

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 81  
19 de Março de 1953

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

*Afecções*

GRIPAIS E POST-GRIPAIS  
OTO-RINO-LARINGOLÓGICAS  
BRONCO-PULMONARES  
GENITO-URINARIAS  
ESTAFILOCOCCO

UMA CONCEPÇÃO NOVA NA  
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA

## 3 ACCÇÕES

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

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

# OMNACILINA

## AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS  
MEDICAMENTOS DESDE 1775



### SUMÁRIO

	Pág.
MELO, JOÃO DE — <i>Helmintíase intestinal e apendicite...</i>	249
COSTA ANDRADE, MARIA FRANCISCA DA — <i>O problema da Infância</i> .....	252
DI MAGGIO, G. — <i>Evolução da avitaminose C</i> .....	257
MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS</i> — <i>O tratamento moderno da doença de Bonilland</i> .....	263

### SUPLEMENTO

	Pág.
<i>Justa homenagem ao Prof. Fernando da Fonseca</i> .....	221
<i>Ainda os Hospitais Escolares</i> — M. da Silva Leal .....	223
<i>Ecos e Comentários</i> .....	226
<i>Os loucos e o folclore Médico</i> — Castillo de Lucas .....	227
<i>Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos</i> ...	230
<i>Quinzenas Médicas Hospitalares de Coimbra</i> .....	233
<i>Noticiário diverso</i>	

Dois produtos que  
a prática aconselha...

# CÁLCIO-VITAMINA-C

## ZIMAIA



# CÁLCIO-ZIMAIA

## GOTAS



LABORATÓRIO ZIMAIA — RUA DE ANDALUZ, 38 — TELEFS. 5 2226 — 5 3670

ESCRITÓRIOS E PROPAGANDA : RUA MARTENS FERRÃO, 10 — LISBOA (NORTE) — PORTUGAL

# Helmintiase intestinal e apendicite <sup>(1)</sup>

## (Novos elementos)

JOÃO DE MELO

(Médico do Hospital de Santo António)

Os Helmintos têm em Patologia um papel da maior importância, capazes como são de dar origem aos mais variados quadros clínicos, nem sempre isentos de gravidade, tais como fenómenos nervosos, desde a simples irritabilidade e insónia às convulsões, crises tetaniformes, epileptiformes, coreiformes e acidentes meningéus. São numerosos os quadros descritos de perturbações psíquicas atribuíveis aos parasitas intestinais. *Menétrier* descreveu a neurastenia ascaridiana e *Brumpt* refere uma curiosa observação de *Gyrandy* relativa a uma rapariga de 12 anos, em estado de delírio violento refractário a toda a terapêutica e que prontamente cedeu à ministração de um anti-helmíntico, à qual se seguiu a eliminação de grande número de vermes. A responsabilidade dos acidentes que acabamos de apontar, embora na literatura médica mais vezes seja atribuída à ascariíase, pode caber a todos os helmintos.

*Gillot* afirma que os ascárides, como os restantes vermes, são capazes de ocasionar nefroses. *W. Bernadinelli*, no Brasil, publicou em 1934 observações confirmativas, *G. Marchal & P. Soulié*, em comunicações sobre este assunto à Sociedade Médica dos Hospitais no mesmo ano, põem em evidência as nefroses de origem ascaridiana (*Cassoute, Vague, Zucolli e Montus* estudaram outros casos de nefrite provocados pelos mesmos helmintos).

Desde há muito se sabe que aos parasitas intestinais se devem certos estados febris, de curvas térmicas muito variáveis, que podem conduzir a erros de diagnóstico, por não ocorrer ao médico a sua verdadeira causa.

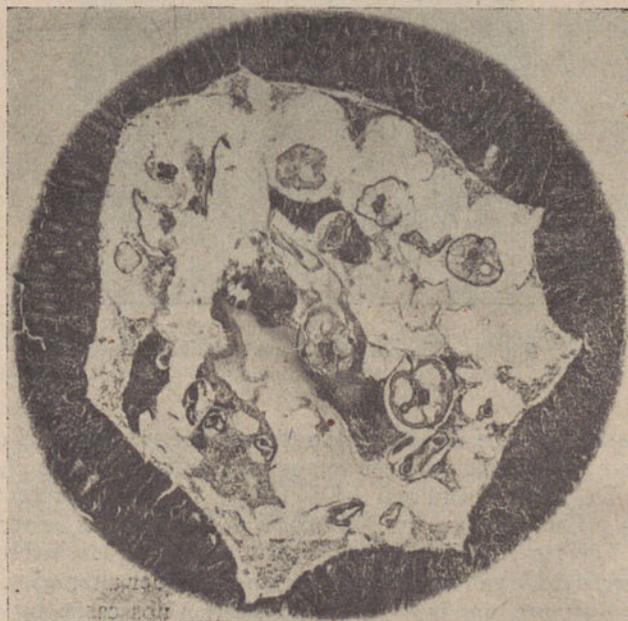


Fig. 1 — Numerosos tricocéfalos na cavidade dum apêndice sem lesões apreciáveis da mucosa.

Não devemos esquecer os fenómenos alérgicos, crises de hidrorreia, conjuntivite catarral, asma, coriza espasmódica, urticária, etc.

Os ascárides, graças às suas possibilidades migratórias, atingem qualquer ponto do aparelho respiratório, causando algumas vezes acidentes dramáticos e graves. Assim, em contacto com a glote, além da afonia, são capazes de provocar crises

de sufocação e até a morte rápida por asfixia (*Beourgeois Douvaine*). Têm-se descrito também casos de bronquite, de pneumonia, de broncopneumonia e de abscessos pulmonares originados por vermes, e *F. Lush* verificou embolias da artéria pulmonar devidas à presença de ascárides.

Vem a propósito referir um caso recente da minha clínica e que diz respeito a uma paciente que, bruscamente, ficou afônica. Não encontrando ao exame explicação satisfatória para o seu estado, pensei fazê-la observar por um oto-rino-laringologista. Entretanto, sobreveio súbitamente um acesso de dispnéia muito violento, susceptível de causar sérias preocupações, e que cessou prontamente com a expulsão de um ascáride pela boca.

São conhecidas as modificações operadas no sangue sob a influência dos helmintos, principalmente a eosinofilia.

No tubo digestivo causam perturbações clínicas de ordem médica (perturbações dispépticas, cólicas, enterites, etc.) e outras do foro cirúrgico, tais como úlceras, ileos, perfurações, etc.

No que diz respeito ao apêndice íleo-cecal, a inflamação deste órgão tem sido repetidas vezes atribuída aos parasitas do intestino, e outras negada a influência destes na patogenia daquela afecção.

Embora a presença dos helmintos no apêndice seja uma verificação longínqua (já em 1652 *Guy Patin* refere ter aí encontrado 8 vermes) só muito mais tarde é que lhes foi atribuída responsabilidade nos processos apendiculares, quando os problemas da patogenia do apêndice começaram a ser vistos com o interesse que a sua importância impunha.

Algumas observações foram publicadas desde 1895 a 1901 data em que *Metchnikoff* fez uma notável comunicação à Academia de Medicina acerca do papel de certos nemátodos na etiologia das apendicites, afirmando então categoricamente: «Il est donc bien établi aujourd'hui que les nématodes sont la cause d'un très grand nombre d'appendicites». A autoridade e prestígio daquele patologista deram ao problema a maior actualidade e interesse. Desde então, numerosas vezes ele tem sido tratado e decorridos 50 anos não existe ainda unanimidade de vistas, pois, como acima se acentuou, muitos investigadores enfileiraram no número dos calorosos defensores da existência de uma apendicite verminosa, outros negam essa influência.

As condições em que se pode pressupor responsabilidade helmintiásica quando se encontram lesões inflamatórias do apêndice, são as seguintes:

- 1) Presença de vermes ou seus ovos na cavidade apendicular ou incrustação na parede. *Brumpt* parece ter sido quem primeiro chamou a atenção para cavidades que às vezes se reconhecem nos cortes histológicos da parede do apêndice com a forma e tamanho de oxiuros: verdadeiro molde deste nemátodo, tratar-se-ia de nichos anteriormente habitados e em seguida abandonados.

*Hernández Lopez & Dominguez Martinez*, em um trabalho publicado em 1945, também chamaram a atenção para estas cavidades.

- 2) Na ausência do verme podemos ainda — especialmente para o Oxiuro — pressupor da sua existência pelos vestígios de mordeduras aí marcadas. Aquelas apresentam-se com o aspecto de um pontuado hemorrágico.

No estudo daqueles autores as referidas lesões apresentavam-se em 54 p. 100 dos casos; para *Lopez*

(1) Comunicação ao XIV Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências (Málaga, Dezembro de 1951).

Neyra a proporção da frequência iria a 70 p. 100. Quando encontramos livre na cavidade peritoneal um verme (em regra Ascáride) e apêndice perfurado, sem outras lesões no intestino, torna-se evidente a causa da perfuração. Incriminar-se-á o parasita, mesmo que o apêndice não tenha podido ser examinado, quando se impõe a abertura dum fleimão da fossa ilíaca direita, estabelecendo-se uma fístula através da qual é eliminado.

Como actuariam os nemátodos sobre o apêndice, para despertarem nele alterações inflamatórias? Admitem-se os seguintes mecanismos:

- a) Por acção traumática: está demonstrado que os ascárides se podem fixar à mucosa, lesando-a graças aos três poderosos lábios serrilhados de que é provida a extremidade bucal. No ponto em que atingem a mucosa forma-se, às vezes, um abscesso, origem de perfuração, através da qual ele se escapa para o peritoneu. Há descritos casos de perfurações provocadas por ascárides em apêndices cuja parede se encontrava anteriormente íntegra.

O Tricocéfalo também pode perfurar a mucosa com a sua extremidade filiforme. O Oxiuro, que frequentemente, segundo *Brunpt* e outros autores, se nutre de sangue, morde a mucosa, deixando nela um pontuado muito nítido mais ou menos abundante. Devemos referir ainda que o Oxiuro é capaz de penetrar na parede apendicular, como mostram alguns cortes histológicos, e é hoje facto assente que as fêmeas, depois de fecundadas, podem abandonar a extremidade inferior do intestino delgado, seu habitat



Fig. 2—Ovos de *Taenia solium* na cavidade apendicular

corrente, alojando-se mais ou menos profundamente no apêndice, onde fazem a postura e se passa a fase embrionária (*Guillot, Penzo, Lopez Neyra*), compreendendo-se que a presença de um corpo estranho de natureza viva, em plena parede apendicular, não seja inócua e dê origem a uma reacção local.

Outra causa do traumatismo são os movimentos muito vivos dos vermes, bem como o volume, quando aglomerados em grande número.

- b) Infecções secundárias: As efracções da mucosa, determinadas, como acaba de ser exposto ao tratar-se da acção traumática dos vermes sobre o apêndice, abrem uma porta de entrada à inoculação dos agentes microbianos, originando uma reacção flogística do órgão.
- c) Os vermes e seus ovos, quer directamente, por serem numerosos, quer indirectamente pela irritação provocada nos estratos da parede, causam congestão e tumefacção, obturam o lume do apêndice e criam assim a condição de «cavidade fechada», cuja importância não

deve ser menosprezada na fixação, desenvolvimento e exaltação dos germes que normalmente habitam o intestino como saprófitas.

- d) Quer sejam produtos de desassimilação, quer secretórios, é facto geralmente admitido que todos os helmintos produzem substâncias tóxicas.

Estudos muito interessantes, em especial sobre as toxinas ascáridianas, foram empreendidas no Instituto Nacional de Parasitologia de Granada por *Lopez Neyra, Muñoz, Covaleda & Suarez, Montilla & Perales*; investigações experimentais levaram à conclusão da existência, em todos os órgãos do Ascáride, de toxinas de acção altamente excito-motora do tipo espasmódico sobre a musculatura intestinal. Parece-me que esta conclusão é de grande importância, pois contribui para o esclarecimento de certas apendicitealgias violentas que conduzem a intervenções cirúrgicas, não sendo possível, ao exame anátomo-patológico, evidenciar qualquer lesão do órgão.

Em 1939, o Prof. *Amândio Tavares* apresentou às Reuniões do Corpo docente da Faculdade de Medicina do Porto um estudo que incidiu sobre 209 apêndices da colecção do Laboratório de Anatomia Patológica, 11 dos quais continham parasitas, pertencendo três a homens e oito a indivíduos do sexo feminino, de idade compreendida entre os 9 e 44 anos. Todos os apêndices mostravam lesões mais ou menos acentuadas. Desde então deram entrada naquele serviço, para exame, mais 5061 apêndices, também tirados cirurgicamente, a doentes operados a frio, o maior número deles com o diagnóstico clínico de apendicite, isolada ou associada a outras afecções e nos seus variados aspectos: apendicite crónica primitiva, apendicite crónica consecutiva a uma fase aguda, apendicite de recaídas e de evolução entrecortada



Fig. 3—*Taenia solium* na cavidade. Apendicite crónica

de surtos agudos. Encarregado pelo Prof. *Amândio Tavares* de rever a questão, passo a expor os resultados a que cheguei.

De 5270 apêndices, 4408 (83,64 p. 100) apresentavam lesões inflamatórias e em 862 (16,36 p. 100) apenas se reconheciam ligeiras reacções da serosa, ou modificações inerentes à involução do órgão ou não mostravam quaisquer alterações.

Portanto, nas intervenções realizadas nos casos apontados com o diagnóstico de apendicite há uma percentagem de 16,36 em que este não foi confirmado pelo exame histológico. Vem a propósito referir que num trabalho recente de *Joffwells*, em que se estudaram 1000 apêndices extirpados com diagnóstico clínico de apendicite, por 37 categorizados cirurgiões, o exame anátomo-patológico veio mostrar que 257 apêndices não apresentavam qualquer manifestação inflamatória, o que permitiu aos autores concluir que 15 a 20 p. 100 de apêndices são se extirpam por suspeita clínica de apendicite nos centros de boa prática cirúrgica. A proporção acima apontada é, pois, bastante lisongeira para os cirurgiões do Porto.

Encontraram-se vermes e ovos em 4,1 p. 100 dos apêndices do primeiro grupo e só vermes em 1,3 p. 100. Do segundo grupo, 3,5 p. 100 tinham vermes e ovos, e 1,5 p. 100 só vermes.

A análise do quadro junto dá-nos a conhecer que nos apêndices doentes, como nos sãos, a frequência relativa das diversas espécies parasitárias acompanha a estatística deduzida para o estudo geral da parasitose intestinal no Porto pelo Prof. *Amândio Tavares*.

## PARASITOSSES APENDICULARES

Espécies	Vermes e ovos na cavidade		Só vermes	
	Com lesões infl. %	Sem alt. apreciáveis %	Com lesões infl. %	Sem alt. apreciáveis %
Ascáride	52,63	51,61	0,00	0,00
Tricocéfalo	28,94	32,25	66,66	61,63
Oxiuro	16,22	16,12	30,66	38,36
Ténia	2,19	0,00	2,66	0,00

Se considerarmos juntamente a infestação por ovos e parasitas, como fazem *Violeta da Cunha* e *Luís Machado*, ficam à cabeça dessa relação os Ascárides, seguindo-se-lhes os Tricocéfalos e os Oxiuros.

Com efeito, em 275 observações, as percentagens obtidas por aquela autora são, respectivamente 58,9, 48,36 e 0,36 para os Ascárides, Tricocéfalos e Oxiuros. *Luís Machado* encontra as percentagens respectivas de 34,6 e 16,6 para os Ascárides e Tricocéfalos. Porém, desde que se considere apenas a presença do verme no interior do apêndice — como é o caso que nos interessa particularmente — assiste-se a uma transposição das taxas relativas, a favor do Tricocéfalo, cuja frequência se torna a mais elevada, vindo a seguir o Oxiuro vermicular.

A ausência dos Ascárides adultos no apêndice (na nossa estatística), como a sua limitada frequência noutras, comparativamente à dos restantes helmintos, facto frequentemente apontado, parece-me poderem ser atribuídas em parte às grandes dimensões do verme, que torna difícil a sua introdução no lume do órgão.

Do exposto resulta que as nossas conclusões concordam com as que foram publicadas em Portugal pelo Prof. *Amândio Tavares* e *Dias da Costa*, que também se ocupou, em 1945, das relações entre Helmintos e apendicites, consignando a maior frequência do Tricocéfalo. Aquele anátomo-patologista liga-o à maior frequência geral deste parasita nas infestações do Norte do País.

Os nossos resultados não estão de acordo com o que é geralmente admitido, porquanto o Oxiuro é o verme que se tem encontrado mais vezes e, por tal motivo, merecido estudo mais aturado nas suas relações com o apêndice. Assim, na totalidade de apêndices cirurgicamente extirpados, *Lopez Neyra* deu conta da presença de Oxiuros em 41,1 p. 100, *Hernández Lopez & Dominguez Martinez* em 60 p. 100, *Schwartz & Straubb* em 55,5 p. 100, *Rheindorff* em 86,66 p. 100, etc. Para *Riff* e *Reinbac*, a etiologia oxiúrica da apendicite seria tão frequente que se poderia considerar constante.

Em alguns dos diversos apêndices estudados encontramos associadas espécies diferentes de vermes.

O quadro acima inserto mostra-nos ainda a existência de uma proporção muito aproximada de vermes nos apêndices doentes e nos sãos, a demonstrar, uma vez mais, a inocuidade frequente dos vermes quando se localizam no apêndice, sendo um dos elementos invocados pelos patologistas que não admitem a responsabilidade dos mesmos na etiologia dos fenómenos

inflamatórios apendiculares (*Aschoff, Trelle, Kirmisson*, entre mais).

Na verdade, a influência dos parasitas intestinais no aparecimento da apendicite está longe de ser constante, embora em muitos estudos se aponte como notável, já o dissemos. Ao passarmos em revista a casuística das verminoses apendiculares, impressiona-nos a discordância dos resultados obtidos pelos diversos autores, pois alguns apresentam percentagens muito elevadas, enquanto outros mostram números bastante baixos (*Calvo* 4 p. 100, *Hillmann* 2,9 p. 100, a concordar com as nossas observações). A frequência da infestação, tanto no que respeita à espécie como à quantidade, deve estar dependente das condições parasitológicas gerais no local de estudo.

Para concluir: 1.º — Do estudo apresentado parece-me poder admitir que não há lugar para considerarmos a existência de uma apendicite verminosa, como alguns autores pretendem. Para tanto falta-lhe carácter clínico e anátomo-patológico que lhe dê foros de entidade nosológica. 2.º — Não se pode negar o papel importante, compreensível e já bem demonstrado, da acção dos Helmintos, quer como factor etiológico predisponente, pelos traumatismos violentos que provocam, lesando o órgão e abrindo uma porta de entrada à infecção, quer agravando um processo já existente.

Também são de considerar as complicações sérias a que podem dar lugar. A literatura refere frequentes perfurações atribuídas a vermes, o que facilmente se compreende se atendermos à fraca resistência que pode opor uma parede bastante lesada e com focos de necrose à acção traumática do parasita.

Nas condições apontadas, não é grande o interesse da questão no ponto de vista prático, porquanto a atitude terapêutica é sempre a mesma: apendicectomia.

3.º — Pelo contrário, têm muita importância prática as chamadas «pseudo-apendicites verminosas», para as quais *Raillet* também propôs a designação de «apendicismo». Nesta rubrica se colocam todos os casos em que clinicamente o diagnóstico de apendicite se impõe, sem que exista reacção inflamatória do apêndice ileo-cecal. Às vezes a irritação faz-se a distância, determinando síndromos apendiculares unicamente pela presença do parasita no cego ou no íleon (*Flach*); são estes os casos em que uma sintomatologia muito séria parece impor a intervenção de urgência e, não obstante, cede súbitamente à expulsão espontânea de vermes, antes de se proceder à operação. É possível que à génese de tais fenómenos não seja estranha a rica inervação de certos apêndices, como acentuou o Prof. *Amândio Tavares*.

Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto (Centro de Estudos do Instituto de Alta Cultura).

## BIBLIOGRAFIA

- Bell, M. A.* — Ref. in *J. Dis. Children*, 54, pág. 402, 1937.  
*Bérard, L. & P. Vignard* — L'appendicite (étude clinique et critique), 1914.  
*Bergman & Stallin* — Enfermedades del aparato digestivo, Tomo III, pág. 974, 1943.  
*Bohrod, M. G.* — Pathogenesis of acute appendicitis. *Am. Jour. Clin. Path.* 16, pág. 737, 1946.  
*Brumpt, E.* — Précis de Parasitologie, 1927.  
*Costa, Manuel Dias da* — Contribuição para o estudo da parasitose intestinal e apendicite vermicular. *Bol. da Dir. do Serviço de Saúde Militar*, 8, nos 1 a 4, pág. 142.  
*Cunha, Violeta da* — Os parasitas intestinais nas crianças do Porto. *Portugal Médico*, 18, pág. 3, 1934.  
*Eastwood, E. H.* — The relation between oxyuris vermicularis appendicitis and local eosinophilia of the appendix wall. *Brit. Med. Jour.*, 2, pág. 1170, 1922.  
*Dognini, E. & Abba, G. C.* — L'appendicite da ossiuri. *Minerva Pediatrica*, 2, pág. 49, 1950.

- Fernandez, F. — Parasitosis intestinales. 2.<sup>a</sup> Edição, pág. 20.  
 Figueras, I. P. — Apendicitis agudas. 2.<sup>a</sup> Edição, pág. 18.  
 Hillmann, R. W. — Oxyurosis of the appendix. A clinical study of 31 cases. *Brooklyn Hosp. Jour.*, 3, pág. 83, 1941.  
 Ioffe, H. H. & A. H. Wells — Normal appendices in 1.000 appendicectomies. *Ref. in Surg., Gyn. & Obst.*, 84, pág. 334, 1947.  
 López, António I. Torres — Clínica de la ascariidiosis intestinal. *Revista Ibérica de Parasitología*, 8, pág. 113, 1948.  
 López, Enrique Hernández — Importancia de la ascariidiosis en los procesos quirúrgicos del aparato digestivo. *Idem.* 3, pág. 69, 1943.  
 López, Enrique Hernández — Intervenciones quirúrgicas motivadas por la ascariidiosis constituida. *Idem.* 8, pág. 128, 1948.  
 López, H. & I. Dominguez Martinez — Apendicitis y oxiuros. *Idem.* (Vol. de homenagem ao Prof. López Neyra), pág. 316, 1945.  
 Machado, Luís — Helmintos e protozoários entre nós; contribuição para o seu estudo no Porto. Dissertação de concurso. Porto, 1916.  
 Martin, H. & Hans Rosenbusch — Ascariden. Perforation durch den Darm-Fremdkörper. Peritonitis. *Helvetica Paediatrica Acta*, 4, pág. 164, 1949.

- Panissello, F. S., I. A. Giménez & A. Guermich. *Ref. in Am. J. Dis. Children*, 54, pág. 146, 1937.  
 Pytel, A. — Sobre una forma rara de apendicitis por vermes. *Revista de Cirurgia de Barcelona*, 9, pág. 35, 1935.  
 Riff, A. — Contribution pour l'étiologie de l'appendicite. *La Presse Médicale*, pág. 521, 1919.  
 Steven, H. E. — Ascaris in appendix. *The Lancet*, 1, pág. 51, 1934.  
 Symmers, W. C. — Pathology of oxyurosis. *Arch. Pathol.*, 50, pág. 475, 1950.  
 Tavares, Amândio — Helminthiase intestinal e apendicite. *Portugal Médico*, n.º 10, 1939.  
 Tavares, Amândio — As células nervosas ganglionares na apendicite crónica. *Idem.* n.º 6, 1940.  
 Tonneli, L. — Appendicite «ex oxiure» — *Arch. «De Vecchi» per l'Anat. Patol. e la Med. Cl.*, 18, pág. 271, 1952.  
 Tavernier, M. — Fausse appendicite par helminthiase appendiculaire. *Soc. Chir. de Lyon*, 38, pág. 195, 1943.

# O Problema da Infância

(Estudo médico-social sobre a Mortalidade Infantil)

MARIA FRANCISCA DA COSTA ANDRADE

(Médica Pediatra)

*Breves anotações sobre a mortalidade em Portugal e em alguns países europeus cujas condições demográficas mais se aproximam do nosso*

O problema da protecção à infância constitui entre nós, Português, uma das suas mais instantes preocupações, como bem o demonstra a série de medidas profiláticas e outras, de ordem económico-sociais, que têm sido promulgadas pelo Governo em benefício da população portuguesa e particularmente da criança, o que tem contribuído para baixar gradualmente o índice da mortalidade geral.

Contudo, Portugal (Continente e Ilhas Adjacentes), cuja população está representada por 8.490.455 habitantes no Anuário Demográfico de 1951, acusa uma mortalidade em todas as idades de 12,11, o que corresponde a 102.798 mortos, ou sejam 52.366 do sexo masculino e 50.432 do sexo feminino, estando incluídos nestes números a mortalidade infantil, a que fazemos mais adiante referências muito especiais.

Se fizermos o confronto da referida taxa de mortalidade com a de alguns países europeus, cujas condições demográficas mais se aproximam do nosso, verificamos no *Demographic Yearbook (United Nations) de 1951* que ela é na Bélgica 12,5, Dinamarca 8,7, Holanda 7,8, Noruega 4,6, Suécia 9,6 e Suíça 10,5, Portugal ocupa assim o segundo lugar na escala de mortalidade geral. Isto vem indicar que temos de reforçar os nossos meios de acção dentro das nossas possibilidades económicas e financeiras no sentido de fazer reduzir cada vez mais o mencionado índice de mortalidade, que não deixa de ser proporcionalmente elevado em relação com o de alguns daqueles países, afigurando-se-nos indispensável, para conseguirmos obter essa redução, melhorar as condições higiénicas, sobretudo as de ordem doméstica e alimentar, e simultaneamente elevar o padrão de vida numa parte importante da população portuguesa.

*Protecção à grávida e à criança nos períodos pré e post-natal para reduzir os óbitos e melhorar o conjunto de nascimentos. Causas gerais da mortalidade materno-infantil nos mesmos períodos*

Quanto ao problema da mortalidade infantil, há a considerar que metade da população do mundo é actualmente constituída por crianças e jovens com menos de 18 anos e que os números estatísticos demonstram que morre uma criança sobre quatro em baixa idade (Prof. Debré). É certamente por isso que todos os povos civilizados dedicam hoje uma especial atenção ao problema da protecção à infância, existindo na América do Norte uma importante instituição de carácter internacional denominada *International Children's Centre*, cujo fim é auxiliar os diversos países em certas e determinadas

condições nas suas necessidades fundamentais no domínio de protecção à criança.

Assim, dois problemas têm suscitado o seu interesse constituindo a sua mais instantânea preocupação: de um lado, a protecção à grávida e do outro à infância, especialmente à criança de zero aos quatro anos.

De facto, um dos aspectos mais actuais da medicina social da criança é a protecção pré e post-natal que se propõe reduzir o óbito feto-infantil ligado à gestação e ao parto, melhorando as qualidades de conjunto dos nascimentos, pois o ente que precisa de maiores cuidados na fase de simbiose materno-fetal é a futura criança.

É no começo da gravidez que intervem, entre outros factores, o alimentar, dependendo a sua nutrição de mãe, pois é ao nível da placenta que se efectuam as trocas alimentícias. O feto e a placenta são dotados de um metabolismo elevado e ávidos pelas substâncias nutritivas e, assim, todas as deficiências atingem o feto e sacrificam a mãe, tanto sob o ponto de vista da deficiência quantitativa como qualitativa, pois a falta de sais minerais e vitaminas vão originar na futura criança certos estados carenciais que por isso revelam nele grandes dificuldades de adaptação à vida exterior e assim sabemos que a falta de certos sais (cálcio, ferro, fósforo, etc.) revelam precocemente o raquitismo e a anemia. Sucede que em certas regiões existe uma carência de iodo na alimentação da mãe que vai causar no filho o bócio congénito.

A falta de vitaminas, como A, B<sub>2</sub> e D, também pode causar na criança estados carenciais. Tem-se visto em experiências nos animais que a falta daqueles elementos dá origem a fetos com lesões oculares e ósseas.

A nutrição maternal pode sofrer indirectamente com as doenças coincidentes com a gestação, porém sem ser produzida por ela, podendo constituir as causas da mortalidade materno-infantil. Entre estas, citaremos as afecções pulmonares agudas, as cardiopatias, as afecções hepáticas, certos estados patológicos, como o bócio exoftálmico, a diabetes e as infecções que exercem uma acção toxi-infecciosa sobre o feto, como a sífilis, a toxoplasmose e a rubéola. Sem dúvida que a lista de estes agentes ainda é incompleta no capítulo recente das embriopatias, mas é preciso incluí-los nos quadros de prevenção pré-natal. Também não deixaremos de falar sobre a incompatibilidade imunológica entre a mãe e o filho: isoimunização ao factor Rh. Por último teremos que atender às causas da mortalidade materno-fetal que estão ligadas directa ou indirectamente às complicações da gravidez, do parto e do puerpério. Assim surge com frequência em primeiro lugar a infecção puerperal que tende a descer mercê dos meios de luta e profilaxia empregados contra ela, mas as circunstâncias que a provocam são a rotura prematura das bolsas, toques vaginais, complicações obstétricas, operações, falta de higiene na grávida

## BAIXA DE PREÇOS

Novamente os Laboratórios Delta, põem à disposição da Ex.<sup>ma</sup> Classe Médica, a

# DELTACILINA em DOSES,

tornando-a assim, como já fora, a primeira penicilina preferida pela economia das suas embalagens.

<b>Deltacilina</b>	150.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	10\$00
			3 Doses	Esc.	24\$00
	300.000 U. O.			Esc.	12\$50
	400.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	14\$00
			3 Doses	Esc.	40\$00
			5 Doses	Esc.	62\$50
			10 Doses	Esc.	120\$00
	600.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	17\$00
			3 Doses	Esc.	49\$00
			5 Doses	Esc.	77\$50
			10 Doses	Esc.	150\$00
	800.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	20\$00
			3 Doses	Esc.	58\$00
			5 Doses	Esc.	92\$50
			10 Doses	Esc.	180\$00



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

Avenida Elias Garcia — MASSAMA-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

**Um  
novo  
Princípio**

no tratamento da tuberculose

# Paratebin

Combinação de 400.000 U. I.  
de Penicilina-Oxiprocaína  
e 1,0 gr. Dihidroestreptomicina

Introdução da  
**Penicilina-Oxiprocaína**  
como **Tuber-  
culostático**

Intensificação da terapêutica pela estreptomicina

Diminuição do perigo de resistência

Eliminação das infecções mistas

CHEMIE *Grünenthal* GMBH / STOLBERG IM RHEINLAND  
ALEMANHA

REPRESENTANTES: PARACÉLSIA LIMITADA

SEDE: RUA GÂNDIDO DOS REIS, 130-PORTO-TELEF. 22042/3 — FILIAL: RUA DO CARMO, 69-2.º-D.TO.-LISBOA-TELEF. 34715

e da parturiente, factores sociais, etc. Ocupam o segundo lugar as gestoses, estando incluídas nestas a eclampsia que tem uma influência tóxica sobre o feto.

Continuando na ordem decrescente as mortes por hemorragia, nas quais figuram em primeiro lugar as produzidas pela placenta prévia, o desprendimento prematuro da placenta normalmente inserta, o que não é um acidente muito frequente mas conduz à mortalidade materno-infantil em 50% dos casos. As distócias, que constituem um factor de traumatismo obstétrico para o recém-nascido e o uso inconsiderado de analgoanestésicos e de ocitócicos, não só sacrificam a mãe como também a criança e que são a causa da anoxia, um dos factores de mortalidade infantil.

Além disso, há outras causas e circunstâncias que simultânea e igualmente influem na mortalidade infantil. Entre estas citaremos o aborto provocado, a idade da gestante, a primípara porque nela há mais frequência de distócias, duração de trabalho e possibilidade de infecção e a natureza da profissão, porque esta pode variar a percentagem da mortalidade. Todos estes factores devem ser postos em equação e apreciados para se limitar o efeito funesto da mortalidade materno-fetal, isto é, há que prestar uma atenção adequada à gestante e à mãe em primeiro lugar e em seguida à criança, cuja resistência e vigor estão dependentes dos cuidados pré-natais, pois sabemos que a maioria das causas de nado-mortalidade e de mortalidade infantil se filiam em quatro grupos de doenças.

Primeiramente, a partir do primeiro mês de vida os transtornos do aparelho digestivo são responsáveis na maior percentagem da mortalidade infantil. Temos em seguida as doenças peculiares à primeira infância, tais como as lesões ao nascer e outras, sendo estas mortes mais frequentes nas crianças menores de um mês. Em terceiro lugar as doenças do sistema respiratório e por último as doenças infecto-contagiosas que contribuem com uma alta percentagem na mortalidade infantil, porém menor que as produzidas por outras causas mencionadas anteriormente.

*Índice de mortalidade materno-infantil de zero a um ano e de um a quatro anos em Portugal e alguns países anteriormente citados. Foi de 55,53 a baixa dessa mortalidade por ‰ no nosso País no período compreendido entre o ano 1951 e o quinquénio 1930-1934. Doenças predominantes que mais contribuíram para a dita mortalidade.*

Assim se confrontarmos os índices de mortalidade infantil mencionados nos quadros que se seguem com o que se passa no nosso País em relação às crianças falecidas com menos de um ano e de um a quatro anos, pois que é nestes dois períodos que se dá a maior mortalidade, chegamos à conclusão de que se torna necessário fazer um estudo detalhado sobre as suas causas para podermos defender eficazmente a população infantil do nosso território, dedicando-lhe uma vigilante protecção e socorros em todos os seus pormenores, esforçando-nos por levar ao conhecimento da mulher em geral e da mãe em especial, por meio de uma propaganda persistente e disciplinada, as noções indispensáveis de medicina e de higiene, especialmente a de natureza alimentar, para que elas possam criar os pequenos seres sãos e resistentes aos males que presentemente as vitimam em tão alta percentagem.

## TAXAS DE MORTALIDADE DE CRIANÇAS POR ‰ DE 1 a 4 ANOS DE IDADE

Mapa n.º 2 (b e c)

	Bélgica	Dinamarca	Holanda	Noruega	Portugal	Suécia	Suíça
1946	—	125	46	10.8	—	1.6	2.8
1947	31	100	2.5	9.4	14	1.5	2.5
1948	2.6	76	2.0	7.7	18	1.3	2.2
1949	2.2	7.6	1.9	6.9	—	—	2.2
1950	1.9	—	—	—	—	—	—
Média	2.45	9.42	2.75	8.7	16.5	1.46	2.42

(b) Este quadro está incompleto pois apresenta falhas de elementos estatísticos provenientes de origem (D. J. U. N. 1951) as quais provavelmente serão supridas nas publicações futuras.

(c) Seria de muita utilidade para os estudos de medicina social que se introduzisse no nosso Anuário Demográfico—que aliás é uma obra modelar no género—um novo agrupamento estatístico constituído por crianças de 1 a 4 anos e respectiva taxa de mortalidade, pois que o índice de mortalidade infantil neste período começa a decrescer desde 1 ano em diante, especialmente até aos 4 anos, em que a criança sai da Escola Maternal e entra no período pré-escolar, o qual em alguns países europeus e americanos é feito nos jardins da infância, nas localidades onde eles existem.

Analisando os dados estatísticos registados nos referidos quadros verificamos que a maior mortalidade se produz em crianças com menos de 12 meses e que é devido à acção persistente e cuidadosa das estações oficiais e das agremiações da especialidade existentes que ela vai baixando gradualmente de ano para ano. Igualmente ficamos sabendo que o nosso País é o que apresenta uma maior taxa de mortalidade em relação às nações mencionadas, sendo respectivamente de 144,63 e 107,1, as médias dos dois quinquénios considerados de 1930-1934 e 1946-1950, mas também é certo que a redução dessa taxa média de mortalidade no segundo quinquénio foi de 37,53 ‰ superior à obtida por qualquer daqueles países, como se verifica no mapa referido n.º 1.

Se, porém, fizermos o confronto entre o índice de mortalidade 89,1 de 1951—o mais baixo registado até hoje no Anuário Demográfico—com o índice médio de mortalidade do quinquénio 1930-1934, reconhecemos que ele tem baixado anualmente, tendo sofrido uma redução de 55,53 ‰ no período de 17 anos. Estes bons resultados podem ser atribuídos à acção benéfica das instituições de protecção à criança (Instituto Maternal e suas dependências, Dispensários, Maternidades, Creches, Lactários, Postos de infância, etc.) que se encontram disseminados pelo País, e, em grande parte, também, à difusão de medidas médico-sociais que nestes últimos anos têm sido aplicadas no Continente e Ilhas Adjacentes.

Assim é lícito esperar que o problema da mortalidade infantil, que tem sido e continua a ser o nosso pesadelo, venha a ser solucionado num futuro mais ou menos próximo, se a iniciativa oficial, auxiliada pela assistência privada, continuar

## TAXAS DE MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL DE ZERO A 1 ANO POR ‰

Mapa n.º 1 (a)

	1930	1931	1932	1933	1934	Média	1946	1947	1948	1949	1950	Média	Redução de mortalidade no quinquénio 1946-1950	1951
Bélgica	99.5	89.3	93.6	92.	82.5	91.38	74.8	68.7	59.1	57.2	59.2	63.8	27.58	
Dinamarca	79.6	81.4	73.3	67.6	64.4	73.06	45.8	40.4	35.3	34.5	30.7	37.35	35.71	
Holanda	50.9	49.6	46.3	43.9	42.6	45.4	38.7	33.5	29.3	26.8	25.2	30.3	15.1	
Noruega	45.6	46.3	46.8	47.6	39.3	45.12	34.6	34.5	29.6	27.7		31.6	13.52	
Portugal	143.57	140.64	146.56	148.53	143.89	144.63	119.4	107.3	100.2	114.5	94.1	107.1	37.53	89.1
Suécia	54.7	56.6	50.7	49.5	47.2	51.74	26.5	25.4	23.2	23.7	20.5	23.86	27.88	
Suíça	50.8	49.4	51.0	47.8	45.7	48.94	39.2	39.3	35.9	34.3	31.1	35.96	12.98	

(a) Este mapa foi organizado com os números estatísticos colhidos no *Demografie Year book (United Nations) 1951*, com excepção dos referentes a Portugal que foram tirados do nosso Anuário Demográfico do mesmo ano.

a desenvolver dentro dos limites indispensáveis os referidos organismos de protecção à eriança e intensificar a aplicação das medidas higiénico-sociais, especialmente nas terras da província.

Do estudo que acabamos de fazer chegamos à conclusão que na Bélgica, Suíça, Holanda, Suécia, Noruega, predominam as doenças infecciosas (coqueluche, gripes, meningite), vindo em segundo lugar as do aparelho digestivo e a seguir as do perigo congénito (debilidade congénita, prematuridade, vícios de conformação, traumatismo obstétrico, asfixia, ataleatazia, etc.) e por último as doenças do aparelho respiratório (pneumonias, tuberculoses pulmonares, etc.).

Passando agora a consultar o anuário demográfico português de 1951 observamos que os óbitos infantis, segundo as causas que os provocam entre as crianças de zero a quatro anos de idade estão em primeiro lugar os transtornos do aparelho digestivo, vindo em seguida as do perigo congénito, depois as doenças do aparelho respiratório (pneumonias, tuberculose, bronquites, gripe) e por último as do sistema nervoso (lesões intercranianas de origem vascular, sífilis, etc.) e as dos órgãos dos sentidos.

A mortalidade do primeiro mês vem demonstrar que está em primeiro lugar o perigo congénito, a seguir na altura dos quatro aos cinco meses em que se faz a passagem da alimentação do lactante ao regime mixto e também quando é desmamado definitivamente, em geral aos doze meses, e como nestas fases a criança precisa para o seu normal metabolismo de sais, proteínas, lipoides, vitaminas, há que fornecer-lhes em devidas proporções estes elementos do exterior a fim de evitar os perigos e transtornos de nutrição e infecção que se prolongam até à idade escolar.

Do nosso citado anuário demográfico de 1951 extraímos os seguintes elementos que justificam todas as nossas asserções anteriores:

	Menos de um ano	Menos de um mês	Quatro a cinco meses	Um ano	Dois a quatro anos
<b>Número total de doentes</b>	18.521	6.612	3.351	4.994	
<b>Debilidade congénita, vícios de conformação, nascimentos prematuros</b>	6.054	4.485	294	209	
<b>Diarreia e enterites</b>	5.613	483	1.541	2.014	
<b>Pneumonias</b>	2.412	392	594	848	622
<b>Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos</b>	610	124	157	173	
<b>Bronquites</b>	365	65	73	125	
<b>Diarreia</b>	—	—	—		882
<b>Todas as tuberculoses</b>	—	—	—	—	386
<b>Nefrites</b>	—	—	—	—	239

Doenças predominantes

Considerando agora a mortalidade infantil pelos vinte e dois distritos de que constam o Continente e Ilhas Adjacentes se vê que ela predomina no Porto (5.577 óbitos), Braga (3.319), Lisboa (2.404) e naqueles onde a mortalidade é menor são a Horta (98 óbitos), Angra do Heroísmo (392), Portalegre (435) e Évora (488 óbitos).

*Necessidade da grávida ser sempre examinada durante a gestação pelo obstetra e da criança ficar sujeita na primeira infância ao exame médico sob o ponto de vista higiénico. Há que estabelecer novas medidas sanitárias e desenvolver e intensificar a aplicação da nossa excelente legislação sobre a assistência à maternidade e à infância.*

Desta nossa exposição chegamos à conclusão de que as causas da mortalidade infantil no primeiro mês estão ligadas às doenças da gravidez e que no primeiro até aos quatro anos são mais de ordem sanitária, tais como: a falta de higiene domiciliária, da habitação e do centro urbanístico, o baixo nível económico e cultural do nosso povo, o desconhecimento da parte da mãe e do agregado familiar dos preceitos por vezes mais rudimentares de medicina e higiene e, particularmente, a irregularidade nos abastecimentos dos alimentos e em especial o abandono precoce do aleitamento natural. E principalmente nas classes populares mais modestas, onde predomina a ignorância e o pauperismo e a alimentação está abaixo do nível normal, é maior a mortalidade do que nos outros sectores populacionais, sendo as crianças com bastante frequência atacadas de raquitismo e de avitaminose do complexo B.

Para combatermos eficazmente todas estas causas é preciso desenvolver algumas medidas de carácter sanitário e económico e sobretudo há que intensificar e fiscalizar convenientemente a aplicação da nossa excelente legislação sobre a assistência à maternidade e à infância; promover uma mais estreita colaboração e unidade de vistas entre os diversos estabelecimentos oficiais da especialidade, sobretudo com o fim de coordenar e assim evitar a dispersão de esforços; bem como chamar a colaborar connosco para reforçar os nossos meios de acção as organizações internacionais bem conhecidas F. A. O., O. M. S. e F. I. S. E., as quais têm prestado e continuam a prestar auxílios desinteressados a muitos países europeus e ultramarinos em benefício da população infantil.

Além disso, há também que notar que muitos dos factores mencionados como causas de mortalidade materno-infantil poderiam ser eliminadas se a grávida fosse sempre examinada durante a gestação pelo obstetra e houvesse na altura do parto uma estreita colaboração entre ele e o puericultor e que a criança na primeira infância fosse seguida sob o ponto de vista higiénico.

Antes de terminar, não deixaremos de repetir que muito se tem feito, na verdade, nestes últimos anos no nosso país sob o ponto de vista sanitário em benefício da grávida e da infância, mas muito resta ainda por realizar neste vasto campo de assistência, particularmente no que diz respeito a protecção à criança de zero aos quatro anos, cuja mortalidade é, como vimos, relativamente pesada. Devemos ter sempre presente que a população infantil é, incontestavelmente, o nosso capital mais precioso, à qual devemos dispensar todo o nosso carinho e desvelada atenção para a tornarmos sadia e vigorosa, porque ela representa o germen criador e constitutivo da perpetuidade da raça Portuguesa.

## Secção de Farmacologia e Terapêutica Experimental

(Universidade de Catania)

## Evolução da avitaminose C, modificada pelo tratamento com o ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico

G. DI MAGGIO

Numa série de investigações, estudei o efeito do ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico no decurso do bérberi experimental, e verifiquei que esta substância, administrada «per os», quer antes (Di Maggio, 1949) quer depois (Di Maggio, 1950) do aparecimento dos sintomas do bérberi, inibe a hiperglicemia beribérica e prolonga consideravelmente a vida dos pombos alimentados somente com uma dieta de arroz.

É sabido que a importância fisiológica de um bio-regulador não deve ser considerada somente sob o ponto de vista das atribuições funcionais que lhe pertencem, considerado como simples entidade, mas também como uma expressão mais ampla de conexões interdependentes entre os diversos bioreguladores do regimen total do organismo, no qual eles se encontram em equilíbrio funcional para o desenvolvimento dos processos vitais.

Uma alteração que diz respeito a um desses biofactores, pode condicionar, por modificação de tais relações, um desequilíbrio mais profundo, extensivo também a outros factores do sistema.

O interesse de tal consideração é grande, especialmente pela repercussão de ordem dietética e terapêutica.

Demorando-nos um pouco sobre a matéria das vitaminas, acerca das quais são bem conhecidas as contribuições notáveis de Di Mattei (1930), vemos que estas influências recíprocas foram largamente documentadas por muitos autores [(Harris e Moore, indicadas por Bisceglie (1948)], Bisceglie (1941), Kuhnan (1943), Mitolo (1936, a), Szent-Gijorgyi (1935) e outros. Além disso, estas conexões foram estudadas em tal extensão que, hoje, é possível tratar do aspecto quantitativo do problema das correlações intervitamínicas.

No que respeita, em particular, à influência exercida pelos factores do complexo vitamínico B, no decurso do escorbuto experimental, Mitolo (1936, b) demonstrou que, pela administração de um excesso de complexo B a cobaios alimentados com dieta escorbútica, se provocava uma atenuação dos sintomas de escorbuto, e os animais tinham uma vida mais longa.

Quanto ao homem, também, este Autor (1942) pôs em evidência uma acção protectora exercida pela vitamina B<sub>1</sub> em relação à vitamina C. Foram obtidos os mesmos resultados no campo experimental por Mangano (1939). Recentemente, Sessa (1948) mostrou que, em cobaios intoxicados pelo benzoil, a eliminação urinária do ácido ascórbico diminuía quando se ministrava aos animais tiamina.

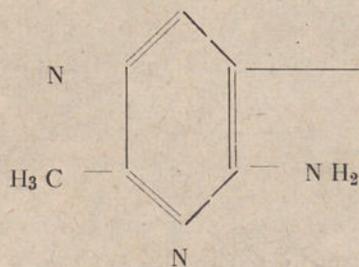
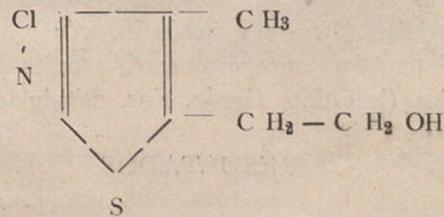
Highet e West (1946) observaram efeitos tóxicos em cobaios com escorbuto, produzidos por grandes doses de tiamina ministrada por via oral. Verificou-se que tais efeitos não pareciam ser de carácter escorbútico; eram irreversíveis, e os animais morreram inevitavelmente.

Pruter, Oshima e colaboradores, Strager (ref. por Bisceglie, 1948) e Kasahara e colaboradores (1939), referem, pelo contrário, que a tiamina, administrada em grandes doses a cobaios escorbúticos, provoca um efeito retardador no aparecimento de sinais escorbúticos e uma alteração no respeitante à sua entidade.

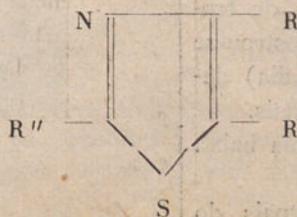
De Felice, Gargasole e Demajo (1948) estudaram a influência de doses progressivas quer de tiamina quer de ácido paraminobenzóico no escorbuto experimental, e verificaram que estes compostos, dados em pequenas doses, exercem um efeito protector contra o curso da avitaminose C; em dose mais elevada, tal efeito não foi muito evidente. Foram obtidos os mesmos resultados quer com a administração de amida nicotínica [De Felice (1949, a), Spies, Vilter e Ashe (1939)] quer com piridoxina, ainda que em limitada extensão [De Felice (1949, b)].

Cimino (1947) verificou que, pela administração de dietas muito desequilibradas em ácido ascórbico, sobrevinha uma baixa notável de riboflavina dos tecidos.

Atendendo às circunstâncias descritas acerca da interacção dos vários bioreguladores, e, particularmente, à influência exercida pela vitamina B<sub>1</sub> no decurso do escorbuto experimental, achei interessante investigar quais as substâncias que apresentam na sua estrutura, metade da molécula de aneurina

C H<sub>2</sub>

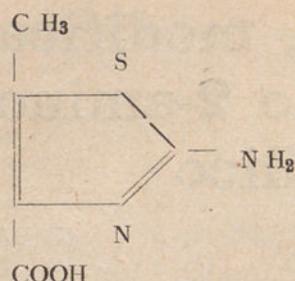
S



S

e que mostrem ser biologicamente activas na avitaminose B<sub>1</sub> e influenciar o curso de outras avitaminoses.

Estudei, assim, a acção do ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico:



no escorbuto experimental.

Por outro lado reconheci utilidade em dar esta substância em doses progressivas, com o objectivo de poder descobrir, também, as suas influências quantitativas eventuais.

Sobre este assunto, nenhum trabalho foi registado até ao presente, na literatura.

### PROCESSO EXPERIMENTAL

As minhas pesquisas foram conduzidas em 13 grupos de cobaios adultos, pesando cada um uma média de 300 gr. Cada grupo incluía 6 animais. O primeiro grupo foi alimentado, somente, com uma dieta escorbútica, e conservado para controle. Para estas provas usei a dieta escorbútica de Lomba e Randoin, como segue:

Feijão, 84 gr. Utilizei feijões brancos e secos, cozidos durante uma hora, em recipiente aberto. Depois de arrefecerem foram amassados homogêneamente com Fermento seco em pó, 3 gr.; Manteiga, 4,5; Cloreto de sódio, 1,5; Lactato de cálcio, 5; Agaragar em pó, 2; Total, 100.

Outros 6 grupos de animais foram alimentados com a mesma dieta escorbútica, e tratados com ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico, sob a forma de sal de sódio, em solução aquosa.

Foi administrado em doses de 0,0083,—0,0166—0,1—1—10—20 mgr. por 100 gr. de peso do corpo, respectivamente, dadas de uma só vez, diariamente, de manhã, antes da administração da dieta por via oral.

Os restantes 6 grupos foram tratados pelo mesmo processo, e com as mesmas dose de ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico, respectivamente, mas alimentados normalmente (verduras e farelo).

A respectiva alimentação foi administrada «ad libitum» aos vários grupos de animais e renovada sempre duas vezes por dia (8 h. da manhã e 6 h. da tarde). A cada grupo foi permitido beber água à vontade.

Todos os animais eram examinados diariamente para determinar os sintomas apresentados eventualmente, e pesados nos mesmos dias. Fez-se a autópsia após a morte e foram preparadas, também, sucessivamente, secções histológicas de vários tecidos (intestino, fígado, rins, glândulas supra-renais).

### RESULTADOS

Observou-se que: Os animais alimentados somente com dieta escorbútica mostravam desde os primeiros dias de tratamento, diminuição progressiva do peso, o pelo mostrou-se eriçado ao 16.º dia, e sucessivamente (ao 18.º e 20.º dia) desenvolveram-se dores articulares e hemorragias intestinais.

Os cobaios morreram depois de 24 dias, com uma baixa de cerca de 8% do seu peso inicial.

À autópsia foram encontrados os sinais habituais do escorbuto.

Quanto a lesões histológicas verificou-se particularmente o seguinte:

Glândulas supra-renais com intensa hiperemia, derrames hemorrágicos difusos, e dilatação dos sinusóides (fig. 1).

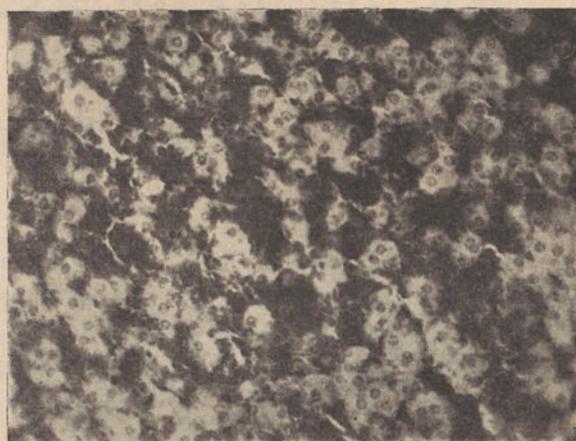


Fig. 1 — Glândula suprarenal. Cobaio alimentado somente com dieta escorbútica: intensa hiperémia, infiltrações hemorrágicas difusas e dilatação dos sinusóides.  
Col. Hematoxilina-eosiva  
Oc. 4 c; obj. 6

Os rins com numerosos focos hemorrágicos nas zonas medular e cortical; além disso, verificaram-se sinais de tumefacção turva que lesavam o epitélio tubular (fig. 2).

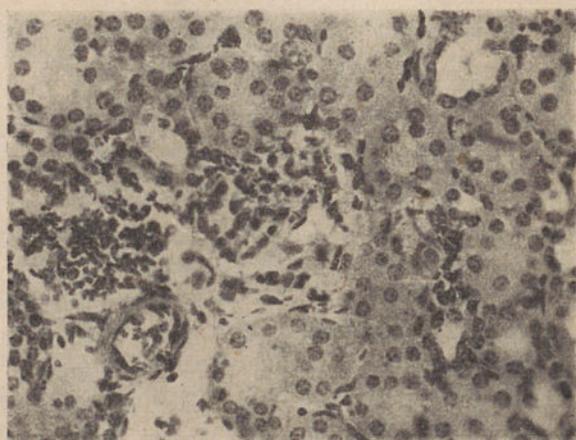


Fig. 2 — Rim. Cobaio alimentado somente com dieta escorbútica: zonas hemorrágicas, sinais de tumefacção turva lesando o epitélio tubular.  
Col. Hematoxilina-eosina  
Oc. 4 c; obj. 8

Fígado com sinais de necrobiose, destruindo alguns grupos de células hepáticas, e congestão com pequenos focos hemorrágicos (fig. 3).

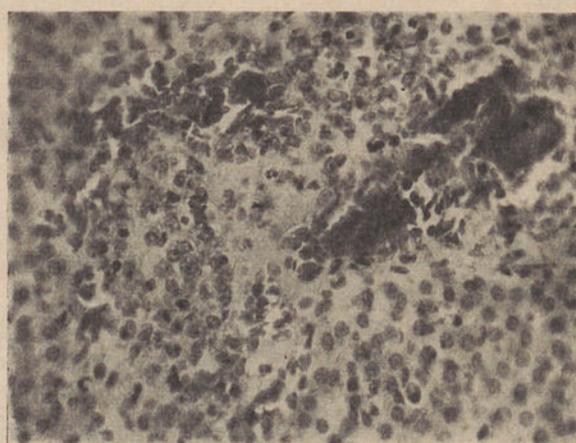


Fig. 3 — Fígado. Cobaio alimentado somente com dieta escorbútica: sinais de necrobiose, congestão e zonas hemorrágicas.  
Col. Hematoxilina-eosiva  
Oc. 4 c; obj. 8

Quando se dava, também, aos animais alimentados com dieta escorbútica, ácido tiazol na dose de 0,0083 mgr. por 100 gr. de peso do corpo, o curso da avitaminose não mostrava ser apreciavelmente influenciado em alguns dos seus sintomas, relativamente ao que acontecia com os animais de controle. Subindo ad õse para 0,0166 por 100 mgr. de quilo de peso, o diagrama do peso do corpo é favoravelmente influenciado.

O peso, de facto, em vez de diminuir, começou a aumentar gradualmente quase desde os primeiros dias de tratamento e atingiu ao 16.º dia, um aumento de cerca de 5%, comparado com o peso inicial. Sucessivamente, o peso diminuiu, e, à morte (no 25.º dia), apareceu reduzido cerca de 9% em relação ao primitivo.

O curso dos outros sinais mostrou não ser diferente qualitativamente do que foi observado nos animais de controle, mas aparecia mais atenuado quantitativamente.

Pela administração de 0,10 mgr. o aumento do peso verificou-se dum modo mais marcado. Atingiu no 16.º dia valores mais altos (quase 29% dos iniciais), e manteve-se em níveis bastante elevados ainda (18%) até ao 20.º dia. Sucessivamente, o peso baixou gradualmente (no 30.º dia), para os valores iniciais, e, à morte, os animais mostravam ter diminuído quase 5% em relação com o peso inicial.

Os cobaios viveram 35 dias, e durante todo este tempo os sinais de escorbuto verificaram-se muito levemente. O aspecto anatomo-patológico mostrou-se, também, profundamente diferente do observado nos animais de controle.

De facto, relativamente às supra-renais, verificou-se que a dilatação sinusóide era muito menor, com limitadas zonas hiperémicas e alguns centros hemorrágicos (fig. 4), enquanto

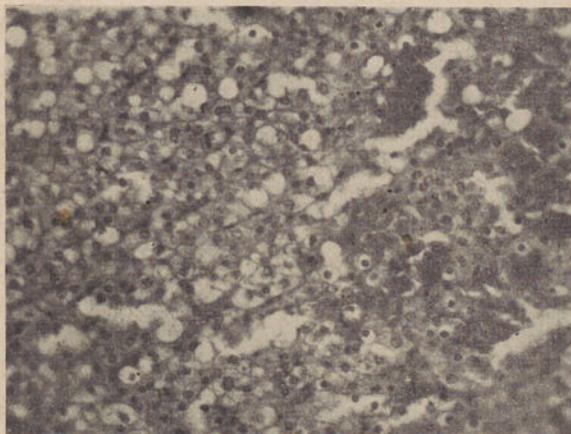


Fig. 4 — Glândula suprarenal. Cobaio alimentado com dieta escorbútica e tratado com ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico: ligeira dilatação dos sinusóides, zonas hiperémicas e alguns centros hemorrágicos.

Col. Hematxilina-eosiva  
Oc. 4 c; obj. 4

os rins (fig. 5) e o fígado (fig. 6) mostravam não ter sido lesados apreciavelmente.

Pela administração de 1 mgr. o peso dos cobaios aumentava gradualmente até ao 6.º dia (quase 7% em relação com o inicial). Depois baixava, e, à morte dos animais (29.º dia), verificou-se que tinha baixado cerca de 13% do peso inicial. Os sinais funcionais e as lesões anatomo-patológicas do escorbuto nestes animais, eram menos consideráveis, somente quantitativamente, do que as observadas nos cobaios não tratados com tiazol.

Quando a ração de tiazol administrado foi elevada para 10 mgr., o peso dos animais baixou intensa e gradualmente, desde os primeiros dias de tratamento, atingindo à morte (depois de 20 dias de experiência) uma perda de quase 20% em relação ao peso inicial.

Os sintomas do escorbuto, observados tanto em vida como na autópsia, não provaram diferença alguma apreciável dos dos animais de controle. A mesma observação se confirma pelo exame das lesões histológicas.

Pelo aumento da ração de tiazol administrado (20 mgr.), a perda de peso do corpo mostrou ser ainda mais notável

(quase 25%, relativamente ao peso inicial), e o tempo de sobrevivência ulterior, reduzido (morte no 23.º dia). Os sinais funcionais, as observações da autópsia e as lesões anatomo-patológicas do escorbuto, mostraram ser muito notáveis.

Os cobaios alimentados com ervas e farelo, e aos quais foi dado, em várias doses, ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-car-

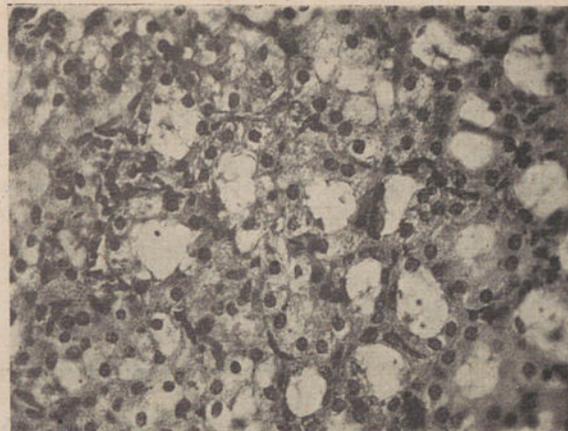


Fig. 5 — Rim. Cobaio alimentado com dieta escorbútica e tratado com ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico: nenhuma lesão apreciável.

Col. Hematxilina-eosiva  
Oc. 4 c; obj. 8

boxílico, não revelaram apreciáveis sintomas, durante todo o tempo da experiência.

Estes animais, mortos, respectivamente, nos mesmos dias em que morreram os animais alimentados com dieta escorbútica e ácido tiazol, mostraram considerável aumento do seu peso (quase 35% em relação ao peso inicial).

#### DISCUSSÃO

Destes ensaios se pode verificar que se torna evidente, desde os primeiros dias de tratamento, o papel do ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico, nos valores do peso do corpo dos animais, durante o escorbuto.

Pequenas doses desta substância (0,0166 mgr.), exercem somente um efeito retardador sobre a perda de peso; doses maiores (0,1 mgr.) reduzem também a perda de peso do corpo. Este facto parece ter alguma importância, especialmente

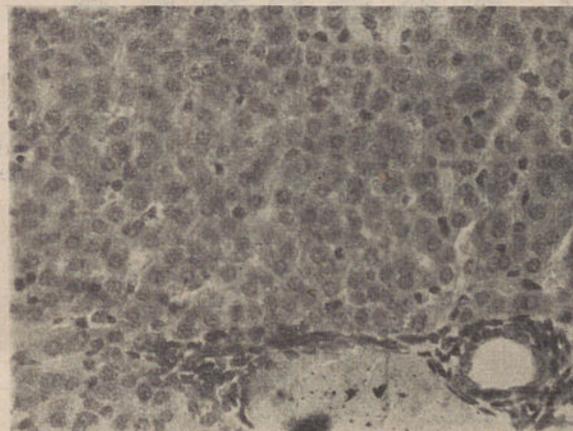


Fig. 6 — Fígado. Cobaio alimentado com dieta escorbútica e tratado com ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico: nenhuma lesão apreciável.

Col. Hematxilina-eosiva  
Oc. 4; obj. 8

se se considera o efeito útil que os bioreguladores desempenham, em geral, nos processos metabólicos do organismo.

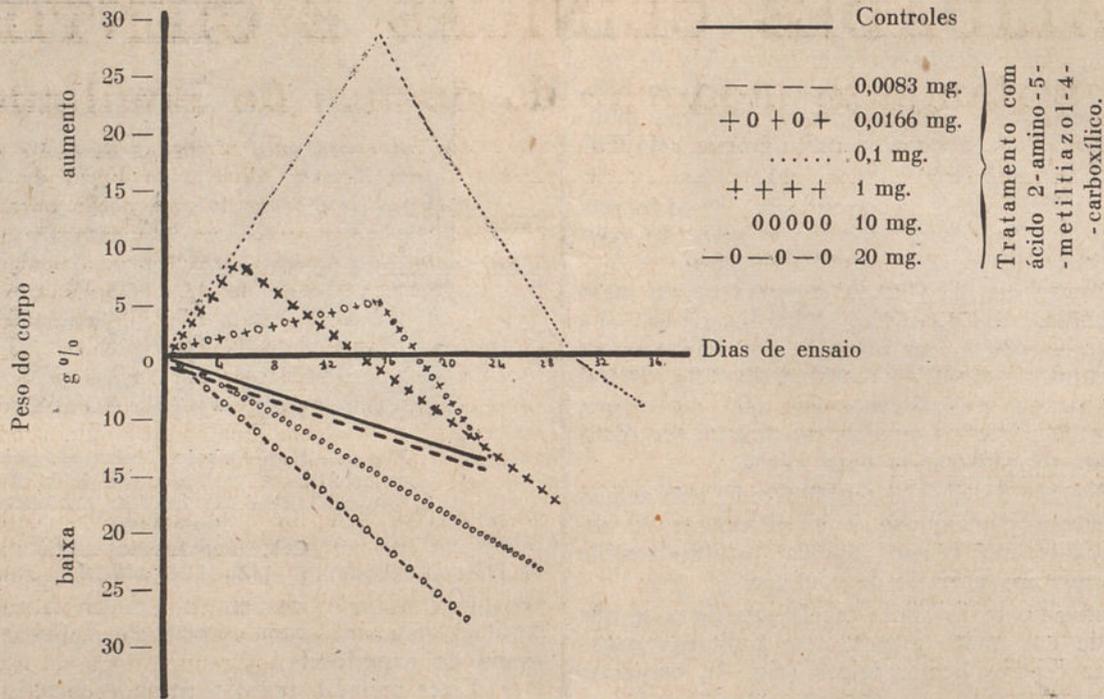
As lesões funcionais e anatomo-histo-patológicas aparecem atenuadas, já com a dose de 0,0166 mgr. O tempo de sobrevivência começa a ser positivamente influenciado por uma dose maior (0,1 mgr.), pela qual o curso e os sinais de escorbuto aparecem profundamente atenuados. Todos os efeitos positivos referidos parece não serem mais evidentes com o aumento progressivo de ração de tiazol administrada.

Quanto ao mecanismo pelo qual o ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico mostra a sua influência no curso das avitaminoses C, parece possível pensar num efeito retardador contra a eliminação da vitamina C, ou então num efeito útil, relativamente às reservas desta vitamina. Os efeitos mencionados supra, podem ser devidos, quer ao próprio ácido tiazol, quer ao facto desta substância poder condensar-se para a sin-

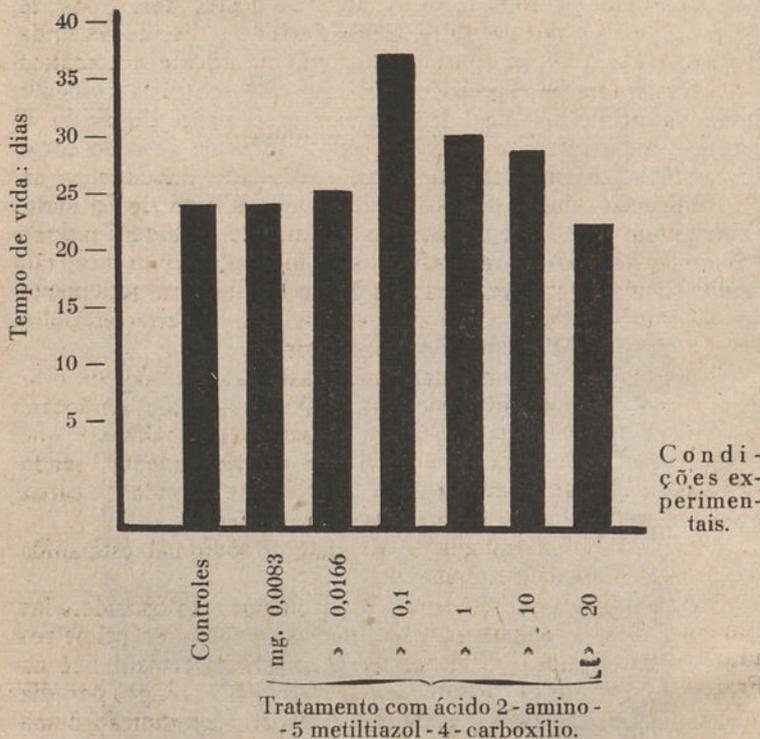
2) Tal influência parece ser modificada pelas variações nas doses de tiazol administrado.

Pequenas doses, de facto, contribuem para exercer alguma acção protectora contra o curso desta avitaminose, enquanto que com doses maiores tal efeito não é mais evidente.

A dose que deu melhor efeito foi 0,1 mgr. por 100 gr. de peso do corpo.



Quadro 1 — Variação do peso do corpo dos animais alimentados com dieta escorbútica e tratados com ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico.



Quadro 2 — Quadro comparativo do tempo de vida dos animais escorbúticos e dos tratados com ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico.

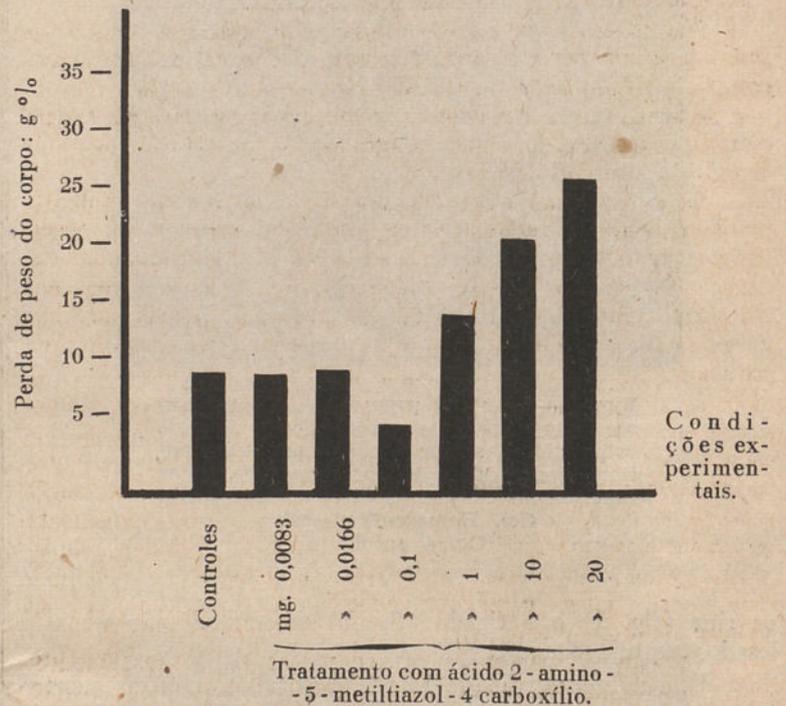
teses da aneurina, ainda que numa extensão limitada tanto pelo aparecimento da reacção, como pelas capacidades do organismo.

O comportamento da vitamina C e o curso da sua eliminação nos animais aos quais se administra ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico, é relatado numa comunicação ulterior.

CONCLUSÕES

Do âmbito das investigações citadas, parece poder concluir-se:

1) O ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico modifica o curso do escorbuto experimental.



Quadro 3 — Quadro comparativo do peso à morte dos animais tratados com dieta escorbútica e com ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico.

3) Parece, no entanto, natural, pensar que entre ácido 2-amino-5-metiltiazol-4-carboxílico e ácido ascórbico pode admitir-se — ainda que dentro de certos limites — a existência duma correlação biológica, sob o ponto de vista quantitativo.

Tal observação pode, por um lado, pelo menos no que respeita a esta série de resultados obtidos, justificar a orientação do trabalho por mim realizado. Por outro, relembrar — pelo menos no respeitante ao aparecimento de certos fenómenos análogos — as relações de interdependência e o aspecto quantitativo das interacções entre os bioreguladores.

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### O tratamento moderno da doença de Bouillaud

«Revue Medicale de la Suisse Romand» (Janeiro de 1953) publicou um artigo sobre a doença de Bouillaud, do qual damos a seguir o que mais interessa.

O autor, Prof. Bickel, catedrático de terapêutica da Faculdade de Medicina de Genebra, começa por dizer que o termo da doença de Bouillaud é usado como homenagem ao autor da primeira descrição anatomoclínica do «reumatismo poliarticular» agudo e também porque é hoje evidente que esta afecção pode evoluir, com os seus caracteres morfológicos e biológicos típicos, na ausência de qualquer participação significativa das articulações. Os autores anglo-saxões reservam-lhe, por esta razão, a denominação de «febre reumatismal».

A doença de Bouillaud ocupa um papel de primeiro plano na patologia do adulto, sendo um ponto de partida, tanto nas suas formas ligeiras e inaparentes como naquelas que se apresentam com uma grande agressão articular, da maior parte das cardiopatias valvulares da idade madura. Sabe-se que estas são o resultado frequente dum ataque reumatismal tórpido da infância ou da adolescência e que a cardite reumatismal, com os seus nódulos de Aschoff característicos, pode evoluir de maneira independente, traduzindo-se exclusivamente por uma febre relativamente pouco elevada, acompanhada de anomalias electrocardiográficas móveis, e contrastando com uma aceleração excepcionalmente rápida da velocidade de sedimentação globular.

Na nossa época, caracterizada pelo desenvolvimento rápido da quimioterapia anti-infecciosa, a doença de Bouillaud, embora a sua origem microbiana não possa ser negada mesmo por aqueles que a consideram como uma reacção de ordem estritamente alérgica, pouco beneficiou da introdução das sulfamidas e dos antibióticos.

Estes exercem sobre ela um efeito preventivo evidente, provavelmente porque livram a cavidade buco-faríngea de estreptococos hemolíticos cujas toxinas e fermentos comandam as manifestações hiperérgicas da doença. As mesmas medicações são, pelo contrário, desprovidas de qualquer eficácia real nas crises agudas da afecção, o que, como veremos mais longe, não exclue totalmente a sua utilidade nestes estados.

A terapêutica da febre reumatismal, para ser realmente eficaz, não deve limitar-se a uma crise passageira — aquela que merece precisamente a denominação de reumatismo articular agudo — mas antes a uma doença de longa duração, tórpida, susceptível de recidivar não somente sob a forma duma crise aguda bem caracterizada, mas também sob o aspecto de episódios atípicos e imprecisos, no curso dos quais se formam insidiosamente lesões valvulares postas em evidência por um exame fortuito ulterior.

Isto quer dizer que é preciso considerar separadamente: (I) a fase aguda da doença; (II) o estado de actividade crónica e (III) os períodos de inactividade.

#### I — FASE AGUDA

Esta fase exige um repouso completo no leito e uma alimentação equilibrada, com adição de vitaminas e ferro, este último agindo como constituinte de certos fermentos celulares e também pelas suas propriedades antianémicas. A hospitalização do doente, raramente efectuada em nossos dias, é certamente preferível, porque permite exames electrocardiográficos em série, revelando precocemente a agressão eventual do miocárdio. Esta agressão existe, segundo experiências de diversos especialistas, em mais de 90 por cento de casos. Permite ainda uma vigilância atenta das reacções biológicas do doente, graças ao controle regular da velocidade de sedimentação globular, do grau de anemia ou de hiperleucocitose, e põe ainda em evidência modificações mais ou menos marcadas da proteinémia.

Aconselhável é o uso regular dum antibiótico ou duma sulfamida, não a título de medicação específica, mas com o fim

de evitar infecções naso-faríngeas as quais se repercutem de maneira desfavorável sobre a evolução da doença.

Mas, como se trata de uma acção puramente profilática, as doses medicamentosas relativamente fracas são suficientes e nós damos actualmente preferência à penicilina administrada por via bucal, na dose de dois comprimidos de 100.000 unidades por dia, equivalendo aproximadamente a uma injeção intramuscular diária de 40.000 unidades.

A via bucal parece-nos preferível, não só pela sua maior simplicidade, mas ainda porque ela é, entre todos os modos de administração da penicilina, aquela que predispõe menos aos acidentes de sensibilização.

Se a febre reumatismal se complica com um ataque agudo de amigdalite ou de faringite exsudativas, as doses de penicilina devem ser imediatamente aumentadas para uma injeção diária única de 600.000 unidades de procaína-penicilina aquosa, ou para duas injeções de penicilina G. cristalizada, durante cerca de uma semana. Evitamos assim, de maneira quase certa, uma repercussão maléfica, nos reumatismos em estado de crise, das infecções intercorrentes de estreptococos hemolíticos.

Para combater a própria doença reumatismal, dispomos de dois grupos de medicamentos: o salicilato de sódio e seus sucedâneos por um lado; por outro a corticotrofina (ACTH) e a cortisona. As indicações respectivas destes dois tipos de medicação não estão definitivamente fixadas e discute-se ainda se o seu efeito deve ser considerado como puramente sintomático ou como realmente específico.

#### 1. — Salicilatos e sucedâneos

Embora o salicilato de sódio tenha sido introduzido na terapêutica do reumatismo articular agudo há mais de 75 anos, existe ainda um certo desacordo quanto às virtudes exactas deste medicamento. O seu efeito sintomático é, em regra, tão rápido como indiscutível: a febre baixa de maneira geralmente rápida, para desaparecer em alguns dias; as manifestações dolorosas atenuam-se e melhora o estado geral.

Alguns autores sustentam que o salicilato de sódio é desprovido de qualquer influência favorável nas lesões endocárdicas da febre reumatismal. Nós pensamos pessoalmente que esta opinião é muito optimista e que o medicamento, sendo dado precocemente e em doses suficientemente elevadas, é capaz de evitar muitas vezes a agressão endocárdica.

A questão da posologia do salicilato de sódio não está ainda hoje completamente resolvida.

Parece que as doses de 6 a 8 gr. diários, são consideradas como suficientes, em doses fraccionadas, embora os primeiros autores, há 75 anos — Stricker na Alemanha, Germain Sée na França, Maclagan na Inglaterra — usassem 8 a 12 gr. por dia e Danielopolu, em 1923, vá até 20 ou 25 gr., com adição duma quantidade equivalente de bicarbonato de sódio.

Para reforçar a acção terapêutica do salicilato de sódio sem aumentar a posologia, diversos autores têm sugerido a injeção intravenosa. Esta técnica deu excelentes resultados a Lutembacher, mas nós não a empregamos senão em doentes que toleram mal o salicilato por via bucal, pois é difícil, se se quer evitar a esclerose das veias, injectar durante muito tempo doses de salicilato superiores a 2 gramas por dia.

Coburn, de Baltimore, partidário da terapêutica endovenosa, sustenta que a dose medicamentosa activa é aquela que determina, durante o tratamento, uma salicilémia superior a 350 mg. por litro.

Afirma ainda, há uma dezena de anos, que esta taxa só pode ser obtida, com segurança, por injeção.

Coburn preconizou uma técnica que não tem sido conservada na sua forma original. Quer pelos acidentes de superdosagem ocorridos quer porque se demonstrou que uma óptima

salicilémia se podia quase sempre obter pela ingestão do medicamento, sem necessidade de aumento da dose, dada a sua excelente absorção pelo intestino delgado.

Observadas as experiências de Miller, em 1914, e as de Warren e seus colaboradores, durante a 2.<sup>a</sup> guerra mundial, podemos concluir, com os resultados da nossa experiência pessoal, que:

1.<sup>o</sup> — o salicilato de sódio exerce na fase aguda da doença de Bouillaud uma acção de moderação indiscutível; 2.<sup>o</sup> — esta acção, rapidamente manifestada nos sinais clínicos da doença, não se constata senão mais tardiamente no que diz respeito aos sintomas de laboratório; 3.<sup>o</sup> — que os resultados obtidos são tanto mais rápidos e mais completos quanto mais elevada é a dose de ataque; 4.<sup>o</sup> — enfim, estes resultados, mesmo com as doses medicamentosas mais fortes, duram só durante o próprio tratamento e uma recaída torna-se inevitável se a duração do tratamento é inferior à da evolução natural da doença; assim se explica a possibilidade, mesmo nos doentes rigorosamente tratados, de «formas crónicas activas» da doença de Bouillaud.

Resulta destas considerações que a desapareição da febre, das dores e das tumefacções articulares não pode de maneira nenhuma ser identificada com a inactividade da doença reumática. A reaparição duma velocidade de sedimentação globular normal não constitui um índice de certeza, visto que esta reacção pode ser influenciada favoravelmente por um efeito farmacodinâmico não específico da medicação salicilada. Está indicado, por esta razão, não concluir o restabelecimento antes que a temperatura, as dores e as anomalias da sedimentação globular tenham desaparecido pelo menos há 3 ou 4 semanas.

Vê-se que é difícil, no estado actual dos nossos conhecimentos, fixar ao tratamento salicilado da doença de Bouillaud uma posologia precisa e definitiva. Nós julgamos pessoalmente que uma dose diária de 100 a 150 mg. por Kg. (cerca de 6 a 9 gr. para um indivíduo de 60 Kgs.), administrada por via oral, constitui um tratamento de ataque geralmente eficaz. Esta dose será vantajosamente reforçada, nos casos resistentes, pela adição de um ou dois grammas de salicilato por via endovenosa. A posologia será progressivamente diminuída, depois de três ou quatro semanas, com base não só na sintomatologia térmica e dolorosa e nas informações fornecidas pelo estado sanguíneo e os traçados electrocardiográficos, mas também na tolerância individual das doenças. É raro, com efeito, que um tratamento salicilado eficaz possa ser tolerado sem o menor inconveniente.

Os desarranjos mais vulgarmente observados são de ordem digestiva: náuseas e doses epigástricas. Atribuem-se geralmente à acção irritante do salicilato sobre a mucosa gástrica, embora tenham uma parte da acção central do medicamento, como se prova pelos vômitos observados em indivíduos recebendo o salicilato unicamente nas veias. Sabe-se que estes desarranjos são parcialmente corrigidos pela administração de bicarbonato de sódio, em dose igual ou ligeiramente superior à do salicilato. Esta maneira de proceder tem os seus inconvenientes. Não faz obstáculo à absorção intestinal do salicilato mas diminui contudo a salicilémia, porque determina uma excreção renal mais rápida do medicamento. O emprego duma grande dose de sódio é por outro lado estritamente contra-indicado nos reumatismos em estado de insuficiência cardíaca, pois o ião sódio provoca em tal caso uma retenção de água absolutamente indesejável. O salicilato de sódio pode ainda dar perturbações da audição e da respiração, estas últimas traduzindo sempre uma intoxicação séria.

Para evitar os inconvenientes acima apontados, têm sido preconizados vários sucedâneos: o «pyramidon», o «atophan», a «aspirina», a «salicilamida» e o «gentisato de sódio».

## 2. — ACTH e Cortisona

Logo que Henche e os seus colaboradores anunciaram, em 1949, os excelentes resultados imediatos obtidos pela cortisona e ACTH nos doentes atingidos de reumatismo articular agudo, e mais especialmente de pancardite reumática, parecia haver-se encontrado uma medicação mais eficaz e de acção mais específica que o salicilato de sódio. Contudo a interrupção da medicação hormonal é infalivelmente seguida duma recaída demonstrando que a acção do ACTH e da cortisona, tal qual como a do salicilato de sódio, é «de natureza essencialmente sintomática». Só quando o ciclo natural da crise reumática termina a sua evolução, depois de 6 a 8 semanas, o tratamento hormonal poderá ser abandonado com uma segurança

relativa. Este período de tempo nem sempre é suficiente para evitar recaídas, tornando-se de novo necessário um segundo tratamento por cortisona ou ACTH.

Quando a crise reumática se complica com uma assistolia congestiva, acidente muito frequente nas crianças, o efeito da terapêutica hormonal é particularmente benéfico. A posologia hormonal, como a do salicilato de sódio, varia com a gravidade da doença e a reactividade do indivíduo. É vantajoso, principalmente nas formas graves, iniciar o tratamento por uma dose de ataque bastante forte, vizinha dos 300 mg. por dia para a cortisona e dos 100 mg. para o ACTH.

Estas doses serão progressivamente diminuídas, desde o desaparecimento da febre e das manifestações articulares, tendendo para uma dose de manutenção vizinha de 100 mg. para a cortisona e de 50 mg. para o ACTH.

A duração do tratamento deve ser de 6 semanas pelo menos. E parece hoje certo, depois de três anos de experiência, que o tratamento hormonal, embora mostrando-se mais enérgico que a velha terapêutica salicilada, apresenta com esta uma indubitável analogia de acção. Mas ainda é muito cedo para que se possa fixar de maneira definitiva as indicações respectivas do salicilato de sódio e da cortisona no tratamento da fase aguda da doença de Bouillaud.

Deve admitir-se, contudo, que a cortisona ou ACTH, mais poderosos na sua acção inibitória ou resolutive, estão formalmente indicados nos doentes salicilo-resistentes e em todos os casos cuja gravidade se manifeste pela presença duma agressão indiscutível do miocárdio.

O tratamento hormonal, melhor que o tratamento salicilado, é susceptível de reduzir as consequências dum ataque cardíaco, mas, infelizmente, é incapaz de garantir a completa regressão. O emprego do ACTH e da cortisona, pelo contrário, parece-nos supérfluo nas formas ligeiras da doença de Bouillaud. A experiência de várias gerações demonstrou claramente que estas formas curam perfeitamente só com o repouso e os salicilatos.

## II — ESTADO DE ACTIVIDADE CRÓNICA

Depois de quatro a oito semanas de tratamento bem conduzido o reumatismo sai do estado agudo e entra numa fase de estabilização que não deve ser considerada logo como uma cura durável ou definitiva. Vários observadores notaram que a cura evolutiva total não se mantém senão em alguns doentes. Em outros observa-se, nas semanas consecutivas à cura aparente, um aumento da velocidade de sedimentação globular, acompanhada nalguns de um ligeiro aumento de temperatura. Uma fase de actividade crónica pode aparecer em numerosos casos logo a seguir à fase aguda da doença de Bouillaud.

Estas mesmas alterações podem também desenvolver-se independentemente de qualquer manifestação febril, como o prova a descoberta ocasional de lesões valvulares evolutivas ou de nódulos de Aschoff em certos doentes falecidos de assistolia congestiva sem terem nunca apresentado o quadro duma febre reumática aguda. Tais doentes têm naturalmente necessidade, além do repouso prolongado que os torna capazes de cura, dum tratamento medicamentoso regular.

## III — FASE DE INACTIVIDADE

Logo que o doente saiu nitidamente da fase aguda ou do estado de actividade crónica da doença de Bouillaud, a conduta a seguir deve basear-se principalmente na gravidade das sequelas cardíacas eventuais. O indivíduo cujo coração está intacto ou relativamente pouco tocado não deve ser submetido a restrições muito severas. Nós vimos muitas vezes rapazes com coração de dimensões absolutamente normais, mas portadores dum sopro sistólico da ponta ou dum sopro diastólico da base, serem submetidos a um regime de cuidados físicos rigoroso, medida esta que tinha como único resultado prático criar um sentimento de inferioridade tão injustificado como desastroso.

Tais indivíduos não são na realidade verdadeiros candidatos à insuficiência cardíaca, mas estão sujeitos a recidivas reumáticas, quando tenham infecções intercorrentes da garganta ou das vias respiratórias superiores.

Achamos que o «tratamento profilático permanente é desnecessário. Na Primavera e no Outono, estações particularmente propícias à disseminação das infecções de estreptococos hemolíticos, deverá haver mais cuidado, assim como nas primeiras manifestações dum catarro das vias respiratórias, duma amigdalite ou dum ligeiro mal estar da garganta.

## S U P L E M E N T O

# JUSTA HOMENAGEM AO PROF. FERNANDO DA FONSECA

*A propósito do aviso prévio que sobre a anistia política apresentou o ilustre deputado Dr. Paulo Cancela de Abreu, proferiu o Prof. Sousa da Câmara um notabilíssimo discurso no qual se presta justa homenagem ao Prof. Fernando da Fonseca. Transcrevemos a seguir, do «Diário das Sessões», essa parte do discurso e fazêmo-lo com especial satisfação, não só pelo espírito de justiça que anima as palavras que disse um dos nossos mais justamente considerados cientistas, mas também porque o Prof. Fernando da Fonseca — que é um dos mais brilhantes expoentes da medicina portuguesa — merece que, com homenagens como aquela que lhe foi prestada na Assembleia Nacional, se ponham em devido destaque os seus méritos excepcionais, que nunca é demais salientar numa época em que são infelizmente bem conhecidos os casos opostos aos seus: os que se servem do acesso às cátedras universitárias apenas para aumentarem o cabedal dos seus interesses materiais, desprezando os mais elementares deveres oficiais. O Prof. Fernando da Fonseca, se não tivesse outros merecimentos, bastava um para que devesse ter jus à consideração de todos nós: podendo gastar o seu tempo apenas com uma clínica rendosa, procura sempre aproveitar todas as oportunidades para trabalhar em campos opostos a interesses materiais, prestigiando a medicina e servindo o país.*

M. C.

Segue-se o extracto do «Diário das Sessões»:

Sr. Presidente: eu desejaria falar dos professores afastados do Serviço, que admiro, que considero grandes valores para a Universidade, para a ciência que cultivam e para a educação da juventude; que reputo tão patriotas como qualquer de nós, havendo demonstrado, em muitos actos das suas vidas, terem dispendido os melhores e mais devotados esforços para engrandecer Portugal.

Desejaria, Sr. Presidente, que nas minhas palavras houvesse um elogio para todos os professores que souberam pôr a Pátria acima de tudo, que se dedicaram ao ensino e à investigação, que se entregaram entusiasticamente ao trabalho, nos seus laboratórios e cátedras, nas bibliotecas e arquivos, nas oficinas e campos, sempre na ânsia de elevar a Ciência e o País.

Mas, na impossibilidade de falar de todos esses, vou tomar um, como figura representativa, um nome conhecido de todos, como um grande clínico, grande professor e grande investigador.

Creio que, ao pensar nessa personalidade, me refiro à figura prestigiosa, que foi aqui apresentada, com tanta eloquência, pelo nosso ilustre colega Deputado Pimenta Prezado no seu discurso memorável de 16 de Dezembro passado.

Ainda se não pôs em devido relevo o valor dessa intervenção do nosso colega Pimenta Prezado, discurso cheio de nobreza e dignidade, pronunciado em linguagem singela e franca — com essa simplicidade e franqueza que são apanágio de um bom alentejano!

Quando aquele nosso distinto colega se referiu a um professor que tinha o poder de atrair discípulos entusiastas, caracterizando-o como um cientista de elevada categoria, tecendo-lhe os mais rasgados elogios, afirmando ser ele um homem de faculdades raras na chamada de vocações, que conseguira formar à sua volta um grupo de médicos estudiosos e dedicadíssimos, formando uma verdadeira *équipe*, que já produzira uma obra científica enorme, eu compreendi que se tratava do Prof. Fernando da Fonseca.

*Apoiados.*

Sr. Presidente: espero que V. Ex.<sup>a</sup> me perdoe o fazer aqui o elogio deste professor universitário. Mas, muitas vezes, a citação dum caso concreto, dum exemplo bem conhecido, esclarece melhor a situação que muitas considerações de ordem geral.

Este professor simboliza, a meus olhos, o genuíno professor universitário. Defendendo-o a ele, julgo que defendo todos os que, duma maneira ou doutra, tenham trabalhado pelo engrandecimento universitário.

Diz-se que nas lições se retrata sempre o carácter do professor que as dá. Pois ouçam VV. Ex.<sup>as</sup> o trecho que seguidamente vou ler de uma lição de Fernando da Fonseca:

Meus senhores: se no começo da minha lição prestei homenagem aos professores que me ensinaram, não quero terminá-la sem agradecer aos novos com quem aprendo.

É à sua colaboração que devo parte do que lhes acabo de expor. E é tão grande, que fujo de a citar, no receio de que nada fique para mim. Mas devo-lhes mais do que isso. Devo-lhes a mocidade que me emprestam e que outros mais tarde lhes pagarão, e que me leva a mim, médico prático desta cidade de Lisboa, a manter um certo interesse pelas coisas da Ciência e a todos nós, os do grupo que trabalha no mesmo serviço, a fazê-lo com um entusiasmo, uma dedicação, uma confiança e um espírito de cama-

radagem que me trazem ao pensamento esta outra ilusão agradável, que não quero desfazer, mas que quase me envergonho de confessar: que seria assim que se faria uma escola.

Nestas palavras se vê fielmente reproduzido o carácter do mestre, desse que soube formar discípulos, que os sabe apreciar e que se dispõe a partilhar com eles os louros de todos os êxitos.

Trata-se de um desses homens extraordinários que prontamente conquistam as simpatias dos alunos, que, sem dificuldade, os levam a trabalhar entusiasticamente, só com o desejo de aprender, de alargar cada vez mais a esfera dos seus conhecimentos.

Trata-se de um desses homens raros que conseguem conciliar a sua actividade investigadora com o ensino, mantendo sempre as suas preleções num alto nível. Não é um professor que vive dos livros-textos — tantas vezes velhos de algumas décadas —, não é o professor que se satisfaz a repetir a ciência dos outros, é, pelo contrário, o professor que busca incansavelmente dilatar as fronteiras do saber.

É, em suma, o mestre que, rodeado dos seus discípulos, se entrega desinteressadamente, pela ciência e pela humanidade, à investigação científica.

Note-se que o seu centro de estudos funcionou sem qualquer estímulo de ordem material. O professor não dispunha de lugares de assistência, nem podia proporcionar qualquer remuneração. E, no entanto, os estudiosos apareceram sempre, chegando quase a disputar os lugares de trabalho desse famoso centro de estudos, no Hospital do Rego, de doenças infecto-contagiosas. Aí se formaram cientistas do mais alto valor.

Hoje, ao pensar nessa pleiade brilhante de médicos, conhecida não só em Portugal, mas no estrangeiro, que já deu quatro professores — Fraga de Azevedo, Manuel Pinto, Juvenal Esteves e Cambournac — e que inclui homens como Madeira Pinto, Marques da Gama, Andresen Leitão, Leopoldo Figueiredo, Castro Amaro, Francisco Branco, Norton Brandão, Soares Franco, Piedade Guerreiro, Oliveira Machado e tantos outros, sem esquecer, evidentemente, o nosso ilustre colega Pimenta Prezado, tenho a convicção de que muito poucos mestres em Portugal terão chegado a resultados tão notáveis na formação de uma escola científica.

Naturalmente, a sua obra é considerável. Muitos trabalhos saíram dessa forja de investigação científica e levaram o nome de Portugal ao estrangeiro, colocando-o a grande altura, em congres-

tos internacionais, conferências e reuniões de vária índole científica. Os conhecimentos adquiridos foram utilizados na clínica, e por certo vastíssima e utilíssima foi a acção do grupo de Fernando da Fonseca no combate a numerosas enfermidades.

A lista dos trabalhos publicados é enorme! Nem me atrevo a mencioná-la, ainda que sumariamente. Lembrando apenas os trabalhos que me parecem mais notáveis—trabalhos que honrariam qualquer centro reputado de estudos do estrangeiro—, quero aludir ao estudo da febre Q, à identificação e isolamento do vírus da pneumonia atípica, à identificação dos agentes da febre recorrente em Portugal, ao estudo de certas infecções provocadas por rickettsias e à contribuição para o estudo das formas exo-eritrocíticas da malária.

O ilustre professor espanhol Marañón, admirador de Fernando da Fonseca, convidou-o a escrever a obra da sua colecção dedicada à *Diabetis mellitus*. Essa obra foi editada em 1933 e encontra-se esgotada. Igualmente esgotado está outro livro de Fernando da Fonseca, também editado em Espanha, sobre o tifo exantemático.

Isto dirá, sabendo-se como são avultadas as tiragens de livros de medicina no país vizinho, como o nome de Fernando da Fonseca é conhecido no mundo científico.

Pois este homem, com tal folha de serviços, foi afastado do professorado. Receou-se naturalmente que, sem meios de trabalho, ele deixasse os seus estudos, as suas investigações, que dissolvesse aquele magnífico grupo de colaboradores que tão laboriosa e inteligentemente criara, que enfim se entregasse exclusivamente à clínica, onde sempre brilhou a grande altura. E assim sucederia se o Prof. Francisco Gentil, ilustre director do Instituto de Oncologia, o famoso criador e organizador dessa bela instituição, não lhe tivesse concedido generosa hospitalidade proporcionando-lhe os meios de trabalho indispensáveis.

Mas aí, apesar do ambiente carinhoso que encontrou, já não lhe é possível recrutar novos elementos para a investigação, para continuar as tradições do seu «grupo de colaboradores». O afastamento da cátedra inibe-o de contactar com os estudantes, de averiguar onde estão os valores das sucessivas gerações, onde se encontram os mais interessados pelos problemas da investigação científica relacionada com a medicina.

E tenho a convicção de que a grande obra do mestre foi formar tantos discípulos de tão elevada qualidade, conseguindo esta coisa notável: que todos sejam seus amigos. Ao pensar nesses fiéis colaboradores, nas suas qualidades, na energia com que empreenderam as suas vidas profissionais, inspirando-se nos exemplos magníficos que constantemente dava o seu professor, sinto, na verdade, que a maior obra de Fernando da Fonseca foi a escola que conseguiu criar.

Trata-se, pois, de um valor científico indiscutível. Mais: trata-se de um educador; trata-se de um impulsor de investigadores; trata-se de uma dessas

presenças capazes de levar o entusiasmo a todos, mesmo aos mais desanimados.

Além disso, com o seu carácter, a sua bondade, o seu amor à Ciência, a sua honradez, a sua paixão em difundir os conhecimentos adquiridos, a sua natural tendência gregária, de procurar o trabalho de *équipe*—virtude tão rara entre portugueses—, Fernando da Fonseca reunia todas as qualidades para conseguir esses êxitos, como mestre de uma escola científica.

Este professor é justamente um desses homens que convém manter nas Universidades, esses que as robustecem, que as levam ao seu verdadeiro caminho da educação, do ensino e da investigação. Houvesse mais exemplos destes e acabaria por perder-se o uso da sebeta, com todos

os seus vícios, deixaria de verificar-se, como tão frequentemente sucede, o resvalar da maioria dos professores para o verbalismo e para o emprego quase exclusivo da ciência alheia!

Houvesse nas Universidades muitos professores deste tipo e não assistiríamos ao espectáculo desolador de certos professores falarem de tudo, num à-vontade desconcertante, com críticas despropositadas, umas vezes forjadas à pressa, sem o rigor e a objectividade científica que a educação universitária devia imprimir, outras vezes em alarde de confusão, numa baralhada de ideias importadas e de livros estrangeiros mal digeridos e até mal traduzidos.

Houvesse no ensino universitário muita gente da tèmpera de Fernando da Fonseca, trabalhando com seriedade e desinteresse pelo bem da Ciência e da Pátria, capaz de dar constantes exemplos de bondade e generosidade, e outra coisa muito distinta seria a Universidade!

Pois Sr. Presidente, um professor como este encontra-se afastado do serviço.

Teve ele, na realidade, faltas políticas? Pois, se as cometeu, elas foram de tal ordem que eu nada consegui apurar, apesar de há bastante tempo ter procurado saber em que Fernando da Fonseca teria prevaricado. Pelo contrário, à medida que procurava conhecer bem como era o Prof. Fernando da Fonseca, só vi razões para mais o admirar.

Até lhe fui descobrir virtudes militares. Com grande satisfação pude ler o que consta da sua folha de serviços militares, vendo que pertenceu ao batalhão n.º 23, que voluntariamente se ofereceu, em Outubro de 1918, para constituir uma unidade de assalto, que participou na última grande ofensiva e que por esse facto foi condecorado.

Mas teria ele cometido faltas políticas? Não, Sr. Presidente, não creio que um homem como Fernando da Fonseca—professor, investigador, clínico—tivesse ainda tempo para se dedicar a uma coisa tão absorvente como é a política! Um professor que estuda, que trabalha na sua missão, que se entrega a ela em verdadeiro apostolado, não tem vagar nem disposição para manobras políticas.

Deus permita que a voz do Deputado Paulo Cancela de Abreu seja ouvida e que dessa forma, na amnistia concedida aos que a merecem, seja concedido também o regresso dos professores às suas cátedras—a esses professores que sabiam desempenhar bem a sua elevada função de professores universitários e que sempre foram bons patriotas, ansiosos por engrandecer Portugal.

Sr. Presidente: vou acabar. Disse que há quase quarenta anos, em tempos de agitação parlamentar, um Sousa da Câmara ganhou honrosa vitória, obtendo com um discurso a readmissão dum ilustre professor, injustamente suspenso por motivos políticos. Não posso crer que neste período tranquilo, de paz construtiva, vivendo-se em atmosfera de bondade e de justiça, um outro Sousa da Câmara, por uma causa semelhante possa ser agora derrotado.

RESFRIADOS GRIPES  
DORÊS REUMATISMAIS

# EUPIRONA

DRAGEIAS

(Maleato de N-p-metoxibenzil-N'-N'-dimetil-N- $\alpha$ -piridiletileammina + metil-melubrina + o-Oxibenzoilamida + p-Acetofenetidina + trimetil-xantina 1, 3, 7 + ácido l-ascórbico).

ANTIPIRÉTICO ANALGÉSICO  
ANTI-HISTAMINICO

APRESENTAÇÃO:

Carteiras de 4 e 16 drageias

CORISA SINUSITES E RINITES  
INFECCIOSAS OU ALÉRGICAS

# TUAZIL

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

No **TUAZIL** reúnem-se as acções:

VASÓCONSTRITORA, intensa e duradoura, *duas vezes superior* à da efedrina, pelo sulfato de 2-amino-heptano. A Vasodilatação que se lhe segue produz-se lentamente;

ANTIBIÓTICA e BACTERICIDA pela gramicidina e agente detergente;

ANESTÉSICA e ANTI-SÉPTICA pelo clorobutanol.

O Tuazil não altera as funções do epitélio das fossas nasais.

Apresentação: Frasco de 30 c. c.

LABORATÓRIO FIDELIS

R. D. Dinis, 77 — LISBOA

## MOSAICOS NORTENHOS

## XLIV

# Ainda os Hospitais Escolares

As divagações que fiz na crónica anterior a propósito dos Hospitais Escolares não esgotaram o assunto e creio que há vantagem em continuar hoje a remexê-lo.

Ao citar a resolução do Governo de submeter todas as organizações hospitalares de Lisboa ao mesmo regime administrativo, concentrando-as sob a directriz do Subsecretariado da Assistência, não deixei de esboçar a impressão de que isso se fazia, principalmente, por estar para breve a inauguração do grandioso Hospital Escolar.

«Só nestes últimos anos se começou a reparar na necessidade de criar *administradores* para os Hospitais e pode acrescentar-se que no sector da Assistência bastante se tem feito neste sentido. Daí não ser estranho que sob o ponto de vista administrativo o Governo tenha enveredado pelo sistema da concentração.

## OUTRAS VANTAGENS

Mas as providências decretadas vieram ainda facilitar a formação dos quadros do pessoal de enfermagem, porquanto, estando em Lisboa todas as unidades hospitalares integradas no mesmo organismo, pode transferir-se o pessoal como melhor convier.

Esta facilidade e ainda a existência de boas Escolas de enfermagem na capital, a funcionarem já há alguns anos, faz prever que não venham a surgir dificuldades para se dotar o novo Hospital Escolar com pessoal competente e já prático nos serviços gerais e especiais.

A empresa apresenta-se ainda facilitada pelo bom critério que se adoptou de pôr o Hospital a funcionar parcelarmente; deste modo, não só são evitados desacertos que necessariamente surgiriam se o funcionamento se fizesse em massa, como também se evitará a desorganização dos outros serviços hospitalares, aos quais se tenha que ir buscar pessoal para o transferir para a nova organização.

A abertura do Hospital Escolar pela sucessiva montagem dos seus vários sectores, tem, sem dúvida, e como se vê, vantagens sob múltiplos aspectos.

## QUANTO AO HOSPITAL ESCOLAR DO PORTO...

Mas aqui no Porto o aspecto é muito diverso e como a construção vai ainda atrasada, convém estudar as condições do meio e procurar as melhores soluções, a fim de se prever, com tempo, a forma de resolver as dificuldades.

No Porto o Estado não tem a facilidade de recorrer a transferências; terá que fazer um recrutamento, o que é bastante diferente. Além disso, porque só contamos com a Escola de Enfermagem do Hospital Geral de Santo António, pode afirmar-se que o pessoal aqui é escasso.

Por outro lado, só no Hospital de Santo António há serviços hospitalares das especialidades (salvo a ginecologia, a obstetrícia e a psiquiatria), o que faz temer que à última hora sejam aqueles os sacrificados.

A solução da vinda de pessoal de Lisboa, não a julgo viável, pelo menos com carácter definitivo, porque os vencimentos que o Estado dá não são de molde a encorajar essa iniciativa.

O exame do panorama conduz-nos,

pois, a ver sombrio e ericado de dificuldades o problema da abertura do Hospital Escolar do Porto.

## MEDIDAS A TOMAR

Conhecendo bem o meio em que vivo e trabalho, espantou-me a inoportunidade do encerramento da Escola de Enfermagem que durante alguns anos funcionou na Maternidade Júlio Dinis.

Essa Escola, que atingiu um elevado grau de eficiência, deu-nos enfermeiras

# RUTIODOL

— GOTAS —

RUTINA + METIONINA

IODO ORGANICO + NICOTINAMIDA

Tratamento Racional da  
Arteriosclerose e Afecções  
Degenerativas dos Vasos  
sanguíneos

Fluidificante Regulador da  
Permeabilidade Lipotrópico

LABORATÓRIO ÚNITAS

C. CORREIO VELHO 8 - LISBOA

muito competentes e com elevada formação moral e profissional, sendo pequeno o dispêndio que o Estado fazia com a sua manutenção.

Publicada a lei de reforma do ensino da enfermagem, essa Escola terminou, quando o Porto ainda precisava dela, pelo menos, até à abertura do seu Hospital Escolar. Com franqueza acrescentarei que merece acordo e aplauso a orientação que o Governo imprimiu ao ensino da enfermagem em Portugal, mas, pelo menos no Norte, o momento de a executar, foi extemporâneo e inoportuno.

Sendo fácil de o reconhecer, creio que valeria a pena recuar e pôr novamente a

funcionar a Escola da Maternidade Júlio Dinis, com o objectivo definido de criar pessoal de Enfermagem para a nova unidade hospitalar a inaugurar daqui a alguns anos.

Ainda teríamos tempo de preparar bom pessoal e seleccionar o melhor desta Escola e da que funciona no Hospital de Santo António, para lhe proporcionar bolsas de estágio que o aperfeiçoassem e especializassem.

Aberto o Hospital Escolar, aquela Escola de Enfermagem deveria transitar para ali, dando-se-lhe o nome de Júlio Dinis, o pseudónimo do Prof. Joaquim Guilherme Gomes Coelho que honrou as letras portuguesas e serviu, como cate-

drático, a antiga Escola Médico-Cirúrgica do Porto.

Fugir das improvisações, sempre perniciosas, é a razão do alarme que constituem estas minhas palavras.

#### OUTRAS CONSIDERAÇÕES

Não resta dúvida que definida a situação precária em que se encontra o Porto quanto a falta de pessoal que venha, num futuro próximo, preencher os quadros do Hospital Escolar, resta aguardar que superiormente se adoptem providências de maneira a solucionar o problema.

É ao Ministério do Interior que compete tomar essas medidas e por certo o problema será ponderado a tempo e horas.

Mas hoje não pode dispensar-se que haja um *Serviço Social* em cada unidade hospitalar e se a norma não tem a generalização que seria desejada, o que esporadicamente se tem feito, demonstra largamente a sua vantagem e os grandes benefícios que daí resultam.

Os *serviços* actualmente existentes sob a designação de *Inquérito Social*, poderiam alargar a sua acção e auxiliar eficazmente os médicos na sua missão. Se em alguns casos o *Serviço Social* pouco poderá fazer, em muitos outros a sua intervenção seria utilíssima.

Por parte dos médicos vai sendo cada vez mais bem compreendida a vantagem dos *Serviços Sociais* que trabalhem com o critério adjuvante, que tão meritória acção pode prestar na boa evolução de um caso clínico.

O doente não pode deixar de ter a primazia; encará-lo no seu conjunto psico-somático, é cada vez mais imperioso, para que a velha fórmula — *não há doenças, há doentes* — persista como realidade reveladora de uma interdependência hoje cientificamente aceite e reconhecida.

Muito se está a realizar neste campo de acção, mas impõe-se uma maior actividade no sector Social, podendo servir como norma digna de imitação, e que se presta a servir de modelo, o serviço médico-social organizado em Coimbra pelo Prof. João Porto para os doentes do coração.

Leia-se um livro que aquele Professor coimbrão escreveu há anos — *«Os doentes do coração sob o aspecto médico-social»* — e que expõe detalhadamente a acção social do *«Centro de Cardiologia de Coimbra»*, e veja-se quanta utilidade haveria em que os serviços de consulta dos nossos Hospitais e os serviços de internamento adoptassem normas semelhantes. Os benefícios seriam sensíveis.

Agora, que se vai inaugurar o Hospital Escolar de Lisboa, recordar e incidir sobre a necessidade e vantagens de um *Serviço Social* nos Hospitais, não é impertinência, nem ideia supérflua. É um anseio justo que bem gostaria de ver realizado em todas as nossas unidades hospitalares, para bem dos doentes e prestígio da Medicina.

M. DA SILVA LEAL

## NAS AFECÇÕES DO APARELHO RESPIRATÓRIO

1-2 ampolas diárias de

# PULMOCELSUS

instilações ou pulverizações nasais de

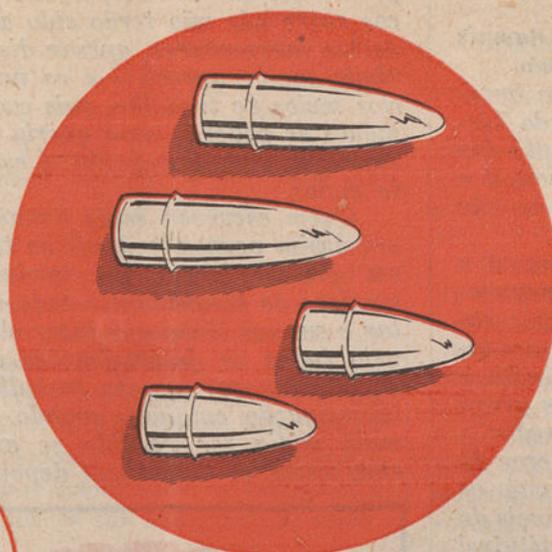
# NAZOFEDRINA

GARANTEM UMA NOTÁVEL ACCÇÃO

CURATIVA OU PREVENTIVA

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA



# BISMUCILINA

Bial

## BISMUCILINA

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

Caixa de 1

## BISMUCILINA

INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

Caixa de 1

CONSAGRADA ASSOCIAÇÃO SINÉRGICA  
DE RÁPIDA E PODEROSA EFICIÊNCIA NAS

**AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS**

# ECOS E COMENTÁRIOS

## TÉCNICA E TECNICISMO

Parece-nos que nunca é demais distinguir técnica de tecnicismo.

O tecnicismo é, digamos, a burocracia da técnica, é o culto da técnica pela técnica, o estiolamento dos frutos desta, como a burocracia é o culto da fórmula que levou os não burocratizados a detestá-la.

O tecnicismo obriga por igual a detestar a técnica e esse é, seguramente, o seu mais grave perigo: enquanto o tecnicismo torna improdutiva a verdadeira técnica e limita o técnico, o perigo é bem menos grave do que quando projecta em redor a sua sombra daninha e faz descer da técnica e dos técnicos e afasta os novos dos caminhos indispensáveis do instrumento sério e insubstituível que aquela representa.

Sem uma técnica perfeita não se observa, não se investiga, não se pensa, não se estuda nem se ensina, não há verdadeiros mestres nem verdadeiros alunos.

Mas a técnica não é tudo nem é possível dominá-las todas mesmo dentro de um ramo especializado, nem se pode exigir a mesma perfeição técnica para o desempenho de funções de natureza dessemelhante.

Na própria investigação científica o chefe de equipa pode não dominar a maior parte das técnicas dos trabalhos que estarão a cargo de seus colaboradores técnicos e nem por estes terem tal superioridade, nesse campo restricto, deixam de reconhecer o lugar primeiro ao chefe de equipa que, com a sua formação, menos técnica, mas mais vasta, é cérebro que necessita de mãos mais hábeis do que as suas, que serão hábeis por ventura num ou outro ramo.

Esta mesma verdade se observa também nas Universidades onde o professor, rodeado de seus colaboradores, sem perder em jerarquia, reconhece a cada um deles a sua superioridade neste ou naquele ponto, à sua melhor capacidade executante e a aproveita a bem da investigação e do ensino.

Já lá vai há muito o medo de confessar honestamente a sua inferioridade neste ou naquele departamento, quando não há, é claro, reconhecimento da própria incapacidade, sentimento de auto-insuficiência que se teme assim pôr a descoberto.

A vastidão dos conhecimentos e das técnicas com indispensável especialização a sério que pode ir até à, digamos, micro-especialização, justifica esse procedimento. Mas nem o especialista e menos ainda o micro-especialista seriam úteis sem os que saibam aproveitar, por uma visão superior e integrativa, o seu trabalho.

Por outro lado muitos dos que falam de técnicos e técnicas esquecem que para se disporem de bons técnicos, dominando seguras técnicas, se lhes têm de dar os necessários meios formativos — nunca o autodidacta

poderá ser um técnico perfeito e poucos entre nós não terão sido autodidactas merecedores, apesar disso, de ainda maior apreço — e os necessários meios de trabalho, pois cada vez menos se poderá, como queria Cajal, suprir-se com o engenho a escassez de meios.

Quem escreveu estas linhas sempre assim pensou — desde os tempos em que se houve que iniciar nas técnicas de bioquímica e tudo executar e em que tinha que fazer ele próprio todas as determinações antropométricas que os seus trabalhos de investigação exigiam, quando muito mais podia ter rendido se até ele chegassem os dados que depois tra-

balharia — mas cada vez mais reconhece que pensava bem e vida fora nunca deixou de pensar dessa maneira. Assim, não pode deixar de se fazer eco dos exemplos vivos dessa forma de actuar: os serviços médico-forenses espanhóis e a «Escuela de Medicina Legal» da Faculdade de Medicina de Madrid funcionam debaixo de tal orientação.

Os médico-forenses têm os seus especializados e socorrem-se dos que são capazes de melhor lhes resolverem os seus problemas invulgares; o director da «Escuela» tem os seus serviços suficientemente divididos de maneira a obter de cada colaborador a máxima competência por melhor especialização e estes não sendo professoráveis, no sentido universitário, nem por isso deixam, alguns, de ser professores de cursos especializados, e no sentido técnico, executantes superiores ao director, que é contudo o sábio orientador de quase todo o labor no cumprimento das tarefas médico-legais do dia a dia e dos casos complicados e da investigação científica.

L. A. D.-S.

## NOVAS DOENÇAS VENÉREAS?

Alguns autores consideram as uretrites de ultra-germes uma nova doença venérea. Estas uretrites são muito contagiosas.

Recentemente, SIBOULET, no «Journal d'Urologie», publicou um artigo com o título: Uretrites de virus e de organismos «L». Ali se afirma que, no homem, 20% das uretrites são devidas a germes filtrantes. As investigações pessoais do autor levaram-no a concluir que, alguns dias ou semanas após a cura rápida de uretrites gonocócicas tratadas com penicilina, estreptomina ou aureomicina, surgem síndromas urogenitais de forma L. O tratamento destes síndromas pelo antibiótico inicial está condenado a fracasso e é necessário empregar um antibiótico novo, como a terramicina ou o cloranfenicol, o que mostra o inconveniente de tratamentos polivalentes usados inicialmente.

A patologia das doenças venéreas está apresentando facetas novas, como neste caso das afecções uro-genitais devidas a ultra-germes, que podem ser seguidas de complicações oculares, pulmonares, digestivas, traqueais e articulares.

Outro assunto que também interessa sob o ponto de vista venéreo é o das tricomonias, que tão frequentemente mantêm vaginites, muitas vezes difíceis de curar. Sem podermos afirmar, como sucede nalguns animais, que as vaginites de tricomonas são de origem venérea, a hipótese venérea não é para desprezar. Parece-nos que esta doença, que, ao contrário do que muitos supõem, tem grande importância na patologia genital feminina, deve ser devidamente estudada, como se tem feito em medicina veterinária. A este respeito, são de salientar os estudos realizados em Portugal no gado bovino.

M. C.



**COLONOL**

**REEDUCADOR DA FUNÇÃO INTESTINAL**

A BASE DE

Ácido cólico, oximetil-antraquinonas, resina de podofilo e extracto de beladona.

Boião	13\$50
Tube	4\$00



**LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

# OS LOUCOS E O FOLCLORE MÉDICO

DR. CASTILLO DE LUCAS

(Madrid)

A sabedoria popular aplicada à psiquiatria integra um dos capítulos do folclore médico mais interessante, pois demonstra que o folclore representa a revivescência de culturas passadas na história da civilização. Por fortuna o estado actual da psiquiatria significa um avanço tão extraordinário em relação com os conceitos populares que, praticamente, representam estes uma reminescência histórica, isso é devido aos progressos da terapêutica e higiene psicossomática, que tem sido precedidos e sempre amparados pela caridade cristã.

tem das torturas a que estava submetido julgando-o louco: «Sim, louco por Deus, que é a maior sensatez».

Tão difícil é saber quem é o indivíduo absolutamente normal que, para o vulgo, ninguém está livre de algum defeito no seu psiquismo, por isso diz que *todo hombre lleva un loco dentro*, ou *de Medico, poeta y loco, todos tenemos un poco*; o difícil está em saber quais são os perigosos para serem guardados, porque nos manicômios: *ni estan todos los que son, ni son todos los que estan*.

Hoje a Igreja obriga a todo aquele se se julga, por si ou por seus familiares, possessor a que visite antes um psiquiatra.

O «alunamiento» era também causa de transtornos mentais principalmente nas crianças, por isso—e isso não deixa de ser uma medida higiênica — não os expunham de noite, para evitar o perigo de que o cogiesse la luna (tolhesse a lua) e igualmente sucedia dentro das casas, pelo que fechavam as janelas. A lua também a responsabilizavam das crises furiosas dos loucos e epiléticos, mudanças de carácter periódicas, etc., que se relacionavam com as luas, daí o nome de lunáticos.

## Formas de loucura

O vulgo, como indicamos, não distingue na sua linguagem outras formas de loucura além das mansas e furiosas, não obstante nos seus adágios pode avaliar-se que os seus conceitos se ajustam aos que um psiquiatra pode estabelecer nos seus enfermos, e assim dos transtornos quantitativos aos estímulos dos psicopáticos pode referir-se o adágio: *loco mas no del todo*.

As *psicoses sistematizadas* ou: *cada loco con su tema* (cada tolo com a sua mania).

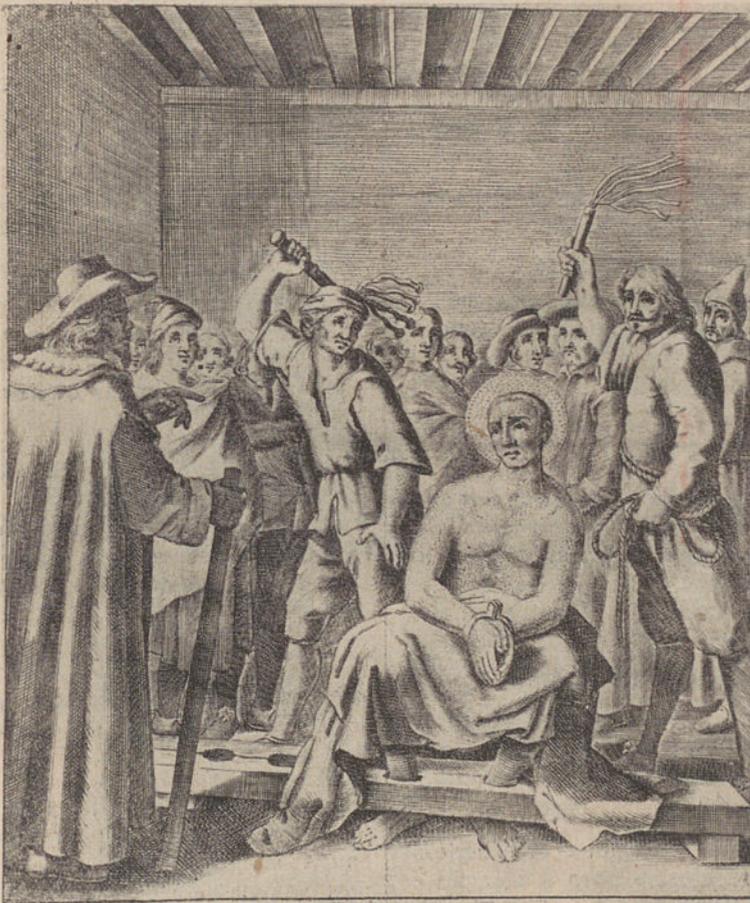
As alterações da inteligência, que as tem os dementes, podem assim graduar-se: *no es loco, pero tiene seso poco* (não é doido, mas tem pouco juízo); nas suas formas leves, *del loco al airado*, *no hay diferencia* (do doido ao aluado não há diferença) ou *um loco no consiente tener sosiego a la gente* (um doido não permite descansos, ou com doidos ninguém se meta), naqueles graus maiores de loucura com perda da consciência, como ocorre nos esquizofrênicos em fase de agitação.

Os tontos, néscios e bobos equivalem a graus distintos de oligofrenia, o vulgo engloba-os num sintoma comum que é o de não serem espertos senão para satisfazerem as suas necessidades vegetativas, daí esta frase jocosa: *el tonto de mi lugar, todos viven trabajando y el vive sin trabajar*, (o tolo da minha terra é a única pessoa que lá não trabalha).

## Sintomas

*Cabeza vana*, *no cria canas* (cabeça oca, não tem cuidado, não embranquece) diz o povo, estabelecendo relação entre a cabeleira e a compreensão.

O riso excessivo é também interpretado como manifestação de pouco juízo: *donde hay mucha alegria, hay poco seso* (muito riso, pouco seso), ou *la risa demasiada es senal de cabeza vana*, algo comprovada na alegria injustificada das primeiras fases da P. G. O. A imitação e contágio psíquico são muito frequentes nos débeis mentais e recorda o adá-



Os loucos sofreram grandes tormentos no Século XVI. S. João de Deus humanizou, por caridade, o tratamento dos doentes mentais.

Para o povo o louco é um ser que não está em seu são juízo, nem o seu comportamento nem a maneira de raciocinar e pensar são normais, a sua sociabilidade é insegura pelos acessos de fúria que pode ter, é ser perigoso que há que isolar. Mas quem é perfeitamente normal?, nisto dá a ciência razão ao povo «De cuerdo a loco, va muy poco» (De cordato a louco vai pouco).

Há maravilhosas perdas passageiras de juízo pelas coisas da terra, para sublimar-se na divindade dos Céus: as visões dos nossos santos rústicos, as efusões de amor espiritual da «Loca del Sacramento» e do próprio Santo João de Deus, tão bem diagnosticado pelo Beato João de Avila quando, no Hospital Real de Granada quer que o liber-

## Etiologia

As causas orgânicas, intoxicações e infecções unidas às perturbações morais dos vícios, sempre as considera o povo como gênese de transtornos mentais: *naipes* (cartas), *mujeres y vino*, *sacan al hombre de tino* e em relação à inconsciência dos actos no alcoolismo agudo diz: *el ebrio e el demente, son dos ausentes*. Também influem causas morais, paixões (louco de dor, louco de amor, etc.).

O possesso do demo constitue outra causa de loucura, especialmente naquelas formas furiosas ou de energúmenos, que os endemoinhados ofereciam quando se lhes apresentava um objecto divino ou os orvalhavam com água benta.

gio de que *el que anda con un cojo al año es cojo* (o que anda com um coxo ao cabo de um ano coxeia também).

As extravagâncias mais ou menos fantásticas estão narrados em imensos contos populares. Cervantes recolhe entre outros o do louco sevilhano que insuflava os cães com um canudito e considerava como um mérito *hinchar el perro* (inchar o cão), também o do louco cordovez que levava sempre uma pedra para a atirar à cabeça de um cão que dormisse.

A melancolia é muito temida e inicial de muitas loucuras, por isso diz tratando de remediá-la: *tristeza y melancolia fuera de la casa mia* (afastemos de nossa casa a tristeza e a melancolia).

A falta de sentimentos afectivos nas loucuras graves, passadas as crises tormentosas de paixões, ciúmes e desgãos que contribuíram para a psicopatia, é outro sintoma que recolhe o cançãoeiro em coplas como esta:

Para no sentir penas,  
volverse loco,  
el remedio es muy malo,  
pero no hay otro.

Para se não sofrer é necessário enlouquecer, é mau remédio mas imprescindível.

#### O hipnofolclore

Moralmente não pode admitir-se a narco-análise para uma investigação judicial, a perda da personalidade é desumana e anticientífica, primeiro por atentado à consciência do indivíduo e segundo por que não está provada a sua utilidade verdadeira para conhecer as vivências, só para uma investigação científica e pelo interesse clínico benéfico para o tratamento psicológico do doente, pode admitir-se com toda a reserva. O mesmo cabe dizer da hipno-análise. O Dr. Torres Norry, psiquiatra argentino com vocação folclórica, estudando o subconsciente em estado de hipnose, recolheu casualmente vivências folclóricas referentes a canções, danças, ditos populares, etc. que depois investigou em indivíduos, pela sua origem e natureza descobrindo que, com efeito, havia reminiscências infantis de tradições do seu povo natal, que logo no curso da sua vida não voltavam a recordar. Entre outros vários exemplos cita o de um grande artista bailarino que, em estado de hipnose, deu os passos de dança que lhe mandaram e nunca dados no teatro e que um musicólogo interpretou como naturais da aldeia donde procedia; igual ocorrera com certa senhora, galega de nascença, que vivia na Argentina e que durante a hipnose recitava coplas com grande pureza e livres, de lusitanismo tão frequentes pela contiguidade galaico-portuguesa. Não deixa pois de ser uma curiosa e interessante investigação.

#### «Test» de rifões

Para explorar o estado mental, alguns psiquiatras (Roiz Pérez) utilizam como test os adágios; assim para a memória dizem de modo incompleto rifões muito conhecidos para que o doente os termine:

A Dios rogando...  
Pobre inoportuno...  
Primero es la obligación...  
Cada cosa a su tiempo...

O grau de inteligência pode apreciar-se pela interpretação daqueles de duplo sentido.

Ir por lana y salir tosquilado  
El ojo del amo engorda el caballo  
A buey cansado mudale el pienso  
A caballo comedor, cabestro corto

escarmento  
vigilancia  
fastio por monotonia  
contra os excessos

A cultura, além dos de carácter mitológico

Mientras morte vela, Venus duerme  
Baco a muchos ha matado, Neptuno a ninguno

ou os aspecto moral de

A quien hiere con la boca, curar con ella  
le toca  
Cuanto te sientes a comer, ganado lo has de tener  
Más caza el sordo que el distraído, etc.

Com carácter mais erudito:

Si Hipocrás lo dijera, te creyera.  
Más mató la cena que sanó Avicena.

Os enigmas, adivinhas, etc., seriam também bons «tests» para a atenção e inteligência (Fernando C. Pires de Lima).

*Por males de nervios, nunca se tocó a muerto* (Nunca se morreu por doença de nervos), mas não é tão optimista no tocante à sua cura:

*El mal que no tiene cura es la locura.*

Dentro do pessimismo, tem-se por maior desventura a oligofrenia que, como um pobre de nascimento — no tocante à inteligência — jamais poderá remediar-se, pois como se diz aos faltos de luzes: *Jesus Cristo curó a leprosos y ciegos, pero no a tontos* (Jesus Cristo curou leprosos e cegos mas não tolos). As demais loucuras sempre deixam o sinal da personalidade, do mesmo modo que um rico arruinado tem sempre sinais do que foi, por isso se diz: *mas vale ser loco, que nescio* (antes louco que nescio).

Hoje o prognóstico pessimista do rifão citado não é justo, pois as conquistas da terapêutica modificaram-no favoravelmente.

#### Tratamento

Antigamente era bárbaro, não havia outra regra além desta: *el loco por la pena es cuerdo* (a prisão amansa o louco) a forma de encarcerar os dementes era cruel (*no todos os locos están en jaulas, que muchos por la calle andan*—nem todos os loucos estão presos, muitos andam nas ruas). Os exorcismos faziam-se aos que se julgavam endemoinhados e o mesmo quanto à aplicação de amuletos, beberagens, etc.

*La locura, la quartana la cura*, (a loucura, a quartã a cura), não deixa de ser a antiga pathidoterapia ou pireterapia. Três religiosos influíram em Espanha na humanização ao tratamento dos dementes.

No século XIV, o Arcipreste de Hita, escreve no «El libro de Buen amar», máximas que aconselham optimismo para não enlouquecer, piedade com os dementes e discreção e respeito, no seu trato, como efectivamente se pode ver

*El cuerdo non enlouque por fablar al roça poco*  
(dizer graças ou jovialidades)

*Con los cuerdos estar cuerdo, con los locos estar loco.*

(Adaptar-se a eles).  
*Callar con seso al loco, non es poco*, rifão que foi abastardado pelo povo deste modo:

*Quitar el palo al loco, no es poco*, e se quere arremeter, dar-lhe com ele.

No séc. XV, Frei Jofre de Gelabert, da Ordem de la Merced, funda o primeiro manicómio para isolar os dementes e evitar que sejam perseguidos como animais pelas ruas.

Um quadro de Benlliure representa esta cruel cena onde uns rapazes perseguem às pedradas, numa praça de Valência, um pobre alienado, interpondo-se Frei Jofre para o proteger.

No séc. XVI S. João de Deus que sofreu o bárbaro trato que naqueles tempos se dava aos loucos no Hospital Real de Granada, decidiu, quando o libertaram, fundar um hospital para que os doentes mentais tivessem um tratamento humano.

Estes dois conceitos de S. João de Deus: *Enfermo mental y trato humano*, são o início do grande progresso científico da psiquiatria moderna. Tudo merecem os loucos, los más pobres de entre los pobres, como dizia o Santo hospitaleiro e que o bom Arcipreste de Hita também exprimiu nos seus versos: *el cuerdo, gravemente non se deve quejar...*

## Para uma ferroterapia mais eficaz...

A dose média para adultos, é de três colheres das de sopa diárias de COFRON ELIXIR, seguidas de meio copo de água, leite ou sumo de frutas. Nas crianças doses proporcionais. A dose para adultos fornece aproximadamente 100 mgrs. de ferro, 4 mgrs. de cobre e o complexo vitamínico B contido em 3 mgrs. de extracto hepático.

O COFRON ELIXIR é apresentado em frascos de 120 cm<sup>3</sup>.



### Cada 120 cm<sup>3</sup> de COFRON contém:

Citrato de ferro amoniacal . . . . .	1,56 grs.
(264 mgrs. de ferro metálico)	
Sulfato de cobre . . . . .	43,2 mgrs.
(10,64 mgrs. de cobre)	
Concentrado de fígado. . . . .	8 grs.
(Fracção solúvel no álcool a 70 <sup>o</sup> /v)	
Excipiente p. b. para . . . . .	120 cm <sup>3</sup> .

ABBOTT LABORATÓRIOS, L.<sup>DA</sup>  
RUA JOAQUIM ANTÓNIO DE AGUIAR, 43 r/c.  
LISBOA PORTUGAL

**C**ofron **E**lixir  
MARCA REGISTRADA

Ferro, cobre e factores hepáticos Abbott

# ORDEM DOS MÉDICOS

## Posse do novo Conselho Regional do Porto

A concorrida posse do Conselho Regional do Porto, realizada no passado dia 5, esteve presente invulgar número de médicos, que quiseram prestar homenagem a todos os dirigentes cessantes e novos, que aos assuntos da classe entregam sempre o melhor da sua boa vontade. Felizmente que só por excepção assim não acontece e, por isso, não haveria razão para maior presença que o habitual, acentuada pela circunstância de ser pouco conhecida a sessão de transferência de poderes. Mas os que lá foram bem sabiam que, além dos colegas a homenagear, deviam ao presidente que continua, Dr. José Frazão Nazareth, a gratidão dum trabalho que se prolonga há muitos anos.

Pelas 10 horas da noite, o chefe da Secretaria, sr. José Alves Allen, leu o auto de posse dos novos membros do Conselho Regional, eleitos na última Assembleia Regional, que são os Drs. Eugénio Saraiva Corte Real, Francisco Augusto da Silva Almeida, José Augusto Lopes dos Santos, José Frazão Nazareth, Lourenço Pinto Martins, Pedro Ribeiro Sousa Barbosa e Raul Ferreira Gonçalves; secretários da Assembleia Regional, Drs. António Augusto Macedo Prata e António José Lopes Paul e delegado da Comissão do Imposto Profissional Dr. José Maria Borges Guedes.

Usou, em primeiro lugar da palavra,

o Dr. Albano Ramos, vice-presidente do Conselho Regional, que começou por acentuar:

As circunstâncias de o sr. Dr. Frazão Nazareth ter presidido ao Conselho que

amigos do Conselho Regional agora cessante haver cedido, muito mais por amizade que por mérito próprio, que me coubesse a vice-presidência. Satisfaço; com enorme alegria, a dívida que então



O novo Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos

(Foto cedida por «Bial»)

agora termina o seu mandato e a de fazer parte do agora eleito, com vista à mesma situação, origina que eu tenha de usar da palavra para fazer algumas considerações, ainda que breves. É motivo da minha honrosa situação a gentileza dos meus

contraí, agradecendo-lhes, neste momento, a situação com que me distinguiram.

E disse, depois:

Ao abandonarmos o Conselho Regional, temos, naturalmente, algo que contar e que constitui o balanço do juízo que fizemos durante a nossa actuação por um lado, e por outro as perspectivas que vemos no futuro que se aproxima. Tal resumiremos em duas linhas.

O que fizemos mal se vê, é certo. Mas o pouco que se fez deve-se a todo o Conselho — exceptuando-me a mim próprio — Conselho que, com satisfação o proclamamos, falou por unanimidade em todas as decisões que houvera de tomar. E desta unanimidade, deste sentir fraterno, digo-o desde já, que levo uma inesquecível saudade.

Não se torna necessário que seja eu a agradecer aos meus colegas e amigos aquilo que se fez por vir a usar da palavra quem nos comandou, mas devo acrescentar que se se não faz obra grandiosa nem por isso teremos de sentir intranquilidade de consciência. Mais poderosos do que nós, por todos os recursos — de inteligência, de situação, etc — esbarram com obstáculos que impedem uma acção mais profícua dos corpos gerentes da Ordem dos Médicos. Sendo assim, no âmbito limitado da nossa esfera de acção, à míngua de possibilidades e pobres de recursos, não seria de esperar mais de nós. Mas se fizemos pouco, a consciência diz-nos, no entretanto, que agimos no sentido de prestigiar a classe a que pertencemos e que vimos dentro dela o bem comum, sem que nos tenhamos empenhado na visão parcelar para que não fomos escolhidos.

Fica-nos a esperança de que, com igual satisfação com que hoje o proclamamos, daqui por mais um triénio, ao

*Reumatismo*

*Artrite*

*Dores musculares*

*Pleurodinias*

*etc.*

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

*Crema anti-reumático analgésico e antiflogístico de Salicilato de Dietilamina.*

UM PRODUTO

*Dravi*

TOTALMENTE

N O V O

E ORIGINAL

NOVOS PRODUTOS



# NEOSTERON

(metilandrostenediol)

— Esteroide de acção anabólica isento de efeitos virilísantes

**Indicações:**

- Estados de fraqueza e esgotamento
- Post-traumatismo e intervenções cirúrgicas graves
- Cancro mamário
- Perturbações do crescimento
- Dismenorreia funcional
- Tensão premenstrual

Tubos de 20 comprimidos a 10 mgr.

Tubos de 20 comprimidos a 25 mgr.

Frs. de 10 c. c. a 25 mgr. / c. c. (a introduzir brevemente)

O NEOSTERON pode igualmente ser empregado sem inconvenientes nas mulheres e nas crianças

# ESTANDRON

— Uma associação cuidadosamente equilibrada de *hormona estrógena* e *hormona andrógena*

Esta combinação está indicada nas perturbações que dependem da involução das gonadas (perturbações climatéricas, osteoporose, etc.). Confere uma marcada sensação de bem estar enquanto que o risco de sintomas indesejáveis (hemorragias, etc.) é reduzido ao mínimo.

**Apresentação:***Para absorção oromucosa*

Tubos de 20 comprimidos a 0,004 mgr. de etinil-estradiol e 4 mgr. de metiltestosterona por comprimido.

*Para injeção intramuscular*

Cxs. 3 ampolas a 0,5 mgr. de Benz. de estradiol a 10 mgr. de prop. de testosterona por ampola.

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

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

renovar o quadro que agora nos substitui, o que por mim houver de usar da palavra possa dizer com alegria equivalente a tristeza que sentimos por não o haver conseguido, que as reivindicações da classe, que amamos do coração, foram largamente satisfeitas e que, durante a sua actuação, puderam desempenhar papel que se considere decisivo em tais realizações. Será então grande o nosso júbilo por que, ao menos, teremos a satisfação de dizer, que o mérito da nossa passagem por esta casa consistiu muito menos na nossa actuação do que na perfeita selecção do continuidade do comando.

Se me perguntarem, todavia, se é minha convicção de que o próximo Conselho verá solucionados, no decurso do seu mandato, os problemas candentes já há tanto tempo equacionados — para ser sincero — tenho de dizer que não. E precisamente a noção mais importante que aqui viemos formar — a que resulta de se haver desenvolvido em nós a descrença. Esta mesma noção é a que faz com que — sem perda da continuidade de alguns elementos, indiscutivelmente útil — se considere de interesse que novos valores sejam chamados a servir pois virão encontrar explicação, que por certo não conseguiriam doutro modo, para os problemas que se não resolveram e que pareciam de tal fácil solução. Deste modo se fará o combate à crítica destrutiva.

Defendo, portanto, a continuidade limitada e, sou, sobretudo, pela renovação. Esta favorece o encontro de novos valores e dá a medida das possibilidades de actuação. Assim, os que ficam e o fazem com base nestas noções, são os abnegados a quem devemos render as nossas sentidas homenagens.

Cheguei, por esta via, à situação do primeiro dever que venho cumprir: agradecer aos que, a despeito dos sacrifícios já suportados, não abandonaram a tarefa e se dispõem para as novas canséiras. Tenho de destacar o presidente cessante, sr. Dr. Frazão Nazareth, que há 9 anos consecutivos vem consumindo nesta casa as suas energias e se dispõe para continuar a travar luta em favor da classe a do Conselho que parte, lhe testemunho a que pertencemos. Gostosamente, em nome nossa admiração e lhe agradeço a amizade e a lealdade com que sempre nos honrou. E na sua ilustre pessoa eu saúdo o Conselho agora empossado e desejo por todos os que partem as maiores felicidades a todos os que chegam.

O Dr. Frazão Nazareth, presidente do novo Conselho, profere então o seguinte discurso:

— Por determinação dos Estatutos, tivemos, este ano, novas eleições, e, a pedido dum grupo de colegas, aceitei, pela segunda vez, a presidência do Conselho Regional.

Posição de sacrifício, a que não me furtei pelo interesse que sempre me mereceram os assuntos da nossa Classe e pela confiança com que espero a solução dos nossos mais urgentes problemas.

Por isso se procurou dar continuidade a trabalhos já iniciados, mantendo-se o mesmo ambiente de estudo e de preparação desses problemas.

Ao tomar posse deste lugar, agradeço aos meus colegas do Conselho cessante toda a colaboração que me deram e que valeu sempre pela amizade com que o fizeram. É muito difícil ajuizar das horas que se passam, à roda desta mesa, na meditação e no estudo dos assuntos, tantas vezes ingratos, que são postos à nossa observação. Amarrados a uma hierarquia estatutária que faz do Conselho, na maior parte dos casos, um simples executor, sentimos os anseios duma classe que vive aflita as dificuldades da grande crise que atravessa. Mas, são exactamente essas horas de preocupações que mais firmam as amizades e, assim, eu junto

aos meus agradecimentos a nota de saudade com que o faço.

Aos que chegam, nesta hora de transmissão de poderes, quero afirmar-lhes a satisfação com que recebi a aceitação do convite que lhes foi feito para colaborar comigo neste Conselho. Não tento esconder o quanto me é agradável, neste momento, essa prova de solidariedade que a sua consideração me quis dar e que veio marcar uma posição de confiança particularmente grata à minha sensibilidade.

Juntos, no desejo de trabalhar com o pensamento de servir, vamos continuar a debruçarmo-nos sobre os mesmos problemas, confiando-os a quem de direito, para que eles tenham a solução justa que há tanto tempo esperamos. Teremos de ser persistentes no seu estudo e firmes na sua resolução.

Meus Colegas: quis o vosso interesse trazer-nos à força do vosso apoio pela presença que dais a este acto.

É indispensável essa ajuda da classe por que só com ela a Ordem se pode manter na luta que vem travando.

É-me especialmente grato registar esta unidade que a vossa presença dá ao Conselho Regional; ela diz-nos que acreditam na perseverança dos seus esforços para que com mais confiança possa continuar essa luta em que temos perdido com honra para ganharmos, um dia, com dignidade.

Ao terminar, seja-me permitido saudar na pessoa do sr. Prof. Almeida Garrett a nossa Faculdade de Medicina, Escola onde nos formamos e à sombra da qual cultivamos a nossa formação profissional. A todos, muito obrigado.

Lidos os telegramas de felicitações, entre os quais um do Director da Faculdade, Prof. Almeida Garrett, trocaram-se cumprimentos e encerrou-se a sessão. «O Médico» esteve representado pelo seu Director, que apresentou os seus votos de uma feliz gerência, que são aliás os desejos de todos os médicos.

## Prof. Reinaldo dos Santos

Na sua última sessão extraordinária a Academia Nacional de Belas-Artes conferiu ao recente volume do Prof. Reinaldo dos Santos — «O Estilo Manuelino» — o Prémio «José de Figueiredo», instituído para galardoar os livros de crítica e história que cada ano se publiquem sobre Arte Portuguesa. Apesar de aquela obra não ter sido apresentada ao concurso, a Academia entendeu conferi-lo, a título de reconhecimento e homenagem ao extraordinário labor do seu presidente e ilustre historiador de Arte.

## DOENÇAS DO FÍGADO E DAS VIAS BILIARES



# COLEREPA

COLARÉTICO  
E  
COLAGOGO

À BASE DE

Ácido deidrocolico e hexametilenatetramina

Boião . . . . . 33\$00



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

## EM COIMBRA

## QUINZENAS MÉDICAS HOSPITALARES

No dia 21 de Janeiro, às 21,30 horas, realizou-se no Salão Nobre dos Hospitais da Universidade, mais uma sessão das «Quinzenas».

Presidiu o Prof. Novais e Sousa, secretariado pelos Prof. Tavares de Sousa e Dr. Renato Trincão.

Foi preenchida, a sessão, por uma conferência do Prof. Mosinger.

Nela insistiu na importância que o mesênquima desempenha em patologia. Lembra o conceito anátomo-fisiológico do sistema reticulo-endotelial e das reticulo-endotelioses e faz a crítica do

Propoz seguidamente uma classificação

conceito das chamadas doenças do coção de conjunto das mesenquimatoses proliferativas, distinguindo: 1.º — Três grupos de hiperplasias (mesenquimatoses benignas, premalignas e malignas); 2.º — Três grupos de blastomas mesenquimatosos (benignos, invasores e malignos ou sarcomas); 3.º — Hiperplasias e blastomas associados de vários tipos.

Mostrou depois a frequência das formas de transição entre os diversos grupos de processos proliferativos conjunti-

vos, sobretudo no que respeita às reticulo-endotelioses e histiocitomas.

Numerosas macro e microfotografias provenientes de autópsias e de biopsias do Instituto de Anatomia Patológica de Coimbra (reticulo-endotelioses macro-histiocitárias, linfogranulomatoses, leucoses e histiocitoses malignas tumoriformes associadas a sarcomas) ilustraram e documentaram a exposição.

Por fim propoz uma classificação de conjunto das reticulo-endotelioses malignas e poz em relevo a necessidade da colaboração íntima entre o clínico e o anátomo-patologista, citando casos de difícil interpretação e em que foi indispensável a informação do médico assistente.

O trabalho, muito aplaudido, foi posto à discussão.

O Prof. Luís Raposo felicitou o autor pela maneira como tinha sabido ministrar tão proveitosos conhecimentos e salientou também a necessidade de colaboração entre o clínico e o técnico do laboratório. Pediu alguns esclarecimentos sobre hiperplasias de carácter degenerativo, tumores de mieloplaxes, células gigantes, etc.

O Prof. Tavares de Sousa felicitou também o Prof. Mosinger e poz em relevo a soma de conhecimentos e de material que fora posto em jogo pelo conferente, a quem pediu também certos esclarecimentos.

O conferente agradeceu e esclareceu os casos postos, não deixando de referir que a honestidade de processos o obrigou a colocar-se em posição que poderia parecer de modéstia: é que o anátomo-patologista pode enganar-se, como o grande Virchow no diagnóstico de papiloma laríngeo no imperador da Alemanha, quando afinal se tratava de um epiteloma, erro que o próprio anátomo-patologista reconheceu e confessou.

O Prof. Novais e Sousa encerrou seguidamente a sessão não sem agradecer muito sinceramente a conferência feita, na qual se patenteava como o diagnóstico anátomo-patológico pode ser difícil, como a colaboração entre o clínico e o anátomo-patologista é necessária, e como assunto um pouco fechado pudera ser exposto de forma tão clara e agradável.

L. A. DUARTE SANTOS

# METIOCOLIL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSES VASCULARES

LABORATÓRIO



SAÚDE, L.<sup>DA</sup>

RUA DE SANTO ANTÓNIO Á ESTRÉLA, 44—LISBOA

## A PROPÓSITO DE «A ESPECIALIDADE INCOMPREENDIDA»

A leitura no Suplemento de «O Médico» das considerações pelo colega L. H. sob a epígrafe — A especialidade incompreendida — deu-me certo alento para emparceirar com ele na campanha contra os pseudo-dentistas e tentar destacar um assunto que — não sei porquê — tem sido dos mais protelados, quando, há muito, devia ter tido o saneamento competente para honra, prestígio, dignificação dos médicos-estomatologistas, bem como defesa dos próprios interesses e ainda do próprio público.

Efectivamente, ver esses malabaristas da Estomatologia exercer uma actividade que, por lei, é inerente exclusivamente aos médicos (ressalvando certos odontologistas) em franca competência profissional com estes, com a vantagem de se sentirem ainda desobrigados dos deveres para com os organismos oficiais de que estes mesmos dependem, contrista e desanima.

O apoio prestado por certos colegas, dando, emprestando ou vendendo-lhes o seu nome e, mesmo, entregando-lhes a sua boca!!!, além de ser um exemplo de falta de camaradagem, representa um rombo na coesão moral que enobrece a classe, ao mesmo tempo que incita esses aventureiros a persistirem e a convencem-se de que valem muito.

Sei que há, realmente, médicos que fazem isso. Felizmente não são, a meu ver, senão aventureiros, igualmente, certos falhados profissionalmente ou que, por qualquer triste circunstância, pleiteiam ao lado dos pseudo-dentistas. Estes conseguem arrebanhar uma clientela importante com palmadinhas nas costas acompanhadas de nomes carinhosos, corretores a soldo, reclames capciosos e descrições de fantásticos tratamentos na boca que deitariam a perder qualquer médico-estomatologista que tivesse a audácia de encetá-los. Em qualquer parte, diante do público seu cliente, ou dos médicos que rodopiam na sua órbita, afirmam ser — estes pseudo-dentistas — quem percebe, realmente, destas coisas da boca, não só devido à sua habilidade como à longa prática, e que os médicos, com pequenas excepções, também realmente, ou não percebem ou não estão para se maçar. Sei que isto é assim porque já tenho lidado com vários e, aqui nestes sítios, há, pelo menos, dois, um dos quais faz até vida larga!

Vale a pena retratá-lo sob certas facetas para se poder avaliar até que ponto vai a desfaçatez deste intruso, parasitando uma classe que o sustenta e de que ele abusa, deprimindo-a:

Desloca-se no seu automóvel, quotidianamente, de um para o outro lado dos dois bem montados consultórios dentários que possui, numa grande azáfama de espalhafato, onde atende a sua, aliás, numerosa clientela; tem as suas empregadas, das quais exige o tratamento de *Dr.*, recebe a correspondência encimada com este título e adverte as pessoas, certas vezes, se por esquecimento o omitiram. Ao lado da tabuleta em que se anuncia está

a do médico «testa de ferro», que só é conhecido de nome. Dá frequentes passeios, no seu automóvel, aos amigos que alicia, indo até ao estrangeiro, pratica actos de pouca morigeração, permitindo-se uma situação de amancebia escandalosa, etc.; e isto com a indiferença, se não com a aquiescência e aprovação de certo público.

No N.º 78 de «O Médico», Suplemento, lê-se uma resposta às perguntas de um colega que, parece, veio ao encontro destas considerações, mostrando a forma de resolver esta situação vexatória da dignidade e dos interesses da classe

médica com as sanções que a lei impõe para tais casos, cabendo aos Conselhos Regionais da O. M. o papel de actuar neste sentido.

Sem dúvida que há-de ser a Ordem que nos há-de valer. Vontade não lhe falta. Também não se poderá dizer que até lá não tenha chegado já o nosso clamor! De modo que, todas as vezes que penso nestas coisas lembro-me daquela canção popular:

.....  
Onde a desgraça me tem,  
Falo, ninguém me responde  
Olho, não vejo ninguém.  
.....

Resta-nos a consolação de que o assunto há-de ser resolvido, mais cedo ou mais tarde. É uma virtude saber esperar. Que quem puder não deixe de reavivar a questão todas as vezes que tenha oportunidade o fazer. Quando não seja mais, por uma questão de camaradagem.

B. M.

# Reg-Acil

REGULADOR DA ACIDEZ  
E DA SECREÇÃO GÁSTRICA

### COMPOSIÇÃO POR COMPRIMIDO

Glicocola . . . . .	0,15 g
Carbonato de Cálcio . . . . .	0,35 g
Beladona (extracto seco) . . . . .	0,0025 g

Excipiente q. b.

### APRESENTAÇÃO

Caixa com dois tubos contendo cada um 20 comprimidos, permitindo assim o fácil acondicionamento ambulatório.

Sociedade Química Leseque, L.<sup>da</sup>

VENDA NOVA  
A M A D O R A

## Conferência do Dr. Aureliano da Fonseca no Hospital Militar do Ultramar

Desde há algum tempo que, quinzenalmente, se vêm realizando no Hospital Militar do Porto conferências pelos médicos do referido Hospital, sobre diversos aspectos da Tuberculose.

A última conferência foi realizada pelo Dr. Aureliano na Fonseca, no passado dia 20 de Fevereiro, com o tema «Tuberculose cutânea».

Presidiu a esta palestra o Inspector de Saúde, Sr. coronel-médico Dr. Almeida Eça, ladeado pelo director e sub-director do Hospital, respectivamente, major-médico Dr. Sousa Dias e capitão médico Dr. Alves de Sousa.

O conferente fez uma revisão geral de todo o problema da tuberculose cutânea, focando os diferentes aspectos clínicos, e as características que mais interessam para o diagnóstico diferencial.

A propósito de cada forma de tuberculoderma, o conferente apresentou uma interessante documentação fotográfica, a cores, de casos por ele observados.

Finalmente, apresentou uma estatística de 209 casos de tuberculose na pele, observados em 40.940 doenças que estão registadas nos serviços de dermatovenerologia do Hospital Militar, do Dispensário de Higiene Social e dos Serviços Médico-Sociais. Fez algumas considerações sobre a prevalência das diversas formas de tuberculodermas, em particular das tuberculides, que é de 31,6 %, facto que estará possivelmente em relação com a grande frequência de infecção tuberculosa fruste e tórpida existente no meio em que se trabalha.

# Multibionta

com as vitaminas A, complexo B, C, D<sub>3</sub> e E  
(11 factores juntamente) para a profilaxia extensa e a terapêutica de

## Estados de carência de vitaminas em:

afecções do parênquima hepático  
estados febris  
disfunções tireoideias  
gravidez, diabetes, etc.

## Multibionta

Frascos com 20 e 100 cápsulas

### Amostras e literatura:

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

Químico-Farmacêutica Lda.  
Rua de Santa Marta, 64  
Lisboa

DARMSTADT · ALEMANHA



# NO HOSPITAL DE S. JOSÉ

## As aplicações pacíficas da energia atómica demonstradas através duma curiosa exposição

Sob o patrocínio do Instituto para Alta Cultura e do Instituto Britânico em Portugal, e com a colaboração dos Hospitais Cívicos de Lisboa, inaugurou-se no dia 20 de Janeiro, no Hospital de S. José uma Exposição sobre Aplicações da Energia Atómica, organizada pelo Centro de Investigações de Harwell. Por esse motivo, deslocou-se a Portugal um grupo de cientistas britânicos daquele Centro, composto pelos Drs. Henry Seligman, director da Divisão de Isótopos de Harwell; R. J. Walton e W. K. Sinclair, respectivamente radioterapeuta e físico de Isótopos do Real Hospital do Cancro, de Londres; J. E. Johnston, director da Escola de Isótopos de Harwell, e miss R. J. Millett e K. D. Outeridge, respectivamente, química e físico daquela Escola de Isótopos.

A sessão solene inaugural e abertura da exposição efectuou-se no salão nobre do Hospital de S. José, perante numerosa assistência, vendo-se ali quase todo o corpo clínico dos Hospitais Cívicos e muitos professores e alunos do Instituto Superior Técnico. Presidiu o sr. ministro da Presidência, Prof. Costa Leite (Lumbralles), ladeado pelo Dr. Trigo de Negreiros, ministro do Interior; sr. Blake, director do Instituto Britânico; Prof. Gustavo Cordeiro Ramos, presidente do I. A. C.; embaixador Britânico; e Drs. Emílio Faro, enfermeiro-mor dos H. C. L.; Leite Pinto, do I. A. C., e Henry Seligman, director da Divisão de Isótopos de Harwell.

O enfermeiro-mor dos H. C. L. abriu a sessão, começando por dirigir agradecimentos aos ministros presentes e demais entidades, tanto nacionais como estrangeiras, pela sua visita. Congratulou-se,

depois, pela feliz iniciativa do Instituto Britânico que, com o patrocínio do Instituto de Alta Cultura, tornou possível a exposição que ia inaugurar-se e a série de conferências de divulgação que ontem também principiou.

E, logo a seguir, afirmou:

— A primeira aplicação clínica de isótopos radioactivos em Portugal foi feita numa doente do Serviço n.º 3 do Hospital de Santo António dos Capuchos, em 19 de Dezembro de 1950, pelo médico daquele serviço, Dr. Valadas Preto. Era um caso de hipertiroidismo, operado por duas vezes sem resultado, e que se curou com duas aplicações de 10 milicuries de  $I_{131}$ . Os isótopos — disse — foram adquiridos à custa daquele clínico e enviados directamente de Harwell, por intermédio da professora de radioquímica da Faculdade de Ciências, Dr.ª D. Branca Edmée Marques. E, mercê da amabilidade do sr. director-geral das Alfândegas, foram recebidos logo após a chegada do avião de Londres, o que permitiu o seu emprego no mesmo dia em que foram preparados. O Dr. Valadas Preto, aplicou os mesmos isótopos  $I_{131}$  em cinco doentes, em dois deles como tratamento e em três como diagnóstico; as localizações físicas e as medições quantitativas do radioisótopo nestes doentes foram feitas pela Dr.ª D. Branca Marques, no seu laboratório da Faculdade de Ciências. Três destes casos — continuou o orador — estão publicados e foram objecto de comunicação do Dr. Valadas Preto e da Prof.ª D. Branca Marques, ao Congresso de Isótopos de Oxford, de 1951.

O Dr. Emílio Faro deu depois conta de que outros clínicos dos H. C. L. se interessaram igualmente pelas aplicações

terapêuticas da energia atómica e tentaram os seus ensaios, especialmente como diagnósticos em relação à tiroideia e aos tumores cerebrais. E continuou:

— «O Prof. Dr. Diogo Furtado, director do Serviço de Neurologia do Hospital dos Capuchos, começou os seus ensaios experimentais no Instituto de Oncologia, com amável autorização do Prof. Gentil e a colaboração do Prof. Palácios. Depois, a possibilidade de dispor de um «rate-meter», com contador de Geiger, Muller, e contador de cintilação, gentilmente cedidos pelo Dr. Francisco Pereira, que nestes trabalhos tem colaborado, permitiu-lhe continuar directamente os seus ensaios com o emprego de isótopos, no Serviço de Neurologia dos Capuchos. Ali têm sido estudados o metabolismo do  $I_{131}$  e a sua localização nas glândulas tiroideias, em doentes do «Basedow» e de ademonas tóxicas, da consulta do Dr. Iriarte Peixoto.

O principal objectivo dos trabalhos, porém, actualmente em curso naquele serviço e com resultados de muito interesse, é a localização de tumores cerebrais. Nestas investigações, além do director do Serviço de Neurologia e do Dr. Iriarte Peixoto, têm colaborado o Dr. Santos Pereira, o professor de Física Dr. Marques da Silva e a Dr.ª D. Maria Helena de Sousa. Sem o seu concurso, os trabalhos não teriam tão fácil realização.

Por outro lado, no Instituto Português de Oncologia, o seu ilustre director, Prof. Francisco Gentil, coadjuvado por uma equipa de médicos daquele estabelecimento e pelo físico Prof. Júlio Palácios, tem igualmente dedicado a este estudo e ao ensaio dos isótopos o seu maior interesse.

O enfermeiro-mor disse ainda que todos estes factos permitem demonstrar que os médicos portugueses não têm permanecido desatentos aos problemas dos isótopos. Antes têm procurado obter deles uma experiência própria, bem merecendo ser ajudados no prosseguimento dos seus estudos e na obtenção de aparelhagem adequada.

A terminar, o Dr. Emílio Faro, agradeceu, em inglês, a presença dos cientistas ingleses, dizendo quanto gosto tinha em colaborar com o Instituto de Alta Cultura e o Instituto Britânico nas demonstrações que vão seguir-se e na apresentação de aparelhagem para aplicação da energia atómica com fins terapêuticos, industriais e de defesa civil.

Seguiu-se o Dr. Henry Seligman, para pronunciar a sua conferência intitulada «Empregos benéficos da energia atómica». Começou por afirmar que os grandes progressos verificados nos últimos anos, no campo da utilização benéfica da energia atómica, têm sido geralmente obscurecidos pela sua terrível aplicação militar — as armas atómicas. Contudo, as investigações sobre aquela espécie de energia estão tão avançadas

Sífilis:

**Bismogenol**

Laboratórios

Tosse. Hamburgo

— Fama mundial —

Representante Geral:

**SALGADO LENCART**

R. Santo António, 203

Telefone, 21684

P O J R T O

Sub-agente:

**A. G. ALVAN**

Rua da Madalena, 66, 2.º-E.

LISBOA

que, dentro de cinco a dez anos, devem entrar em funcionamento centrais geradoras atómicas. Isso não impede, porém, que a sua contribuição, como fonte de energia mundial, seja insignificante por muitos anos ainda.

Referiu-se, depois, o conferencista aos materiais radioactivos provenientes de reactores atómicos (pilhas) que estão já a desempenhar papel importante nas investigações científicas, no diagnóstico e na terapêutica médica, e informou que foram já criados alguns diferentes tipos de equipamentos para auxiliar a indústria, tais como calibradores de espessuras, verificadores de embalagens e eliminadores electro-estáticos. Esclareceu, a seguir, que o «contrôle» dos problemas relacionados com a indústria e a ventilação só pode ser efectuado satisfatoriamente, mediante o emprego de materiais radioactivos. Grandes progressos se têm feito, também — acrescentou — na agricultura e na bioquímica, com o emprego destes novos recursos científicos.

No campo médico, o cancro e outras doenças, como o hipertiroidismo, são também tratadas com materiais radioactivos artificialmente produzidos.

Ao terminar, o Dr. Seligman disse que a produção e a exportação daqueles materiais, feitas em Harwell — o centro de investigação de energia atómica da Grã-Bretanha — está a aumentar diariamente e que, no decorrer do ano findo, se executaram para cima de dez mil encomendas, destinadas a mais de trinta países.

A interessante conferência foi largamente documentada com projecções.

A encerrar a sessão, o Prof. Costa Leite (Lumbrals) cumprimentou o embaixador da Grã-Bretanha e quantos tornaram possível a realização dos actos que naquele momento se inauguravam. E, acrescentando que o Governo se mantém atento aos progressos da energia nuclear, disse que ele acolhera esta iniciativa, não apenas com interesse, mas também com simpatia.

Encerrada a sessão todos os presentes se dirigiram para a sala da Exposição, onde o Dr. Seligman lhes deu pormenorizados esclarecimentos acerca do funcionamento da aparelhagem exposta.

À noite, novamenté no salão nobre do Hospital de S. José, o Dr. J. E. Johnston, fez uma conferência, em que tratou de «Produção de materiais radioactivos».

Ouvido com grande interesse pela numerosa assistência, que enchia por completo a vasta sala, o conferencista começou por explicar a constituição do átomo e descreveu, depois, com vasta cópia de pormenores técnicos, como se obtêm os isótopos e como foi construída e funciona a pilha atómica.

O Dr. Johnston deu conta de como se obtêm, entre outros o isótopo-ferro, o iodo-131, o carbono 14, o enxofre 35, o azoto-14, o cloro 35, o trítio, o hidrogénio radioactivo, o estrôncio 90, etc., e concluiu, afirmando que se estuda, agora, possibilidade de obter gases radioactivos como novos campos de aplicação para os radioisótopos.

No dia 21 efectuaram-se três conferências, em que foram oradores os Drs.

W. K. Sinclair, Henry Seligman e R. J. Walton.

O Dr. Sinclair, que falou do «Manuseamento e medicação de isótopos radioactivos», depois de afirmar que os isótopos podem ser utilizados clinicamente no diagnóstico e na terapêutica, disse da necessidade de se determinar a dose ou quantidade de radioactividade recebida pelos tecidos, o que envolve conhecimento da quantidade de material administrado, da sua distribuição pelos tecidos e do tempo que neles permanece. Entrando no capítulo da «quantidade», falou da necessidade de se conhecer a quantidade de energia emitiva por desintegração na forma de partículas beta, raios gama ou ambos, e descreveu, depois, os meios de que se dispõe para tal efeito. Referiu, a seguir, o tempo de permanência nos tecidos, de cada um dos materiais radioactivos e descreveu, pormenorizadamente, o processo de manuseamento de cada um desses materiais, com vista

a diminuir o perigo para o pessoal que com eles trabalha e terminou:

— É necessário um cuidado extremo na medição e manipulação, e qualquer hospital que se dedique a este trabalho deve estar bem equipado, quer sob o ponto de vista do pessoal treinado, quer sob o ponto de vista de facilidades de aparelhagem e de laboratório. No entanto, se este assunto for tratado convenientemente, não temos a menor dúvida de que os isótopos radioactivos podem fornecer contribuição muito importante aos métodos convencionais de radioterapia, sem perigo para o doente nem para o pessoal. Os isótopos radioactivos devem ser encarados com grande respeito, mas não devem ser receados.

O Dr. Seligman, que versou o tema «Uso dos radioisótopos», começou por dizer que desde a descoberta da cisão do urânio e a subsequente construção de reagentes atómicos nucleares, se descobriram centenas de novos isótopos, que passaram

*Novidade!*

Em dores intensas

**POLAMIDON»C«**  
»HOECHST«

Bem tolerado devido a um componente de acção vagolítica

Especialmente apropriado á clínica quotidiana

**Embalagens:**

Para uso oral: gotas a 1%, frascos de 10 cc  
tubos de 10 comprimidos a 5,25 mg

Soluto injectavel a 1/2%: 10 ampolas de 1 cc



**FARBWERKE HOECHST**

*vormals Meister Lucius & Brüning*

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal:

*Mecius Lda.*

Rua do Telhal, 8-1.º E - LISBOA

a estar à disposição do cientista por baixos preços. A sua aplicação nas ciências, na indústria e na Medicina, e da maior importância. Assim, prosseguiu, na indústria começam a substituir o equipamento Raios X, auxiliam o controle e a verificação nas fábricas, e são úteis numa variedade de aplicações, tais como a procura da água e do petróleo, a descoberta de roturas em canos e a medição do desgaste de maquinarias. Também a bioquímica tirou vantagens nestes novos processos de investigação sobre metabolismo. Na agricultura, os isótopos contribuíram para a economia dos povos, encontrando condições mais adequadas para a adubagem. Os insecticidas tornados radioactivos, deram interessantes resultados no que respeita à acção destes venenos.

Por fim o conferencista referiu-se ao emprego dos isótopos em Medicina, dizendo que são já largamente utilizados, tanto no diagnóstico como na terapia e estão-se construindo grandes fontes radioactivas para irradiação externa no tratamento do cancro.

O Dr. Walton, abordou o sugestivo tema «Radioisótopos em Medicina e Cirurgia». Depois de afirmar que está perto o dia em que a clínica poderá incluir na sua bagagem um contador Geiger e de indicar que trataria em linhas gerais alguns dos sentidos em que os médicos poderão servir-se do que chamou «novas ferramentas», o conferencista deu conta de que o material radioactivo, em muito pequena quantidade, é usualmente introduzido no corpo humano por injeção intravenosa ou por via oral, e que o movimento desse material, dentro do corpo, tem tendência para ser localizado em diferentes órgãos ou no local afectado pela doença. Passou depois a referir a maneira do emprego desses novos materiais e descreveu sumariamente as indicações de cada um dos isótopos conhecidos, nas suas aplicações em medicina. Assim, e quanto ao *Iodo 131*, disse que está em uso para a investigação na tirotoxicose, no carcinoma da tiroide, nos tumores do cérebro e no funcionamento dos rins. O mesmo *Iodo 131* se usa também na terapêutica da tirotoxicose e no carcinoma da tiroide. Prossequindo citou o *Fósforo 32*, também empregado na investigação e localização, durante a operação dos tumores do cérebro, e no tratamento da policitemia. Este mesmo isótopo, como *fósforo vermelho*, tem sido utilizado para aplicação superficial

no tratamento das lesões superficiais da pele e dos olhos. O *Cobalto 60* e o *Tantalio 182* são substitutos do rádio; aquele, como solução, tem sido utilizado na irradiação intracavitária de tumores da bexiga e o segundo é material conveniente para o trabalho vulgar de incubação e molde. O *Ouro 198*, na forma de suspensão coloidal, é utilizado para irradiação intracavitária da pleura e do peritонеo, no tratamento paliativo de derrames malignos. O *Bromine 82*, como solução de brometo de cálcio, é utilizado para encher um saco de latex, na irradiação intracavitária de tumores da bexiga, e o mesmo sucede com o *Sódio 24*, que também se emprega, como injeção, no tratamento de discrazias do sangue, bem como para facilitar o cálculo do tempo em que uma circulação satisfatória volta a estabelecer-se em enxertos. Por fim o Dr. Walton referiu-se ao *Potássio 42*, material excelente para localizar tumores do cérebro.

A encerrar este ciclo de conferências, efectuaram-se mais duas no dia 22. Na primeira, o Dr. Johnston, no Hospital de S. José, referiu-se a «Os isótopos na indústria».

Documentando o seu trabalho com interessantes projecções, o conferencista tratou da aplicação dos isótopos de um modo generalizado e, depois, falou da sua importância quando aplicados a diversas indústrias, como a farmacêutica, a metalúrgica, a mineira, a do papel, a têxtil, a de plásticos, etc. A terminar, o orador disse que os exemplos citados os havia escolhido ao acaso, para ilustrar um pouco os inúmeros caminhos nos quais os radioisótopos podem ser utilizados na indústria.

Entretanto, o Dr. Walton deslocou-se ao Hospital Militar Principal, para falar de «Aspectos da defesa civil na guerra atómica», conferência que foi escutada por numeroso auditório. Presidiu o sr. brigadeiro Pinto da Rocha, chefe dos Serviços de Saúde Militar, que agradeceu ao Dr. Walton a sua interessante lição.

No salão nobre do Hospital de S. José, à noite, realizou-se a última sessão de trabalhos, em Lisboa, da missão científica que nos visitou, tendo os Drs. Walton e Sinclair feito uma larga demonstração, por meio de projecções, de aplicações médicas os radioisótopos.

De regresso do Porto, onde foram efectuadas mais conferências, um dos

membros da missão científica britânica — o Dr. Walton — esteve, no dia 29, no Instituto Português de Oncologia, onde fez, especialmente dedicada ao pessoal médico e do laboratório, uma exposição dos isótopos radioactivos que actualmente se empregam em medicina, tanto na investigação, como no diagnóstico e tratamento, tanto das doenças neoplásicas como nas não neoplásicas.

A documentar a sua exposição, o Dr. Walton fez projectar três filmes sobre as técnicas empregadas no tratamento do cancro da tiroideia pelo iodo-radioactivo, no emprego do tantalio radioactivo no tratamento de certos tipos de cancro da bexiga, e do emprego do ouro radioactivo no tratamento paliativo dos derrames carcinomatosos da cavidade peritonea.

## Exames e concursos

Posta neste jornal a questão das provas para o acesso ao professorado pelo Prof. Eduardo Coelho e para o acesso à licenciatura pelo Dr. Duarte Santos vem talvez a propósito lembrar alguns factos relacionados com o internato dos Hospitais Civis.

Chama-se internato (e chama-se assim como se podia chamar qualquer outro nome) a uma organização de estágios e concursos públicos que se fazem nos Hospitais Civis de Lisboa. E, talvez porque as designações de interno e internato são um tanto paradoxais, todo o sistema gira à volta de uma série de contradições que vistas a uma certa distância, apresenta aspectos pitorescos.

Reconhece-se geralmente que o estágio é útil — quase indispensável — para completar a formação clínica do médico saído da Faculdade, e como é útil quase indispensável para todos... restringe-se a sua frequência a menos de um terço dos anualmente licenciados.

Reconhece-se geralmente que é o estágio que confere particulares habilitações ao estagiário. no entanto, as provas dessas habilitações não são prestadas durante e após o estágio, mas antes dele começar. Antes de iniciar o estágio onde vai completar os seus conhecimentos gerais ou especializados, é que o médico tem de provar, em concurso público, que já sabe aquilo que pretende aprender. E tem de prová-lo até com provas clínicas de especialidades, onde oficialmente nunca estagiou, e, se o fez extra-oficialmente, foi na medida em que deixou de frequentar os serviços onde legalmente era obrigado a ir adquirir os conhecimentos que assim não adquiriu... mas também não precisava adquirir, visto ter previamente provado em concurso público que já os possuía.

Isto parece um pouco confuso mas é a fiel expressão dos factos.

## Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

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

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

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

**XAROPE GAMA**

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS  
BRONQUIES CRÓNICAS

**FERRIFOSFOKOLA**

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM  
GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

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

Quinina Anidra . . . . .	0,09 Gr.
Cânfora . . . . .	0,12 Gr.
Essências antissépticas (Limão e Eucalipto) . . . . .	0,15 Gr.
Vitamina A . . . . .	7.500 U. I.
Excipiente q. b. para Ampolas de 3 cc.	

Uma embalagem contendo um frasco com:  
 Penicilina G cristalizada . . . . . 100.000 U.  
 Penicilina-Procaína G . . . . . 300.000 U.  
 Uma ampola de Transbronquina para emulsão extemporânea.

Embalagens de uma e três unidades.

### FLUIDA FORTE

“P” (com penicilina)

# TRANSBRONQUINA

### RECTAL

Por supositório de 3 gramas (Adultos)

Sulfato de quinina . . . . .	0,08 Gr.
Cânfora . . . . .	0,08 Gr.
Timolsulfonato de Trietanolamina . . . . .	0,25 Gr.
Dietilbarbiturato de codeína . . . . .	0,015 Gr.
Vitamina A . . . . .	7.000 U.
Vitamina D . . . . .	150 U.
Vitamina K . . . . .	0,0015 Gr.
Essências antissépticas . . . . .	0,20 Gr.
Veículo apropriado . . . . .	q. b.
Infantil (supositórios 1,5 gr.)	

### GOTAS

(Frasco de 20 gramas)

Timolsulfonato de Trietanolamina . . . . .	25 %
Dietilbarbiturato de codeína . . . . .	1,5 %
Excipiente apropriado . . . . .	q. b.

LABORATÓRIOS „LAB.“ — Direcção Técnica de Prof. COSTA SIMÕES

### TONO-ENZIMA

Granulado de levedura de cerveja autolizada, rica em polipéptidos, complexo B, complexo enzimático e elementos minerais em combinação orgânica.

### SAIS-HEPATICOS

Fosfato, sulfato e bicarbonato de sódio; carbonato de lítio e sais efervescentes.

### VITAMINA C

Soluto estéril de ácido 1-ascórbico.

Ampolas 5 % 2 c. c. e 5 c. c.

Ampolas 10 % 2 c. c. e 5 c. c.

### PERVITALÉTAS

Vitaminas A, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, C, D, PP e pantotenato de cálcio.

### VITALETAS

Composição (por pérola):

Vitaminas: Vitaminas A, 2000 U. I. / Vitamina B<sub>1</sub> 200 U. I. / Vitamina B<sub>2</sub>, 100 U. B S. / Vitamina C, 300 U. I. / Vitamina D, 200 U. I. / Ácido nicotínico, 5 mgs.

Sais Minerais: Cálcio 69,70 mgs. / Fósforo 55,50 mgs. Ferro (orgânico), 5,85 mgs. / Magnésio, 1,61 mgs. Cobre, 1,00 mgs. / Cobalto, 1,00 mgs. / Manganésio, 0,50 mgs. / Óleo de germen de trigo, 100 mgs.

### VITALETAS-HEPATICAS

Vitamina B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, amida de ácido nicotínico, pantotenato de cálcio, extracto concentrado de fígado.

Laboratórios SICLA - Campo Grande, 298 - LISBOA-Norte

Direcção Técnica: PINTO FONSECA

# V I D A M É D I C A

## E F E M É R I D E S

### Portugal

(De 8 a 16 de Março)

**Dia 8**—Toma posse do cargo de médico municipal de Freixo de Espada-à-Cinta o Dr. José Manuel Ruano, que exercia idênticas funções em Mogadouro.

**11**—Realiza-se em Coimbra, pelas 21,30, nos Hospitais da Universidade, a reunião quinzenal da Faculdade de Medicina, na qual são apresentados os seguintes trabalhos: «Cirrose hipertrofica biliar», pelos Drs. Vaz Serra, Luis Raposo e Mosinger. «Seis meses em hospitais Londres», pelo Dr. Gouveia Monteiro.

—Em Lisboa, no Hospital do Ultramar, sob a presidência do respectivo director, coronel Dr. João Pedro de Faria, realiza-se mais uma sessão de estudos médicos, durante a qual o antigo médico em Angola e actual chefe dos serviços do laboratório daquele hospital, Dr. Alexandre Sarmiento, disserta sobre «História breve de uma grande obra: o combate à doença do sono em Angola», ilustrando a conferência com a projecção de alguns quadros e fotografias alusivas. O orador, depois de se referir à grande obra de assistência sanitária que se tem realizado no Ultramar, salienta os primeiros dados históricos sobre a existência da doença do sono, em 1891, na região de Massangano e do Dondo, na provincia de Angola, a qual, além de ter causado numerosas vítimas, provocou grande pânico entre os indígenas. Depois de citar as providências que o governo de então tomou por intermédio do ministro da Marinha e do Ultramar, conselheiro Teixeira de Sousa, enviando uma missão médica chefiada pelo Dr. Aníbal de Bettencourt cujos resultados foram nulos, por não se ter descoberto o agente da doença, o orador, após a descrição que faz sobre o combate ao mal, diz que em 1949 se deu novo rumo à luta. Então, pela primeira vez, estabeleceu-se em Angola, mesmo antes de qualquer território africano nacional ou estrangeiro um importante combate à doença do sono com a quimico-profilaxia, utilizando-se a pentamidina. Os resultados foram tão surpreendentes—acrescenta—que o mal foi extinto em muitas regiões de Angola. Se forem aumentadas as brigadas, um colega do orador, o Dr. Pinto da Fonseca, chefe de uma dessas brigadas em África, julga que dentro duma dúzia de anos, está praticamente vencida a doença do sono naquela nossa provincia do ultramar. O Dr. Alexandre Sarmiento faz em seguida o elogio das brigadas cuja notável acção constitui uma vitória para a medicina.

**12**—No Porto, pelas 15 horas e na Faculdade de Medicina, realiza-se a VII reunião científica do corrente ano lectivo, na qual são apresentados os seguintes trabalhos: «A propósito de casos de cervicite tuberculosa», pelo

Dr. Manuel Amarante; «Rim único e policístico», pelo Dr. Casimiro de Azevedo; «A influência sobre a glicemia da intoxicação experimental pelas sulfonamidas e compostos afins», pelo Dr. José Garrett; «Vésico-intestino-plastia na «bexiga contraída», pelo Dr. João Costa; «Estudo de um caso de sindactilia», pelo Prof. Dr. Melo Adrião.

—No Porto, realiza-se na Ordem dos Médicos, pelas 22 horas, a reunião mensal núcleo do Norte da Sociedade Portuguesa de Neuro-Psiquiatria, com os seguintes temas: «O psicodiagnóstico miocinético»; «Experiência em doentes do círculo esquizofrénico».

**13**—Noticia a imprensa que o Dr. José Miguel Sanches Cavaleiro, capitão-médico, é agraciado com o grau de oficial da Ordem Militar de Cristo.

**14**—No Centro Universitário do Porto, o Prof. Luís de Pina fala sobre o «Papel Pedagógico da Investigação Científica Universitária. Assiste selecto auditório, que aplaude vivamente o orador quando este termina a notável conferência.

—No Porto, no Hospital Geral de Santo António, o Prof. Dr. Fernando Magano, toma posse solenemente do cargo de director-clínico daquele estabelecimento de assistência. Assiste o Provedor, Prof. Luis de Pina; o Presidente da Direcção Administrativa, Dr. Miranda Mendes; Dr. Frazão Nazareth, director-clínico cessante e muitos mesários. A sessão decorre no Salão Nobre, com muito público, discursando o Provedor, o Presidente da Secção Administrativa, o anterior director clinico e o empossado. «O Médico» dará noticia pormenorizada.

—O Dr. João de Almeida, director da Casa de Saúde da Boavista é nomeado sócio correspondente do Centro de Estudos dos Hospitais de Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro.

**15**—Em Lisboa, às 21 e 30 horas, na Sociedade de Geografia é prestada homenagem à memória do Dr. Manuel Ferreira Ribeiro, benemérito pioneiro da medicina tropical no séc. XIX. O Dr. António Rita Martins, professor da Escola Superior Colonial, membro da secção de ciências médicas da Sociedade de Geografia, é o orador.

**16**—Toma posse do cargo de director do banco e serviços de urgência dos Hospitais Civis de Lisboa para que foi recentemente nomeado, o Dr. Jorge da Silva Araújo. O acto realiza-se às 11 e 30 no gabinete do enfermeiro-mór.

### Estrangeiro

O Dr. Manuel Tapia concedeu uma entrevista ao A.B.C. sobre o valor terapêutico da nichidrazina. Entre outras coisas disse que esta droga não é nova, conhece-se desde 1912, embora se ignorasse o seu valor terapêutico.

Depois disse que se aceita a uma determinada eficácia da droga. Os doentes costumam

melhorar de peso, experimentam uma sensação de bem-estar e reaparece-lhes o apetite. Por vezes, estes sintomas, sobretudo onde o médico não possua suficientes meios de exploração e diagnóstico, podem dar lugar a graves erros.

A hidrazina do ácido izonicotínico não é uma panacea só, não cura. Aliada à estreptomina, que é a que pode melhorar as lesões, consegue feitos favoráveis. Principalmente, coloca o paciente em condições de sofrer as intervenções cirúrgicas ou de beneficiar doutros tratamentos clássicos da doença.

Quando se estabelece um diagnóstico precoce, o emprego da hidrazina, aliado à estreptomina, dá vinte por cento de curas.

A pergunta do jornalista se ainda se não possui o remédio contra a tuberculose, afirmou: Nem tanto, isso seria excessivamente pessimista. A luta antituberculosa triunfara da doença tão depressa quando os médicos se antecipem indo ao encontro do doente, em lugar de esperarmos que este nos procure.

—De Munique informam que o Governo Alemão vai enviar para a Coreia cinco grupos sanitários, para auxilio da população civil.

—A Esposa do Chefe do Estado Espanhol encerrou os actos comemorativos da fundação da Escola Nacional de Puericultura. O Dr. Laguna, director da Escola, no seu discurso, pediu que se apresse a transferência da escola para o pavilhão da Cidade Universitária e que se crie o Instituto de Puericultura, centro dependente do Conselho Superior de Investigações Científicas.

—Os Fisiologistas espanhóis terminaram as suas sessões onde discutiram teses da especialidade. Ofereceram depois um jantar de homenagem aos Drs. Palanca, Director Geral de Saúde, Crespo Alvarez, Bastonário da Ordem dos Médicos e ao Secretário do Patronato Nacional Anti-Tuberculoso.

## A G E N D A

### Portugal

—A Sociedade Portuguesa de Endocrinologia realiza, em Coimbra, no dia 20 do corrente, uma reunião; estão inscritos os Profs. M. Mosinger, Bruno da Costa e Tavares de Sousa.

—A mesma Sociedade organizou, na sua sede, um Curso sobre suprarrenal, com o seguinte programa:

**Dia 16 de Março**—Dr. Amílcar Gonçalves, «Anatomia Patológica dos estados hipersuprarrenalismo».

**Dia 23 de Março**—Dr. Inácio de Salcedo, «Virilismo suprarrenal».

**Dia 30 de Março**—Dr. Ludgero Pinto Basto, «Estados de insuficiência suprarrenal».

**Dia 6 de Abril**—«Sessão ordinária. Comunicações».

**Dia 13 de Abril**—Prof. Eduardo Coelho, «Repercussões cardio-circulatórias das doenças do córtex suprarrenal».

**Dia 20 de Abril**—Dr. Eurico Pais, «Alterações metabólicas de origem córtico-suprarrenal».

**Dia 27 de Abril**—Prof. Mário Moreira, «Feocromocitomas e hipertensão».

**Dia » de Maio**—Prof. Diogo Furtado, «Síndrome de Cushing».

**Dia 11 de Maio**—Dr. Iriarte Peixoto, «Diagnóstico diferencial das doenças da suprarrenal».

**Dia 18 de Maio**—Prof. Mendes Alves, «Aplicações terapêuticas das hormonas suprarrenais».

**Dia 25 de Maio**—Prof. Barahona Fernandes, «Suprarrenais em Psiquiatria».

As lições realizam-se na Sede às 21 e 30.

### Estrangeiro

A II conferência da União Internacional para a Educação Sanitária Popular, de que é presidente honorário o Prof. Dr. Jacques Pari-

**MARTINHO & C. L.**

Tudo o que interessa a medicina e cirurgia

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

Um produto original "Delta"

# HIDROBIÓTICO-H

Sulfato de Dihidroestreptomicina + Hidrazida do ácido Isonicotínico  
em associação sinérgica

## COMPOSIÇÕES:

### NORMAL

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico . . . . .	0,10 Gr.
Água bidestilada apirogénica . . . . .	3 c. c.

### FORTE

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico . . . . .	0,20 Gr.
Água bidestilada apirogénica . . . . .	3 c. c.

## APRESENTAÇÃO:

### NORMAL

### FORTE

1 Dose . . . . .	Esc.	15\$00	1 Dose . . . . .	Esc.	15\$50
3 Doses. . . . .	Esc.	43\$00	3 Doses. . . . .	Esc.	44\$50
5 Doses. . . . .	Esc.	70\$00	5 Doses. . . . .	Esc.	71\$50
10 Doses. . . . .	Esc.	138\$00	10 Doses. . . . .	Esc.	139\$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

sot, chefe da delegação francesa à Organização Mundial de Saúde, e presidente o Prof. Dr. Clair E. Turner, de Nova Iorque, realizaram-se em Paris, na Maison de La Chimie, 28, Rua Saint Dominique, de 27 a 31 de Maio próximo.

As inscrições serão recebidas, desde já, pelo sr. Lucien Viborel, secretário geral da União Internacional para a Educação Sanitária Popular, Rua Tilsitt, 17, em Paris.

— De Londres informam que os Médicos, que se reúnem em Copenhague, em Julho, para o sétimo Congresso Internacional de Radiologia, verão uma das últimas armas do Mundo contra o cancro. É uma «bomba» de cobalto, que o Canadá vai oferecer à Grã-Bretanha. Será transportada para a cidade dinamarquesa, para ser exibida no Congresso, antes de chegar à Grã-Bretanha, em Agosto.

O Dr. C. J. McKenzie, presidente da Atomic Energy of Canada Limited, disse que a «bomba», que custou 24.000 libras, poderia executar o trabalho de rádio no valor de mais de um milhão de libras.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 5-3 a 11-3)

5-3

— Dr. Artur Fernandes, médico civil — nomeado para prestar serviço na clínica de Oftalmologia do Hospital Militar Provincial.

— Dr. Luciano Sérgio Lemos dos Reis — aprovado o termo do contrato para o desempenho das funções de 2.º assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra.

— Dr. Luís José de Pina Guimarães, professor catedrático da Faculdade de Medicina do Porto — considerado em missão oficial fora do País de 16 a 26 de Novembro último.

— Dr. Amílcar Costa da Cruz Moura, médico da Federação de Caixas de Previdência — concedida uma bolsa de estudo fora do País durante 10 meses, a contar de 18 de Novembro último.

— Dr. Vitor Hugo Moreira Fontes, director do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira e professor da Faculdade de Medicina de Lisboa — considerado em missão oficial fora do País de 5 a 8 corrente.

— A Câmara Municipal de Mação declara que para o provimento do 4.º partido médico do referido concelho, foi admitido o médico Dr. Luís Antunes Simões Serra.

7-3

— Autorização por despacho de Conselho de Ministros, a acumular, as funções de professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e vice-reitor da mesma Universidade com os de director clínico do Hospital Geral de Santo António, do Porto, concedida ao Prof. Fernando Domingues Magano Júnior.

9-3

— Dr. Jorge Neves da Silva Araújo, cirurgião, contratado, dos H. C. L. nomeado, em comissão, director do banco e serviços de urgência dos mesmos Hospitais.

— Dr. José da Cunha Paradas, cirurgião, director de serviço dos H. C. L. — exonerado, a seu pedido, do lugar de director do banco e serviços de urgência dos mesmos Hospitais, que exercia em comissão.

— Dr. Fernandes Simões da Cruz Ferreira — nomeado professor ordinário da 2.ª Cadeira (Patologia Exótica e Clínica) do Instituto de Medicina Tropical.

— Dr. Lopo Manuel Carocha de Carvalho — aprovado o termo do contrato para o desempenho das funções de broncologista da Faculdade de Medicina de Lisboa.

10-3

— Dr. José Maria de Seita Machado, coronel médico do quadro comum dos serviços de saúde do império (Ministério do Ultramar).

— Dr. Júlio de Frade Mendes Belo, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultra-

mar português, colocado em Angola — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Dr. Henrique Teixeira de Sousa, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Cago Verde — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Dr. Alfredo Gama Freire, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Moçambique — reconduzido, pelo período de três anos naquele lugar.

— Dr. Eugénio José de Ascensão Ribeiro Rosa, médico escolar da Escola Prática de Agricultura D. Dinis, de Paiã — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Relação, por ordem alfabética, dos candidatos admitidos ao concurso para médicos escolares do distrito do Funchal:

Dr. António de Matos Viegas de Carvalho.

Dr. Aneglo Flecha Ancã.

Dr. Mário Luís Mendes.

Dr. Vitorino Vieira Dinis dos Santos.

— A Câmara Municipal de Soure, declara que para médico municipal do 4.º partido, com centro de residência obrigatória no lugar e freguesia de Degracias, do mesmo concelho, foi nomeado o Dr. Fortunato da Silva Bandeira.

11-3

— Dr. Raúl Eduardo Ribeiro, Primeiro-tenente médico — promovido ao posto de capitão-tenente da mesma classe em 5 de Dezembro de 1952, para preenchimento da vacatura resultante da promoção a capitão-de-fragata médico do capitão-tenente da mesma classe José da Silva Nogueira.

— Dr. Mário dos Santos, Segundo-tenente médico — promovido ao posto de Primeiro-tenente da mesma classe em 31 de Dezembro de 1952, para preenchimento da vacatura resultante da passagem à situação de comissão extraordinária do primeiro-tenente médico Hortênsio Ferreira da Fonseca.

— Dr. Luís Maria da Veiga Rica, Segundo-tenente médico — promovido ao posto de primeiro-tenente da mesma classe, para preenchimento da vacatura resultante da promoção a capitão-tenente médico de primeiro-tenente da mesma classe Raúl Eduardo Ribeiro.

## O novo redactor-delegado de «O Médico» em Angola é o Dr. Lavrador Ribeiro

Acedendo ao nosso convite, é, desde agora, redactor-delegado de «O Médico» em Angola o Dr. Bernardino Lavrador Ribeiro, que substitue o Dr. Alexandre Sarmento, que actualmente fixou residência em Lisboa e tem sido brilhante e dedicadíssimo colaborador nosso, primeiro naquela província ultramarina e agora no Continente.

O Dr. Lavrador Ribeiro é um distintíssimo colega, que actualmente exerce o cargo de Chefe do Serviço de Oftalmologia do Hospital Central de Luanda e desempenhou também, antes, diversos cargos, entre os quais o de Chefe da Repartição Técnica da Direcção dos Serviços de Saúde desta província.

Como delegado oficial de Angola tem tomado parte em diversos congressos médicos nacionais e estrangeiros em Lisboa, Holanda, África do Sul, etc. É autor de vários trabalhos de carácter médico e de ordem cultural. Orador fluente, tem pronunciado diversas conferências notáveis.

Tal é, a traços largos, a personalidade ilustre do Dr. Lavrador Ribeiro, a quem «O Médico» espera dever uma colaboração assídua e brilhante.

## Curso de Aperfeiçoamento sobre doenças infecto-contagiosas

Promovido pela

SOCIEDADE MÉDICA DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA

(na sua sala de sessões no Hospital dos Capuchos)

7-16 de Abril de 1953

### PROGRAMA

Dia 7 de Abril (terça-feira), às 22 horas:  
*Prof. Cândido de Oliveira* — As formas L das bactérias e a sua importância em patologia.

*Dr. Cristiano Nina* — Tétano.

Dia 10 de Abril (sexta-feira), às 22 horas:

*Prof. Castro Freire* — A criança e as doenças infecto-contagiosas.

*Prof. Diogo Furtado* — Paralisias diftéricas.

Dia 11 de Abril (Sábado) — às 12,30 horas:

*Prof. Salazar Leite* — Lepra.

Dia 13 de Abril (segunda-feira), às 22 horas:

*Prof. Salazar de Sousa* — Pneumonias atípicas.

*Dr. Arnaldo Sampaio* — Estreptocócias.

Dia 14 de Abril (terça-feira) — às 12,30 horas:

*Dr. Gomes de Oliveira* — Poliomielite

Dia 15 de Abril (quarta-feira) — às 22 horas:

*Dr. Mendes da Silva* — Salmoneloses (aspectos laboratoriais).

*Dr. Cristiano Nina* — Salmoneloses (aspectos clínicos).

Dia 16 de Abril (quinta-feira) — às 22 horas:

*Prof. Carlos Ramalhão* — Meningite tuberculosa: resultados da medição associada.

*Dr. Cordeiro Ferreira* — Tosse convulsa.

NOTA — Nos dias 8 e 9 não se efectuam lições por funcionar na sala da Sociedade o Curso de Aperfeiçoamento sobre Radiologia, promovido pela Sociedade Portuguesa de Radiologia com a colaboração do Instituto Português de Oncologia e da Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa.

## Partidas e Chegadas

### Dr. José Ramos Castaño

Regressou de Madrid, onde frequentou o Serviço de Alergia do Prof. Merañón, o Dr. José Ramos Castaño.

### Dr. Amadeu Colaço

Partiu para Angola o médico do quadro de saúde do Ultramar, Dr. Amadeu Colaço, que, em comissão de serviço, exercia há quatro anos funções docentes na cadeira de Zoologia médica do Instituto de Medicina Tropical.

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARA MÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Moraes Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA  
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre 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 Antitrombotomática do Disp. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.º 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.º António, José Aroso, J. Frazão de Nazareth (Dir. do Hosp. de S.º António); Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Rueia (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.º 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 — Alexandre Sarmiento (Nova Lisboa); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.º (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernán Perez e José Vidurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 120\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 160\$00;  
Outros países: um ano — 200\$00

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

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

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

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

VENDA AVULSO — Distribuidores exclusivos: Editorial Organização, L.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507



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

**PROPULMIL** INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 10.000 U. I.  
QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr.  
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

**PROPULMIL** SUPPOSITÓRIOS

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

**PROPULMIL INFANTIL** SUPPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.  
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr.  
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.