).

A infiltração linfática determina uma esplenomegália muito apreciável, e uma hepatomegália concomitante; uma e outra, porém, menos acentuadas do que na generalidade das leucémias mielóides.

Algumas vezes os doentes mostram *tumefacções cutâneas leucémicas*, em regra localizadas na fronte, no nariz, nos lábios, nas mamas, apresentando-se como espessamentos difusos ou nodulares, moles, turgescentes, um pouco semelhantes aos da lepra tuberosa.

Também não são raras a *dermatite leucémica* ou *eczema leucémico, generalizado*, muito pruriginoso, e a *eritrodermia leucémica*, ainda mais pruriginosa, acompanhada de alopecia e queda dos pelos axilares e púbicos. Formações ampolares, pruridos localizados, erupções cutâneas urticariadas, acompanham algumas vezes a leucémia linfática.

A auscultação pulmonar é negativa ou revela sinais de bronquite difusa, ou outros em relação com o infarto dos gânglios peribrônquicos; no coração podemos ouvir, quando a anemia é intensa, um sopro anémico.

Naturalmente, o diagnóstico clínico apresenta por vezes grandes dificuldades, felizmente raras. Assim, por exemplo, a leucémia linfática pode não se manifestar, no momento do exame, por qualquer infarto ganglionar, nem esplenomegália; podemos julgar o doente como um caso da competência do dermatologista, ou do neurologista; podem mesmo ser cometidos grandíssimos erros. Mas nós encontraremos estas e outras dificuldades tratadas mais adiante.

O HEMOGRAMA NAS LEUCÉMIAS CRÓNICAS

Terminada a exploração clínica do caso que nos foi confiado, esperamos a resposta do analista. Chegamos à suspeita duma leucémia, com maiores ou menores visos de probabilidade; a análise citológica do sangue virá confirmar ou infirmar o nosso diagnóstico provisório.

O diagnóstico positivo e diferencial das leucémias é essencialmente um diagnóstico laboratorial, e na grande maioria dos casos, decisivo; pela contagem dos glóbulos brancos, determinando valores absolutos e relativos, e pelo exame das formas que constituem o hemograma, o estudo citológico do sangue é que nos vai dizer a última palavra.

Três eventualidades se poderiam apresentar, quanto ao número total de glóbulos brancos por milímetro cúbico:

1.^a — O número de leucócitos está diminuído, isto é, há leucopénia;

2.^a — Este número é normal em valor absoluto;

3.^a — O número de leucócitos está aumentado, quer dizer, há hiperleucocitose.

A primeira eventualidade exclue o diagnóstico de leucémia; a segunda e terceira eventualidades têm de ser assim consideradas:

a) Se o hemograma apresenta formas jovens da série branca, procedentes da medula óssea, estaremos em face duma leucémia mielóide; será um leucémia mielóide com quadro hemático aleucémico, na eventualidade 2.^a; com quadro hemático leucémico, na eventualidade 3.^a;

b) Se há um predomínio relativo dos linfócitos estaremos

(1) É de certa importância notar-se que o crescimento do baço nas leucémias predomina no sentido vertical; no baço palídico, o crescimento faz-se em sentido transversal.

(2) O transtorno hepático raramente determina, e já no final da doença, uma ascite clinicamente pouco apreciável, e que por isso não conta para o diagnóstico.

em face duma leucémia linfática; será uma leucémia linfática com quadro hemático aleucémico na eventualidade 2.^a; com quadro hemático leucémico na eventualidade 3.^a.

Portanto, o que define o hemograma da leucémia mielóide é a presença de formas jovens, imaturas, da série branca (mielócitos e mieloblastos); o que define o hemograma da leucémia linfática é a sua elevada percentagem de linfócitos. O aumento do número total dos leucócitos apenas define as variedades *leucêmica e aleucêmica* em cada um dos casos, variedades que, de resto, não se distinguem clinicamente.

Mas, claro está, outras particularidades do hemograma serão presentes, e a melhor maneira de as mostrar é, julgo eu, mostrar os quadros hemáticos de cada uma das leucémias, e as variações que eles podem apresentar.

QUADRO HEMÁTICO DA LEUCÉMIA MIELÓIDE CRÔNICA.—O que domina este quadro é o aumento do número total de glóbulos brancos, que se impõe imediatamente. Nos casos correntes, este número varia entre 100.000 e 300.000; é excepcional que não ultrapasse os 50.000, e números muito mais elevados (300.000-500.000) não são raros. Estão até descritos casos com 1.000.000.

O que em seguida chama a atenção é a variedade dos leucócitos, pois se encontram, além das formas normais, grande número de formas jovens (mielócitos, promielócitos), e até quase embrionárias (mieloblastos⁽¹⁾); sobretudo o mielócito, raro no sangue normal, é de extrema importância; a sua presença no hemograma em percentagem elevada é a assinatura autenticada da leucémia mielóide. De todos os casos descritos, o que menor número de mielócitos apresentava (caso de *Da Costa*), tinha 7% em relação ao número total de leucócitos; mais de 20% é a média nos casos correntes⁽¹⁾. A superioridade numérica pertence aos polimorfonucleares neutrófilos, mas estão também aumentados os eosinófilos⁽²⁾, e às vezes os basófilos.

Os linfócitos e os monócitos estão numericamente muito diminuídos (linfopénia, monocitopénia).

Se deslocarmos a nossa atenção para o quadro eritrocítico, observaremos, consoante o estado evolutivo da doença, uma anemia mais ou menos acentuada (até menos de 3.500.000), déficit hemoglobínico, valor globular moderadamente baixo. Irritado pelo processo hiperplástico do tecido mielóide, a medula óssea lança na circulação numerosos eritrócitos nucleados, principalmente do tipo normoblástico⁽³⁾.

QUADRO HEMÁTICO DA ALEUCÉMIA MIELÓIDE CRÔNICA.—A aleucémia mielóide crônica é muito rara; trata-se duma leucémia mielóide crônica sem quadro hemático leucémico, isto é, sem aumento notável do número de glóbulos brancos. Clinicamente é muito semelhante à leucémia mielóide; no quadro hemático, porém, as alterações qualitativas, não sendo tão acentuadas como naquela, patenteiam no entanto a assinatura do morbo, com a presença de mielócitos.

(1) «Existe um certo paralelismo entre o grau de maturação e evolução da doença: quanto maior é o número de células maduras, tanto mais lenta e crônica é a evolução e vice-versa» (*Karl Rohr*).

(2) Praticamente, os mielócitos que encontramos na leucémia mielóide crônica são eosinófilos; os mielócitos basófilos são menos comuns, e aparecem sobretudo nos casos já muito inveterados.

(3) Este aumento dos polimorfonucleares eosinófilos tem de ser compreendido em valor absoluto, pois a sua percentagem diminui habitualmente, dado o grande aumento das outras formas.

(4) «É frequente poderem seguir-se todas as fases da sua vida, desde os policromatófilos grandes e formas imaturas semelhantes a megaloblastos, até glóbulos ortocromáticos com núcleo picnótico» (*J. C. Todd e A. H. Sanford*).

Schilling apresenta, como típico da leucémia mielóide, o seguinte quadro hemático (modificado na disposição):

Leucócitos 134.500	{	granulócitos 81% ...	{	neutrófilos ...	mieloblastos	11,5 %	
				}	}	mielócitos	17,0 %
						maduros	4,0 %
						jovens	10,5 %
						núcleo em ferradura	13,5 %
						núcleo segmentado..	19,5 %
				}	}	eosinófilos	3,5 %
						basófilos	1,5 %
						linfócitos	18,0 %
				}	}	monócitos	1,0 %
100,0 %							
}	}	}	}	eritrócitos	— 4.100.000		
				hemoglobina	68 %		
				V. globular	0,8		
				plaquetas aumentadas			

QUADRO HEMÁTICO DA LEUCÉMIA LINFÁTICA CRÔNICA.—O que domina neste quadro e lhe dá uma fisionomia inconfundível, é o extraordinário aumento no número de linfócitos, quer em valor absoluto, quer em relação ao número total dos leucócitos, também muito aumentado: há hiperleucocitose com linfocitose e granulopénia relativa. É exactamente o contrário do que se dá na leucémia mielóide, em que há hipergranulocitose com linfopénia relativa.

O número total dos glóbulos brancos é em média inferior ao da leucémia mielóide (100.000); porém, não são raros os casos que vão até 500.000, e estão descritos alguns com 1.000.000 de leucócitos por milímetro cúbico.

A percentagem dos linfócitos, também nos casos correntes, é de 90 a 98% em relação ao número total dos leucócitos; alguns são de grandes dimensões, muito frágeis, aparecendo esmagados nas preparações (*restos nucleares de Grünprecht*).

Pode encontrar-se um ou outro mielócito «extraviado» (*Todd e Sanford*).

Com o evoluir fatal da doença vem a estabelecer-se uma anemia pronunciada, com valor globular moderadamente baixo e as alterações globulares habituais nas anemias secundárias graves (eritrócitos nucleados, anisocitose, poiquilocitose). As plaquetas estão diminuídas.

Em certos casos, o número total de leucócitos está moderadamente aumentado, permanecendo a hiperlinfocitose característica e todos os outros aspectos qualitativos do hemograma: é a *forma sub-leucêmica*, correspondente à forma sub-leucêmica da leucémia mielóide, e que como ela pode não ser mais do que uma fase evolutiva.

Enfim, o que dá maior característica ao quadro hemático da leucémia linfática é a alta percentagem dos linfócitos⁽¹⁾.

QUADRO HEMÁTICO DA ALEUCÉMIA LINFÁTICA CRÔNICA.—A aleucémia linfática crônica é fundamentalmente idêntica à leucémia linfática, e talvez apenas uma fase evolutiva, com a sub-leucémia, ou uma modalidade sintomática. Hematologicamente difere da leucémia linfática em não apresentar um quadro hemático leucémico nítido.

O número total de glóbulos brancos é normal ou muito pouco elevado (8 a 10.000); a linfocitose relativa, se alguns casos pode atingir 70 a 80%, noutros é, pelo contrário, muito vizinho do normal. Existem com frequência linfócitos patológicos (*linfócitos de Reider*), mas por vezes o hemograma é tão próximo do hemograma normal que não podemos contar com ele para o diagnóstico (V. mais adiante a rubrica «Dificuldades»).

Anemia e trombopénia são habituais.

RESUMO.—Em resumo diremos: na maioria dos casos de leucémia crônica o hemograma define o diagnóstico.

1.^o— Nas *leucémias mielóides*, há hiperleucocitose com mielócitos, e há linfopénia relativa.

2.^o— Nas *aleucémias mielóides*, há a presença de mielócitos num quadro hemático numericamente normal ou quase normal.

3.^o— Nas *leucémias linfáticas* há hiperleucocitose com hiperlinfocitose e granulopénia relativa.

4.^o— Nas *aleucémias linfáticas* há hiperlinfocitose relativa num quadro hemático em tudo o mais vizinho do normal.

Clínica e anatomicamente, leucémias e aleucémias são idênticas, tanto as mielóides como as linfáticas. Hematologicamente o diagnóstico das primeiras é decisivo; o das segundas resultará da conjugação da clínica com a hematologia, eventualmente socorridas por um exame complementar (biópsia dum gânglio ou *punção esplênica*).

(1) Hemograma típico da l. linfática, dado por *Schilling*:

Leucócitos 123.250	{	granulócitos 18 %	{	neutrófilos ...	jovens	1 %			
				}	}	núcleo em ferradura	4 %		
						núcleo segmentado... ..	13 %		
						eosinófilos	0		
				}	}	basófilos	0		
						linfócitos	82 %		
				}	}	monócitos	0		
						100			
				}	}	}	}	eritrócitos	4.100.000
								hemoglobina	50 %
valor globular	0,6								
plaquetas diminuídas									



COMPRIMIDOS ROTER

NAS

ÚLCERAS GÁSTRICAS E DUODENAIS

TRATAMENTO

EFICAZ

desaparecimento rápido dos sintomas subjectivos, efeito favorável sobre a própria úlcera, mesmo nos casos resistentes, crónicos.

SIMPLES

nenhum efeito secundário prejudicial, tratamento ambulatorio, menos rigor dietético; fácil de tomar.

COMPOSIÇÃO:

Nitrato de bismuto, carbonato de magnésio, bicarbonato de sódio, cortex rhamni frang., rhizoma cal.

À VENDA EM TODAS AS FARMÁCIAS
EM CAIXAS DE 40, 120 e 640 COMPRIMIDOS

PHARMACEUTISCHE FABRIEK **ROTER**

HILVERSUM-HOLANDA

REPRESENTANTE EXCLUSIVO PARA PORTUGAL

NÉO-FARMACÊUTICA, L.^{DA}

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

TELEF. 51830

EM 1950: PROMICINA

EM 1953: ATOXIMICINA

Sinergismo de acção sem efeitos secundários

Nova associação de antibióticos:

Sulfato de dihidroestreptomicina — Sulfato de estreptomicina

Procaína penicilina G — Penicilina G potássica

Vantagens:

MAIOR EFICIENCIA

NEUROTOXICIDADE PRATICAMENTE NULA

Atoximicina

Como a Estreptomicina, na sua toxicidade, tem particular preferência pelo ramo vestibular do VIII par e a Dihidroestreptomicina pelo ramo coclear do mesmo, a associação destes dois sais, em partes iguais, reduz consideravelmente os seus fenómenos neurotóxicos.

RECONHECIDO EFEITO TERAPÊUTICO

ADULTOS

FORTE

INFANTIL

Caixas com 1, 3 e 5 frascos

Caixa com 1 frasco

Caixas com 1 e 3 frascos

Instituto Luso-Fármaco • Lisboa

S U P L E M E N T O

A PROPÓSITO DO 7.º CONGRESSO INTERNACIONAL DE RADIOLOGIA

Em 1950, por ocasião do 6.º Congresso Internacional de Radiologia que tivera lugar em Londres, candidataram-se à organização da próxima reunião, que havia de efectivar-se decorridos três anos segundo o anteriormente estatuído — e que a votação não alterara apesar da proposta de Madrazo, da delegação mexicana — as três seguintes nações: Uruguai, Itália e Dinamarca.

Coubera à Dinamarca, por votação, o papel de organizar a 7.ª reunião internacional dos radiologistas e fora designado presidente do Congresso o Prof. de radiologia médica da Universidade de Copenhague P. Flemming Möller. É a propósito da reunião que vai realizar-se no próximo mês de Julho, do país que recebe os congressistas — essencialmente no aspecto radiológico — do presidente desta magna reunião, do congresso em si e do que outras nações prepararam, que vamos escrever estes apontamentos. Eles têm como mira chamar a atenção dos interessados portugueses para a utilidade desta reunião.

Já noutra oportunidade dissemos quais os países que até hoje tiveram o encargo da organização das seis reuniões internacionais anteriores: Inglaterra (Londres, duas vezes), Suécia (Estocolmo), França (Paris), Suíça (Zurique) e Estados Unidos (Chicago). Candidataram-se à próxima reunião, como dissemos, o Uruguai, a Itália e a Dinamarca e coube na votação a esta última o privilégio de receber em sua casa os representantes da Radiologia mundial. Dissemos privilégio porque, em verdade, assim o cremos. Se, por um lado, o país que se abalança a receber em seu seio as mais altas figuras da radiologia mundial denuncia, só por esse facto, estar senhor das condições necessárias para bem se desempenhar da tarefa, por outro o Comité Internacional ao sancionar por votação a candidatura, testemunha, em consciência, que tais condições existem.

A Dinamarca é, como todos o sabemos, um país de limitada extensão territorial, de população reduzida, mas do mais alto nível social. E, assim, a Dinamarca é, implicitamente, uma nação de medicina apurada e progressiva, onde a radiologia médica é ramo do conhecimento cultivado com raro carinho. Bastará recordar, por exemplo, que desde 1941 se vem praticando no Centro de Radium de Aarhus a roentgenerapia rotatória para dar ideia de como na Dinamarca se encontram em dia os assuntos ligados à radiologia médica, em especial. As universidades contam com a cátedra de Radiologia e assim Copenhague, por exemplo, desde 1930 que tem o ensino

regular na sua Universidade. Se bem que já anteriormente Panner — que dirigia o *State Hospital* — fizesse algumas lições, a cátedra foi criada em 1930 e entregada a P. Flemming Möller, que dirigia o Frederiksberg Möller, que Universidade de Aarhus rege a Radiologia Carl Krebs, nome bem conhecido pela sua acção na luta contra o cancro naquele país e ainda como destacado investigador no foro da oncologia.

Fora das universidades, nos hospitais municipais ou outros, pratica-se a Radiologia e investiga-se como nos mais progressivos países. A revista escandinava de Radiologia «Acta Radiológica» dá-nos, a cada passo, a medida do alto nível em que se desenvolve a Radiologia na Dinamarca, através de trabalhos valiosos. Ora precisamente um dos mais destacados cultores da Radiologia na Dinamarca é o Prof. Flemming Möller, presidente do 3.º Congresso Internacional de Radiologia.

Quando, em 1930, fora criada a primeira cátedra de Radiologia médica, Flemming Möller ocupara-a graças a méritos que, mais tarde, em 1945, quando completara o 60.º aniversário, Carl Krebs havia de concretizar dizendo ser o primeiro radiologista dinamarquês no foro do diagnóstico.

São numerosos os trabalhos publicados por Flemming Möller — algumas dezenas — desde a tese sobre a doença de Calvé-Perthes até às últimas publicações sobre aspectos radiológicos das «artropatias tabéticas e afecções dos ossos», e «aspectos radiológicos da sífilis congénita». Escrevera sobre a silicose, a fluoroze, a tuberculose intestinal, as perturbações gastro-intestinais, etc. e ocupara-se também de alguns problemas da roentgenerapia.

Com tais méritos e ainda com os que lhe advêm de ter sido quem lançou as bases da instrução radiológica na Dinamarca, ficou bem entregue a presidência

do 7.º Congresso. Assim, não teria sido difícil a Flemming Möller conseguir um grupo de colaboradores que, com o maior acerto e no melhor método, vêm preparando a magna reunião. Desde muito cedo — com mais de um ano de antecedência — os congressistas foram esclarecidos acerca dos programas científico, social, etc. O Congresso realiza-se de 19 a 24 de Julho próximo e desde Abril de 1952 que se encontra nas mãos dos congressistas um programa preliminar.

Nos jornais da especialidade, científicos ou de divulgação, a cada passo surgem referências ao Congresso emanadas da secretaria, a qual trabalha com várias secções cada uma delas adestrada aos diferentes aspectos do Congresso. Assim, existem comités das visitas hospitalares, das excursões, dos alojamentos, etc., etc. Através da imprensa estamos informados desde o vestuário mais conveniente para a respectiva época do ano em Copenhague, a necessária protecção contra a chuva, o melhor meio de viajar, o custo das refeições, bebidas e alojamentos, e até às dificuldades de instalação nos hotéis, visto que se esgotaram os aposentos muitos meses antes da realização do congresso. É certo que os dinamarqueses não contavam com tanta afluência de congressistas, já por ter sido há pouco tempo o congresso anterior, já por Copenhague não ter o atractivo de outras cidades, mas puderam verificar a afluência em massa a traduzir, um pouco contra a sua expectativa, um enorme interesse não só pelo congresso como pelo local onde se desenrola. Viram-se contrariados os organizadores por não poder contar com alguns hotéis que deveriam estar prontos por altura do Congresso, mas que obras militares dependentes do pacto do Atlântico, pela sua prioridade, evitaram se concluíssem a tempo. No entanto, mesmo perante esta dificuldade, souberam os organizadores removê-la, dentro

UM NOVO PRODUTO:

AMINODIOL

“ANDRADE”

Acção hormonal electiva sobre a fase anabólica

Composição — (por 200 grs.)

Aminoácidos essenciais: 547 mgr. — Metil-androsteno-diol: 100 mgr.
 Extracto total de fígado: 5 grs. — Complexo B: 975 mgr. — Vitamina B₁₂:
 0,030 mgr. — Vitamina D₂: 0,015 mgr. — Colina: 200 mgr. — Inositol 50 mgr.
 Glicero fosfato de cálcio: 5 grs. — Glucanato ferroso: 5 grs.
 Excipientes e amargos q. b. p. 200 grs.

LABORATÓRIOS ANDRADE, L.^{DA}

123, Rua do Alecrim, 127

LISBOA

do possível, da melhor maneira e com um critério que merece inteiro aplauso.

De entre as minuciosas informações recebidas esclarece-nos a organização que das 4 línguas oficiais — o inglês, alemão, francês e espanhol — a proporção dos congressistas se distribuiu, em predilecção, do seguinte modo: inglês 56 %, alemão 20 %, francês 18 % e espanhol 6 %. E o facto não deixa de ser um pouco curioso se recordarmos que a ordem pela qual são falados os diferentes idiomas, em função do número de nativos, é a seguinte: o inglês ocupa o 2.º lugar, sendo o primeiro ocupado pelo chinês; o espanhol, o terceiro; o alemão o quinto e o francês o oitavo.

O programa científico abrange temas da maior actualidade. Serão tratados, independentemente das comunicações livres, os seguintes assuntos, em reuniões plenárias: 1) Progressos em curso na Radiologia; 2) produtos de contraste em diagnóstico e riscos inerentes; 3) rádio-resistência; 4) protecção contra as radiações ionizantes; 5) uniformidade nas estatísticas terapêuticas do cancro. Os *symposia* abrangem diagnóstico, terapêutica, biologia, física e técnica. No diagnóstico serão tratados os seguintes assuntos: angiocardiografia, tumores do pulmão, osteocondrose raquidiana e tomografia. Na terapêutica merecerão atenção os isótopos radioactivos, o estado actual da radioterapia das afecções benignas, a doença das radiações e o cancro do colo do útero. Em biologia são a quimioterapia do cancro, os isótopos, a acção intra-celular das radiações, e a patogenia da leucémia os assuntos de que se ocuparão os autores dos relatórios. Na física tratar-se-á dos seguintes assuntos: progressos recentes nas aplicações diagnósticas do *écran* fluorescente; terapia de campos móveis e dose integral, e no campo da técnica versam os *symposia* os seguintes assuntos: diagnóstico com os raios de alta voltagem; medida foto-eléctrica

do tempo de pose dos raios X; angiografia rápida em série e aceleradores de partículas de alta voltagem. E ao lado deste programa científico poder-se-á observar uma valiosa exposição técnica onde cada firma revelará as suas últimas novidades. Sabemos já ter oportunidade de apreciar, por exemplo, a primeira bomba de cobalto que funcionará na Europa.

O programa social é também organizado com o maior gosto.

Aproveitando a realização do 7.º Congresso Internacional de Radiologia em Copenhague, várias nações organizaram programas de visitas a serviços hospitalares de radiologia, a estabelecimentos produtores de aparelhagem radiológica e cursos de aperfeiçoamento.

A França, como nos esclarece o n.º 17 do boletim de informação do Centro Antoine Béclère, organizou um programa excelente por intermédio da Sociedade Francesa de Electro-radiografia Médica, programa que decorre entre 6 e 17 de Julho e que tem realização nos serviços de electro-radiologia e nos centros anticancerosos de Paris. Este programa, extenso e completo, exposto por vezes em alemão e inglês, compreende assuntos de roentgendiagnóstico (flebografia, histerosalpingografia, tomografia transversa, radiologia do esófago, aortografia, arteriografia, broncografia, retro-pneumoperitoneu, radiologia do intestino delgado, encefalografia, estudo craniano das endocrinopatias, osteocondrodistrofias, tomografia óssea e pulmonar, técnica da ampliação esquelética, tuberculose e tumores renais, etc., etc.); de terapêutica com raios X e radium (roentgenterapia do cancro do útero, roentgenterapia de contacto, técnicas de curieterapia, roentgenterapia do cancro da laringe, etc., etc.); Betatron e isótopos em cancerologia; fisioterapia (da dor, em dermatologia, etc.) e ainda exposições de clichés. É um programa extenso e variado onde cada um pode esclarecer-se em assuntos

em que pretenda alargar os seus conhecimentos e trocar impressões com alguns dos mais destacados cultores dos temas expostos.

A este programa tão variado, abrangendo temas de diagnóstico e tratamento, e neste último campo compreendendo a terapêutica por raios X, radium, isótopos e fisioterapia diversa, opõe-se aquele que a Alemanha proporciona aos radiologistas e de que é organizadora a Clínica Médica da Universidade de Erlangen. Aqui leva-se a efeito um curso detalhado de *irradiação em movimento*, onde especialistas de diversos países, como Chaoul, Dessauer, Teschendorf, etc., da Alemanha, J. Nielsen da Dinamarca, Nakaidumi do Japão, Smithers da Inglaterra, Roxo Nobre do Brasil, etc., etc., expõem os diferentes aspectos da irradiação em movimento desde a sua história aos princípios teóricos e aplicações práticas. Durante a realização do curso serão visitadas as fábricas da Siemens Reiniger e haverá assim possibilidade de apreciar «in loco» as suas últimas criações no campo radiológico. E a par deste curso e desta visita há um programa turístico do mais alto interesse.

A Holanda, por intermédio da Philips, prepara também recepção aos congressistas e faculta-lhes não só a visita às suas fábricas de Eindhoven como lhes proporciona uma excursão através do país, percorrendo as suas mais importantes cidades. E, como organização do próprio congresso, num dos seus vários giros, têm os congressistas oportunidade de visitar a Noruega e a Suécia. Aí, uma demora de quinze dias, permitirá não só a visita aos mais belos sítios desses dois países, desde os fiords aos museus e palácios, e ao mesmo tempo a apreciação de hospitais e clínicas radiológicas. É uma magnífica oportunidade para conhecer de perto o famoso Radiumhemmet, onde o nível de trabalho causa inveja em muitos países do globo.

Verifica-se, pois, que a par do Congresso — que tudo leva a crer tenha o mais alto nível, já pela primorosa organização que se vai apreciando, já pelos temas conhecidos a versar — em cooperação com a Dinamarca, onde, para além dos trabalhos do congresso múltiplos hospitais abrem as suas portas para demonstrações e visitas, vários países da Europa organizam cursos, palestras e excursões, que criam uma oportunidade única para actualizar conhecimentos em diversas matérias ouvindo-os da boca daqueles que mais confiança nos podem incutir. É, cremos, uma oportunidade que tão cedo nos escapará pela sua excepcional latitude.

Assim, façamos votos para que a representação portuguesa — uma de entre as quarenta que no congresso tomam parte — seja tão numerosa como os atractivos o justificam, de modo a podermos continuar orgulhosos, ainda mais do que até aqui, do nível já invejável da radiologia médica nacional.

À Classe Médica, Hospitais, Misericórdias, Casas de Saúde, Sanatórios, Maternidades e Policlínicas

LEILÃO

DE UMA IMPORTANTE CLÍNICA EM ALENQUER

FAZ-SE público que nos dias 25 e 26 do corrente mês de Julho, às 14 e às 21 horas, se procederá na vila de Alenquer, à venda da Clínica que pertenceu ao falecido cirurgião **Dr. Duarte Rosa Ramos**.

Entre os muitos lotes a leiloar destaca-se **INSTALAÇÃO COMPLETA DE RAIOS X**, marca «Sanitas» de Berlim, para radiografia, radiosopia e terapêutica, em estado impecável de funcionamento; aparelhagem de fisioterapia; diatermia, obstetrícia, etc.; material de esterilização; **LÂMPADA DE LUZ SEM SOMBRA**; marca «Pantoph»; **grande quantidade de material cirúrgico e mobiliário**; macas; camas articuladas; muitos e valiosos **LIVROS** sobre cirurgia e medicina e uma infinidade de lotes de difícil descrição, que estarão patentes no acto da praça.

MUITO IMPORTANTE — Desde já se aceitam propostas para a compra em conjunto, do recheio da Clínica com o magnífico e bem localizado edifício, que se compõe de 3 pisos, anexos com boa área, garagem, grande pátio, etc., etc., prestando-se para uma boa Casa de Saúde. Também se vende sómente o recheio, com direito ao arrendamento, com renda a fixar de comum acordo, ou troca-se todo o conjunto por prédio de rendimento.

Desde já se facilita a visita aos interessados, todos os dias das 10 às 18 horas.

Esta importante almoeda está a cargo da antiga agência

SOARES & MENDONÇA, L. DA Rua da Vitória, 42
Telefone 29880 — LISBOA



Apresenta dois produtos mundialmente consagrados

DOCA

(Acetato de desoxicorticosterona)

Insuficiência da cortico-supra-renal

- DOENÇA DE ADDISON
- HIPOTENÇÃO
- APATIA
- ANOREXIA

SOB AS FORMAS:

Injectável —Cx. de 4 amp. a 2 mgs.	24\$00
Cx. de 4 amp. a 5 mgs.	57\$00
Cx. de 4 amp. a 10 mgs.	102\$00
Frs. amp. de 5 cc. a 5 mgs./cc. (25 mg.)	62\$00
Sublingual —Cx. 40 comp. a 1 mgr.	43\$00
Implantação —Cx. 1 comp. a 100 mgr.	214\$00

NEOSTERON

(Metilandrostenediol)

Esteróide de acção anabólica
isento de efeitos virilizantes

EM AMBOS OS SEXOS:

CONVALESCENÇA
POS-TRAUMATISMO OU INTERVENÇÕES
CIRÚRGICAS GRAVES
CAQUEXIA

NA MULHER:

CANCRO MAMÁRIO
DISMENORREIA FUNCIONAL
MENO-METRRORRAGIA

SOB AS FORMAS:

Injectável —Frs. de 10 cc. a 25 mgs./cc.	100\$00
Sublingual —Tubo de 20 comp. a 10 mgs.	60\$00
Tubo de 20 comp. a 25 mgs.	120\$00

NEOSTERON —

deve considerar-se como um potente tónico,
exercendo uma acção fundamental sobre
o aumento de peso, melhoria do estado
psíquico, do estado físico geral, da força
e da resistência.

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

Rua da Prata, 250-2.º — LISBOA • Rua Alexandre Braga, 138 — PORTO

ECOS E COMENTÁRIOS

CONCEITO DE MEDICINA LEGAL

Começou, o «Médico», a publicar algumas entrevistas que realizamos em Espanha. Na publicada refere-se uma reportagem que Rádio Nacional de Espanha radiodifundiu e que, assim, fez chegar ao grande público declarações que contribuirão para desfazer conceitos errados que existem acerca do que seja a Medicina Legal de hoje e o seu valor. Quem ouviu Rádio Espanha deixou, certamente, de olhar o médico-legista como simples espartaqueador de cadáveres, pouco mais do que o servente da morgue, vulto com seu algo de sinistro em sinistra ocupação do necrotério, cultivador morto de observações em mortos. Passou a ver como é bem viva a missão do médico-legista, como é vastíssimo e cheio de interesse o seu campo de acção, tão extenso e delicado que precisa de especializações nos diversos ramos.

Mas o Prof. Royo-Villanova, em conversa, salientou como além do «homem da rua», o médico e até o professor universitário ficaria surpreendido.

Muitos, assoberbados com as matérias que estudam e tantas vezes deixando-se deformar por elas, esquecem que as que os outros cultivam evoluem também e não ficam na fase em que as encontraram quando estudantes e que se a Medicina Legal é subsidiária de muitas ciências e disciplinas médicas ela tem espírito, método e fins próprios e não pode ser assimilada, incorporada nessas ciências e disciplinas.

Em Portugal o panorama é idêntico e por isso cremos que as entrevistas com os médicos-legistas espanhóis podem ajudar a modificar conceitos errados.

L. A. D. S.

PARA ONDE SE CAMINHA?

Há anos chocou-nos, na Suíça, o livre exercício da medicina por charlatães de todo o tipo (cantão de Apenzel), o cultivo de ciências ocultas aplicadas a doentes (Genebra), a redacção de anúncios de médicos como um que vou dar para exemplo.

Na «Feuille d'Avis», folha, realmente, especializada em anúncios que se publica em Lausana, fez inserir, em lugar de relevo, o Dr. X, um anúncio em que se dizia ser diplomado pela Suíça e pelos E. U. A., ser professor de uma Faculdade de Medicina americana, ter nove anos de estágio, ensino, investigação na Inglaterra, em Boston, S. Francisco e Nova-Iorque, ter sido assistente em duas Faculdades de Medicina norte-americanas, de que indicava os respectivos professores, e de mais dois hospitais, ter sido chefe de trabalhos dos laboratórios do «New-York Hospital» e encarregado de cursos noutra universidade, etc., etc. Com tudo isto se colocava à disposição dos doentes seus compatriotas «sur rendez-vous» para os tratar das «doenças do metabolismo, nutrição, reumatismos e das doenças não cirúrgicas do fígado e dos rins».

Agora em Espanha, novamente nos chocamos com outros sinais seguros do progresso, desta caminhada que se está a fazer não sei para onde.

Em concorrência com o Estado apa-

recem Associações autorizadas «por la Comisaria Sanitaria», que, compostas «de un cuadro de eminentes especialistas y profesores medicos que le garantizan su asistencia medica dada su competencia profesional y la organizacion moderna de esta entidad», fazem distribuir largamente uns prospectos para angariar sócios.

Lá se indicam os serviços que prestam tais entidades e em pé de igualdade se enumeram serviços de medicina geral, de especialistas, de «calistas» e de «enterros» em «primera clase» e em «clase especial»!

E ainda os serviços poderão sofrer um aumento de «diez pesetas» se ao escolher-se médico (é certo que estes doentes aqui ainda têm a dita de escolher de

uma lista e são observados nos consultórios particulares — a tal concorrência à medicina socializada!) quiserem prevenir-se «con sepultura a perpetuidad»!

Não é caso para perguntar para onde se caminha?

L. A. D. S.

ESPIRITO MÉDICO-LEGAL

Socorrendo-se a Medicina Legal dos mais variados conhecimentos médicos e extra-médicos — Ciência Legal e Social talvez fosse melhor designação — tiveram alguns a peregrina ideia de verem nisso bom argumento para a liquidar. Os técnicos e os doutrinadores de cada assunto prestarão à justiça e à sociedade o que estas pedem aos médico-legistas. E muitos técnicos e doutrinadores assim pensam e surpreendem-se quando verificam que os médico-legistas, até quando com menos conhecimentos teóricos e práticos, se saem muito melhor das dificuldades e solucionam os casos de forma superior.

Os que honestamente reconhecem isso não se surpreendem que o Prof. Piga Sanchez se nos haja referido ao «desairado papel que en certas circunstancias pudieran desarrollar los hombres que, aun siendo eminentes en sus conocimientos doctrinales y clínicos» «carecen de la base legal suficiente para poner freno a sus teorías o prácticas».

É o espírito, a formação médico-legal indispensável para tratar «médico-legalmente» qualquer assunto teórico ou prático.

Em todos os professores de medicina legal e médico-legistas com quem tenho convivido, esse espírito se nota até na maneira de tratar questões fora do âmbito da medicina legal e ele não é só filho do conhecimento e manuseamento dos códigos e leis por que então se deveria encontrar nos homens do foro.

Este «comentário» tornou-se-nos actual ao verificar como numa das escolas de Medicina Legal do País, a do Porto, claramente se nos impôs a certeza, logo desde os primeiros momentos que com ela tivemos contacto directo, de que uma das principais preocupações do seu Director era a da formação e manutenção, em permanente alerta, sob o estímulo da sua palavra convincente e do seu exemplo constante, deste espírito médico-legal em seus colaboradores.

Não seria até de pugnar no sentido de se criarem novas secções — algumas já lhes pertenceram — nos Institutos de Medicina Legal que tivessem a possibilidade de se servirem dos meios que os serviços especializados possuem e assim os exames periciais das diversas especialidades competissem, ao contrário do disposto no decreto 5.023 aos médico-legistas dos Institutos de Medicina Legal de Lisboa, Porto ou Coimbra?

Só assim exames médico-legais seriam sempre realizados, como era lógico e natural, por médico-legistas que ao conhecimento e exercício da especialidade juntavam o tal indispensável espírito médico-legal.

L. A. D. S.



LONGACILINA

N, N'-Dibenziletlenadiazina-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

MOSAICOS NORTENHOS

XLIX

“Mas se eles também são doutores, que importa que não sejam médicos?...”

Erradamente se tem afirmado que os médicos e a *Ordem* são contra os princípios da *Previdência*. Por mais que se escreva e se diga, a acusação repete-se com impertinência e chega a ter acolhimento em certos meios — o que é lamentável.

Infelizmente, o modo como se procurou corporizar e executar esses princípios, deu motivo a muitas críticas e tão grandes elas têm sido, que foi fácil deturpar os factos e tomar os nossos comentários como hostilidade aos anseios dos políticos.

Por isso mesmo teve grande oportunidade o *Relatório das actividades do Conselho Geral*, apresentado pela *Ordem dos Médicos* e merece louvores (que se traduziram na última Assembleia Geral por um voto unânime) a forma desasombrosa como o tema foi versado e o desmentido formal, completo, que se fez à posição errada em que pretendem colocar os médicos e a *Ordem*.

Tenho transcrito, pouco a pouco, as partes principais desse *Relatório* e hoje

pretendo realçar ainda alguns dos seus períodos, que encerram, afinal, uma verdade dura, há muito apontada por mim, e agora também subscrita, com autoridade e firmeza, pela *Ordem*.

Pode não agradar — como de facto não agradará — o que se vai afirmar com as transcrições que farei; mas a esperança de que os problemas da *Previdência* entre nós chegarão a ser revistos e remodelados com o sentido objectivo de os resolver dentro do plano doutrinário do Estado corporativo e dos princípios grandiosos da nossa ética, impele-me a glosar o que tem sido dito, sempre com o cristalino intento de colaborar numa obra sã e elevada.

O presente não agrada e está errado. Procuremos carrear elementos que esclareçam suficientemente as causas determinantes dos insucessos actuais, para, no futuro, tudo se ordenar com mais senso e melhor sentido.

O *amadorismo* no campo médico é um dos erros mais evidentes da nossa *Previdência* e a ele dedicarei este «*Mosaico*»,

focando-o ao de leve, como o impõe a escassez do espaço de que disponho, mas com a clareza necessária, para que seja entendido por todos. O entusiasmo, quando não assenta em conhecimentos suficientes, conduz a erros que se pagam caro; os da nossa *Previdência* bem pesados estão e muito têm custado.

Em 1946 e 1947...

Há 6 anos — foi em 1947 — escrevi na ACÇÃO MÉDICA palavras que convém recordar e que definem um pensamento agora exteriorizado pela *Ordem*. Essas palavras servem ainda para recordar que sempre me insurgi contra a orientação adoptada; colocar na direcção de serviços médicos pessoas estranhas à Medicina, cabendo-lhes a delicada tarefa de organizar e dirigir tais serviços — fatalmente que havia de dar péssimos resultados, hoje bem reconhecidos por todos.

Por isso mesmo já em 1946 eu pre-

HEPAR

INJECTÁVEL • XAROPE

Extracto espleno-hepático associado a vitaminas do complexo B e a elementos minerais

HEPAR-BÊ-DOZE

INJECTÁVEL

Normal e Extra-forte

Extracto espleno-hepático concentrado + Vitaminas do Complexo B
(Actividade mínima correspondente a 15 e 30 unidades U. S. P. por empola, respectivamente)

Tónicos e anti-anémicos de efeitos seguros

VITAGLUTAM

Comprimidos de fosfato dicálcico, ácido glutâmico, dimetil-amino-metil-fenil-fosfinato de sódio e vitaminas B₁, C e D₂

Tónico e recalçificante
Estimulante da actividade cerebral

LABORATÓRIOS ESTÁCIO
PORTO

conizei que na *Federação* houvesse uma Direcção administrativa e uma Direcção técnica ou médica. Escrevi-o numa das minhas «*Crónicas da Madrugada*» publicadas na ACCÇÃO MÉDICA e poucos meses depois, já em 1947, afirmei o que vou agora transcrever:

«ASSIM COMO A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS NA FEDERAÇÃO DE CAIXAS DE PREVIDÊNCIA PODE CONSTITUIR UMA VITÓRIA BRILHANTE DO SISTEMA CORPORATIVO, SE FOREM BEM ORGANIZADOS E TIVEREM UM FUNCIONAMENTO DIGNO DE LOUVOR, TAMBÉM ESSES MESMOS SERVIÇOS, FUNCIONANDO SEGUNDO AS NORMAS GISADAS ATÉ AO PRESENTE, NÃO CORRESPONDERÃO AOS FINS QUE SE PRETENDEM E SERVIRÃO PARA LEVANTAR CLAMORES E COMENTÁRIOS POUCO LAUDATÓRIOS.»

«O FACTOR POLÍTICO PODE, POIS, SER POSITIVO OU NEGATIVO, MAS AOS MÉDICOS NÃO CABERÁ A MÍNIMA REPONSABILIDADE NO SUCESSO OU NA FALÊNCIA — FÁCIL DE PREVER — DOS SERVIÇOS DE MEDICINA COLECTIVA, PORQUE ATÉ HOJE ELES TÊM SIDO UM «ZERO À ESQUERDA» DE TODOS OS «ILUMINADOS» QUE DESABROCHARAM FADADOS PARA ORIENTAR OS NOVOS RUMOS DA MEDICINA E DE TERRA EM TERRA ANDAM BADALANDO A SUA IMPORTÂNCIA E O SEU VALOR, PENSANDO TALVEZ NA GLÓRIA MÁXIMA DE UM DOUTORAMENTO «HONORIS CAUSA»... MAS SE ELES TAMBÉM SÃO «DOUTORES», QUE IMPORTA QUE NÃO SEJAM MÉDICOS?...»

«E OS MÉDICOS QUE DESDE A PRIMEIRA HORA TÊM ACOMPANHADO COM ENTUSIASMO E CARINHO O DESENVOLVER DA ORGANIZAÇÃO CORPORATIVA, SENTEM POR VEZES UMAS VAGAS DE DESÂNIMO, PORQUE SE NÃO AMOLDAM A UMA FORMA DE EXECUTAR TÃO DEFEITUOSA E TÃO TORTUOSA.»

«OS MÉDICOS SABEM O QUE QUEREM E SE NAS ASSEMBLEIAS REGIONAIS E NA ASSEMBLEIA GERAL DA SUA

ORDEM NÃO TÊM DEIXADO QUE VINGUE UMA ORIENTAÇÃO POLÍTICA CONTRÁRIA ÀS NORMAS DA ACTUAL SITUAÇÃO, ISSO NÃO SIGNIFICA PASSIVIDADE, NEM TÃO POUCO CONCORDÂNCIA COM CERTAS DIRETRIZES QUE JULGAM ERRADAS E PERIGOSAS.»

Rodaram os anos e com eles foram aparecendo os factos que mais salientaram a verdade destas palavras, escritas então com muita sinceridade, e hoje trasladadas com desgosto, por serem ainda tão oportunas como naquela recuada data.

No campo da *Previdência*, se exceptuarmos o descalabro financeiro a que se pôs cobro com decisão e energia — nada, até hoje, se procurou remediar, mantendo-se os erros de origem, quer os de ordem doutrinária, quer os que dizem respeito à sua execução. É essa a razão porque se continua a insistir, dando-se aos problemas da *Previdência* uma primazia que chega a ser rotulada de imperinência.

Em 1953...

Apareceu em Março passado o *Relatório da Ordem dos Médicos* referente à actividade do seu Conselho Geral durante o ano de 1952 e aí encontro oficializada a opinião que manifestei em 1946 e que no ano seguinte voltei a expandir como atrás deixei documentado. Desde então várias vezes me tenho referido ao papel secundário que foi destinado aos médicos nesta tentativa de organização de uma *Medicina colectiva* e várias vezes apontei esse erro como uma das causas principais dos muitos defeitos que surgiram e se vão acumulando.

Agora, também a *Ordem* aponta o aleijão e diz o que vou para aqui transpor com merecido destaque:

«...PARA SABER O PERFEITO SENTIDO DA MEDICINA SOCIAL, NÃO BASTA SER DOUTRINÁRIO OU TÉCNICO DO SOCIAL, IMPÕE-SE, TAMBÉM, SER MÉDICO. E A MAIOR DESGRAÇA DA MEDICINA SOCIAL É TER SIDO FEITA, LEGISLADA E POSTA EM ACCÇÃO POR QUEM NÃO SABE DE MEDICINA E, IGNORANDO-OS, DESARTICULA E MUTILA OS PRIN-

CÍPIOS QUE FORMAM A REAL ESSÊNCIA DA MEDICINA.»

A maior desgraça da nossa *Medicina Social* foi, na verdade, ter sido gisada sem nos ouvirem, pondo de parte os avisos que cedo apareceram, tomando os médicos como uns adversários interessados no fracasso da tentativa do alargamento da prestação dos serviços médicos.

Se dizíamos que o trilho delineado nos conduzia à *Socialização da Medicina* — logo surgia quem autoritariamente afirmava que se tratava somente de um impulso no sentido de uma *Medicina organizada*.

Se apontávamos os inconvenientes de generalizar o *seguro-doença* aos que precisam e aos que dele não precisam — logo nos apontavam como despeitados e atemorizados pelos possíveis reflexos que a tal *Medicina organizada* poderia ter no movimento dos consultórios.

E este argumento, brandido com mestria, foi a grande arma que opuzeram à insistência com que os médicos combatiam o crescente e sucessivo alargamento do *seguro-doença*, que a passos largos se ia afirmando de uma generalização que correspondia, sem dúvida alguma, a uma verdadeira *socialização da Medicina*.

Bem se clamou que as veredas em que metiam a *Medicina* conduziam a uma *ética socialista*, bem oposta à *ética hipocrática* que sempre foi seguida pelos médicos; ouviam os nossos clamores, mas sempre se furtaram a discutir este ponto, talvez porque a alguns interessasse mais caminhar rapidamente na organização, para que breve se verificasse que já não era possível retroceder.

Assim se constituiu a nossa *«ilhota socialista»* e isto só foi possível pelo sistema de cerrar os ouvidos a tudo quanto se disse e quanto se explicou, e fechar os olhos ao muito que apareceu escrito, mesmo por médicos que declaradamente apoiam a actual situação política e que têm um passado que os isenta de qualquer suspeita.

O nosso *Seguro-doença* enferma de um *amadorismo* que o fez nascer torto; logo lhe deram um berço de ouro, rico e luxuoso e para o enxoval não houve restrições: tudo do melhor, sem conta nem medida, numa opulência megalómana, como se de um primogénito de grande Marajá se tratasse! Gastou-se muito, num desbarato que se tornou notório e causou clamores.

O *fedelho* lá se foi desenvolvendo, mas porque sempre esteve entregue a *curiosos*, as suas mazelas, quanto mais cresce, mais se notam.

Esta tem sido, sem dúvida, «A MAIOR DESGRAÇA DA MEDICINA SOCIAL. Infelizmente ainda hoje se adopta o mesmo sistema que mereceu aquelas palavras de ironia com que, há anos, caustiquei o erro: «MAS SE ELES TAMBÉM SÃO «DOUTORES», QUE IMPORTA QUE NÃO SEJAM MÉDICOS!...»

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

**O INSTITUTO LUSO-FARMACO
SEMPRE NA VANGUARDA**

Dibencilina

**UM NOVO CAPÍTULO
NA HISTÓRIA
DA PENICILINA**

DIBENCILINA

N, N'-dibenziletlenadamina dipenicilina G
A penicilina de longa duração

COMPRIMIDOS

Com 2 a 3 comprimidos diários obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue.

SUSPENSÃO ORAL

Com 2 a 3 colheres de chá (5 c. c.) contendo 300.000 unidades cada obtêm-se igualmente concentrações eficazes de penicilina no sangue.

INJECTÁVEL

Com uma injeção obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue durante
CATORZE DIAS

A PENICILINA DE MENORES REACÇÕES ALÉRGICAS

3 por mil em contraste com 5 por cento das alergias causadas pela penicilina sódica e potássica

COM UMA ÚNICA
INJEÇÃO
DESTE COMPOSTO
DE PENICILINA
ENCONTRAM-SE
CONCENTRAÇÕES
EFICAZES
NO SANGUE
DURANTE

14
Sias



NA U. R. S. S.

CASTIGO AOS MÉDICOS «TRAIDORES E ASSASSINOS»!

É este o título dum artigo editorial que a revista russa «Meditzinski Robotnik» publicou no seu n.º 4 do ano corrente — segundo diz, em «Medecine et Hygiene», o Dr. Weber-Bauler, que começa por afirmar que desejaria ver no artigo daquele periódico soviético, precisões técnicas sobre os crimes imputados aos médicos que anteriormente estavam no auge do prestígio profissional; mas a verdade é que todo o artigo se limita a invectivas e generalidades.

Continua o Dr. Weber-Bauler:

As «invectivas» são de marca: «O povo soviético não esquecerá nem poderá esquecer nunca os crimes formidáveis destes monstros, destes abortos, destes traidores que, durante muito tempo, se refugiaram sob a capa tão honrada do médico. Traidores, envenenadores, assassinos, vendidos aos agentes do estrangeiro, arvorando a máscara de professores, referindo-se como sendo os representantes da medicina, a mais humanitária das ciências, utilizando a confiança que inham posto neles para conseguir a sua sombria tarefa. Ousaram levantar a mão sobre o que o povo soviético tem de mais precioso, atentaram à vida e à saúde dos dirigentes dos operários do Partido Comunista e do Governo soviético».

«O bando criminoso de inimigos da nossa pátria, confundido, está a ferro-lho. Uma pena tão justa como rigorosa atingiu-os».

*

As «generalidades» trazem as acusações dos médicos considerados culpados.

No número dos membros que compõem este grupo de professores terroristas figuram: os Profs. Vovsy, Vinogradov, os irmãos Kogan, Egorov, Feldmann (otolaringologista), Ettinger, o neurologista Grinstein e Maïrov.

A maior parte são israelitas.

«Das provas documentais, escreve o Meditzinski Robotnik (1953, 4, p. 4), das investigações, das conclusões das vistorias médicas, as confissões dos médicos presos, provaram que estes criminosos têm sido inimigos ocultos do povo, fazendo tratamentos nocivos e minando o estado de saúde dos doentes que lhe haviam sido confiados.

«Os médicos criminosos confessaram que no decurso da doença do camarada Jdanov puzeram um diagnóstico

diferente da afecção de que ele sofria, um infarto do miocárdio. Prescreveram-lhe um tratamento contrário a esta grave afecção e um regime contra-indicado, o que ocasionou a morte do doente. A investigação revelou também que os criminosos encurtaram igualmente a vida do camarada A. S. Scherbakow administrando-lhe medicamentos muito activos e pondo-o num regime

contraindicado, o que determinou a sua morte.

«Os médicos assassinos procuraram em primeiro lugar destruir a saúde dos dirigentes dos quadros da armada de maneira a enfraquecer a defesa do País. Eles tentaram pôr nesse número os marechais Vassilevsky, Govorov, Konev, o general da armada Chtermenko, o almirante Levtchenko e outros. Felizmente que a prisão dos culpados destruiu os designios criminosos.

«Apurou-se que todos estes médicos assassinos, indignos de figurar no género humano, tendo pisado a bandeira sagrada da ciência e manchando a honra dos seus servidores, foram além disso agentes pagos pelo estrangeiro.

«A maioria dos grupos terroristas (Vovsi, Kogan, Feldmann, Grinstein, Ettinger e outros) estiveram em contacto com uma organização nacional-burguesa judia, o (Joint), fundada pela espionagem americana...

«Depois da sua prisão, Vovsi declarou à instrução ter recebido a indicação «de destruir os quadros directivos da U. R. S. S.» de parte de Joint e isto por intermédio do médico de Moscovo Chimelovitch e do nacionalista burguês bem conhecido Michoels.

«Os outros participantes do grupo terrorista (Vinogradov, Kogan, P. Egorov) revelam-se antigos agentes da espionagem britânica».

O serviço médico do Alto Pessoal Soviético

Dizemos, a título de documentário, e em relação com a conspiração dos médicos «traidores e assassinos», como está organizado o serviço médico do pessoal dirigente na U. R. S. S.

As altas personagens soviéticas têm médicos ligados à sua pessoa que os tratam num hospital luxuoso situado em Vosdvigenka, muito perto do Kremlin.

Este hospital que tem 200 leitos está dividido em várias categorias.

A primeira comporta cerca de 50 pessoas entre as mais ricas do regime. Uma segunda classe é feita para os membros do Comité Central, uma centena de indivíduos, ministros, artistas, escritores de renome. Outras classes são destinadas aos menos importantes. A administração do hospital possui uma lista das pessoas com direito a hospitalização; ela comporta a classe de admissão de cada um.



ALGINEX

**A N A L G É S I C O
D E U S O E X T E R N O**

**apresentado na forma de stik
com excipiente especial**

**A C Ç Ã O I N T E N S A
E R Á P I D A**



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

LISBOA PORTO COIMBRA



Pelargon

LEITE EM PÓ COMPLETO ACIDIFICADO
TIPO MARRIOTT
PARA A ALIMENTAÇÃO REGULAR DO LACTENTE

Assegura ao lactente privado do leite materno um crescimento normal e regular e uma eficaz protecção contra as infecções.



REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

Regulamento n.º 2 da OMS

(Conclusão)

CAPÍTULO VI

Febre recorrente

ARTIGO 93

Para efeitos do presente Regulamento, é fixado em oito dias o período de incubação da febre recorrente.

ARTIGO 94

As disposições dos artigos 89, 90, 91 e 92 relativas ao tifo aplicam-se à febre recorrente; contudo, se alguma pessoa ficar sujeita a vigilância, a duração do período de vigilância não deve exceder oito dias, a contar da data da desinsectação.

TÍTULO VI

Documentos sanitários

ARTIGO 95

Não pode exigir-se de um navio ou aeronave nenhuma carta de saúde, com ou sem visto consular, nem nenhum certificado, seja qual for a sua denominação, relativo ao estado sanitário de um porto ou aeroporto.

ARTIGO 96

1. Antes de chegar ao primeiro porto de escala de um território o capitão de um navio informa-se do estado de saúde de todas as pessoas que se encontram a bordo, e à chegada preenche e envia à autoridade sanitária desse porto uma declaração marítima de saúde, que é visada pelo médico de bordo, se a tripulação o tiver.

2. O capitão e o médico de bordo, se o houver, respondem a todos os pedidos de informações suplementares feitos pela autoridade sanitária acerca das condições sanitárias de bordo durante a viagem.

3. A declaração marítima de saúde deve ser do modelo apresentado no anexo 5.

ARTIGO 97

1. Ao aterrar num aeroporto o comandante de uma aeronave ou o seu representante autorizado preenche e envia à autoridade sanitária desse aeroporto um exemplar da parte da declaração geral de

aeronave que contém as informações sanitárias indicadas no anexo 6.

2. O comandante da aeronave ou o seu representante autorizado deve responder a todos os pedidos de informações suplementares feitos pela autoridade sanitária acerca das condições sanitárias de bordo durante a viagem.

ARTIGO 98

1. Os certificados que constituem os anexos 1, 2, 3 e 4 são impressos em francês e inglês, podendo também incluir um texto numa das línguas oficiais do território onde é passado.

2. Os certificados indicados no parágrafo 1 do presente artigo são preenchidos em francês ou inglês.

ARTIGO 99

Os documentos relativos à vacinação passados pelas forças armadas ao seu pessoal em serviço activo são aceites em lugar dos certificados internacionais reproduzidos nos anexos 2, 3 ou 4, com a condição de mencionarem:

- Informações médicas equivalentes às que devem figurar no modelo;
- Uma declaração em francês ou inglês que especifique a natureza e a data da vacinação e ateste que são passados em consequência do presente artigo.

ARTIGO 100

Nenhum outro documento sanitário, além dos indicados no presente Regulamento, pode exigir-se no tráfego internacional.

TÍTULO VII

Direitos sanitários

ARTIGO 101

1. A autoridade sanitária não cobra direitos por:

- Qualquer das visitas de saúde estabelecidas no presente Regulamento, assim como por exames complementares, bacteriológicos ou outros que possam ser neces-

sários para conhecer o estado de saúde da pessoa examinada;

- Todas as vacinações à chegada e respectivos certificados.

2. Se a aplicação das medidas estabelecidas no presente Regulamento, além das indicadas no parágrafo 1 deste artigo, determinarem o pagamento de direitos, deve haver em cada território uma tarifa única. Os direitos reclamados devem:

- Ser conformes com essa tarifa;
- Ser moderados e não exceder em caso algum o custo efectivo do serviço prestado;

- Ser cobrados sem distinção de nacionalidade, domicílio ou residência no que se refere a pessoas, ou de nacionalidade, pavilhão, registo ou propriedade no que respeita a navios, aeronaves, carruagens de caminho de ferro, vagões ou veículos rodoviários. Em especial não deve fazer-se nenhuma distinção entre nacionais e estrangeiros, nem entre navios, aeronaves, carruagens de caminho de ferro, vagões ou veículos rodoviários nacionais e estrangeiros.

3. A tarifa e todas as alterações que ulteriormente possam ser-lhe introduzidas devem publicar-se, pelo menos, dez dias antes da sua entrada em vigor e são notificadas imediatamente à Organização.

TÍTULO VIII

Disposições diversas

ARTIGO 102

O presente Regulamento e ainda os anexos A e B aplicam-se à peregrinação.

ARTIGO 103

1. Os emigrantes ou ranchos migratórios, bem como os navios, aeronaves, comboios ou veículos rodoviários que os transportam podem ser sujeitos a medidas sanitárias adicionais de harmonia com as leis e regulamentos de cada um dos Estados interessados e dos acordos celebrados entre eles.

2. Cada um dos Estados informa a Organização das disposições legais e regulamentares e dos acordos aplicáveis aos migrantes e ranchos migratórios.

ARTIGO 104

1. Podem concluir-se acordos especiais entre dois ou mais Estados que possuam interesses comuns derivados das suas condições sanitárias, geográficas, sociais ou económicas, para tornar mais eficaz e menos incómoda a aplicação das medidas sanitárias estabelecidas no presente Regulamento, principalmente no que se refere:

- À permuta directa e rápida de informações epidemiológicas entre territórios vizinhos;
- Às medidas sanitárias aplicáveis à cabotagem internacional e ao tráfego internacional nos cursos de água interiores, incluindo os lagos;
- Às medidas sanitárias aplicáveis nas fronteiras de territórios limítrofes;
- À reunião de dois ou mais territórios num só, para aplicação de todas as medidas sanitárias es-

MARTINHO & C.ª L.ª

Tudo o que interessa a medicina e a cirurgia

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

tabelecidas no presente Regulamento;

- e) A utilização de meios de transporte especialmente adoptados para a condução de pessoas infectadas.

2. Os acordos indicados no parágrafo 1 deste artigo não devem conter disposições contrárias às do presente Regulamento.

3. Os Estados devem comunicar à Organização todos os acordos que forem levados a concluir nos termos deste artigo. A Organização informa imediatamente todas as administrações sanitárias da conclusão desses acordos.

TÍTULO IX

Disposições finais

ARTIGO 105

1. Sob reserva das disposições do artigo 107 e das excepções a seguir especificadas, o presente Regulamento, logo que entrar em vigor, substitui entre os Estados que o aceitaram e entre os mesmos Estados e a Organização as disposições das convenções sanitárias internacionais e acordos da mesma espécie a seguir mencionados:

- a) Convenção sanitária internacional, assinada em Paris em 3 de Dezembro de 1903;
- b) Convenção sanitária pan-americana, assinada em Washington em 14 de Outubro de 1905;
- c) Convenção sanitária internacional, assinada em Paris em 17 de Janeiro de 1912;
- d) Convenção sanitária internacional, assinada em Paris em 21 de Junho de 1926;
- e) Convenção sanitária internacional para a navegação aérea, assinada em Haia em 12 de Abril de 1933;
- f) Acordo internacional relativo à supressão das cartas de saúde, assinado em Paris em 22 de Dezembro de 1934;
- g) Acordo internacional relativo à supressão dos vistos consulares nas cartas de saúde, assinado em Paris em 22 de Dezembro de 1934;
- h) Convenção que modifica a Convenção sanitária internacional de 21 de Junho de 1926, assinada em Paris em 31 de Outubro de 1938;
- i) Convenção sanitária internacional de 1944 que modifica a Convenção de 21 de Junho de 1926, aberta para assinatura em Washington a 15 de Dezembro de 1944;
- j) Convenção sanitária internacional para a navegação aérea de 1944, que modifica a Convenção de 12 de Abril de 1933, aberta para assinatura em Washington a 15 de Dezembro de 1944, salvo o parágrafo 2 do artigo XVII;
- k) Protocolo de 23 de Abril de 1946 que prorroga a Convenção sanitária internacional de 1944, assinada em Washington;
- l) Protocolo de 23 de Abril de 1946 que prorroga a Convenção sanitária internacional para a navegação aérea de 1944, assinada em Washington.

2. O Código sanitário pan-americano, assinado em Havana em 14 de Novembro de 1944, continua em vigor, com excepção dos artigos 2, 9, 10, 11, 16 a 53, 61 e 62, aos quais se aplicam as disposições adequadas do parágrafo 1 do presente artigo.

ARTIGO 106

1. O prazo previsto de harmonia com o artigo 22 da Constituição da Organização

para apresentar qualquer recusa ou reserva é de nove meses a contar da data da notificação pelo director-geral, da adopção do presente Regulamento pela Assembleia Mundial de Saúde.

2. Qualquer Estado pode, mediante notificação feita ao director-geral, elevar aquele período a dezoito meses, no que respeita aos territórios do ultramar ou afastados por cuja conduta nas reacções internacionais seja responsável.

3. Todas as recusas ou reservas que o director-geral receba após a expiração do período indicado no parágrafo 1 ou 2 do presente artigo, conforme o caso, ficam sem efeito.

ARTIGO 107

1. Qualquer reserva ao presente Regulamento apresentada por um Estado só é válida se for aceite pela Assembleia Mundial de Saúde. O presente Regulamento só

entra em vigor em relação a esse Estado quando a mesma reserva for aceite pela Assembleia ou, se a Assembleia se lhe opuser por ser essencialmente contrária ao carácter e objectivos do Regulamento, quando a referida reserva for retirada.

2. Qualquer recusa parcial do presente Regulamento equivale a reserva.

3. A Assembleia Mundial de Saúde pode pôr como condição à aceitação duma reserva a obrigação para o Estado que formula essa reserva de continuar a assumir uma ou mais obrigações que incidam sobre o assunto da referida reserva e que tivessem sido anteriormente aceites pelo referido Estado em consequência das convenções ou acordos indicados no artigo 105.

4. Se um Estado formular uma reserva que a Assembleia Mundial de Saúde não considere essencialmente contrária a uma ou mais obrigações que o referido Estado aceitara em consequência das convenções e acordos indicados no artigo 105,

CORSINDROMA

COMPRIMIDOS

ESPASMOS VASOMOTORES
INSUFICIÊNCIA CORONÁRIA
HIPERTENSÃO ARTERIAL

COMPOSIÇÃO

Hexanitratu de manitol	0,0075 gr.
Complexo B	0,030 »
Fenobarbital	0,025 »
Rutina	0,020 »
Cloridrato de papaverina.	0,030 »

FRASCO COM 20 COMPRIMIDOS

Laboratório Farmacológico

J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA - PORTO - COIMBRA - FUNCHAL

a Assembleia pode aceitar essa reserva sem pedir ao Estado, como condição de aceitação, que se obrigue como fica estabelecido no parágrafo 3 do presente artigo.

5. Se a Assembleia Mundial de Saúde se opuser a uma reserva e esta não for retirada, o presente Regulamento não entra em vigor em relação ao Estado que apresentou a reserva. As convenções ou acordos indicados no artigo 105 de que esse Estado já fazia parte ficam, por conseguinte, em vigor no que lhe respeita.

ARTIGO 108

Qualquer recusa de toda ou parte dum reserva pode em qualquer ocasião ser retirada mediante notificação feita ao director-geral.

ARTIGO 109

1. O presente Regulamento entra em vigor em 1 de Outubro de 1952.

2. Qualquer Estado que se tornar membro da Organização depois de 1 de Outubro de 1952 e que não seja já parte do presente Regulamento pode notificar que recusa ou apresenta reservas a seu respeito, no prazo de três meses a contar da data em que o referido Estado se tornar membro da Organização. Sob reserva das disposições do artigo 107, e salvo no caso de recusa, o presente Regulamento entra em vigor em relação àquele Estado ao expirar o prazo supra-indicado.

ARTIGO 110

1. Os Estados que não sejam membros da Organização, mas que são partes de alguma das convenções ou de algum dos acordos indicados no artigo 105, ou aos quais o director-geral notificou a adopção do presente Regulamento pela Assembleia Mundial de Saúde, podem tornar-se partes deste se notificarem ao director-geral a sua aceitação. Sob reserva das disposições do artigo 107, esta aceitação torna-se efectiva à data da entrada em vigor do presente Regulamento ou, se a aceitação foi notificada depois desta data, três meses depois do dia da recepção da referida notificação pelo director-geral.

2. Para efeitos da aplicação do pre-

sente Regulamento, os artigos 23, 33, 62, 63 e 64 da Constituição da Organização aplicam-se aos Estados que, não sendo membros da Organização, se tornem partes do referido Regulamento.

3. Os Estados que não sejam Membros da Organização, mas que venham a ser partes do presente Regulamento, podem em qualquer altura denunciar a sua participação no referido Regulamento por notificação dirigida ao director-geral; esta denúncia torna-se efectiva seis meses depois da recepção da dita notificação. O Estado que denunciou aplicará de novo, a partir desse momento, as disposições da convenção ou do acordo indicados no artigo 105, de que anteriormente era parte.

ARTIGO 111

O director-geral da Organização notifica a todos os Membros e aos Membros associados, bem como às outras partes de qualquer das convenções ou acordos indicados no artigo 105, a adopção do presente Regulamento pela Assembleia Mundial de Saúde. O director-geral notifica igualmente àqueles Estados e a qualquer outro Estado que se tornar parte do presente Regulamento, qualquer regulamento adicional que modifique ou complete este, bem como todas as notificações que tiver recebido nos termos dos artigos 106, 108, 109 e 110, respectivamente, e bem assim qualquer decisão tomada pela Assembleia Mundial de Saúde nos termos do artigo 107.

ARTIGO 112

1. Qualquer questão ou litígio relativo à interpretação ou aplicação do presente Regulamento ou de qualquer regulamento adicional pode ser apresentado, pelo Estado interessado, ao director-geral, que se esforça então por regular a questão ou litígio. Na falta de regulamento, o director-geral, por sua própria iniciativa ou a requerimento de qualquer Estado interessado, submete a questão ou litígio à Comissão ou outro órgão competente da Organização para exame.

2. Todos os Estados interessados têm o direito de estar representados perante aquela Comissão ou outro órgão.

3. Todos os litígios que não forem regulados por aquele processo podem, mediante requerimento, ser levados pelos

Estados interessados ao Tribunal de Justiça Internacional para decisão.

ARTIGO 113

1. Os textos francês e inglês do presente Regulamento são igualmente autênticos.

2. Os textos originais do presente Regulamento são depositados no arquivo da Organização. O director-geral envia cópias certificadas conformes a todos os Membros e aos Membros associados, assim como às outras partes de qualquer das convenções ou acordos indicados no artigo 105. No momento da entrada em vigor do presente Regulamento, o director-geral envia cópias certificadas conformes ao secretário-geral das Nações Unidas para registo, nos termos do artigo 102 da Carta das Nações Unidas.

TÍTULO X

Disposições transitórias

ARTIGO 114

1. Apesar de todas as disposições contrárias das convenções ou acordos em vigor, os certificados de vacinação, conformes com as regras enunciadas e os modelos apresentados nos anexos 2, 3 e 4, consideram-se com o mesmo valor dos certificados correspondentes indicados nas convenções ou acordos em vigor.

2. Apesar da disposição do parágrafo 1 do artigo 109, as disposições do presente artigo entram em vigor no primeiro de Dezembro de 1951.

3. A aplicação do presente artigo fica limitada aos Estados que, no prazo de três meses, a contar da data da notificação pelo director-geral, da adopção do presente Regulamento pela Assembleia Mundial de Saúde, declararem que estão dispostos a adoptar, sem reservas, quer o presente artigo, quer as regras e modelos dos anexos 2, 3 e 4.

4. No prazo estabelecido no parágrafo 3 supra, todos os Estados podem excluir da aplicação do presente artigo qualquer dos anexos 2, 3 e 4.

ARTIGO 115

1. Todos os certificados de vacinação, passados antes da entrada em vigor do presente Regulamento, nos termos da Convenção de 21 de Junho de 1926, alterada pela Convenção de 15 de Dezembro de 1944, ou da Convenção de 12 de Abril de 1933, alterada pela Convenção de 15 de Dezembro de 1944, continuam a ser válidos durante o período de validade que lhes tinha sido anteriormente atribuído. Além disso, a validade do certificado de vacinação contra a febre amarela fica prolongada por dois anos, a partir da data em que este certificado teria, de contrário, deixado de ser válido.

2. Todos os certificados de desratização, ou de isenção de desratização, passados antes da entrada em vigor do presente Regulamento, nos termos do artigo 28 da Convenção de 21 de Junho de 1926, continuam a ser válidos durante o período de validade que lhes tinha sido anteriormente atribuído.

Em firmeza do que o presente acto foi assinado em Genebra aos vinte e cinco de Maio de 1951.

O Presidente da Quarta Assembleia Mundial de Saúde:

Leonard A. Scheele.

O Director-Geral da Organização Mundial de Saúde:

Brock Chisholm.

CORISA, SINUSITES E RINITES
INFECCIOSAS OU ALÉRGICAS

TUAZIL

(Sulfato de 2-amino-heptano + gramicidina + clorobutanol
em excipiente aquoso tamponado isotónico)

**VASOCONSTRITOR INTENSO DE LONGA DURAÇÃO,
NÃO IRRITANTE DA MUCOSA NASAL**

LABORATÓRIO FIDELIS

COLIMETINA

PREPARADO SINÉRGICO DE

Colina	0,200 gr.
Metionina	0,200 gr.
Inositol	0,080 gr.
Complexo B	0,025 gr.

Por drageia

POSOLOGIA

4 a 10 drageias por dia às refeições

APRESENTAÇÃO

Em frasco de 20 drageias
e em frasco de 200 grs. de xarope

A mais moderna concepção da

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS HEPATOPATIAS

modificando o prognóstico, até há pouco tão reservado destas doenças

Indicado na prevenção e tratamento da

ARTERIOSCLEROSE

esta associação melhora a tolerância dos diabéticos para os Hidratos de Carbono.



LACTOSYMBIOSINA • VITASYMBIOSINA SULFASYMBIOSINA • FTALILSYMBIOSINA

PROFILAXIA E TRATAMENTO EFICIENTE E INÓCUO DAS DOENÇAS INTESTINAIS

COMPOSIÇÃO	LACTOSYMBIOSINA			VITASYMBIOSINA		SULFASYM- BIOSINA	FTALIL- SYMBIO- SINA
	Compri- midos	Líquido	Concen- trada	Líquido	Concen- trada	Comprimidos	Comprimidos
Cultura de bacilos láctios	+	+	—	+	—	+	+
Cultura de bacilos láctios (concentrada).	—	—	+	—	+	—	—
Levedura de cerveja	+	—	—	—	—	+	++
Extracto de malte	+	+	+	+	+	+	+
Complexo B	—	—	—	0,125 %	0,125 %	—	—
Sulfaguanidina	—	—	—	—	—	0,10 gr.	—
Ftalilsulfatiazol	—	—	—	—	—	—	0,20 gr.
APRESENTAÇÃO	Embalagens de 20, 48 e 100 comp.	Frasco de 180 cc.	Caixas de 10 amp. bebíveis de 10 cc.	Frasco de 180 cc.	Caixas de 10 amp. bebíveis de 10 cc.	Caixas de 48 comp.	Embalagens de 20 e 50 comp.

LABORATÓRIO SANITAS

VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 13 a 19 de Julho)

Dia 13 — Em Lisboa, encerra-se a exposição efectuada no Serviço da B. C. G., na Praça do Chile, como complemento da 23.ª Semana da Tuberculose e organizada pelo Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, sob a orientação do Dr. João Patrício, chefe dos Serviços gerais daquele Instituto. Antes porém da sua desmontagem, o Sr. Ministro do Interior, quis visitá-la o que faz na companhia do Dr. Agostinho Pires, director-geral da Assistência.

15 — Passa por Lisboa o Dr. Reynato Sodrê Borges, chefe do Serviço de Radioterapia do Hospital dos Servidores do Estado, do Brasil, que vai participar, como representante oficial daquele país, no VII Congresso Internacional de Radiologia, que se realiza em Copenhague.

— Parte para Copenhague o Prof. Dr. Aleu Saldanha, que presidirá à delegação portuguesa ao Congresso Internacional de Radiologia, que se realiza naquela cidade dinamarquesa.

16 — Os trabalhos da Classe de Ciências da Academia de Lisboa antes de férias terminam hoje. Sob a presidência do Prof. Dr. Pereira Forjaz, os académicos escutam em primeiro lugar, algumas palavras do secretário, que faz breves referências à actual campanha de alfabetização, ao próximo aproveitamento da celulose portuguesa na manufactura de papel e ao Con-

gresso Internacional de Neurologia que, brevemente, se vai realizar em Lisboa.

Usa da palavra o Prof. Dr. Almeida Lima, que faz algumas alusões à maneira como vai decorrer o próximo Congresso Internacional de Neurologia.

Encerra a sessão o Prof. Dr. Augusto da Silva Carvalho, que apresenta uma comunicação intitulada «Um capítulo da colonização portuguesa».

17 — De Lisboa, parte para a Libéria em comissão de serviço da Organização Mundial de Saúde, onde vai tomar parte num plano de conjunto de combate à malária e treponematoses, o Prof. Dr. Fernando da Cruz Ferreira, membro do quadro técnico para as doenças parasitárias daquela organização internacional e presidente do Comité Internacional de Investigações sobre a Doença do Sono.

— O médico chileno Dr. Arturo Gusman faz uma conferência, no Ateneu Commercial de Lisboa sobre «Fundamentos da alimentação correctas».

18 — É constituída a delegação portuguesa à 3.ª sessão do Comité Regional da Europa da Organização Mundial de Saúde, composta pelos Drs. Augusto da Silva Travassos, director-geral de Saúde, e Bernardino Alvaro Vicente de Pinho, inspector-superior de Saúde e Higiene.

19 — Inaugura-se em Macedo de Cavaleiros o novo Hospital da Santa Casa da Misericórdia. Ao acto assiste o Ministro do Interior, Dr. Trigo de Negreiros e os Directores Gerais de Urbanização e da Assistência, Governador Civil de Bragança e outras personalidades, às quais é dispensada festiva recepção.

Estrangeiro

Informam de Sidney que o Dr. Henry Smallpage, especialista de investigações sobre o cancro, declarou ter sido encontrado um medicamento que cura completamente o cancro e que a descoberta será anunciada oficialmente em Nova Iorque, no mês de Setembro.

O Dr. Smallpage acaba de chegar de Nova Iorque, de avião, depois de assistir às fases finais do método de cura em questão. Declarou que é um dos 35 investigadores no Mundo que trabalham há anos para encontrar aquele medicamento. Ele próprio consagrou já sete anos à sua procura. Disse que o método era tão simples como «cortar uma árvore» e que os médicos estavam certos de que ele é perfeitamente radical. Todos os médicos podião administrá-lo e não custará quase nada.

— E de Nova Iorque que cientistas de universidades e institutos científicos e de companhias de produtos científicos e de companhias de produtos farmacêuticos sob a direcção da Secção de Estudos de Endocrinologia, do Serviço de Saúde dos Estados Unidos produziram, pela primeira vez, cortisona radioactiva, importantíssima para o tratamento do artritismo e da leucémia.

(Noticias das agências telegráficas da Imprensa diária).

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para o preenchimento do cargo de médico municipal da 3.ª área do concelho da Lourinhã, com sede e residência obrigatória no lugar e freguesia de Reguengo Grande do referido concelho.

— Para 37 lugares de internos do internato geral dos H. C. L.

— Está aberto concurso, para provimento do lugar de assistente do Sanatório das Penhas da Saúde. Os médicos interessados têm um mês para concorrer.

Congressos

Sob o patrocínio do Presidente da República e do Ministro da Educação Nacional, vai realizar-se em Lisboa, de 7 a 12 de Setembro próximo, o V Congresso Internacional de Neurologia, facto que será assinalado pela presença de verdadeiras sumidades mundiais e celebrado por uma medalha de mestre Leopoldo de Almeida com as efigies de Ramon y Cajal e de Monakow.

As sessões vão decorrer no anfiteatro do novo Hospital Escolar, reservando-se os trabalhos da manhã à leitura dos relatórios e à respectiva discussão e os da tarde às comunicações baseadas nos relatórios e às comunicações livres, com interpretações simultâneas em três linguas, durante as sessões plenárias.

Até agora, estão inscritos 1.191 congressistas, em representação de 36 países, sendo 346 as comunicações.

Durante o congresso, haverá 15 exposições de várias demonstrações anatómicas, clínicas e outras, prevendo-se a projecção de 12 filmes.

Também estão previstas algumas reuniões privativas da Liga Internacional contra a Epilepsia, funcionando, ao mesmo tempo, um curso superior de neurologia, a reunião da Sociedade Luso-Espanhola de Neuro-Cirurgia, e uma sessão comemorativa do centenário do nascimento do Prof. von Monakow. A esta sessão assistirá sua filha, «mademoiselle» Monakow.

— Na mesma cidade, de 14 a 20 do

Dr. + bismuth
= Au-Bi-Ol., TOSSE

pour l'injection intraglutéale
 aux maladies rhumatismales, erythématoïdes, l'angine non-spécifique, la syphilis séro-résistante,
 présente un enrichissement des possibilités thérapeutiques.

E. TOSSE & CO, HAMBURGO

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART
 Rua de Santo António, 203 — PORTO

SUB-AGENTE: A. G. ALVAN
 Rua da Madalena, 66.2.º — 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

SAIS MINERAIS

(Em Miligrs.)		(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

mesmo mês, reúne o XV Congresso da Sociedade internacional de Cirurgia.

— Ainda em Lisboa e em Setembro realizam-se os congressos seguintes da Sociedade internacional de Angiologia e da Sociedade europeia de Cirurgia cardio-vascular, durante os dias 18, 19 e 20.

Estrangeiro

Em Paris, de 27 do corrente a 1 de Agosto, realiza-se o XI Congresso da Associação internacional de Psicotécnica.

— Em Nice, durante o mês de Agosto, dias 17 a 21, reúne a União internacional das Ciências biológicas.

— Em Munique, de 26 a 30 de Agosto, realiza-se o Congresso alemão de Neurologia e Psiquiatria, bem como um simposium sobre Psicoterapia.

— Em Zurique, de 1 a 5 de Setembro, realiza-se o IX Congresso internacional de Foniatria.

— Em Evian realiza-se, de 3 a 6 de Setembro, o V Congresso internacional de Medicina Hipocrática.

— Em Quebec (Canadá), de 6 a 11 de Setembro, a Conferência Laurenciana de Hormonas.

— Em Roma, de 6 a 12 do mesmo mês, o VI Congresso da Associação Internacional de Microbiologia.

— Em Londres, de 7 a 12 de Setembro, realiza-se o I Congresso internacional de Terapêutica por Agentes Físicos.

— Em Amsterdão, realiza-se, de 8 a 12 de Setembro, o IV Congresso Europeu de Hematologia.

— Em Paris, de 13 a 20 de Setembro, realiza-se a XV Assembleia Geral da Federação internacional farmacêutica.

— Em Valência, 14 de Setembro, reúne a Secção de Neuro-psiquiatria, da União médica mediterrânica.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 9-7 a 14-7-953)

Dr. Aleu de Almada Saldanha Quadros e Cruz, chefe de serviço, dos H. C. L. — autorizado a deslocar-se à Dinamarca, Suécia e Alemanha Ocidental, em comissão gratuita de serviço por 27 dias a começar em 16 do corrente.

11-7

Dr. Manuel de Carvalho — rescindido, a seu pedido, o seu contrato como médico do serviço eventual da Junta da Emigração.

14-7

Dr. José Manuel Ruano, médico municipal do concelho de Freixo de Espada à Cinta — nomeado, subdelegado de saúde do referido concelho.

— Dr. Fernando Augusto Belo Pereira, cirurgião dos H. C. L. — autorizado a realizar em França um estágio em serviços de clínica cirúrgica, com início no próximo mês de Outubro.

— Dr. Guilherme Jorge Jauz — nomeado, precedendo concurso de provas públicas, para o lugar de professor auxiliar da 1.ª cadeira (Higiene, Climatologia e Geografia Médica Tropical) do Instituto de Medicina e de chefe de Secção de Nutrição do mesmo Instituto, indo ocupar a vaga em que se encontra provido, a título eventual.

Partidas e Chegadas

Dr. Vasco Bruto da Costa

Regressou a Lisboa o Dr. Vasco Bruto da Costa, que, após ter participado no VII Congresso Luso-Hispânico-Américo de Anatomia, realizado em Salamanca, se deslocou a Inglaterra, onde tomou parte na missão de estudo da Mocidade Portuguesa àquele país. Realizou, ainda, visitas de estudo aos Institutos Anatómicos de Londres, Oxford, Cambridge, Bristol e Paris, tendo, em Londres, assistido à reunião da Anatomical Society of Great Britain and Ireland.

Dr. Luís Quintela

Partiu para Londres, onde foi tomar parte num Congresso de Cirurgia, o Dr. Luís Filipe Quintela, director de Clínica Cirúrgica dos H. C. L.

Dr. Fernando Lacerda

Partiu para Roma, onde foi assistir ao I Congresso Latino de Oftalmologia. Depois seguiu para Paris, a fim de tomar parte nos trabalhos da reunião anual da Sociedade Francesa de Oftalmologia.

Dr. Fernando de Almeida

Regressou dos Estados Unidos, onde estivera em missão oficial, o Dr. Fernando de Almeida, que, ali, participou no Congresso Internacional de Esterilidade.

Dr. Fernando Namora

Partiu para Bruxelas, em representação dos jornais médicos do I. P. O., o Dr. Fernando Namora, que, no Congresso da Imprensa Médica, apresentou uma comunicação. Aquele clínico visitou, também, os serviços de propaganda dos organismos de combate ao cancro, na França, Bélgica e Holanda.

Dr. Manuel Gomes de Almeida

Regressou a Lisboa o Dr. Manuel Gomes de Almeida, que, desde Outubro do ano findo, se encontrava nos Estados Unidos da América do Norte, como bolsheiro do Instituto de Alta Cultura, a trabalhar em cirurgia cardio-vascular com o Prof. Bailey, da Universidade de Filadélfia. O Dr. Gomes de Almeida será relator, durante o Congresso de Cirurgia, a realizar este ano em Lisboa, da tese elaborada pelo Prof. Bailey, americano, no caso deste não poder deslocar-se a Portugal na data do congresso.

Dr. John Barron

Regressou a Inglaterra o Dr. John Barron, director do Hospital de Cirurgia Plástica e Facial de Salisbury, que esteve entre nós, a convite do I. P. O., onde operou e fez uma conferência a que, noutro local, nos referiremos.

NOVO E ORIGINAL

No

Reumatismo
Artrite
Dores musculares
Pleurodinias
etc.

algiDerma
CREME ANALGÉSICO ANTIFLOGÍSTICO
E ANTI-REUMÁTICO

SAMI LISBOA

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de 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 Sarmiento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomatoso do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio 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 Hosp. de S.to 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 (Deleg. de Saúde de Portalegre), 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 Gynæcologica 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



ÓVULOS

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

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