

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 79
5 de Março de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

Afectões

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

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



E

SUMÁRIO

	Pág.
MOURA, AMILCAR — O problema da «causa» ou do factor precipitante nos síndromas psicossomáticos ...	217
AZEVEDO FERNANDES, M. — A Luz Azul	218
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Um novo tratamento médico dos miomas uterinos: O ACTH; Tratamento da coccidínea	228

SUPLEMENTO

	Pág.
Em véspera dum debate — Eurico Paes	174
O Socialismo do Dr. Rocha Páris — Mário Cardia ...	179
A propósito dos Hospitais Escolares — M. da Silva Leal	180
Ecos e Comentários	182
Vida Médica	196
Noticiário diverso	

CÁLCIO-COMPLEXO-B

ZIMAIA

"GRANULADO,"

Uma
fórmula
original



Em
embalagem
de matéria
plástica

Em 100 gr. de granulado:

Vitamina B ₁	0,046 grs.
» B ₂	0,06 »
» B ₆	0,03 »
» B ₁₂	0,002 mgs.
» C	1 grs.
» D ₂	0,11 mgs.
» H	0,10 »
» H'	0,10 grs.
» PP	0,20 »
Dextronato de cálcio	30 »
Lactofosfato de cálcio	10 »
Pantotenato de cálcio	0,08 »

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

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

O problema da “causa” ou do “factor precipitante” nos síndromas psicossomáticos

AMILCAR MOURA

(Fellow in Medicine and Public Health, by appointment of The Rockefeller Foundation, The New York Hospital, New York)

O aparecimento de sintomas e doenças em estreita relação com o que podemos chamar «situações de conflito» — quer estas representem agentes agressores actuais ou, simplesmente, ameaças simbólicas ao equilíbrio psico-físico do indivíduo — é hoje um facto sobre o qual não há necessidade de insistir. Abundante material experimental, acumulado pacientemente nestes últimos anos, serve de base sólida à afirmação de que os *factores emocionais* são tão importantes como quaisquer outros — orgânicos, biológicos, bacterianos, etc. — na etiopatogenia e «configuração» de qualquer síndrome mórbida. Assim, a introdução do factor emocional, tornando implícita, para a compreensão do conceito de doença, a necessidade do conhecimento da própria *pessoa* do doente, tende a tornar cada vez mais insuficiente, o pensamento confinado ao velho aforismo de Virschow.

Uma questão frequentemente discutida, mas ainda não resolvida, quando se fala de sintomas e doenças originados em «settings» de situações criadoras de conflito, é se há ou não uma relação de especificidade entre uns e outros; ou, se as mesmas situações provocam sempre, em quaisquer indivíduos, os mesmos sintomas ou doenças. A pergunta tem sido muitas vezes formulada, com a ideia de que, da sua resposta, dependerá a validade da *consciência* psicossomática da Medicina actual. Realmente, as reacções individuais perante uma mesma agressão actual ou simbólica, traduzem-se numa variedade de quadros síndrómicos, mais ou menos intensos, mas de qualquer maneira, diferentes, quer através da sua expressão «orgânica» imediata quer nas consequências futuras do desequilíbrio produzido.

Considerável esforço se tem dedicado à resolução desse problema. Por um lado, tem-se investigado se a determinada doença corresponde um determinado *padrão de personalidade*, ou, numa maneira mais restrita, se é possível atribuir a certo sintoma ou enfermidade do indivíduo, uma característica marcante da sua personalidade que se manifeste no comportamento exibido. Exemplos destas tendências de investigação são a exaustiva pesquisa de «perfis de personalidade» feita por Fl. Dunnbar ou os estudos de Harold Wolff na formulação dinâmica que apresenta das crises de enxaqueca. A escola de Franz Alexander, em Chicago, tenta encontrar uma configuração dinâmica específica — um «conflito nuclear» — único para a mesma doença e só revelável através da análise de material inconsciente. A noção da «inferioridade dos órgãos» é outra tentativa, já antiga, de explicar as diferenças observadas. Se um indivíduo tem queixas ou perturbações gástricas e outro, alterações cardíacas, será porque o estômago dum ou o coração do outro mais «fracos» que os outros órgãos, respondem, em primeiro lugar, com alterada função e eventual dano da sua integridade estrutural. Não pode negar-se a importância de todas estas vias de compreensão do problema e, certamente, delas dependerá, em partes, o caminho futuro da investigação psicossomática. Frizemos, de passagem, os curiosos estudos de William Grace com quem actualmente trabalhamos no New York Hospital (New York). Para W Grace, é possível, em muitos casos, relacionar cada sintoma com uma *atitude* definida do doente na altura do aparecimento daquele, uma vez que sejam conhecidas, previamente, as situações em relação às quais se desencadeia o complexo síndrómico. Em muitas dezenas

de doentes estudados, com idêntico complexo de sintomas, encontra o A. que as *atitudes* (descritas pelos próprios doentes, em termos claros que não permitam interpretações ambíguas, do que sentiam e que «acção» desejavam tomar quando do aparecimento dos sintomas) são essencialmente as mesmas em face da situação que as precipita. Assim, nos doentes com urticária, o indivíduo sente-se agredido, mas pensa que nada há a fazer («*There is nothing I can do about it!*»). A náusea e vômito, por exemplo, ocorrem quando o indivíduo pensa em alguma coisa que desejaria nunca tivesse acontecido. A preocupação do doente centra-se no erro que fez, mais do que no que poderia ou deveria ter feito («*I wish things were the way they were before!*»); etc. Qualquer indivíduo, perante uma situação traumática seja ela de que natureza for, interpreta-a, ocupa nela uma posição e desenvolve uma atitude que pode ser inteiramente diferente da de outro, de acordo com uma complexa série de factores que constituem o *terreno* dentro do qual e em consequência do qual eclodirá a particular manifestação exibida. Entenda-se aqui por «terreno» o vasto e ainda bem pouco conhecido conjunto de factores que vai desde o condicionamento genético e necessidades básicas do indivíduo até à influência exercida pelos factores sociais, situação cultural e religiosa, etc. O ponto importante é que, qualquer que seja a reacção produzida, o indivíduo tenta conseguir um novo equilíbrio que lhe permita lidar com a situação agressora segundo um modo que lhe é peculiar.

Sendo assim, parece-nos que a questão da *especificidade* é um problema secundário ou, se se quiser, é um outro aspecto do problema a resolver. Quando se encara numa maneira prática o crescente desenvolvimento dos síndromas psicossomáticos de que nós demos, recentemente uma ideia numa investigação feita num serviço de assistência a doentes ambulatoriais, em Lisboa, — o que interessa fundamentalmente, é saber quais são as especiais características, a intensidade do síndrome desencadeado; ou, em outras palavras, qual foi o custo, em termos de economia orgânica, do ajustamento conseguido. A maneira de obter, com meios terapêuticos adequados, um ajustamento menos dispendioso ou, mesmo, de o tornar desnecessário, parece-nos uma via de estudo prometedora e interessante, sem implicar que seja indispensável conhecer a «causa» e removê-la para obter resultados. A interpretação multipolar do prof. Barahona Fernandes, da reacção neurótica — o seu «ponto de vista convergente» — permitindo a libertação dum pensamento estritamente etiológico, no sentido dum relação estreita de causalidade, é uma das vias de acesso com mais possibilidades para o estudo não já das «causas» ou «factores precipitantes», mas principalmente dos vários *sectores*-orgânicos, biológicos, psíquicos, sociais, espirituais, etc. — perturbados naquelas suas harmoniosas inter-relações que definem o equilíbrio psico-físico do indivíduo. A *atitude perturbada do Eu*, reflectida nos milhares de matices da sintomatologia psicossomática, será em última análise, o resultado da interpretação dada pelo indivíduo a determinadas situações traumáticas — interpretação depois inserida e *vivida* no complexo círculo condicionante que referimos.

Terminemos com um exemplo simples. O desequilíbrio hormonal mais ou menos intenso que se instala durante a menopausa é julgado responsável pelo aparecimento de

sintomas que tornam a vida de muitas mulheres realmente desagradável nessa época. Contudo, o mesmo desequilíbrio se encontra em muitas outras que passam a menopausa sem recorrer o médico, o que não significa que não tenham sintomas ou, mesmo, que a sua intensidade seja menor. É evidente que a explicação puramente química é insuficiente para justificar o diferente procedimento nuns e noutros casos. Ora, pensamos justamente que uma das mais importantes razões para estas diferenças é a *interpretação particular dada ao sintoma*, interpretação que condicionará o seu valor como *sintoma*. Em outras palavras: nas personalidades equilibradas, de reduzidas ou ausentes tendências neuróticas, a menopausa é aceite sem *repercussão* especial, sem ansiedade, sem ressentimento, sem «conflito». A necessidade do ajustamento é mínima ou não existe e o indivíduo procurará o médico uma vez, para ser informado e esclarecido. O tratamento, por consequência, não pode reduzir-se, honestamente, à correcção do desequilíbrio endócrino. A compreensão da atitude do indivíduo em face do sintoma e da sua significação para ele é, por-

tanto, uma etapa indispensável para qualquer terapêutica que vá instituir-se. E aqui se insere a real importância duma psicoterápica a que podemos chamar «remodeladora do terreno» cujos resultados podem bem ser mais duradouros e visíveis que a acção instável e difícil de prever dos preparados hormonais, na maneira como habitualmente são administrados.

New York, Dezembro, 1952

REFERÊNCIAS

- Wolff, H. G. — Life Stress and Bodily Disease — A Formulation — «Life Stress And Bodily Disease», 1950, Vol. XXIX dos Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease.
- Grace, W. — Idem.
- Fernandes, Barahona. — Organicismo e Psicologismo — «Ponto de vista Convergente». — Actas Luso-Espanholas de Neurologia e Psiquiatria, Vol. IX, n.º 4, Nov. 1950.
- Moura, Amílcar. — Incidência de Síndromas Psicossomáticos num Serviço de Ass. Clin. a Doentes Ambulatórios — «O Médico», n.º 65, Ano III, Nov. 1952.

A Luz Azul

M. AZEVEDO FERNANDES

(da Assistência Psiquiátrica)

Com este título proponho-me levar ao conhecimento do leitor a evolução duma cura psicoterápica, realizada em estado de «sonho acordado», que de algum modo se compara a um conto dos tão conhecidos Irmãos Grimm. Esse conto intitula-se a *luz azul* (Das blaue Licht).

Extemporâneo seria começar pelo conto antes de justificar o seu cabimento, muito embora os contos, como todos sabemos, façam parte da nossa vida.

A criança, a partir de certa fase da sua evolução, tem uma aptidão especial para a fantasia que mesmo confunde com a realidade. Isso a leva, não raro, a ser considerada amentirosa quando em última análise é o seu mundo subjectivo que se confunde com o mundo da acção. Há nela como que uma turbulência interna — seja germen ou matriz da psique, simples compensação, ou o mais que queiramos — que de algum modo parece representar material plástico para a sua inserção psicológica no mundo.

A criança como que paradoxalmente extraverte esta sua função interna, marcadamente imaginativa, para a impor à vida comum. É lá que vai buscar padrões seguros, estáveis e tradicionais com que há-de orientar a sua vida futura. A bruxa dos seus contos será uma noção plástica e comportamental que via de regra se manterá por toda a vida. Quem diz a bruxa, diz o gnomo, o gigante, a princesa encantada, a gata borralheira, a ondina, a casa da floresta, o rei maldoso, o príncipe libertador, etc.

Não vamos querer elevar à dignidade duma transmissão hereditária esta aptidão vivida e sentida pela criança como se fora alimento indispensável à sua psique. Será talvez até — quem sabe? — uma primeira penetração da cultura no seu espírito, este rebuscar de padrões universais. A criança normal pergunta-nos a cada passo, «mas, pai, isso é história ou é verdade»? É que o pai também precisa da história para levar à compreensão da criança certos padrões ético-comportamentais. O pai precisa de saber falar ao seu mundo mágico. Vejamos um dos muitos exemplos de G. R. Heyer.

«Uma criança de 4 anos despertava a mãe durante a noite com horríveis gritos — qualquer coisa reptava pelo soalho fazendo «rch, rch, rrrch».

«Em vão a mãe tentava eliminar a angústia com argumentos lógicos. De nada valia mesmo iluminar o canto escuro do quarto. Foi finalmente a criança que descobriu o verdadeiro meio curativo: «se *ele* volta, ponho-me a sapatear com as pernas; então *ele* pensa que sou um leão e deita a fugir». Estava criada a contra-imagem e eliminada a angústia»!

Com apropriação para o adulto permito-me ainda transcrever uma significativa referência de David Katz.

«Restos do pensamento mágico vieram até aos nossos dias através de inúmeros conceitos supersticiosos, que de nenhum modo são atributo exclusivo das camadas populares menos cultas. Não se deseja tomar posse de um lugar à sexta-feira. Um «trevo de quatro folhas dá alegria e prega-se na porta de casa uma ferradura encontrada, para atrair a felicidade. Há muitos hotéis onde se suprime o 13 para número de quarto. Em guerra muitos soldados usam o talismã e mesmo fora dela o feiticeiro faz séria concorrência ao médico. Muitas manifestações do ocultismo moderno são formas de superstição disfarçada cientificamente».

As lendas de Tannhauser, Dr. Fausto, Nibelungos, ou outras, tanto como os contos de Grimm e aspectos mitológicos, surgem nos nossos sonhos terapêuticos, afirmando a existência de um inconsciente onde caberão motivos que jamais terão sido vividos ou experimentados por nós. É aqui que se afirma o inconsciente colectivo de C. G. Jung, de latitude muito mais ampla que o inconsciente pessoal de Freud. Este último daria apenas conta de factos esquecidos, reprimidos ou indelévelmente gravados, o que parece ter-se mostrado insuficiente. Não me proponho ser exaus-

tivo de citações ou documentações teóricas para comprovar que assim é de facto.

É esta a justificação do conto.

Que eu tenha misturado o conto com a psicoterápia, pode ser motivo de outra justificação breve.

Não está cabidamente inserida na nossa cultura a definição de psicoterápia. Buscá-la-ia com proveito — se isso fora resolução — aos autores de língua alemã por cujas normas me oriento. Desses autores destaca-se J. H. Schultz que em 1919, com a publicação da monumental obra «Die seelische Krankenbehandlung», arrumou pela primeira vez os conhecimentos médicos sobre psicoterápia. Esta obra, que acaba de aparecer na sexta edição, põe claramente em relevo a necessidade que o médico tem, em matéria de psicoterápia, de somar a uma cultura profissional ampla, conhecimentos de biologia, antropologia, sobretudo nas suas relações com a neurofisiologia e a neurobiologia; psicologia geral; etnologia; psicologia criminal; filosofia; psicologia especial evolutiva, animal, social, profissional, cultural e religiosa; etc.

A psicoterápia, como medicina que é da personalidade, deixou assim de estar sujeita a critérios isolados de orientação psicológica. O médico psicoterapeuta passou a compreender que lhe assistia um maior respeito pela pessoa do doente e que várias técnicas poderiam e deviam ser postas ao seu alcance para serem usadas na medida em que estivessem indicadas.

Este movimento constitue de facto o início de uma nova era para a medicina da personalidade, quando em 1933 o Instituto psicanalítico de Berlim é transformado em Instituto de psicoterápia e investigação psicológica.

Justamente porque o estudo psicopatológico do doente exige uma mais ampla compreensão em sentido evolutivo, etnológico, cultural, etc. e porque alguns autores vêem no nevrótico um comportamento infantil — haja em vista Steckel e Freud — nós tomamos em digno apreço os contos populares. Interessam-nos estes contos na medida em que eles pertencem à grande massa e vivem intimamente misturados com a tradição. É o que sucede com os contos dos Irmãos Grimm, que justamente representam uma colectânea fidedigna buscada à tradição do povo germânico e de certo modo se ajustam a toda a Europa Ocidental.

Porque assim é, eu me justifico de tão esotérica associação: um conto e um tratamento psicoterápico.

A LUZ AZUL (Resumo do texto)

Um soldado serviu o rei com lealdade. O rei, porém, despediu-o quando a guerra terminou, alegando que o seu servidor tinha ficado muito ferido e já não podia trabalhar. Nem sequer lhe deu dinheiro para as primeiras necessidades. O soldado andou um dia inteiro sem saber que fazer à sua vida.

À noite chegou à floresta, viu uma luz e aproximou-se. Aí morava uma bruxa. Disse-lhe ele: «deixa-me pernoitar e dá-me alguma coisa de comer e de beber senão morro de fome». Respondeu a bruxa: «quero ser boa contigo se fizeres o que eu desejo; amanhã vais-me cavar o quintal». Foi o que o soldado fez em todo o dia, sem o conseguir totalmente. No dia seguinte mandou-o rachar lenha. A bruxa propôs-lhe ainda que ficasse mais um dia para lhe fazer um pequeno trabalho.

Diz-lhe ela: «por detrás da minha casa há um velho poço sem água onde me caiu uma luz que arde com chama azul e nunca se apaga; tu vais-me buscar». No dia seguinte

levou-o ao poço e suspendeu-o num cesto por uma corda. Puxou a corda quando o soldado de baixo fez sinal. Mal a bruxa viu a luz quis deitar-lhe a mão, mas o soldado não a largou sem estar a salvo e a bruxa, zangada, que estava com más intenções, deixou-o cair ao poço.

O soldado não se feriu e a luz não se apagou, mas esperava-o a morte. Triste, puxou pelo seu cachimbo, ainda com algum tabaco, e acendeu-o na luz. As primeiras nuvens de fumo apareceu-lhe um homenzinho preto e pequeno que lhe perguntou: «que mandas, senhor?; cumprirei as tuas ordens». «Para já tira-me daqui», disse o soldado. Imediatamente o homenzinho lhe agarrou a mão e o conduziu por um subterrâneo, mostrando-lhe os tesouros da bruxa, de onde pôde levar quanto ouro quis.

Quando o soldado chegou acima disse ao homenzinho que atasse a bruxa e a levasse à justiça. A bruxa foi em pouco tempo enforcada, gritando como um gato selvagem, e logo o homenzinho preto foi receber as ordens do soldado. Como este não quisesse de momento mais serviços, o homenzinho disse-lhe que quando precisasse dele acendesse o cachimbo na luz e logo em seguida desapareceu.

O soldado foi para a cidade e instalou-se na melhor hospedaria. Mandou fazer um belo fato e escolheu um quarto ricamente preparado.

Chamou depois o homenzinho, acendendo o cachimbo na luz. Contou-lhe a maldade do rei e disse-lhe que quando a filha deste estivesse a dormir a fosse buscar para lhe fazer o serviço de criada. Assim foi. À meia-noite a filha do rei, adormecida, recebia ordens do soldado para lhe varrer o quarto. No fim mandou que lhe descalçasse as botas e depois atirou-lhas à cara, dizendo-lhe que as limpasse. A filha do rei fez tudo isto, muda e de olhos semi-cerrados. O homenzinho levou-a à sua cama, ao castelo, quando os primeiros galos cantavam.

Na manhã seguinte a filha do rei contou a seu pai o extraordinário sonho que tivera, sentindo-se apenas surpreendida com o cansaço. «O sonho pode confirmar-se», disse o rei. «Dou-te o conselho de levares no bolso ervilhas e de nesse bolso fazeres um buraco por onde as ervilhas possam cair, porque assim poderemos descobrir para onde és levada».

Na noite seguinte o soldado mandou buscar, da mesma forma, a filha do rei, mas o homenzinho teve ainda o cuidado de espalhar ervilhas por todas as ruas e por isso o rei nada pôde mandar averiguar.

Na terceira noite o rei ensinou a filha a deitar-se com os sapatos, para que pudesse esconder um em casa do soldado.

O homenzinho avisou antes o soldado, dizendo-lhe que desta manha não podia livrar-se, mas o soldado não quis saber e por isso, no dia seguinte, ao ser encontrado o sapato no seu quarto, foi preso. Teve a pouca sorte de esquecer a luz e o ouro; apenas levou consigo um ducado. Por uma janela da cadeia viu passar um antigo camarada a quem deu o ducado para que lhe fosse buscar a luz e ouro.

A caminho da forca o rei fez-lhe a última concessão, deixando-o fumar três vezes o cachimbo, após o que logo apareceu o homenzinho preto armado de um cacete, pedindo ordens. Todos os homens da justiça foram rapidamente abatidos e o rei, para que a vida lhe fosse poupada, deu ao soldado o reino e a filha.

O SONHO ACORDADO (Le rêve éveillé)

No decurso da minha exposição poderei parecer comprometido doutrinária e tènicamente com a escola de

Jung. Ora isto não é verdade. Uma pequena prova é que fui buscar a Desoille a técnica do «sonho acordado».

O sonho acordado é uma das muitas terapêuticas imaginativas, onde há a salientar também orientações de Schultz, Happich, Kretschmer e do próprio Jung. Já com Serra de Lemos tive ocasião de me referir a estas várias orientações.

Com Jung, na realidade, eu muito tenho aprendido. Desoille também lhe confessa a sua extraordinária dívida.

Vejamos o meu interesse por Jung, pois julgo fundamental esclarecê-lo para dar continuidade à nossa exposição terapêutica.

Quem deseje praticar psicoterapia tem de primeiro arrumar e definir a sua posição ideológica e as suas diretrizes máximas, sob pena de andar à deriva nas investidas, que tantas vezes parecem maquiavélicas, feitas pelos doentes.

O doente, sobretudo o nevrótico, tem muitas vezes, se não sempre, uma orientação psicológica própria que mais se parece com uma crença. Nela se entrincheira, com pouca maleabilidade, é certo, mas com vivacidade dialéctica, pois essa crença é a viga mestra das suas atenções.

O médico precisa também de uma crença, a sua crença verdadeira, que é acima de tudo a resultante da sua unidade intrapsíquica, mas nem sempre ela é passível de dialéctica, pelo menos com o doente. Por isso o médico precisa também de um *psicologismo dialéctico* onde as funções do espírito possam ter redução ou homologação a uma compreensibilidade energética e ser facilmente encaradas sob o ponto de vista patológico. Neste sentido fiz a minha procura durante anos e foi em Jung que pude encontrar um «psicologismo» equilibrado, permeável e aberto — ele chama-lhe fechado, é curioso! — às várias sínteses psicológicas finais.

Como para o átomo, nós precisamos, em psicologia aplicada, de uma teoria estrutural; e a psicologia clássica vem-se mantendo estacionária. As orientações psicológicas modernas são muitas — a topologia, a *gestalte*, a reflexologia, o condutismo, etc. — mas na sua maior parte não passam de simples apreciações parcelares. Falta-lhes, acima de tudo, estrutura e experimentação convincentes.

A experimentação poderá fornecer-nos grandezas de artefacto — aliás a crítica está feita — mas estas grandezas serão moeda de câmbio psicológico com que não repugna trabalhar.

O médico que faz psicoterapia não pode ser um oportunista, ávido de popularidade à custa da propalação espectacular das mais recentes novidades psicológicas. Tem de ser acima de tudo um paciente experimentador sem enfatuadas vaidades de omniscência. O seu saber é mais de profundidade do que de superfície. Tem além disso de «conhecer a vida nos seus altos e nos seus baixos» como diz Speer.

Suponho ter esclarecido devidamente o meu apêgo às doutrinas de Jung a que terei largamente de me referir no decurso desta exposição.

A terapêutica imaginativa que usei na cura que vou expor é, pois, da autoria de Desoille. O autor, porém, não me perdoaria algumas pequenas dissidências ou liberdades pessoais introduzidas no seu método.

Tomamos como ponto de partida o relaxamento físico na posição de decúbito dorsal, tal como a preconiza Schultz para o seu treino.

Se não há a oportunidade feliz de o doente dominar a técnica de Schultz, ao menos no peso e calor, provocamos

o relaxamento por comandos metódicamente progressivos, a partir dos dedos dos pés, após ter ordenado alguns movimentos respiratórios amplos com igual finalidade. É uma técnica inspirada em Krainer, Sargent e Fraser.

A conclusão do tratamento exige comandos activos justamente inversos aos que provocam o relaxamento e exige também sugestões de bem estar do corpo e do espírito.

Em poucos dias, se o doente colabora devidamente, nós realizamos uma sessão terapêutica, pedindo-lhe a descrição de um objecto, em regra da nossa escolha, para que possa ser afastado dos seus conflitos e de certo modo facilitar a orientação que tenhamos em mente. Descrito o objecto e o local onde ele se encontra, mandamos empreender ao doente movimento imaginativo de subida ou descida, o que extraordinariamente facilita o desprendimento de imagens espontâneas com verdadeiro significado onírico. O movimento de subida é o sentido da sublimação no seu significado mais amplo e construtivo. É quando em sonho surge Deus, o Anjo da guarda, o céu, os santos, ou então aspectos mitológicos de tendência ascensional.

No movimento de descida vai-se ao encontro de «funções inconscientes inferiores», nomeadamente de material instintivo, tantas vezes demoníaco e terrorífico. Importa contudo arejá-lo, removê-lo no sentido ascendente e para o remover é preciso identificá-lo.

As dificuldades surgem tanto nas subidas como nas descidas, mas há que vencê-las, fornecendo ao doente uma imagem indutora, protectiva, ou simplesmente animando-o. As nossas sugestões têm de ser oportunas, sob pena de fazer deslizar rapidamente o doente ao plano da realidade. Se calha isto acontecer na subida, pode mesmo ter a sensação de queda.

Sugestão protectiva é por exemplo libertar o doente de animais ferozes, mandando-o fazer um círculo mágico à sua volta, mandando-o vestir um escafandro para mergulhar ou colocar asas para subir.

Sugestões simplesmente indutoras há oportunidade de também as fazer a cada passo. É o caso de um doente que descia interminavelmente numa longa e tenebrosa escada e a quem nós mandamos procurar uma porta do seu lado direito, que logo surgiu e lhe deu acesso para uma sala ampla e iluminada, que em seguida atravessou para tomar contacto com um velho corcovado e respeitável nas profundidades do oceano. Ora a imagem do velho respeitável e sábio foi um achado útil na sequência dos tratamentos.

Estas imagens do velho sábio têm-las encontrado tanto na subida como na descida, embora na subida surjam com carácter mais heróico. Temos um doente que a cada passo se encontra com o pai-natal, com S. Pedro e com Jehová.

As imagens do velho sábio representam para Jung um arquétipo do espírito.

Na técnica do sonho acordado surgem com facilidade as imagens do inconsciente colectivo muito antes de se ter revisto o inconsciente pessoal. As separações destes dois tipos de imagens é, em muitas circunstâncias, impossível. A sistematização das imagens, conforme a seriação ordenada do seu aparecimento, não deixa de ser curiosa. Desoille apresenta-a assim:

Inconsciente colectivo	{	—Imagens místicas celestiais	—3	↑	movimentos de subida
		—Imagens mitológicas superiores	—2		
		—Imagens do inconsciente pessoal	—1		
Inconsciente colectivo	{	+Imagens mitológicas inferiores	—2'		movimentos de descida
		—Imagens místicas infernais	—3'	↓	

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 aprotogénica	3 c. c.

FORTE

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

APRESENTAÇÃO:

NORMAL

1 Dose	Esc.	15\$00
3 Doses	Esc.	43\$00
5 Doses	Esc.	70\$00
10 Doses	Esc.	138\$00

FORTE

1 Dose	Esc.	15\$50
3 Doses	Esc.	44\$50
5 Doses	Esc.	71\$50
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

A GENERAL ELECTRIC PORTUGUESA

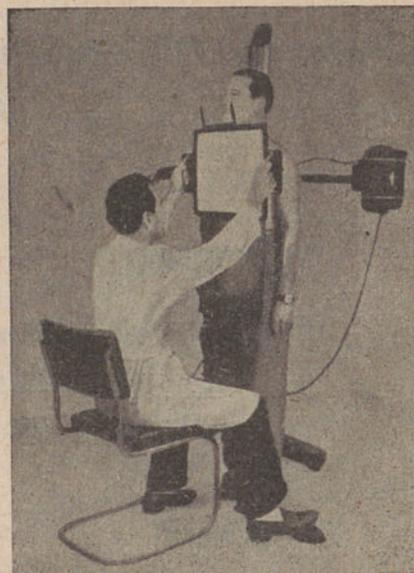
apresenta a série

PRESTATOR-GEP

de aparelhos para

**radioscopia
e radiografia**

- PRÁTICOS
- EFICIENTES
- SIMPLES



Modelo «MOVEL»

Preços módicos — Custo reduzido de manutenção



Modelo «DISPENSÁRIO»

- SEGUROS
- ECONÓMICOS
- ATRAENTES

**Construídos para Médicos,
Clínicas e Hospitais**

ENTREGA IMEDIATA. EM EXPOSIÇÃO NOS
NOSSOS SALÕES DE VENDA DE LISBOA E PORTO

GENERAL ELECTRIC PORTUGUESA

LISBOA — R. do Norte, 5

PORTO — R. Sá da Bandeira, 585

As sessões de terapêutica imaginativa são em regra semanais e até quinzenais. A sua duração anda por três quartos de hora, assim distribuídos em esquema:

1 — Início	—	...	atenção activa
2 — Preparação ..	—	20 minutos ...	} concentração e orientação da atenção por forma a torná-la passiva
3 — Trabalho útil —	—	25 a 30 minutos ...	
4 — Fim	—	5 a 10 minutos ...	atenção activa
5 — Resultado ...	—	...	} atenção activa orientada para o real

Esta breve introdução à técnica do sonho acordado parece-me ser suficiente para a compreensão do desenrolar terapêutico.

O CASO CLÍNICO

Não obstante o consentimento da doente para a apresentação dos dados que exponho, eu serei parcimonioso.

Trata-se de uma senhora, casada, inteligente, com menos de 30 anos. É feliz no matrimónio que data de há 4 anos. O marido é compreensível, dócil, inteligente e formado, oferecendo todas as condições para a felicidade da esposa. Vivem um tanto penalizados pela falta de filhos.

A doente teve um passado infeliz. O pai alcoólico e a mãe nevrótica. A doente passou a viver só com a mãe, quase sem amigas, cultivando a sua introversão. Muitas vezes a mãe, no seu desespero ansioso e ostentativo, ameaçava matar a filha para depois se suicidar.

Há 5 meses a doente começa por ter descargas emotivas com tremores, falta de forças, vertigens, crises diarreicas, impossibilidade de adormecer, expectativas funestas, medo de estar só.

O inventário pessoal de Benreuter revela:

- a) tendência relativa às reacções nevróticas;
- b) sentimentos de auto-insuficiência e insegurança em elevado grau;
- c) tendência à introversão;
- d) muito adaptável.

Nada de especial do lado orgânico.

Mostrou-se ininfluenciável aos sedativos químicos, nomeadamente aos regularizadores do sistema vegetativo, e as intervenções sugestivas e persuasivas tinham efeito precário e puramente transitório.

Começamos por isso a terapêutica pelo sonho acordado.

Até à 4.ª sessão nada se passa de especial. Na 4.ª sessão mostra-se porém um tanto eufórica e com uma ponta de ironia que até aí lhe não tinha podido adivinhar. A ironia dirigia-se ao tratamento, tendo mesmo dito ao marido, em ar de graça, que ela tomaria o comando do tratamento e faria o interrogatório ao médico.

O inconsciente tem destes caprichos bem conhecidos dos psicanalistas. Estávamos em frente das primeiras convulsões internas, denunciadas fenomenologicamente, que nos haviam de conduzir à cura.

Com efeito, 6 dias depois aparece ao 5.º tratamento, confessando-se melhor, embora ainda com algum medo de adormecer.

Neste sonho realiza-se uma descida num lago por uma escada de ferro, servindo-se, por sugestão nossa, de

um escafandro. Vê peixes e o fundo do lago com pedras. Depois vê uma gruta e dentro da gruta uma caixa que lhe desperta curiosidade. Mando que a abra e dentro vê pedras preciosas (tesouro). Destas pedras toma o maior brilhante, onde por minha sugestão entra, vendo-o aumentar extraordinariamente. Aí sente-se muito bem, como em sua casa a uma janela. Depois há ainda uma subida sem nada de especial.

Em data ulterior conversamos com a doente sobre o valor de algumas imagens do seu sonho.

A interpretação dos símbolos não é fundamental no sonho acordado. Quando a interpretação deva ser protegida, os símbolos servirão para nossa orientação e apreço. A doente mostrou-se por tal forma interessada nestes assuntos que em boa hora arriscamos as primeiras interpretações.

Quem se interesse por este estudo encontrará as melhores possibilidades na obra de C. G. Jung «Symbole der Wandlung».

A gruta ou caverna representa o inconsciente no seu duplo aspecto, plástico e criador. É como o estábulo, um lugar de nascimento. São grandes as relações simbólicas com o útero materno. A mãe é muitas vezes simbolizada por cidade, fonte, poço, caverna, igreja. Diríamos simbolicamente que a doente entrou num lugar de renascimento, aceitando esse próprio lugar, da mesma forma que o soldado do nosso conto aceita com resignação a permanência no poço. Ambos encontram um tesouro, para o que são por demais expressivas as palavras de Jung:

«O tesouro que o herói tirou da caverna escura é a vida, é ele próprio recém-nascido da caverna, do ventre materno, onde a introversão ou a regressão o tinham colocado».

A caixa pode ser interpretada unitariamente com o tesouro que a doente encontrou, mas pode também ser destacada como símbolo isolado de feminilidade e sobretudo de útero materno. Desta forma seria de presumir que uma feminilidade (filha) é contida noutra feminilidade (mãe). A arca de Noé tem o significado de caixa, onde é claro o simbolismo de nascimento.

O 6.º tratamento tem lugar 10 dias depois.

A doente imagina uma paisagem cultivada onde há um poço largo. Decide-se pela descida ao longo da escada desse poço num percurso de cerca de 20 metros. Surge a água que é turva. Num submarino pequeno consegue atravessar a água. Sai e apenas vê paisagem deserta e sem habitações. Há só uma luz que é reflexo do sol. Depois faz uma subida sem especial interesse para interpretação.

O sol tem muitas alegorias simbólicas, mais ou menos concordantes, expressas na arte de todas as latitudes e longitudes. O subir e descer no sonho acordado é de algum modo cópia simbólica do nascer e pôr do sol. A Humanidade de todos os tempos assistiu a este espectáculo fulgurante e tê-lo-á impresso de forma viva na sua capacidade de reagir por forma que ele constitui um dom hereditário. É um arquetipo para Jung.

O sol e a luz simbolizam o líbido no sentido de energia vital e não em sentido puramente erótico. Também um significado fálico lhe pode ser atribuído, mas não é esse o mais frequente nem o que interessa ao nosso caso.

O líbido pode ser simbolizado, além do sol e da luz, por fogo, sexualidade, fecundidade e crescimento. Na base desta mesma simbólica, olhando o sol como fonte de energia e vida, diremos como Jung que a nossa vida fisiológica é como um processo energético de todo o sol.

Eis porque a doente encontra na sua paisagem deserta um real prenúncio de vitalidade, de salvação e cura, que é a luz do sol, tal como o soldado do conto encontra a luz azul ou o fogo que ela provoca.

Ao falarmos em fogo damos sem dúvida um pouco mais de complexidade à nossa analogia. «Um fogo que não pode ser apagado é um fogo santo (Shaw, citado por Jung); «a vida é um fogo vivo eterno» (Heráclito).

O fogo é uma *materia prima* em sentido alquimista isto é, autónomo e de nada dependente em sua origem a não ser do Criador.

Não pretendamos imbuir-nos em complexidades e destaquemos somente que no nosso conto o fogo foi participação da luz azul, como elemento estranho, e participação de um elemento próprio, o tabaco que o soldado tinha no seu cachimbo.

Toda a psicoterapia assenta na mesma convergência de factores, mas nunca pode faltar a matéria autóctone, neste caso a matéria inflamável. A psicoterapia é como que a combinação de dois elementos químicos, de duas personalidades distintas, de que resulta uma síntese heteróloga totalmente diferente.

Neste sonho apareceu-nos um poço e água turva. Quem estivesse desprevenido poderia ser pressuroso em lhes encontrar significado simbólico, mas acrescentemos que estas imagens surgiram francamente em fase preparatória.

O 7.º *tratamento* tem lugar 11 dias depois. Nada fornece de especial. Não houve progressos clínicos desde o tratamento anterior.

O 8.º *tratamento* tem lugar 7 dias após o anterior.

A doente descreve uma chave de que se serve para entrar numa casa. Segue depois um corredor escuro e entra numa sala com o teto muito bonito. Há dentro uma mesa posta com muitas iguarias orientais. Por toda a parte vêem-se muitas pedras que faíscam. Mando que chame e ao chamamento surge um *criado oriental com um turbante branco*. Sob o pretexto do criado ser oriental seguimos ao encontro do sol. Sai da casa, vê-se num deserto. Sob num helicóptero que sem dificuldade a leva até ao sol. Há areia branca e tudo é muito claro. Vê *habitantes* todos vestidos completamente de branco, sendo a cabeça *coberta por um turbante* do qual pende uma cauda. Não chega a entendê-los. Apenas consegue que a informem por sinais que se alimentam de fruta. Foi-lhe grata esta viagem ao sol, mas prefere descer. O sonho alonga-se na descida, deparando ainda com uma gruta. Não nos detemos na descrição.

Neste sonho tocamos um dos mais complexos problemas que já noutra altura esbocei. É o problema da masculinidade interna e inconsciente expresso na tendência psicológica hereditária que a mulher tem para o homem. Haverá nela uma representação inconsciente, um arquetipo de masculinidade chamado animus, da mesma forma que no homem haverá um arquetipo de feminilidade chamado anima.

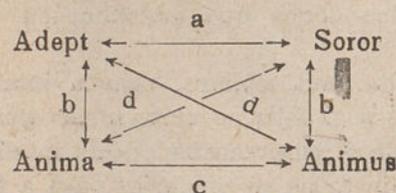
Tomando em conta as noções de energetismo e compensação, a psicologia de Jung pretende que o que é forte na consciência é fraco no inconsciente e vice-versa. Só poderá haver dinâmica energética se houver diferenças de potencial: alto e baixo, bonito e feio, divino e demoníaco, masculino e feminino, etc.

O estudo do *animus* é feito com particular detalhe por Emma Jung. A masculinidade assim expressa surge na análise ou no sonho muitas vezes sob a forma de herói — que adiante também veremos — outras vezes reveste

forma mais indiferenciada como no nosso caso: criado oriental com um turbante branco. O qualificativo de oriental marca que os fenómenos se passam para além, para o outro lado, que é o inconsciente. Nós por isso fomos à procura do oriente, onde o sonho nos indica o reinado dessas formas de masculinidade, talvez mais na origem, mais primárias. Emma Jung fala também de *animus* polímorfo, o que seria outra interpretação.

Francamente curioso é que o *animus* como representante que é da masculinidade na mulher, exhibe-se muitas vezes em conhecimento abstracto. É o caso de mulheres que sistematicamente sonham com problemas de geometria, astronomia, cristalografia, etc. A mulher, de resto, servindo-se da sua intuição, da aptidão lógica do seu *animus*, ajuda o homem a ver problemas que a ele escapariam totalmente.

Para se fazer uma ideia da complexidade nesta síntese de funções psicológicas complementares entre o homem e a mulher, reproduzo por mera curiosidade um dos quadros que Jung apresenta no seu transcendente livro «Die Psychologie der Übertragung».



- a — relação pessoal não complicada;
- b — relação do homem com a sua anima e da mulher com o seu animus;
- c — relação recíproca entre animus e anima;
- d — relação do animus feminino com o homem (que se encontra se a mulher é idêntica com o animus), e igual relação da anima masculina para a mulher (que se encontra se o homem é idêntico com a sua anima).

O 9.º *tratamento* tem lugar 19 dias depois.

Mando que imagine um barco de explorações oceanográficas. É um barco de gasolina que a conduz por mar sereno. A certa altura desce num escafandro amarrada por uma corda. A princípio só vê água; depois, muito fundo, vê rochedos ponteados escuros vestidos de musgo. Encontra sucessivamente areia, estrelas do mar, peixes pequenos e conchas variadas. Mando que escave na areia, mas nada vê de especial. Vê depois, ao longe, uma espécie de *castelo antigo* com torres e na porta um *dragão* em pedra com a boca aberta. Dentro tudo é deserto. Trata-se de um palácio bem posto onde vê uma sala grande com pinturas nas paredes e uma mesa comprida a meio. Embora com medo, entra numa porta e sobe uma escadaria. Segue-se uma galeria com várias portas que dão para quartos e «castelinhos». Sob a uma das torres e vê água. Chama por indicação minha e vem um *rapaz* com o peito nu e *lenço garrido na cabeça*. Informa-a de que é *chefe de um bando de piratas*. Insisto que lhe peça mais esclarecimentos e então ele diz que uma vez o seu barco foi afundado por um navio de guerra. Foi quando descobriu que esse castelo no fundo do mar estava desabitado. Ali ficou e quando quer vem à superfície. Nesta altura a doente diz estar a tremer, mas ainda vai a um subterrâneo que tem muitas garrafas. Foi-lhe grato tudo o que viu. Despede-se e sobe até ao barco contando ali todo o sucedido. Regressam depois à praia.

Neste sonho é mais concreta a representação do

animus, que de certo modo a doente deixa perfeitamente identificar com o marido. Chefe de um bando de piratas é igual a conquistador. O castelo é positivamente uma representação plástica do inconsciente. O pirata tanto está no inconsciente como vem à superfície, à consciência. É pois a situação do marido que, aliás, diga-se de passagem, assiste sem qualquer estorvo a todos os tratamentos.

Para o caso do nosso conto temos a equivalência na representação duma *anima*, visto tratar-se de um indivíduo masculino. É a filha do rei adormecida quem vai interferir na vida do soldado. O próprio rei admite que os sonhos podem ser verdadeiros, podem realizar-se.

O soldado e o pirata identificam a sua masculinidade no facto de ambos serem conquistadores em sentido guerreiro.

Em *mais dois sonhos* que se seguem, surgem ainda imagens de masculinidade sobreponíveis à imagem polimorfa que primeiro encontramos.

Em todo este decorrer de tempo a doente mantém-se bem, à parte umas leves alterações do equilíbrio ou receios de recaída. Mais tarde confessa-se completamente bem e até curada de uma colite que antes não referira; reconhece no entanto que não pode ser abandonada ainda à auto-regulação da sua psique.

Em breves palavras seja-nos permitido esclarecer que a doente — como na *luz azul* o soldado — realizou o encontro com o seu objecto amoroso, mas verdade é que a cura não oferece estabilidade. Vejamos o que se passa de idêntico no conto. O soldado não realiza a sua felicidade por ver a filha do rei transportada até ele.

Não esqueçamos que o doente «realiza» a nevrose para se evadir de qualquer situação no presente. A nevrose não se deve situar no passado, como para Freud, nem no futuro, como para Adler. O motivo da nevrose deve procurar-se no presente, por isso, quando tudo parece esclarecido no plano objectivo (fase analítica ou causal-redutiva), importa muitas vezes fazer o esclarecimento no plano subjectivo, isto é, importa saber o que é que o doente pretende.

A análise no plano subjectivo foi realizada no nosso conto. Com efeito, para além da viabilidade que o soldado teve de se avistar com a filha do rei, desenhava-se-lhe um plano mais amplo de conquista, que era a conquista do próprio reinado. Sem conquistar o reinado nunca ele teria conquistado uma rainha, presente ou futura. Também problemas de outra ordem poderão ser os mantenedores de uma possibilidade virtual de recaída na nossa doente. O processo está curado clinicamente, mas não está sanado de facto.

A bruxa, imagem arquetípica, corresponderá ao fantasma clínico que é a nevrose. As injustiças recebidas pelo soldado do seu rei eram puras situações ambientais, banais e comuns. A bruxa representa o momento dinâmico duma nova fase de actuação, possuída como está de atributos mágicos.

São ainda atributos ou potencialidades mágicas que se actualizam na nevrose.

Simile cum similibus e eis pois que o homenzinho preto empreende a convulsão interna. Para a cura analítica este homúnculo fantástico não existe, pois é ao médico que cabe dirigir os movimentos internos da psique. A cor preta de tão estranho ser e a sua desconcertante conduta, parecem com efeito atributos de quem se exime à clara luz da consciência. Mais parece um obreiro das regiões abissais da psique ou seja do inconsciente.

[...Es wäre damit eine Kooperation «infantiler», d. h. unbewusster Kräfte, die ja als Kabiren und Heinzelmännchen (homunculi) dargestellt werden, angedeutet. — C. G. Jung-Psychol. u. Alchemie].

A bruxa é o fantasma de uma felicidade e a nevrose o fantasma de uma cura. Também no mal se encontra o germen do bem.

EM RESUMO

Neste artigo aprecia-se a eficiência da terapêutica imaginativa de Desoille através de um caso clínico, aliás de êxito relativamente fácil e duração breve. Salienta-se o interesse da psicologia de Jung, à base da qual se esclari-

rece que o efeito terapêutico foi apenas obtido no plano analítico ou causal-redutivo e que importa estabilizá-lo no plano sintético ou construtivo. Pretende-se apoiar a noção de um inconsciente colectivo — se não em sentido hereditário pelo menos como aptidão cultural — apreciando, comparativamente com os sonhos terapêuticos, um conto de Grimm, intitulado a *luz azul*, que era do inteiro desconhecimento da doente. As imagens comparadas são as seguintes:

CONTO	SONHO TERAPEUTICO
a) Soldado	doente
b) Poço (regressão, introversão)	gruta (regressão, introversão)
c) Bruxa	doença
d) Floresta	paisagem deserta
e) Descida ao poço	descida imaginativa provocada
f) Luz azul	luz do sol
(libido, energia vital)	(libido, energia vital)
g) Tabaco (matéria inflamável)	receptividade psicoterápica
h) Ouro (renascimento)	tesouro (renascimento)
i) Homenzinho preto	operações do inconsciente
(a análise)	
j) Filha do rei adormecida	criado oriental e pirata
(anima)	(animus)
k) Palácio real	castelo antigo
	(representação plástica do inconsciente)
l) Subjugação do rei e conquista do reinado	(?)

BIBLIOGRAFIA

- 1) Adler, Gerhard — *Studies in Analytical Psychology*, W. W. Norton & Company, New York, 1948
- 2) Azevedo Fernandes, M. — *Atitudes Psicoterapêuticas*, Jornal do Médico XI (259) 25-28, 1948
- 3) Azevedo Fernandes, M. — *Gimnasia y Psicomotricidad*, Folia Clinica Internacional (T. 2, n.º 3, Marzo 1952)
- 4) Azevedo Fernandes, M. — *O conceito de tempo em psicoterapia*, Jornal do Médico, XIV (359) 643-649, 1949
- 5) Azevedo Fernandes, M. — *Psicologia e casamento*, O Médico, n.º 20, 1951
- 6) Azevedo Fernandes, M. e F. Sarmiento Pimentel Neves — *Psicoterapia de grupo na esquizofrenia*, Portugal Médico (vol. XXXV, n.º 9, Set. 1951)
- 7) Azevedo Fernandes, M. e Serra de Lemos — *A psicoterapia na clínica hospitalar*, O Médico, n.º 49, 1952
- 8) Desoille, R. — *Exploration de l'affectivité subconsciente*, J. L. L. d'Artrey, Paris, 1938
- 9) Desoille, R. — *Le rêve éveillé en Psychotherapie*, Presses Universitaires de France, 1945
- 10) Emma Jung — *Ein Beitrag zum Problem des Animus* (in C. G. Jung-Wirklichkeit der Seele — Rascher Verl. Zürich 1947)
- 11) Gregório Pereira, H. — *O IV Congresso Internacional de Saúde Mental*, Porto, 1952
- 12) Grimm, Brüder — *Kinder-und Hausmärchen*, 2te Band, Verlag-Philipp Reclam jun. Leipzig
- 13) Heyer, G. R. — *Bildnerien aus dem Unbewussten* (in Lindauer Psychotherapiewoche 1950, Hippokrates Verl. Marq. & Cie. Stuttgart)
- 14) Heyer, G. R. — *Praktische Seelenheilkunde*, J. F. Lehmanns Verl., Berlin, 1952
- 15) Jung C. G. — *Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten*, 4 Auf., Rascher Verl. Zürich, 1945
- 16) Jung, C. G. — *Die Psychologie der Uebertragung*, Rascher Verl. Zürich, 1946
- 17) Jung, C. G. — *Psychologie und Alchemie*, 2te Auf., Rascher Verl. Zürich, 1952
- 18) Jung, C. G. — *Symbole der Wandlung*, Rascher Verl. Zürich, 1952
- 19) Jung, C. G. — *Über die Psychologie des Unbewussten*, 6 Auf., Rascher Verl. Zürich, 1948
- 20) Klug u. Thren — *Bildstreifendenken als Psychotherapeutische Methode* (Zeitsch. f. Psychoth. u. Med. Psychologie) Januar, 1951
- 21) Koch, Gerhard — *Estudos psicoterapêuticos da Escola de Ernst Kretschmer*, Jornal do Médico, XVI (397) 335-337, 1950
- 22) Kretschmer, E. — *Psychotherapeutische Studien*, 1 Auf., G. Thieme Verl. Stuttgart, 1949
- 23) Kretschmer, Wolfgang — *Die meditativen Verfahren in der Psychotherapie*, Zeitsch. f. Psychoth. u. Med. Psychol., Mai, 1951
- 24) Piaget, Jean und Bärbel Inhelder — *Die Psychologie der frühen Kindheit* (in Handbuch der Psychologie — Herausg. von David Katz, Benno Schwabe & Co. Verl. Basel)
- 25) Schultz, J. H. — *Die Seelische Krankenbehandlung*, 6 Auf., Piscator Verl. Stuttgart, 1952
- 26) Speer, Ernst — *Der Arzt der Persönlichkeit*, G. Thieme Verl. Stuttgart, 1949

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Um novo tratamento médico dos miomas uterinos: O ACTH

O n.º 75, de 10 de Outubro de 1952, da revista «La Semaine des Hopitaux» publica um artigo de Jacques Varnier sobre o tratamento pelo ACTH dos miomas uterinos. O autor começa por dizer que, uma das mais notáveis propriedades do ACTH é a sua acção anticologénea e antifibrosa. A sua acção é tal que, por lise da fibrose protectora, pode desencadear processos evolutivos de tuberculose pulmonar em indivíduos portadores de uma tuberculose fibrosa, estabilizada desde há muito tempo.

A nova noção de parto, considerando-o como um «stress» particular, segundo a hipótese de Selye, o estudo da involução do útero durante o post-partum e as modificações hormonais deste período, comparadas com as que provoca uma descarga de ACTH, levaram-nos, pelo seu estudo comparativo, a analisar a possível acção do ACTH sobre os fibromas uterinos.

Ao estudar as modificações do útero no decurso da gestação e do post-partum — (aumento de volume e multiplicação dos seus elementos no decorrer da gestação e, sobretudo, lise do útero nas 6 semanas do post-partum —, notamos que os fibromiomas pareciam menos volumosos depois da gestação do que antes desta e, assim, aceitamos as conclusões dos trabalhos de Hanon.

Este investigador, procedendo, em laboratório, a culturas de tecidos uterinos (de rata e de gata) submetidos à acção de soro de mulheres grávidas, de mulheres em trabalho de parto, e de mulheres em post-partum, chegou às seguintes conclusões:

1 — Experimentalmente, o sangue de mulher em gestação é capaz de substituir a substância embrionária de pintainho, correntemente utilizada em cultura de tecidos. Esta acção exerce-se, sobretudo, sobre os fibroblastos e parece com muita mais afinidade para o tecido uterino do que para quaisquer outros tecidos. O sangue tirado duma mulher no decurso da involução uterina do post-partum não possui já este poder de proliferação e parece até ter uma acção frenadora, inclusivamente após 3 ou 4 repicagens no meio normal.

2 — Clinicamente, injeções repetidas de sangue colhido durante um post-partum produziram uma diminuição de cerca de $\frac{1}{4}$ do volume inicial, num grande fibromioma.

Esclarecidos pelas concepções de Selye, pensamos actualmente que, então, apenas se manifestaram as propriedades do sangue no «stress» obstétrico.

Eis porque entendemos que seria interessante ensaiar o ACTH no tratamento do fibromioma uterino, doença do colagénio.

Limitaram-nos, logo de início, dificuldades materiais.

Só utilizamos para o nosso trabalho, os fibromiomas de grande volume, de forma a que a apreciação da diminuição deste não pudesse dar origem a erros de grande importância. Para a avaliação da diminuição de volume, sempre difícil, era necessário cercarmos-nos das maiores precauções — esquemas do fibromioma, medidas em centímetros em relação ao púbis e medida do útero inteiro (por projecção sobre a parede).

Fomos limitados primitivamente, pela raridade e preço do produto, tendo presente que se tratava de um método de tratamento ambulatorio e de doentes de consulta externa, e isto a pesar de um laboratório nos ter fornecido o produto necessário para o nosso trabalho.

A administração do ACTH foi precedida, para cada doente,

de um teste de Thorn, e realizaram-se também os exames hormonais clássicos, após um tratamento pelo ACTH. Houve uma vigilância clínica regular da tensão arterial e do peso dos doentes. As mulheres foram submetidas a um regime descloretado para evitar a retenção hídrica eventualmente consecutiva à acção do ACTH, e o tratamento foi interrompido durante as regras.

Utilizamos o ACTH de fabricação francesa que foi administrado por injeção intramuscular profunda, à razão de 3 injeções por semana. A dose habitualmente utilizada foi de 25 unidades, ou, por vezes, 50, em certas mulheres cujo teste de Thorn era muito favorável, e para as quais uma diminuição nítida do volume uterino não era obtida com facilidade.

Por razões de ordem material, não pudemos utilizar a técnica de administração por via intravenosa se bem que ela seja mais eficaz em doses mais fracas do que a via intramuscular.

O número de injeções a dar é muito variável. Depende directamente da rapidez com que o fibromioma diminui, mas podemos contar, em média, obter um resultado que se mantém, pelo menos durante o tempo da nossa observação, (8 meses), com 3 injeções de 25 unidades por semana, durante mês e meio, seguidas de uma interrupção de um mês e de uma segunda série idêntica. O número de injeções foi, no máximo, de 45.

Escolhemos para o nosso trabalho mulheres que não tinham atingido a menopausa e cujo fibromioma, para evitar as causas de erro, se comportava como um tumor de volume estável, sem acessos congestivos.

As perturbações funcionais eram, sobretudo, vesicais e, por vezes, muito manifestas.

A maior parte das nossas doentes tinham sido anteriormente seguidas na consulta de Baudeloque e tinham tomado hormona masculina sem grande resultado.

RESULTADOS

Volumétricos

Em todos os casos a diminuição de volume foi considerável. Não observamos o desaparecimento completo do fibromioma mas, a diminuição de um fibromioma do tamanho de uma cabeça para o tamanho de uma tangerina é elucidativo.

As duas séries de esquemas que reproduzimos mostram esta diminuição progressiva.

Esquemas

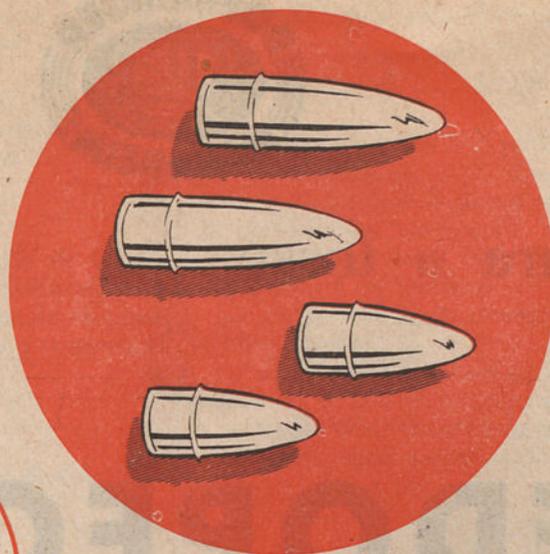
Um dos fibromas passou de 20 cm. a 9,5 cm. (altura uterina).

Parece que o ritmo da diminuição é sempre rápido — por vezes, mesmo espectacular, após 3 injeções.

O processo de reabsorção não é uniforme num útero com vários nódulos, é, por vezes, mais rápido e mais completo em alguns nódulos do que noutros.

Funcionais

O tratamento tem feito desaparecer, em todos os casos, as perturbações vesicais. Num caso, uma doente que tinha mais



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



Xarope para a tosse

SEDOPECTAN

A ausência na sua composição de alcaloides e hipuóticos permite, sem inconveniente, o seu uso prolongado por creanças e adultos.

COMPOSIÇÃO:

Infuso de abótano	1,71 g.
Infuso de pulmonária	2,56 g.
Metilesculetina	0,114 g.
Trietanolamina	0,57 g.
Xarope de groselha	7,1 g.
Açúcar	93,0 g.
Água destilada q. b. p.	150,0 g.

APRESENTAÇÃO:

Frascos de 150 g.

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H.

MANNHEIM

AGENTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL:

FERRAZ LYNCE, LDA.

Travessa da Glória, 6-2.º - LISBOA

de 12 micções por dia viu desaparecer esta polaquiúria após algumas injeções.

As sensações de peso e de sensibilidade dolorosa do hipopastro desapareceram. O tratamento suprime as menometrorragias e regulariza as regras, tanto em duração e abundância como em periodicidade.

O ACTH tem, classicamente, determinado uma nítida euforia — desaparecimento da astenia, sensação de maior energia, sem nenhuma psicose depressiva após o tratamento.

Tensão arterial

O tratamento não originou qualquer elevação de tensão arterial. Pelo contrário num caso manifestou-se paradoxalmente uma acção hipotensiva numa hipertensa — a tensão arterial passou de 18/11 a 12/9 e 8 meses após terminado o tratamento a tensão arterial subiu novamente para 18/11.

Peso

As doentes foram submetidas a um regime descloretado e as variações de peso não passaram de 2 kg.

Perturbações humorais

Parece que as doses de ACTH empregadas teriam sido muito fracas para determinar uma modificação das constantes biológicas clássicas; não observamos qualquer sinal de retenção de cloretos, de hipocaliemia ou quaisquer perturbações glucídicas ou psíquicas.

Acidentes

Não houve acidentes no decurso do tratamento. A injeção intramuscular muito profunda evitará a formação de abscessos locais. No total, num único caso a intolerância puramente local provocou um abscesso que teve de ser aberto.

Recapitulação

Os primeiros resultados obtiveram-se há 8 meses e mantiveram-se tanto volumetricamente como funcionalmente.

CONCLUSÕES

A acção do ACTH no tratamento dos fibromiomas uterinos parece estabelecida. É rápida e considerável em volume, indo até à redução de 3/4 do volume inicial. É segura e total quanto às perturbações funcionais.

As fracas doses utilizadas não provocam qualquer perturbação clínica ou humoral.

As melhores são permanentes no estado actual dos nossos conhecimentos.

A inocuidade absoluta parece assegurada com as doses utilizadas e, sob vigilância médica, parece-nos lícito continuar a aplicação deste método de tratamento e deixar ao tempo e ao número de casos a apreciação mais exacta.

RESUMO

Utilizando as propriedades antifibrósas e anticologéneas do ACTH, o autor emprega esta substância para tratar os fibromiomas uterinos de apreciável volume e cuja diminuição é seguida através da parede abdominal, por esquemas sucessivos. As doses injetadas são mínimas: 25 unidades, 3 vezes por semana, durante um mês e meio.

A acção é constante, indo até à redução de 3/4 de volume inicial.

Mantém-se, actualmente, passados já 8 meses sobre o fim do tratamento.

Nenhuma perturbação clínica ou humoral se observou com as fracas doses de ACTH empregadas.

TRATAMENTO DA COCCIDÍNIA

São vários e de natureza muito distinta os processos que podem confundir-se com a coccidínia ou coccigodínia e é do maior interesse, para não fracassar na terapêutica, fazer um bom diagnóstico diferencial que elimine a presença de fracturas ou subluxações, as fístulas, os quistos da região coccígea, os condromas e sarcomas do sacro e quantos outros processos locais possam produzir dores coccidínicas.

O coccix, última porção da coluna vertebral, está formado por cinco vértebras pequenas e atroficas solidamente soldadas entre si, constituindo no adulto um único osso ímpar, mediano e simétrico de forma irregularmente triangular.

Os ligamentos de fixação têm muita importância na apresentação do quadro da coccidínia, pelo que é bom recordar que são três, o interno, os periféricos e o ligamento sacro-coccígeo. O ligamento interno tem uma espessura de dois a três milímetros até aos 40 ou 50 anos, desaparecendo mais tarde por ossificação. O ligamento sacro-coccígeo anterior é muito delgado, uma simples lâmina aponevrótica, que recobre o sacro e a parte posterior do coccix. O ligamento sacro-coccígeo posterior é grosso e resistente, recobrendo o sacro, dividindo-se em dois ramos ao chegar ao coccix, o qual recobrem parcialmente e a parte anterior à arañóide, separados por um tecido adiposo. Os ligamentos laterais recobrem os bordos do coccix até ao vértice.

O despreendimento, arrancamento ou distensão destes ligamentos pode produzir a aparição do quadro da coccidínia na qual Key não acha, depois do exame de numerosas peças, nenhuma lesão inflamatória nem astrósica. Sicard opina que, ainda que não se encontrem lesões, a origem pode ser devida a traumatismos sobre esta região, às vezes completamente esquecidos pelo doente, que ocasionam subluxações ou, mais frequentemente, arrancamentos ou distensões dos ligamentos sacro-coccígeos.

A coccidínia apresenta-se em ambos os sexos, mas é mais frequente na mulher, especialmente na múltipara, pelos repetidos traumatismos obstétricos.

Seu sintoma dominante, senão único, é a presença de agudas dores no coccix, irradiando por vezes para ambas as regiões glúteas, que se exarcebam pela marcha, defecação ou posição sentada.

Os enfermos desta enfermidade sentam-se sobre uma região glútea, logo sobre a outra, evitando um apoio completo que lhes resulta muito doloroso. Este sinal serve para diferenciar a coccidínia de uma sacro-coxalgia e da ciática, pois estes enfermos sentam-se sempre sobre o lado são. A pressão sobre o coccix é dolorosa como também o tacto rectal que aumenta a dor.

A coccidínia não apresenta sinais demonstrativos radiológicos e se algumas vezes se observam assimetrias ou desvios laterais de alguma peça coccígea não pode afirmar-se a sua significação patogénica porquanto também se acham em sujeitos normais, como também é normal achar, a partir dos 40 anos, imagens de esclerose.

A coccidínia não responde a nenhuma das habituais terapêuticas antiálgicas, como analgésicos, infiltrações locais novocainas, infiltrações epidurais ou do simpático lombar, etc. Também fracassa a fisioterapia (ondas curtas, ultravioletas, diatermia, infravermelhos, ultrasons, radioterapia, etc.). Praticou-se, sem êxito, a ressecção do coccix.

Com muita frequência estes enfermos, resistentes a toda a terapêutica, têm sido considerados como psicópatas, lamentavelmente.

Um tratamento que parece dar bons resultados, algumas vezes espectaculares, é a massagem dos músculos pélvicos feito segundo a técnica de Thiele, introduzindo o dedo indicador no recto.

Thiele obteve 90% de melhoras em 69 casos de coccidínia; em 64 dos casos havia um espasmo do elevador do ânus, em 33 também espasmo do coccígeo e em 31 do piriforme. Cada massagem não deve durar mais de dois minutos e deve repetir-se uma vez por semana até onze sessões.

Em casos de fracasso deste interessante método pode indicar-se a secção bilateral do plexo sacro-coccígeo, o que deu a Sicard quatro resultados excelentes e um não tão bom nos cinco casos em que a praticou.

BAlXA DE PREÇOS

Novamente os Laboratórios Delta, põem à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica, a

DELTACILINA em DOSES,

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

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

S U P L E M E N T O

EM VÉSPERA DUM DEBATE

Sobre segurança social dos trabalhadores

Agitar um problema, seja em que plano das actividades humanas, é sempre contribuir valiosamente para um estudo mais profundo, para uma visão mais esclarecida, para uma defesa mais conscienciosa, para conclusões mais definitivas e mais úteis, para decisões mais eficientes, para benefícios mais proveitosos.

Agitar um problema cujo objectivo se situa, pela sua própria natureza, em transcendente interesse nacional e em altíssima importância social, é cooperar na arquitectura de soluções imperiosas; é dar esforço pessoal, vontade e inteligência, generosa devoção que só na fé da Pátria e na esperança de bem servir se conforta.

É na linha deste pensamento superior que, serenamente, desapassionadamente, tem de merecer apreço o facto de, uma vez mais, ser levado à consideração da Assembleia Nacional o panorama em que tem continuado a contemplar-se aquilo a que, no nosso País se chama «Previdência Social».

Honra seja feita ao Deputado Prof. Manuel Cerqueira Gomes, ilustre Bastonário da Ordem dos Médicos.

O assunto tem sido já por várias vezes versado nas colunas deste jornal por outros médicos e tem servido de pretexto ao autor destas linhas para tecer apenas leves considerações sobre alguns dos seus aspectos.

Não vimos dissecá-lo hoje; vimos trazer um entusiástico aplauso a quem, revestido de incontestada autoridade, na plenitude da sua consciência, não hesitou em requerer a faculdade de — íamos dizer — transmitir o eco dos milhões de portugueses *obrigatoriamente* atingidos pelo sistema e de todos aqueles que sentem sobre si o encargo de dignificar o exercício da medicina em Portugal.

Na realidade, tal como se acentua no requerimento do seu *aviso prévio*, aguardado em crescente expectativa, parece não fazer sentido, parece mesmo inaceitável que «*um dos mais vultuosos problemas da nossa hora se encontre ainda sem revisão*».

Ao lermos no Diário das Sessões da Assembleia Nacional, de 11 do corrente mês, este requerimento — que já vimos

classificado de «documento largamente explanador» — não nos consideramos *pares* em toda a expressão do seu pensamento.

Mas nem por isso regateamos o pessoalismo das convicções que já nos habituámos a ouvir ao autor do aviso.

Leia-se o parecer da Câmara Corporativa, de que foi relator, sobre o projecto de lei relativo a doenças infecto-contagiosas.

Leia-se o parecer da Câmara Corporativa, de que relator, sobre o projecto de lei relativo a doenças infecto-contagiosas.

Leia-se a circular de 1948, do Conselho Geral da Ordem dos Médicos, na qual se realça a experiência nacional e estrangeira da prestação de serviços médicos sob a tutela das organizações de previdência social, verdadeiro manancial de elementos de apreciação, apoiando uma análise cuidada e pormenorizada.

Para que falar no seu discurso no Congresso da União Nacional, no Porto, em 1949?

Ninguém ignora a avidez com que, desde recuados tempos, o Prof. Manuel Cerqueira Gomes aproveita quantas oportunidades se lhe deparam para repetir a sua adesão aos princípios que ardorosamente defende.

O debate vai travar-se, de novo, em toda a extensão de problema e em completa liberdade, na assembleia política nacional.

É lícito confiarmos em que, com mais ou menos viva discordância sobre o re-

gime de capitalização da nossa previdência social, com mais ou menos partidarismo de maior ou menor distribuição de benefícios, há-de supurar o abcesso impeditivo da marcha que se impõe no caminho indicado pelas próprias realidades.

Na verdade, é tempo!

Esta circunstância só por si justificaria o interesse e a oportunidade da questão.

Fazemos votos para que o Ilustre Deputado, que em nenhuma emergência pode alhear-se das responsabilidades que sobre si empenham na qualidade de Bastonário da Ordem dos Médicos, saia do pleito mais prestigiado do que nunca, esclarecendo e esclarecendo-se na defesa da instituição e dum ideal.

O problema requiere e reclama objectividade. Nada de malabarismos políticos!

Todos bendiremos desinteressadas contribuições; os directos interessados não lamentarão o pesado encargo que estão suportando para sua segurança social — sangue do seu sangue, arrancado ao trabalho de dia a dia — se lhe forem respeitadas os seus inalienáveis direitos.

Assim entende um médico que não ocupa qualquer lugar, nem nos Conselhos Directivos da Ordem dos Médicos, nem nos bastidores políticos, nem na Federação dos Serviços Médico-Sociais, nem se considera incluído na tal «autêntica... especialidade profissional» capaz de «queimar» indivíduos ou fortalecer armas eleitorais.

EURICO PAES

Na Sarna

Neo-Escabite



Elimina o ácaro com uma só aplicação
em 24 horas

SILVA CARVALHO
124, Rua dos Fanquelros, 126

O SOCIALISMO DO DR. ROCHA PÁRIS

Embora seja de novo desagradável ao Dr. Rocha Páris, volto a empregar o mesmo título que utilizei, para lhe responder. Ao fim e ao cabo, aquele presado colega pretende que em Portugal haja um serviço social de medicina com assistência «médico-medicamentosa (sic) gratuita a todos os portugueses». São estes os princípios em que se inspirou o governo socialista da Grã-Bretanha ao organizar o Serviço Nacional de Saúde, que ninguém, nem os conservadores que agora governam na Inglaterra, pensam em não considerar socialistas. Pretende o Dr. Rocha Páris asseverar que em Inglaterra não há medicina socializada? Certamente que não pensa nisso; portanto, desejando que no nosso país a medicina se organize segundo aquele modelo, defende a medicina socializada. Parece-me por isso inteiramente justo que eu diga: «O socialismo do Dr. Rocha Páris».

Os chamados Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência não têm qualquer paralelismo, quanto a meios de acção e finalidade, com serviços de profilaxia como aqueles que competem aos Dispensários de Higiene Social. Os primeiros visam a fazer assistência; os segundos a defender das doenças a população. Pode suceder que, na assistência à doença que cumpre aos clínicos da medicina privada e aos hospitais, se faça também medicina preventiva, mas só esporadicamente, e não como finalidade, porque esta cumpre ao Estado, ao passo

que a primeira, segundo as concepções não socialistas, deve ser feita, sempre que isso seja possível, pelas próprias famílias ou pelas entidades seguradoras a que pertencem.

O Estado e as autarquias representam aqui um papel supletivo quando as famílias não estão em condições económicas de arcarem com as despesas. Por outro lado, nos Dispensários de Higiene Social, pode ser necessário estender os exames e os tratamentos a um âmbito mais ou menos largo, mas, então, isso faz-se para atrair os doentes que interessa à defesa da saúde pública que ali compareçam — porque é com os tratamentos de várias doenças que sobretudo podemos contar para a profilaxia social, como na luta anti-venérea. E nesses casos não só os serviços devem ser gratuitos como é necessário ainda utilizar o Serviço Social, que aqui não actua apenas no sentido de procurar as fontes de contágio, mas também de contribuir para que todos os doentes portadores de afecções contagiosas ou que prejudicam o futuro dos indivíduos sejam devidamente tratados. É o caso do serviço de ginecologia do Dispensário de Higiene Social do Porto. Tem-se procurado estender o seu âmbito de acção sobretudo com o fim de atender à luta anti-venérea. Para se poder intervir, com profundidade, no sector da população que acorre ao Dispensário Central de Higiene Social do Porto (onde não vão as prostitutas segundo as normas antigas) uma condição se impõe: que aqueles Serviços não tenham o rótulo de anti-venéreo. Só assim conseguimos descobrir e tratar convenientemente as efecções venéreas de muitas mulheres que nunca lá iriam se soubessem que poderiam ser apontadas como portadoras daquelas doenças. É necessário que o Serviço de ginecologia seja polivalente, atendendo-se lá todo o género de ginecopatias, e tenha um grande prestígio, que só se consegue tornando eficientes os serviços que se prestam. Faz-se, aqui, portanto, assistência na doença com fins profiláticos e dão-se as necessárias facilidades para actuarmos no campo da higiene social. Muitas e muitas doenças venéreas se têm descoberto no Serviço de ginecologia, o que nunca sucederia se aquele departamento do Dispensário Central de Higiene Social não tivesse a orientação que se imprimiu. Não é razoável, pois, que o Dr. Rocha Páris pretenda, mais uma vez, estabelecer confusões entre os Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência e os serviços da Direcção Geral de Saúde.

*

Vem isto a propósito de mais um escrito que nos enviou o Dr. Rocha Páris para inserir em «O Médico». Desta vez, vamos publicar o que o presado colega nos mandou por partes, para respondermos ponto por ponto. Vamos a ver se, agora, o Dr. Rocha Páris apreende o nosso pensamento e não insiste nos mesmos argumentos. Preferíamos que abordasse outros assuntos; viesse, por exemplo, di-

zer aos leitores de «O Médico» como entendia que deveriam ser pagos os médicos, se fosse instaurada em Portugal uma organização, como a que preconiza, na qual todos os portugueses tivessem direito a assistência gratuita na doença.

Diz o Dr. Rocha Páris:

«Ao meu artigo inserto em «O Médico» correspondeu o presado colega Dr. Mário Cardia com um comentário encimado pelo título: «O socialismo do Dr. Rocha Páris». Mostrando (talvez sem dar por isso) nesse título em caracteres destacantes uma marcada agressividade que eu não lhe merecia, sou obrigado a responder, repito, deveras constrangido, e decidido a não voltar a tocar no assunto.

Gostaria que o Dr. Cardia provasse nestas colunas o «socialismo» com que levanamente me defeniu; gostaria mesmo que classificasse esse «socialismo» entre as escolas de Saint-Simon, de Leraux, de Gaurés, ou ainda as de Karl Max, de Engels ou de Lanolle. É que tal epígrafe, pela sua importância, exigiria uma demonstração clara e completa. Exigilo-ia a minha honorabilidade, visto que não comungo essas doutrinas, e exigi-lo-ia a consideração pelos leitores do «O Médico». Mas como tais exigências iriam embaraçar o Dr. Cardia e iriam prolongar esta questão pessoal com que nada lucrariam os leitores, dou-a por terminada, interpretando a epígrafe citada como uma consequência da actividade polimorfa e exuberante do Dr. Cardia, que necessariamente o leva a confundir-se e a emitir opiniões infundadas como neste caso».

A resposta a esta parte já a dou acima. Se o Dr. Rocha Páris pretende — repito — que a assistência social médico-medicamentosa (sic) deveria ser igual e gratuita para todos os portugueses, deseja implicitamente a socialização da medicina; pode defender um o socialismo sui generis que abranja apenas a medicina, repetindo a frase, que ficou célebre, dum antigo presidente da Federação («uma ilha socialista no mundo burguês»), mas ninguém de boa fé poderá afirmar que o Dr. Rocha Páris não deseja fazer socialismo com a nossa profissão. Sobre este ponto, quero apenas acrescentar que o colega não tem o direito de supor que os meus propósitos visam a qualquer agressividade; sabe perfeitamente que o estimo e o considero, desde há muitos anos, e que procuro sempre tratar de todos os assuntos nos seus aspectos doutrinários, sem propósitos pessoais. De resto, não considero ofensivo chamar a quem quer que seja socialista. Existem no campo socialista de todos os países pessoas dignas da maior consideração, e há mesmo algumas que me honro de ter como amigos pessoais.

Continua o Dr. Rocha Páris:

«O Dr. Cardia friza e torna a frizar que eu não soube ler ou não compreendi

M&B

PARA SAES DE BISMUTO

Para eficiencia terapeutica é essencial que possuam os saes de bismuto, além de alta pureza química, certas qualidades físicas especiais.

May & Baker foram entre os primeiros fabricantes destas substancias e a passagem do tempo e a experiencia relevam a absoluta confiança que proporciona o uso dos prudutos M&B.

FABRICADOS POR

MAY & BAKER LTD

DAQHAM INGLATERRA

Agentes no Portugal:

ILLMOS. SRS. QUÍMICO-SANITÁRIA LTDA., RUA CÂNDIDO DOS REIS, 96, OPORTO

ILLMO. SR. HENRI REYNAUD, RUA DO LORETO, 10, LISBOA

PHA 73

as suas afirmações contra os serviços Médico-Sociais da Federação. Não me detenho no enredo dessas afirmações porque enfadaria com certeza quem nos lesse; mas só quero focar um raciocínio do meu referido artigo que continua de pé, porque na realidade ele não cai apenas porque se diga que está errado. É preciso prová-lo, o que é impossível. Com efeito, se o Dr. Cardia considera como prática socialista a minha tese de que a Assistência Social Médico-Medicamentosa deveria ser geral e gratuita para todos os portugueses dentro, bem entendido, de rígidas normas regulamentares, fora das quais continuaria a existir a clínica livre, também como socialista teria de ser considerada a assistência social médico-medicamentosa ministrada no Dispensário de Higiene Social, de que o Dr. Cardia é Director, já que ela se destina também gratuitamente tanto a pobres como a ricos. Abstraindo da sua finalidade (profilaxia), semelhante à da minha tese (terapêutica) o processo (generalizações de serviços a todos os necessitados não olhando às suas posses) é precisamente o mesmo. Este raciocínio é, como se vê, de tal maneira claro que dispensa mais palavras».

Em primeiro lugar, devo dizer ao Dr. Rocha Páris que eu nunca escrevi contra os serviços médico-sociais da Federação, como afirma com tanta levianidade. Conheço muitos dos colegas que lá trabalham e tenho por eles a maior consideração. A minha discordância está nalguns princípios basilares em que foram organizados os Serviços. É-me grato mesmo afirmar, baseado em informações que me chegam, que a maior parte dos médicos da Federação cumprem o melhor que podem os seus deveres; se não fazem mais e melhor suponho que isso é devido a vícios de orgânica.

Quanto à parte final do que acima se publica, suponho que o Dr. Rocha Páris já compreendeu agora que não tem paralelismo possível o que se passa entre os serviços assistenciais da Federação e os serviços de profilaxia da Direcção Geral de Saúde. Julgo que fui claro na primeira parte deste artigo e que o colega não precisa de novas explicações; creio, pois, que poderei aplicar ao Dr. Rocha Páris as mesmas palavras que inadvertidamente me dedica: o meu raciocínio é, como vê, de tal maneira claro que dispensa mais palavras.

Finalmente, escreve o Dr. Rocha Páris:

«Mas suponhamos que eu não soube ler nem compreender os escritos do Dr. Cardia, como disse e repetiu com singular propósito. Ponhamos uma pedra no assunto. No entanto, ficamos à espera de um estudo profundo, firmado pelo prezado colega, sobre os Serviços Médico-Sociais da Federação em que aponte os erros e proponha as emendas, de maneira a aperfeiçoar esse organismo. Nada de arrazar para se construir de novo com vícios velhos. Não se admitiria hoje que tal organismo fosse banido ao cabo de 5 anos de relevantes serviços prestados à sanidade da população, só para se im-

por outro, indubitavelmente com os seus erros e as suas deficiências. O País não toleraria, sem justo protesto, tal controvérsia, nem a classe médica mais outra experiência de assistência social».

A resposta a esta parte dou-a eu neste mesmo número de «O Médico» na secção «Ecos e Comentários». Em vez do «estudo profundo» que o Dr. Rocha Páris deseja, enuncio, em poucas palavras, o que me parece dever reformar-se, não só pelo que diz respeito aos serviços assistenciais da Federação, como a outros organismos da previdência social. Sou inimigo de «estudos profundos», de artigos ou discursos longos e prolixos, que quase sempre encobrem ignorância e falta de ideias e têm ainda o grande inconveniente

de poucas pessoas os lerem ou desejarem ouvir. Para terminar este artigo — que já é maior do que eu desejava — refiro o que há pouco diziam os jornais sobre a entrada de mulheres na Câmara dos Lordes. Contrariando esta inovação, um dos membros da Câmara Alta da Grã-Bretanha alegava que não queria mulheres entre os Lordes porque elas falavam de mais e do que se precisava era de pessoas que trabalhassem. Não lhe parece, prezado colega, que mais vale meia dúzia de afirmações concretas e poucas linhas com sugestões claras e vívidas do que muitas páginas de prosa prolixa e repetir as mesmas coisas, sem nada dizer de novo nem trazer qualquer utilidade prática?

MÁRIO CARDIA

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

MOSAICOS NORTENHOS

XLIII

A propósito dos Hospitais Escolares

Os Hospitais Escolares, em construção na cidade de Lisboa e no Porto, são um empreendimento digno de elogio e que marca o interesse dos altos poderes públicos pelos problemas da Assistência e ainda pelos meios que se devem proporcionar para que o ensino médico tenha condições de eficiência.

O de Lisboa vai já começar a funcionar e reconhece-se que não é tarefa fácil pôr em movimento um estabelecimento daqueles. O critério de ir abrindo aos poucos os vários serviços, foi, sem dú-

vida, o melhor que se poderia adoptar e aquele que proporciona mais possibilidades de uma organização, já de si complicada, fugir às nossas habituais improvisações.

O decreto publicado há pouco e que integrou o Hospital Escolar de Santa Marta na orgânica administrativa da Assistência, teve como fim estabelecer regras uniformes para os serviços administrativos de todas as organizações hospitalares do Estado; o estabelecimento que agora vai começar a

funcionar em Lisboa, fica subordinado às mesmas condições.

QUANTO AO PORTO...

Mas se o problema em Lisboa era fácil, porque embora houvesse estabelecimentos hospitalares dependentes do Ministério do Interior e outros do Ministério da Educação Nacional, todos eram, afinal, do Estado, — no Porto já assim não acontece. Aqui o problema do futuro funcionamento do Hospital Escolar determina outros problemas que merecem ser estudados com antecedência, para que tenham uma solução harmónica com os interesses da cidade, da assistência e do ensino.

É evidente que, inaugurado o Hospital Escolar do Porto, a Faculdade de Medicina já não precisará de continuar a servir-se das Enfermarias que para o ensino lhe foram cedidas pela Misericórdia. Este passará a fazer-se no novo Hospital e com manifesta vantagem, não só porque o número de camas será muito maior, como também porque os serviços vão ocupar um edifício propositadamente estudado e construído para servir simultaneamente as exigências da assistência e do ensino.

Mas se até agora os serviços assistenciais no Porto estiveram a cargo da Misericórdia, é ocasião de começar a perguntar qual o papel que será distribuído à Santa Casa quando o Estado puzer a funcionar nesta cidade o seu Hospital.

Presentemente a Assistência no Porto gira em volta da organização da nossa Misericórdia, para a qual o governo vai contribuindo anualmente com um subsídio que, embora seja importante, está longe de corresponder às necessidades da Misericórdia e muito longe de atingir a relatividade que devia haver entre as verbas gastas pela Assistência na cidade de Lisboa e as que são entregues ao Porto com a mesma finalidade.

A diferença acentuada que se nota quando comparamos essas verbas, mostra o valor da Misericórdia do Porto, cuja assistência permite à nossa governação pública um magro dispêndio com a assistência nesta cidade.

Mas, para quanto baixará o subsídio à Misericórdia quando o Hospital Escolar iniciar a sua actividade?

O estudo desse problema deverá iniciar-se com a antecipação necessária, de modo que tudo decorra sob uma fórmula devidamente estudada e ponderada.

OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA NO FUTURO

Um dos problemas a resolver será o dos serviços de urgência.

É evidente que posto a funcionar o novo Hospital, aí haverá um *Serviço de Banco*, mas dada a posição em que se situou aquela unidade hospitalar — num extremo da cidade — não é de aconselhar que terminem os serviços que presentemente funcionam no Hospital de Santo

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

António que, indiscutivelmente, se encontra numa posição óptima para bem servir quem, num caso de urgência, precise de recorrer a um serviço daquela natureza.

Pode mesmo afirmar-se que a nova organização hospitalar não pode vir substituir a antiga; de ambas precisa a cidade e uma não pode ser causa de atrofia da outra. O campo é bastante grande e precisa de todos os meios de acção.

Mas desde que se pense numa reorganização dos serviços assistenciais na cidade do Porto, creio que seria então o momento de integrar na Misericórdia os actuais serviços de urgência que a Câmara há anos mantém para chamadas domiciliárias e que relevante acção tem desenvolvido. Demonstrada a sua eficácia e a sua utilidade, parece-me que a sua passagem para a Misericórdia muito viria beneficiar a população dado que muitos dos casos se não resolvem dentro do âmbito da terapêutica médica e que só vantagem haveria em articular este serviço domiciliário com o da terapêutica cirúrgica que pode ser executada no Banco.

A fase primitiva da prestação de serviços domiciliários de urgência por intermédio da organização que funciona no quartel dos Bombeiros Municipais, julgo que foi ultrapassada e que é à Misericórdia que esses serviços, bem como o de transporte de doentes, deveria ser entregue, livrando a Câmara dessa preocupação, embora se acordasse num subsídio desta se, como penso, aqueles serviços vivem em regime deficitário.

Salvaguardada a posição dos médicos actualmente em exercício nos serviços de urgência dos Bombeiros, que deveriam

transitar para idêntico serviço a funcionar sob os auspícios da Misericórdia, — eu creio que traria um notável benefício para a população esta junção de serviços, que, afinal, se valorizariam mutuamente, se fossem bem coordenados e articulados. Os pobres teriam desta forma um amparo mais eficaz e mais rápido.

OUTROS PROBLEMAS

Mas permitam que volte ao Hospital Escolar que num futuro próximo há-de começar a funcionar.

Tenho ainda a dizer que o atraso do do Porto em relação ao da Capital é de 4 a 5 anos. Este período de tempo é bem suficiente para que todos os problemas sejam ponderados e as entidades competentes e interessadas — Ministério do Interior com o seu Subsecretariado da Assistência, Ministério da Educação Nacional, com a Faculdade de Medicina e, por último, a Santa Casa da Misericórdia do Porto — possam encontrar a melhor forma de bem servir os interesses da cidade e as necessidades da sua população.

O facto do Hospital Escolar de Lisboa abrir já, e o nosso, o do Porto, só estar terminado dentro de 3, 4 ou 5 anos, é garantia de que teremos mais facilidades quando chegar o momento de o pôr a funcionar. Então já deve haver pessoal administrativo mais habilitado para o exercício das múltiplas funções que são inerentes a um estabelecimento hospitalar da natureza e grandeza do que se está a construir.

Mas se essas facilidades se divisam no que diz respeito a pessoal administrativo, já o mesmo se não poderá dizer quanto

a pessoal médico e pessoal de enfermagem e seu auxiliar.

É indispensável que, com tempo, se prepare esse pessoal, doutra forma as dificuldades surgirão pela sua deficiência e pela sua escassez, enveredando-se, então, pela improvisação que tão maus resultados dá.

Os quadros médicos dos Hospitais Escolares precisam de ser estudados objectivamente, sem que se conte com o voluntariado. Quem observar os quadros actuais das nossas Faculdades de Medicina e tiver conhecimento dos serviços adstritos aos Laboratórios e às Clínicas, logo conclue que se conta antecipadamente com o trabalho gratuito de muitos, sem o qual o serviço se não poderia fazer.

Esta exploração do médico — que não se encontra em qualquer outra profissão — deve acabar. Por isso chamo a atenção para os quadros que se vão organizar nos futuros Hospitais Escolares, que devem ser substancialmente delinêados, de modo que o serviço da assistência hospitalar e do ensino se possa executar com o pessoal recrutado e decentemente remunerado — o que presentemente não acontece.

Quanto ao pessoal de enfermagem, Lisboa está em melhores condições que o Porto, mas creio que para obstar à deficiência que se encontra no Norte, há soluções a adoptar, embora fora do esquema das normas rígidas que últimamente foram decretadas para a enfermagem. Mas esse modo de encarar o problema da enfermagem fica para depois. Por hoje basta o que aí deixo.

M. DA SILVA LEAL

METIOCOLL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSES VASCULARES

LABORATÓRIO



SAÚDE, L.^{DA}

RUA DE SANTO ANTÓNIO Á ESTRÊLA, 44—LISBOA

Ecoss e Comentários

ATAQUES PESSOAIS? NÃO!

O director de «O Médico» recebeu algumas cartas — escritas mais ou menos no mesmo estilo e apresentando números iguais — em que se trata de assuntos relacionados com a previdência social. Dada a orientação que sempre temos dado a este periódico, não podemos publicar essas cartas, porque contêm ataques pessoais procurando visar quem se esforça, com sinceridade e desinteresse, no sentido de se modificar a orgânica dos nossos seguros sociais. Nunca as nossas colunas deram ou darão cabimento a ataques pessoais. Se alguém, médico ou não, quiser tratar nesta revista de assuntos relacionados com os Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência, defendendo o que actualmente se fez; se alguém pretender atacar, sob o ponto de vista doutrinário, o que aqui têm escrito o director e outros colaboradores; se aparecer mesmo quem deseje defender aqui a medicina integralmente socializada, como existe na Inglaterra ou noutros países — não só não negaremos as nossas colunas, como temos muita satisfação em publicar tais artigos, desde que sejam escritos com a devida correção, num plano de doutrina e de crítica construtiva. Parece-nos que a discussão sincera sobre esses problemas, na fase de indecisões em que nos encontramos, só pode ser útil para o País e para os médicos. Mas não podemos dar guarida a ataques pessoais, mesmo que não sejam dirigidos — que é o que agora sucede — a quem merece a nossa maior consideração.

M. C.

O AVISO PRÉVIO DO PROF. CERQUEIRA GOMES

O aviso prévio do Prof. Cerqueira Gomes na Assembleia Nacional provocou uma reacção estranha e paradoxal: manifestaram-se contra precisamente aqueles que mais viriam a lucrar com a reforma dos serviços da previdência para a doença. Está contida a maioria dos sócios dos Sindicatos, que, actualmente, se vêem abandonados pelas entidades seguradoras quando mais necessitam de auxílio, como para o internamento hospitalar e para as doenças longas como a tuberculose? A primeira vista, quem ler as notícias a respeito dos protestos junto da Presidência da Assembleia Nacional da parte de alguns Sindicatos, pode julgar que assim é. Mas não o cremos. Se os Sindicatos estivessem ilucidados sobre o que pretendem os médicos que preconizam a reforma dos serviços da previdência, não só deixariam de protestar, mas até aplaudiriam intervenções como a do Prof. Cerqueira Gomes.

M. C.

PONTOS ESSENCIAIS

Para mim — já o tenho dito — a «reforma» deveria assentar nos seguintes pontos essenciais:

O seguro obrigatório abrangeria apenas os economicamente débeis, organizando-se também um seguro facultativo e noutros moldes para os sócios dos Sindicatos cujos proventos excedessem os limites estabelecidos para os primeiros.

O seguro obrigatório garantiria, na assistência à doença: a escolha de

clínico entre todos os médicos que quisessem trabalhar de acordo com as tabelas a estabelecer; o internamento hospitalar, incluindo as operações cirúrgicas, e a assistência nas doenças longas, inclusivé a tuberculose, seriam garantidas, de preferência aos pequenos serviços que os beneficiários poderiam facilmente pagar.

Para que houvesse recursos suficientes para a manutenção duma assistência mais lata do que actualmente, as entidades seguradoras aproveitariam, no máximo, todos os recursos que agora existem, mesmo em regime ambulatorio (hospitais, dispensários, consultórios particulares, etc.) e só, como último recurso, se manteriam serviços próprios. Parece-me serem estas as bases em que deve assentar a reforma da previdência oficial para a doença. Se este enunciado tem sido defendido por mim desde há largos anos, julgo que é oportuno apresentá-lo de novo, agora.

M. C.

Reg-Acil

REGULADOR DA ACIDEZ
E DA SECREÇÃO GÁSTRICA

COMPOSIÇÃO POR COMPRIMIDO

Glicocola	0,15 g
Carbonato de Cálcio	0,35 g
Beladonna (extracto seco)	0,0025 g
Excipiente q. b.	

APRESENTAÇÃO

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

Sociedade Química Leseque, L.^{da}

VENDA NOVA
A M A D O R A

UMA CARTA

Recebemos a seguinte carta:

«Meu Ex. Colega:

Na sessão do dia 10 do corrente da Assembleia Nacional, o Prof. Dr. Manuel Cerqueira Gomes, na qualidade de Bastonário da Ordem dos Médicos, apresentou uma desenvolvida exposição sobre questões controvertidas da Previdência Social, que formulam as proposições dum aviso prévio.

Nesse magno problema social, afora o assento doutrinário sobre que ergueu, o sistema orgânico sob que funciona, a extensão e obra sociais colimadas, e, ainda, a economia administrativa que o sustenta — métodos duma política — há uma parte conseqüente, mas apolítica, que preocupa intrinsecamente os médicos, ou, preferentemente, o exercício da Medicina. É a respeito da prestação dos serviços médicos.

Aflitivo embaraço suportam os médicos pela maneira como se prestam tais serviços, «porque ameaçam de grave dano as condições de vida e nível científico da classe médica», uma das razões expendidas pelo conspícuo Bastonário.

Côncio de que é oportuna e consentânea a crítica judiciosa que o Prof. Dr. M. Cerqueira Gomes vai desferir, e afigurando-se-me criterioso oferecermos o nosso apoio a tão rasgado zelo pela classe médica, sugiro a todos os Colegas que enviem, por meio desta revista, a sua adesão à condignidade do acto do preclaro Bastonário.

Digne-se, meu Ex.^{mo} Colega, de

aceitar os protestos da minha dedicada consideração

De V. Ex.^a

Colega At. Ven. e Obg.do

Aires de Abreu

Parece-nos inteiramente justo e necessário que a classe médica se manifeste apoiando os esforços que o Prof. Cerqueira Gomes vem fazendo, não só para defesa dos legítimos interesses da medicina nacional, como também no sentido de contribuir para um melhor ajustamento de serviços na nossa previdência social. O Bastonário da Ordem dos Médicos tem desenvolvido notabilíssima acção, desprezando, em benefício da classe e do País, os seus próprios interesses materiais e não se poupando a esforços exaustivos. Se alguns colegas discordam de certas atitudes do Prof. Cerqueira Gomes e do Conselho a que tem presidido — isso não é motivo para que, duma maneira geral, se não reconheça que muito tem trabalhado como Presidente da Ordem, com superior inteligência, o máximo zelo e desinteresse. Nesta ocasião, esquecendo-se divergências de critérios neste ou naquele pormenor, todos nós devemos mostrar que apoiamos o nosso Bastonário nas reivindicações que apresenta e na defesa do que consideramos de interesse nacional; e devemos também mostrar-lhe a nossa gratidão.

M. C.

UM TELEGRAMA

Um dos recalcitrantes sobre o «aviso prévio» do Prof. Cerqueira Gomes — o Snr. Miguel Soares, presidente do Sindicato dos Operários da Indústria de Cerâmica e Ofícios Correlativos do Distrito de Lisboa — enviou ao Snr. Presidente da Assembleia Nacional o seguinte telegrama:

«Em nome de 35.000 trabalhadores cerâmicos protesto contra a tentativa do deputado Snr. Dr. Cerqueira Gomes de novo desvio na orientação básica da organização corporativa. Os trabalhadores, cada dia menos consultados quanto à administração da sua organização vêem que o seu sacrifício vai servindo para beneficiar «elites» que pretendem viver à sua custa com consequente redução dos benefícios dos representantes dos sindicatos de maior representação e mais ouvidos como de princípio, cabendo aos médicos apenas igual direito de representarem a sua classe. A organização não foi criada para manter os médicos ou outras classes, mas sim para legal previdência de cada classe de contribuintes».

O Snr. Soares, depois de ouvir os 35.000 filiados do seu Sindicato, protesta contra o desvio na «orientação básica» da organização corporativa, afirmando que os trabalhadores verificam que o seu sacrifício «vai servindo para beneficiar elites que pretendem viver à sua custa». Seria interessante que o Snr. Presidente do Sindicato fosse mais concreto, esclarecendo a que espécie de elites se refere. Certamente que o Snr. Soares quer aludir a pessoas que, dentro da organização da nossa previdência social lhe parece estarem a abusar de condescendências oficiais, usufruindo

regalias e vantagens e provocando «consequente redução dos benefícios dos representantes dos Sindicatos de de maior representação». Esta curapuça não serve para a grande maioria dos médicos que trabalham para a previdência social, pois os seus magros proventos estão, em geral, abaixo do que é razoável, como sucede, aliás, também nos sectores de assistência do Estado e das Misericórdias.

Quanto à afirmação de que a «organização não foi criada para manter médicos...», julgamos que o Snr. Soares pretende manifestar a sua má vontade contra os que deviam merecer o seu respeito e a sua gratidão, até porque se trata precisamente daqueles que têm sido os mais sacrificados para que as classes pobres do País disponham de assistência na doença.

Este Snr. Soares precisava duma resposta mais explícita e demorada. Nós, os médicos, não perderemos com a demora em lha dar...

M. C.

A CASA DO MÉDICO DA PROVÍNCIA

A ideia entusiasmou toda a gente. É preciso que o médico de província tenha uma habitação digna e confortável. É preciso acabar com a situação de tantos médicos instalados em pensões sem classificação ou em casas desprimorosas e incapazes de servirem para a sua altíssima missão.

Foram vários os médicos que nos mandaram a sua adesão. A imprensa médica começou também a olhar a ideia com simpatia. Não podemos deixar de registar a gentileza de «O Médico», que transcreveu a nossa local acompanhada de palavras amáveis.

E voltamos a perguntar: se os municípios têm de dar casa aos magistrados e aos professores, por que não hão-de dá-la aos médicos municipais?

Dá-se até a coincidência de os assuntos de assistência correrem precisamente pelo Ministério do Interior, do qual dependem as Câmaras Municipais. Não há, pois, que recorrer a ministérios estranhos. O problema simplifica-se bastante assim.

O que atrás publicamos é uma transcrição da revista «Hospitais Portugueses», que assim termina o artigo:

«Para elucidação dos nossos leitores, publicamos hoje a fotografia de uma casa de médico da província, das muitas centenas que no país vizinho se estão erguendo em ritmo incessante. Por que não havemos de ter também casas destas em Portugal?»



VITAMINAS

VITAMINA A
 VITAMINA A & D
 VITAMINA B₁
 VITAMINA B₂
 VITAMINA B₆
 VITAMINA B₁₂
 COMPLEXO B
 VITAMINA C
 VITAMINA D
 VITAMINA E
 VITAMINA F
 VITAMINA K
 VITAMINA PP

FÓRMULAS E FORMAS
 COMUMENTE USADAS
 EM TERAPÉUTICA

LABORATÓRIOS
 DO
 INSTITUTO
 PASTEUR DE LISBOA

LIVROS NOVOS—HISTÓRIA DA MEDICINA CONTEMPORANEA—UM CAPÍTULO SOBRE OS PROGRESSOS RECENTES NO CONHECIMENTO DA TERAPÊUTICA DAS DOENÇAS CARDIO-VASCULARES

Tem sido regularmente distribuída em fascículos a «História da Medicina Contemporânea» do Dr. Mário Monteiro Pereira, interessante publicação da qual transcrevemos a seguir um capítulo sobre

Progressos recentes no conhecimento da terapêutica das doenças cardio-vasculares

Nos últimos quarenta anos realizou-se um progresso substancial no que respeita às doenças do coração e dos vasos. Adquiriu-se uma melhor compreensão de certos quadros clínicos frequentes como a angina de peito, a hipertensão e, em parte, a descompensação circulatória. Os meios de observação completaram-se com a descoberta dos Raios X e da Electrocardiografia, métodos que se têm vindo a aperfeiçoar progressivamente. Foram relacionadas também certas cardiopatias com as avitaminoses e as perturbações glandulares endócrinas. E, finalmente, descobriram-se alguns medicamentos novos tendo-se aplicado com sucesso a terapêutica cirúrgica a diversas cardiopatias, que os meios médicos existentes não conseguiram tratar.

O avanço neste campo da Medicina foi multiforme e de molde a despertar aos médicos e investigadores a esperança de um progresso maior, além do desejo de contribuir para ele.

A angina de peito é, recordêmo-lo, um síndrome bem definido, descoberto por Herberden, em 1788, e que consiste essencialmente em dor intensa na região cardíaca, uma sensação psico-física de angústia, de constricção e de morte eminente.

Os clínicos dos fins do século XIX e princípios do actual, puseram em relevo a frequência desta doença, ou antes, deste quadro clínico, que se manifesta quase exclusivamente depois dos quarenta anos. Sendo mencionada por vezes em romances muito conhecidos e até em peças de teatro, a angina de peito adquiriu, entre as populações e os médicos, um renome assustador, o que deve ter contribuído para o aumento da frequência deste quadro.

Outras razões houve, sem dúvida, para este facto que se tem verificado desde o princípio do século, como sejam a maior agitação e as inquietações da nossa época, o excessivo uso do tabaco, e até a circunstância de, devido ao progresso da Medicina, um número muito maior de pessoas atingirem a idade média da vida. O que é inegável é que a angina de peito representa um problema clínico em face do qual o médico se encontra muitas vezes.

Tem-se procurado, pois, estabelecer as suas causas, compreender o

modo como actuam, e descobrir o tratamento eficaz da doença.

A escola alemã, como sempre predominantemente anátomo-patológica, admitiu como causa essencial a esclerose das artérias coronárias e a aortite sífilítica. Estas causas orgânicas existem sem dúvida muitas vezes; e a ideia de que uma alteração no funcionamento coronário é o factor essencial do quadro anginoso, tem-se revelado exacta.

Admitiu-se, contudo, que com frequência a perturbação é puramente funcional e deriva de um simples espasmo vascular, sem ser necessária a existência de esclerose-arterial.

Esta noção de espasmo arterial foi muito fecunda em patologia cárdio-vascular e foi aplicada às graves alterações circulatórias em outros sectores, como o cérebro e os membros inferiores. Tornou-se, além de tudo, o ponto de partida de uma nova terapêutica tendente a dominar a tendência espasmódica que, bem escolhidos os casos em que é aplicada, tem conduzido a resultados muito favoráveis.

Como já referimos, descobriu-se que o *Tonus vascular*, isto é, o estado de contracção dos vasos sanguíneos, está sob a dependência do sistema neuro-vegetativo. Reconheceu-se que o sistema simpático aumenta o tonus ou a contração das arteríolas, e o para-simpático modera esta acção constritiva. Mas, no sector da circulação coronária, esta acção é inversa, pois os nervos simpáticos moderam a contracção e os para-simpáticos (neste caso os ramos do vago ou pneumogástrico) são constritores.

Já no século passado o médico inglês Clifford Albrett preconizava o uso da Atropina na angina de peito, pois atribuiu a morte à *inibição vagal* do coração. Não tinha, no entanto, a ideia da acção do vago sobre as coronárias mas apenas a da acção directa sobre o músculo cardíaco.

Mas a ideia do tratamento anti-espasmódico médico e cirúrgico só se impôs em pleno século XX, sob o impulso de cuidadosos estudos sobre o assunto entre os quais sobressaem os do cirurgião francês René Leriche e da sua Escola.

As primeiras tentativas feitas no sentido de actuar cirúrgicamente nas doenças constritivas das artérias pela remoção da acção nervosa, foram rea-

lizadas por Jonesco sob a sugestão muito anterior de François Franck. Jonesco extirpou toda a cadeia de gânglios simpáticos cervicais, incluindo o gânglio estrelado do lado esquerdo obtendo alguns resultados francamente favoráveis em alguns casos de angina de peito. Dado o que atrás dissemos da acção dos nervos vagos e simpáticos sobre as coronárias, esta intervenção parecia um contra-senso, pois se os vagos são os constritores das coronárias, a eliminação do sistema antagonista deveria ser prejudicial.

Era contudo favorável, e a explicação é simples, tendo sido primeiramente sugerida por François Frank, e plenamente desenvolvida por René Leriche.

Admitiram os dois notáveis investigadores que o ponto de partida do espasmo vascular provém dum irritação cardíaca ou arterial (por vezes uma pequena lesão), que é transmitida aos centros nervosos do bolbo e da medula, e volta reforçada reflexamente ao coração. Os nervos aferentes — os que conduzem os impulsos dolorosos do coração aos centros — estão incluídos no sistema simpático e, assim, estes impulsos são interrompidos pela eliminação dos gânglios simpáticos. Deste modo não só se suprime a dor, como a reacção reflexa constritora.

Mais tarde a operação, que era bastante traumatizante, foi simplificada, praticando-se apenas a ablação do gânglio estrelado que interrompe a via reflexa cárdio-nervosa.

Esta noção, extremamente interessante, de *lesão irritativa*, provocando reflexamente uma perturbação circulatória maior, foi desenvolvida por vários investigadores, especialmente pelo romeno Danielopolu e por Leriche. Danielopolu admite a possibilidade da irritação partir de zonas extra-cardíacas, por exemplo da área abdominal, embora a resposta se efectue na área vascular cardíaca. Esta hipótese, confirmada por observações ulteriores e, em Portugal, particularmente por A. de Sousa Pereira, da Faculdade de Medicina do Porto, explica os quadros anginosos devidos a alterações gastro-duodenais, peri-duodenite, etc. Nestes casos a extirpação dos nervos simpáticos na área abdominal (nervos esplânicos) deu por vezes bons resultados.

Leriche estendeu o conceito patológico de espasmo reflexo às graves alterações circulatórias dos membros inferiores, que se manifestam com certa frequência e que causam nevroses extensas nos tecidos, tornando-se por vezes necessária a amputação.

Admitia-se que a causa de tão

grave perturbação nutritiva era a diminuição do calibre dos vasos arteriais que abastecem os membros inferiores devido a um processo progressivo de esclerose que podia chegar à obliteração. Leriche admite também a existência de uma lesão obliterante em certos sectores, mas pensa que esta lesão origina um reflexo irritativo, em consequência do qual se manifesta um espasmo da restante rede vascular. É por isso que se não restabelece a circulação pelas vias colaterais em muitos casos. Preconizou, pois, a extirpação do sector obstruído do vaso, ou a dos nervos simpáticos constritores que envolvem a artéria.

Na verdade esta ideia foi confirmada pelos bons resultados conseguidos, por ele e por outros, nessa operação, que se designou como simpactomia peri-arterial. Em muitos casos restabelece-se assim, pelas vias colaterais uma corrente sanguínea regular suficiente para manter a nutrição dos tecidos, desaparecendo as dores e as feridas necróticas.

O prognóstico de um número bastante elevado de doentes tornou-se assim muito menos sombrio do que anteriormente.

A mesma teoria patogénica fez nascer a ideia de bloquear os impulsos transmitidos pelos nervos simpáticos por meio de infiltrações, primeiro de álcool e depois de novocaína, com o fim de interromper o reflexo prejudicial.

Os resultados foram também favoráveis, embora menos decisivos e com certo carácter de transitoriedade. O método de infiltrações tem-se aplicado tanto em alguns casos de angina de peito, como no de isquemia dos membros inferiores, sobretudo quando este é acompanhado de dores violentas.

Nos casos de angina de peito pratica-se a infiltração do gânglio estelar; e no de perturbação nutritiva das pernas e do pé, infiltra-se a área nervosa do plexo lombar.

O estudo do *síndrome anginoso* feito com base num grande número de observações, tem conduzido a uma melhor compreensão da sua patogenia, que é diversa conforme os casos. Constitui, particularmente, um grande progressó clínico a distinção entre os quadros de *angina de peito simples*, e de *trombose das coronárias*. Alguns médicos, bons observadores, verificaram que em certo número de casos, os sinais clínicos tinham uma fisionomia diferente e bem mais grave, e que depois do acesso, que era bastante prolongado, os doentes não se recompunham como era habitual, notando-se que o coração tinha ficado gravemente lesado.

A primeira comunicação a este respeito foi feita em 1910 por Obrastzow e Stranscheko, e, em 1912, apareceu outra de Herrick bastante completa, pois mostra que, por vezes, o doente se restabelece após uma convalescência de alguns meses.

É muito interessante notar, que foi a agudeza de observação de alguns clínicos, sem o auxílio de qualquer método de laboratório, que levou ao conhecimento desta diversidade de doenças, embora já de há muito os anatómopatólogistas tivessem observado, nas autópsias, a existência de zonas cardíacas destruídas e de artérias coronárias obstruídas por trombose. Não estabeleceram, no entanto, o relacionamento entre este facto e os quadros de maior gravidade apresentados por certos doentes.

Foi só a partir de 1930, contudo, que a noção de *Trombose coronária* com infarto do miocárdio (zonas de necrose) penetrou no espírito da maioria dos médicos, correspondendo à descoberta de uma grave e frequente doença das artérias do coração.

O desenvolvimento da Electrocar-

diografia auxiliou muito o diagnóstico diferencial entre as trombozes e as anginas de peito simples. Na sua comunicação, Herrick já sugeria a possibilidade do electrocardiograma revelar o infarto do miocárdio, mas foi Pardec quem descobriu a existência dum traçado electrocardiográfico peculiar a este grave acidente orgânico do coração.

De então para cá com o aperfeiçoamento do método, a sua contribuição para a diagnóstico tornou-se cada vez mais decisiva, podendo dizer-se que a Electrocardiografia é tão útil para o reconhecimento das necroses do coração, e do estado das artérias coronárias, como o é a Radiologia para o das aortites e aneurismas da aorta.

Com a descoberta da quarta derivação torácica da Electrocardiogra-

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

vormal's Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal: *Mecius Lda.* R. do Telhal, 8-1.º E — LISBOA

fia, que se deve a Wilson, Walferth e Wood, é hoje possível descobrir zonas de infarto localizadas em qualquer parte do miocárdio, mesmo aquelas que por serem reduzidas, deram apenas leves manifestações clínicas, que assim podem passar despercebidas.

O estudo da angina de peito tem sido elucidativo ainda sobre outros aspectos. Thomaz Lewis, o grande cardiologista inglês, continuador da obra de James Meckenzie, trouxe uma contribuição importante com os seus estudos sobre as causas e o mecanismo da dor. Segundo a sua teoria, a dor cardíaca como a de qualquer outro músculo, é originada pela circulação de uma substância produzida no metabolismo normal. Chamou-lhe *Pain Substance* ou *substância P*. Normalmente, a corrente sanguínea remove os produtos da desassimilação à medida que se vão formando. Mas, se o afluxo sanguíneo arterial se torna insuficiente, os produtos catabólicos do músculo acumulam-se e irritam os tecidos, originando a dor. Esta teoria explica a dor por espasmo ou oclusão coronária, e a que surge ainda em certas circunstâncias. Assim, por exemplo, se explicaria a dor anginosa quando diminui acentuadamente o nível da tensão arterial habitual, mesmo sem diminuição do calibre vascular.

Deve-se ainda a Thomaz Lewis, um estudo muito completo da insuficiência congestiva ou decompensação circulatória, e a sua relativa independência das lesões valvulares.

A ideia fundamental de Lewis — e que merece a mais cuidada reflexão — é a de que a insuficiência manifestada pelo coração em tais cir-

cunstâncias, depende muito mais do estado do miocárdio em si, do que da amplitude das alterações anatómicas valvulares. Mesmo com válvulas normais, um coração pode descompensar-se, enquanto que outro pode suportar durante longo tempo o aumento de esforço que lhe impõem as lesões das válvulas.

Com esta ideia, Lewis e outros que a adoptaram, alargaram muito a compreensão do quadro da insuficiência circulatória que se manifesta com edemas, dispneia e congestão hepática, até então excessivamente atribuída a condições puramente mecânicas.

Um notável progresso na Cardiologia foi a descoberta, realizada por alguns clínicos e confirmada por outros, do relacionamento do hipertiroidismo com certas doenças cardíacas. A partir de 1930, verificou-se que alguns doentes sofrendo de repetidos acessos de angina de peito, tinham concomitantemente sinais da doença de Graves - Basedow (hipertiroidismo), com um metabolismo elevado.

O soluto de *Nigal* ou o de iodeto de potássio, originando a regularização do funcionamento tiróideo, tinha por vezes efeitos surpreendentes sobre o coração. Em alguns casos os acessos diminuíram em frequência e intensidade, podendo os doentes realizar esforços muito maiores do que anteriormente.

Em vista destes resultados, foram operados de tiroidectomia (extirpação da glândula tiróidea, ou da porção de tecido tumoral que causa o funcionamento excessivo) alguns doentes, que se restabeleceram definitivamente da sua angina de peito.

O tratamento médico ou cirúrgico (conforme os casos), tendente a moderar o funcionamento tiróideo, melhora extraordinariamente alguns doentes em estado de grave descompensação circulatória, já pouco influenciado pelos preparados digitálicos.

A este respeito, o eminente cardiologista americano Samuel Devine, descreve alguns casos altamente elucidativos que, por serem descrições extensas, nos abstermos de transcrever, limitando-nos a registar as suas conclusões:

«Doentes anteriormente inválidos e não permitindo aparentemente a menor esperança, recobram a saúde com o tratamento da glândula tiróide, e muitas vezes ficam radicalmente curados. Quando se pensa que há dois decénios, muitos destes doentes, compreendidos entre os tireo-cardíacos disfarçados, morriam de insuficiência cardíaca, sente-se bem o progresso destes últimos anos. Ele resulta de uma combinação de diversos factores, tais como a investigação fisiológica em torno do metabolismo orgânico, o desenvolvimento maravilhoso da técnica cirúrgica e, finalmente, a cuidadosa observação clínica à cabeceira dos doentes, que revelaram a existência deste grupo até então obscuro dos tireo-cardíacos».

Este relacionamento tão fecundo de bons resultados entre a fisiopatologia de dois sistemas orgânicos, na aparência independentes, contribui para reforçar o conceito de unidade orgânica e, fazendo-nos lembrar o primeiro relacionamento feito por Richard Bright — o dos *cardio-renais* — desperta-nos a esperança de que, de futuro, outros se venham a descobrir com as mesmas felizes consequências para o progresso da Medicina.

Um outro síndrome que, pela sua frequência e pelas consequências que se lhe atribuem, tem nos últimos decénios, despertado o maior interesse dos médicos e do público, é o da hipertensão arterial.

Têm-se formulado diversas teorias sobre as causas desta alteração da pressão sanguínea, cujas consequências variam muito conforme os casos, pois bastantes vezes é bem tolerada, revelando-se como um sintoma isolado sem complicações, enquanto que noutras se acompanha de lesões graves nos rins, coração, cérebro e retina. Distinguiu-se pois uma hipertensão benigna, e uma hipertensão maligna, sendo esta a que tem suscitado o interesse da Medicina, pois corresponde, na realidade, a uma doença complexa e grave, manifestando-se no sistema arterial.

Entre as teorias etio-patogénicas, formuladas desde há dois séculos, tem especial interesse a que relaciona a hipertensão maligna com a insuficiência do afluxo do sangue aos rins. Foi sugerida pela observação clínica, feita repetidas vezes, de que a esclerose das artérias renais, ou esclerose renal, é, por via de regra, acompanhada de hipertensão grave. Com

NOVO E ORIGINAL

No

Reumatismo
Artrite
Dores musculares
Pleurodínias
etc.

algiDerma
CREME ANALGÉSICO ANTIFLOGÍSTICO
E ANTI-REUMÁTICO

S. B. V. LISBOA

fundamentos nesta observação, Goldblatt realizou, a partir de 1937, uma série de experiências cujos resultados trouxeram uma importante contribuição para a elucidação do problema. Goldblatt começou por verificar que, apertando com pinças as artérias renais dum animal, desencadeava-se neste uma hipertensão de tipo maligno, isto é, complicada lesões degenerativas em alguns sectores vasculares. A hipertensão era tanto mais acentuada, quanto maior fosse o impedimento circulatório do órgão, ao mesmo tempo que o tecido renal se alterava devido à falta de abastecimento sanguíneo. Tendo extirpado depois o rim lesado e enxertado o órgão num animal são, observou que a tensão arterial se normalizava no primeiro, ao passo que, no segundo, se manifestava a hipertensão.

Logo, era de concluir que o factor responsável da hipertensão fosse uma substância elaborada pelo rim tornado doente pela isquemia. Confirmou estas conclusões fazendo comunicar as veias dum animal de rins lesados com as doutro, perfeitamente normal. Neste segundo paciente manifestou-se também a alteração grave da tensão.

Outros investigadores confirmaram as esperanças de Goldblatt, por meio da constrição da aorta abdominal. Se o aperto se efectuava na origem das artérias renais, os animais tornavam-se hipertensos. Mas,

se tinha lugar mais abaixo, de modo a não perturbar a circulação renal, a tensão mantinha-se normal.

Na verdade, descobriu-se que os rins isquémicos elaboravam uma substância proteica, a que se deu o nome de *Renina*, também produzida pelos rins são, mas em quantidade muito menor. Verificou-se ainda que a Renina não actuava directamente, mas sim modificando uma outra substância proteica do sangue, que se chamou de *Hipertensinogénio*, transformando-a numa substância (um polipeptido) tóxica e hipertensora. É esta que provoca a constrição extensa das arteríolas abdominais, causa imediata do aumento da tensão.

Por isso recebeu o nome de *Angiotonina* ou *Hipertensina*.

A descoberta deste complicado mecanismo patogénico representa um apreciável progresso no capítulo da Patologia vascular, pois indica um novo caminho para a rofilapria e a terapêutica da hipertensão e até de certas doenças degenerativas das artérias que, conjuntamente com outras, constituem o multiforme estado lesional que se designa como Arteriosclerose.

Na verdade algumas das reconhecidas causas da hipertensão, actuam originando, de diversos modos, uma deficiência da circulação renal, e uma vez fixada a tensão neste importante factor, tem-se tentado, com algum

sucesso, removê-lo por meios médicos e cirúrgicos.

Entre esses meios, devem mencionar-se os medicamentos anti-espasmódicos enérgicos, como a Empaverina endo-venosa, a ressecção do simpático abdominal, as operações descompressivas do rim, e a extirpação de uma das glândulas supra-renais. A Cirurgia começa também a intervir eficazmente no campo da hipertensão arterial.

No que respeita a arteriosclerose, decisivo no conhecimento da sua etiologia ou do seu tratamento. Apenas se definiram melhor as suas diversas modalidades anatómicas, e se determinaram certas condições favoráveis à sua evolução. Actualmente as hipóteses mais promissoras, são as que se referem a um desvio de metabolismo de colessterina, ou se relacionam com o Síndrome de Adaptação de Sellie, ou ainda com a hipertensão renal.

*

A terapêutica que visa directamente o coração lesado, tem também registado progressos dignos de nota, que se podem considerar decisivos em alguns casos. Esta terapêutica apresenta também métodos médicos e cirúrgicos.

A observação da forma fulminante de Beriberi, relativamente frequente nos povos orientais, e que causa a morte devido a uma dilatação e insu-

BISMUTO EM

SOLUÇÃO AQUOSA...

B I S M U C Ê

(Ascorbato de Bismuto)

Caixa de 6 ampolas de 1 c. c.

LABORATÓRIOS "ATRAL"

Avenida Gomes Pereira, 74-78-LISBOA

ficiência aguda do coração, chamou a atenção para o factor carencial em algumas insuficiências cardíacas.

Foi um ideia feliz pois em bastantes casos de dilatação cardíaca com insuficiência, obtiveram-se excelentes resultados com a administração de Vitaminas de complexo B, e em especial a da Aneurina ou Vitamina Br. Mesmo em casos em que a insuficiência cardíaca pode causar a melhoria do metabolismo do miocárdio pela administração de vitaminas e certos elementos minerais, é seguida duma melhoria efectiva, o que mostra mais uma vez que, na etiopatogenia de muitas doenças, deve admitir-se sempre a existência dum conjunto de factores. Assim, a ideia da alteração bioquímica, toma cada vez maior importância na Patologia cárdio-vascular.

Um passo em frente neste sector da Medicina, foi a descoberta de medicamentos anticoagulantes. Como já mostramos, o fenómeno da coagulação sanguínea, na qual intervêm numerosos factores, corresponde a um sistema do organismo, tendente a impedir a hemorragia quando os vasos de sangue são seriamente lesados. Conhecem-se já medicamentos destinados a auxiliar o processo de coagulação quando este se mostra deficiente. São os medicamentos coagulantes, como o Zimema, a Vitamina K e outros.

Mas, em bastantes casos, o processo de coagulação manifesta-se com prejuízos graves para o organismo, e sem que nada o justifique. Nestas circunstâncias a coagulação realiza-se no interior das artérias e das veias, formando trombos que obstruem o vaso, impedindo a passagem do sangue. É o que se chama uma trombose. Embora não se conheçam ainda as causas desta coagulação anormal, consegue-se já impedi-la, ou sustar o seu desenvolvimento, administrando aos doentes substâncias que neutralizam os factores da coagulação.

Nos casos de trombose pós-operatória, e de trombose das artérias coronárias, ou infarto do miocárdio consecutivo, tem-se conseguido salvar a vida destes doentes com o uso dos medicamentos anticoagulantes.

Pode mesmo dizer-se que o prognóstico do infarto do miocárdio sensivelmente com o seu emprego, assim como o de outras tromboses em diversos órgãos.

Actualmente existem três destas substâncias: a Heparina, o Dicumarol e o Tromexan.

A heparina é formada normalmente no organismo pelas *Mast-celulas*, que existem dispersas nas paredes dos grandes vasos e no tecido hepático. A sua função é manter o sangue fluído impedindo a coagulação dentro dos vasos.

Actua neutralizando as pequenas quantidades de trombina (fermento coagulante), que é também elaborada normalmente. Foi isolada do fígado

pela primeira vez por Howel, em 1937, mas só alguns anos depois foi estudada de forma a poder ser introduzida na prática clínica. Empregada em casos de tromboflebite, e nas tromboses arteriais do cérebro e do coração, mostrou-se um medicamento muito útil auxiliando por vezes o rápido restabelecimento da circulação no vaso obstruído. Em certos casos de trombose dos vasos retinianos, tem-se impedido a cegueira com a administração precoce de heparina, pois a circulação restabelece-se antes de ter havido destruições irremediáveis do tecido retiniano.

O dicumarol foi isolado mais recentemente duma planta, devido à observação de que os animais que a

ingeriam quando pastavam, ficavam sujeitos a hemorragias graves. É uma substância de intensa acção anti-coagulante, que actua ao nível do fígado impedindo a formação normal da pró-trombina e portanto da trombina. Muito activo no tratamento das tromboses, o seu emprego tem bastantes riscos, pois pode originar hemorragias difíceis de coibir. Isso é devido ao facto de ficar bastante tempo em circulação, eliminando-se lentamente do organismo de tal forma que quando se suspende o medicamento, os seus efeitos permanecem.

Um progresso real na terapêutica anticoagulante, foi a preparação do Tromexan. Este medicamento, que é um derivado do dicumarol, possui as mesmas propriedades terapêuticas, com a grande vantagem de se eliminar rapidamente, o que o torna muito menos perigoso. Quando os seus efeitos se tornam indesejáveis, basta suspendê-lo para que desapareçam. Por isso tende a substituir completamente o dicumarol, e os resultados obtidos com ele nas tromboses são, por vezes, excelentes.

Assim, com a descoberta dos medicamentos anti-coagulantes, deu-se uma melhoria sensível nas perspectivas terapêuticas, em Patologia Vascular.

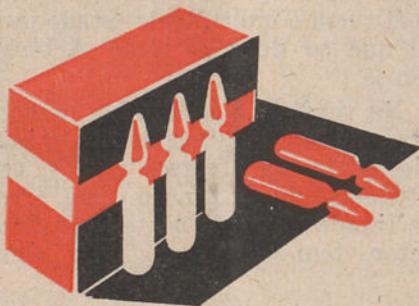
*

A cirurgia directa do coração que, nos princípios do século actual, parecia impossível à grande maioria dos médicos, dos cirurgiões e do público culto, tem conseguido, especialmente nos dois decénios mais recentes, um grande desenvolvimento, que desmentiu plenamente o cepticismo que rodeou os seus primeiros passos. Enquanto que, há cinquenta anos, a intervenção cirúrgica directa, no órgão central da circulação e nos grandes vasos, parecia a quase todos incompatível com a vida, hoje alguns cirurgiões especializados neste delicadíssimo ramo da sua Arte, obtêm resultados maravilhosos e salvam muitos pacientes, restabelecendo a normalidade anatómica em lesões congénitas graves, quer extraindo corpos estranhos do interior do coração, quer levando novos vasos do sangue a corações irremediavelmente condenados por esclerose e obstrução dos seus vasos nutritivos — as coronárias.

A história do desenvolvimento da cirurgia cardíaca merecia, só por si, encher um volume que comportasse a descrição dos prodígios de técnica a que se conseguiu chegar, as bases fisiológicas em que se apoiam — numa admirável colaboração das ciências basilares, da clínica e da cirurgia — e em que se também pusesse em relevo o arrojo inteligente e o humanitarismo daqueles que têm criado este difficilissimo sector da Arte médico-cirúrgica.

Nas breves páginas de que dispomos, é-nos difícil dar uma ideia aproximada da grandeza desta obra. Esforçar-nos-emos, no entanto, para

TERAPÊUTICA ANTI-SIFILÍTICA



SALIBI

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

Caixa de 12 ampolas
de 2 cc.

25\$00

**LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

FÓRMULA:

Salicilato de bismuto — Carbonato de cal — Oxido de magnesia — Sal de Vichy — Pó de beladona — Essência de hortelã pimenta



SERVETINAL

INDICAÇÕES:

Hipercloridria — Pirose — Ulcera gastro-duodenal — Todas as afecções gastro-intestinais — Gastrites dolorosas — Dispepsias

FRASCO
COM
80 GRAMAS

PREPARAÇÃO DOS

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA

4-B, Avenida da Igreja, 4-C
LISBOA



DEPOSITÁRIOS — DISTRIBUIDORES:

GIMENEZ — SALINAS & C.^A

240, Rua da Palma, 246
LISBOA

Um progresso importante
na quimioterapia da
tuberculose

NEOTEBEN

(hidrazida de ácido isonicotínico)

com as vantagens seguintes:

1. **eficácia tuberculostática consideravelmente potenciada**
2. **excelente tolerância**
3. **absorção, distribuição no organismo e eliminação em condições óptimas**

«Bayer»
Leverkusen, Alemanha



Representação para Portugal:
Bayer, Limitada
Largo do Barão de Quintela 11
LISBOA

pôr em relevo os seus aspectos principais, e o seu profundo significado nos progressos médicos recentes.

As primeiras tentativas, raras e dispersas, de cirurgia cardíaca foram realizadas nos fins do século XIX e princípios do actual.

Em 1896, os italianos Farina, Parrozzani e, ainda, Robin e Cappelen, praticaram com êxito técnico total, a sutura das cavidades cardíacas, com feridas abertas por traumatismos. Esta operação denominou-se *Cardiorrafia*. Em Portugal, respectivamente nos anos de 1901-1903-1904, o Professor Francisco Gentil, — pioneiro da cirurgia cardíaca no nosso país — realizou três cardiografias com êxito técnico total, e sobrevivência numa delas. Referiu os seus resultados numa monografia apresentada ao Congresso Médico Internacional, reunido em Lisboa em 1906, oferecendo-a como homenagem ao Professor Alessandro, então o maior entusiasta da cirurgia cardíaca.

Estava-se ainda na primeira fase desta cirurgia, mas já a preconizavam e realizavam intervenções de grande alcance terapêutico. Neste mesmo trabalho, o Professor Gentil refere-se, com comentários técnicos valiosos a uma operação que se destina a curar a *Pericardite constrictiva* ou *Sínfise Pericárdica*.

Nesta doença e em consequência da inflamação do saco fibro-membranoso que envolve o miocárdio, este saco — o pericárdio — fixa-se ao coração por fortes aderências, constituindo uma verdadeira sínfise que perturba gravemente os movimentos do coração, e restringe a sua dilatação fisiológica devido ao aumento de esforço. Toda a dinâmica cardíaca fica perturbada, embora o coração propriamente dito ou miocárdio, esteja em perfeito estado. Os doentes têm a sua capacidade de acção cada vez mais limitada, apresentando o quadro dum avançada insuficiência cardíaca, com dispneia, cianose, e congestões viscerais.

Compreende-se bem que nestes casos, quer a Digitalina, quer qualquer outra medicação, sejam absolutamente ineficazes, pois não podem destruir o obstáculo mecânico, causa

essencial da insuficiência. Este mecanismo étio-patogénico revela-se com tal evidência que alguns médicos abalçaram-se a propor a remoção cirúrgica do obstáculo, o que alguns cirurgiões arrojadados procuraram realizar.

A operação, ou antes, as operações tendentes a libertar o coração da sua *prisão fibrosa estenosante*, foram designadas conforme a sua extensão, de *cardiolise*, *cardiosinfisiotomia*, *pericardiotomia com excisão da sínfise*, e foram seguidas por vezes de êxitos espectaculares. Restabelecida a amplitude dos movimentos cardíacos, os sinais de insuficiência desapareciam, e os pacientes retomavam a sua actividade normal.

Com os progressos da cardiologia clínica e da técnica cirúrgica geral, os resultados das operações de libertação cardíaca, tornaram-se cada vez melhores, sendo actualmente quase sempre favoráveis, baseadas como são, num diagnóstico seguro e numa preparação conveniente do paciente.

O dogma da intocabilidade cirúrgica do coração e das estruturas com ele relacionadas, foi pois fortemente abalado pela evidência das possibilidades de êxito da *Cardiorrafia* e da *Sinfisiotomia Pericárdica*, e isto representou, sob o ponto de vista psicológico, um progresso importante para a cirurgia cardíaca.

É curioso notar que já na referida monografia são citadas as experiências realizadas por Lauder Brunton, em 1902, que em animais vivos e cadáveres humanos, ensaiou as possibilidades cirúrgicas de tratar o aperto mitral — embora só quarenta anos depois a *Valvulotomia mitral*, se começasse a realizar *in vivo*, com êxito, e hoje represente o mais arrojado empreendimento da cirurgia intracardiaca.

Naquela época, o facto de pôr uma indicação cirúrgica dum tão grande responsabilidade, representava por parte dos clínicos, um arrojo e uma confiança na exactidão do próprio diagnóstico, que igualava a audácia dos cirurgiões que executavam o trabalho operatório, e esses clínicos são tão dignos de damiração e do título de pioneiros, como os primeiros cirurgiões do coração.

Em Portugal, esse lugar cabe ao Professor Belo de Moraes que, como já dissemos, foi neste e noutros campos um dos mais notáveis reformadores da Medicina Portuguesa.

Cronologicamente, o segundo aspecto em que a cirurgia cardíaca e pericárdica mostrou as suas grandes possibilidades, foi na extracção dos corpos estranhos alojados no coração ou no pericárdio. Como se compreende, a Radiologia foi de um precioso auxílio neste campo.

Foi ainda o Professor Gentil que, em 1922, extraiu um estilhaço de granada alojado no pericárdio de um homem, com êxito técnico e sobrevivência do paciente e, para se avaliar do caminho percorrido nesta direcção, basta dizer que o cirurgião inglês Marken apresentou, há alguns anos, o relato de 32 extracções de corpos estranhos, nove dos quais alojados dentro do próprio coração e os restantes na parede do miocárdio. Em todos estes casos os pacientes sobreviveram sem qualquer perturbação ulterior.

Voltando à cirurgia das lesões cardíacas médicas, podemos dizer que ela corresponde a uma segunda e mais brilhante fase da cirurgia cardíaca, desenvolvida principalmente a partir de 1940, mas já preparada pela confiança adquirida na primeira fase e por estudos profundos da fisiologia circulatória realizados desde 1930. É a esta fase recentíssima que corresponde a *laqueação do canal arterial persistente*, o *tratamento da doença azul*, a *excisão da estenose da aorta*, (todas estas, lesões congénitas), e ainda a *revascularização do miocárdio* e finalmente o *alargamento do aperto ou estenose mitral*.

É um conjunto de operações delicadíssimas que vieram abrir perspectivas de viabilidade e de recuperação a doentes oprimidos pela invalidez ou destinados a uma morte prematura.

Como é fácil de compreender, não são intervenções isentas de grandes riscos, e por isso só se devem realizar perante o convencimento da ineficácia dos meios médicos, e com base num estudo clínico minuciosíssimo de cada paciente. Nestas condições, nada há a perder em tentar-se a única via de cura que se nos oferece, tanto mais que com o aperfeiçoamento dos métodos que se tem vindo a realizar, começam a registar-se um número crescente de resultados favoráveis.

O canal arterial é, recordemo-lo, um vaso existente durante a vida fetal e que liga a artéria pulmonar à aorta, visto que nesse período o sangue não passa pelos pulmões. Após o nascimento, normalmente, o canal oblitera-se e o sangue do coração direito só chega ao coração esquerdo depois de se oxigenar nos pulmões.

Por vezes, no entanto, o canal arterial persiste e, assim, uma parte do sangue venoso do coração direito mistura-se constantemente com o sangue da aorta sem se oxigenar. Esta anomalia circulatória diminui, como se compreende, a capacidade fi-

MARTINHO & CA. Lda.

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

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

Rápida resposta com

Terramicina

na gonorreia

Obtiveram-se de 80 a 100 % de resultados... nas uretrites masculinas. Uma única dose de 1 mg foi o suficiente para tornar negativos os frotis no prazo de 24 horas ^{1, 2, 3}.

na sífilis

Foram comunicadas 2 rápidas respostas em 2 casos de sífilis primária tratados com Terramicina.

no cancro mole

Desaparecimento completo das lesões no período de 6 dias ⁴.

no linfogranuloma venéreo

Obtiveram-se bons resultados e não foi necessário fazer exames posteriores ao tratamento... ⁵.

no granuloma inguinal

As lesões sararam rapidamente, a droga foi muito bem tolerada e não se registaram insucessos ⁶.

A Terramicina é bem tolerada e constitui o antibiótico de eleição, entre os de largo espectro antimicrobiano, para o tratamento de grande número de infecções causadas por bactérias, rickétsias, espiroquetas e certos vírus e alguns protozoários.

Apresentada em várias formas farmacêuticas para administração oral, intravenosa e tópica.

1. Hendricks, F. D., et al.: J. A. M. A. 143:4 (Maio) 1950
2. Hiramatsu, N., y Sayanagi, T.: Sogo Igaku 8:4 (Fevereiro) 1951. 3. Schoch, A. G., y Alexander, L. J.: Ann. N. Y. Acad. Sc. 53:457 (Set.) 1950. 4. Tsuchiya, F., et al.: Japanese Med. J. 1427:2408 (1 Set.) 1951. 5. Wright, L. T., et al.: Antibiotics and Chemotherapy 1:193 (Junho) 1951.
6. Greenblatt, R. B., et al.: Am. J. Syph., Gonor. & Ven. Dis. 36:2 (Março) 1952.

PFIZER INTERNATIONAL SERVICE CO., INC.

25. Broad Street, New York 4, N. Y., U. S. A.



O MAIOR PRODUTOR
DE ANTIBIÓTICOS DO MUNDO

TERRAMICINA
COMBIOTICO
PENICILINA
ESTREPTOMICINA
DIHIDROSTREPTOMICINA
POLMIXINA
BACITRACINA
COTINAZIN
PRONAPEN

sica dos indivíduos em que se manifesta, e torna-se especialmente grave porque, do mesmo modo que as outras anormalidades anatómicas, é propícia à fixação e desenvolvimento dos micróbios causadores da endocardite lenta. Esta doença manifesta-se em 25 a 40% dos casos em que persiste o canal arterial.

Em 1938 os americanos Gross e Hubbard realizaram a primeira laqueação do vaso anormal, após o que, a capacidade de acção do paciente melhorou muito.

Daí por diante a operação foi sendo realizada com êxito técnico e excelentes resultados clínicos em diversos países, pois esta anomalia aparece com relativa frequência.

São sobretudo impressionantes os sucessos terapêuticos conseguidos com esta intervenção na *Endocardite lenta*, associada ao tratamento penicilínico. É de grande interesse notar que se tem verificado o desaparecimento dos micróbios patogénicos (*Streptococcus viridans*) do sangue, logo após a operação, o que mostra que o foco infectante residia essencialmente no vaso que foi laqueado.

*

Esta operação foi realizada em Portugal, pela primeira vez, pelo Dr. Eduardo Lima Basto, em 1946, numa paciente jovem atacada de endocardite lenta de evolução grave. Como a penicilina, ministrada em altas doses, não conseguisse dominar a doença, o Professor Fernando da Fonseca, tendo diagnosticado a *persistência do canal arterial*, pôs a indicação operatória como único recurso.

A doente foi operada no Hospital de Santa Marta, e dentro de algum tempo tinha-se curado completamente da endocardite, fazendo hoje a sua vida normal, em perfeitas condições de saúde.

A laqueação do canal arterial corresponde pois a um grande triunfo da Cirurgia moderna.

Uma lesão congénita, também relativamente frequente, é o aperto ou estenose da artéria aorta nas suas proporções iniciais. Um estudo estatístico americano admite que entre dois mil indivíduos, um tem esta lesão em forma mais leve ou acentuada. As formas leves são compatíveis com uma vida normal, apenas com limitações na capacidade de esforço. Nas formas mais graves, há uma evidente alteração da dinâmica circulatória, pois a jusante do obstáculo, ou perto, a irrigação dos tecidos é deficiente. Pode dizer-se que quase todos os órgãos estão sujeitos a um regime precário de abastecimento de sangue, pois a tensão sanguínea nas artérias que os irrigam é inferior à conveniente.

Os órgãos têm assim as suas potencialidades ou aptidões para o aumento de esforço, bastante reduzidas.

Até há poucos anos este estado de

coisas era considerado irremediável, e, numa percentagem elevada, os doentes não chegavam aos 35 anos de idade. O obstáculo parecia irremovível pelo facto de residir na artéria central da circulação.

Em 1938, contudo, os cirurgiões Parck e Blalock tentaram em casos graves melhorar as condições circulatórias, fazendo comunicar a aorta com a artéria subclávia esquerda por uma anastomose. Assim, constituía-se uma nova via de derivação, facilitando a irrigação dos órgãos situados para além da estenose.

Outras tentativas foram realizadas em cães, por Gross e Hupnagel, estas mais arrojadas por consistirem em excisar a zona apertada da aorta e em coser depois os topos separados da artéria, de modo a estabelecer condições anatómicas normais.

Em 1944, o cirurgião sueco Crafford realizou a primeira operação radical da excisão do aperto da artéria aorta num indivíduo vivo. Trata-se de um paciente a quem a lesão incapacitava para qualquer esforço além do mínimo, e que estava destinado a uma morte próxima, o que autorizava humanamente, a intervenção cirúrgica. Para se compreender a grandeza deste empreendimento, é necessário recordar a mecânica central da circulação. Todo o sangue que sai do ventrículo esquerdo para os órgãos, impulsionado pelas contracções cardíacas, passa pela artéria aorta, que é por assim dizer o tronco central donde emanam todos os ramos vasculares. A intervenção que Crafford se propôs realizar, consistia em extirpar o segmento da aorta estenosado, e restabelecer prontamente a continuidade do grande vaso, reunindo as duas porções separadas por meio de sutura.

O problema crucial desta intervenção consiste em que a circulação do sangue pela aorta para além da zona excisada, fica totalmente interrompida durante um certo período de tempo.

Crafford conseguiu reduzi-lo a meia hora apenas mas, ainda assim, era difícil de conceber que os órgãos ficassem tanto tempo privados do seu abastecimento sanguíneo, sem sofrerem graves danos.

Os estudos iniciados por Alexis Carrel sobre a *tolerância dos órgãos à isquemia*, foram muito desenvolvidos por Crafford, que estabeleceu os seguintes princípios:

Os centros nervosos são muito sensíveis à falta de irrigação, e não a suportam senão durante poucos minutos; a seguir, em sensibilidade, vêm os rins, com uma tolerância de cerca de meia hora; os restantes órgãos toleram relativamente bem este período de isquemia.

A intervenção era pois viável sob o ponto de vista fisiológico, e, com base nesta noção indispensável, e auxiliado por uma aparelhagem técnica estudada em todos os pormenores por ele e pelos seus colaboradores,

Crafford abalançou-se ao grande empreendimento de intervir cirurgicamente neste órgão central da mecânica circulatória.

Em princípios de 1949 já este cirurgião contava 22 casos de aperto do istmo da aorta operados, dos quais 20 com restabelecimento completo, o que mostra a excelência das suas previsões e do seu método. Durante as operações conseguiu manter a circulação através das carótidas internas e da artéria subclávia, que se destacam da aorta para àquém da zona extirpada, e assim os centros nervosos não foram sujeitos a isquemia, condição *sine qua non* da sua viabilidade.

Além disso tinha já nessa altura, no seu activo, 100 operações bem sucedidas de laqueação do canal arterial.

Em vista destes resultados, e por mais discretos que queiramos ser na expressão do juízo crítico, não podemos deixar de classificar como maravilhosa, a obra realizada pelo grande cirurgião e pelos seus colaboradores no Hospital Sabbatsberg Sjukhus, de Estocolmo.

Assim o entendeu a Fundação Lanelongue, atribuindo a Crafford a Medalha Internacional de Cirurgia, prémio de alto significado, atribuído de 10 em 10 anos ao médico-cirurgião que mais tenha, durante esse período, contribuído para o progresso cirúrgico.

Outros cirurgiões de grande valor têm também realizado com sucesso esta intervenção, como sejam Cross, nos Estados Unidos, e Prince Thomas, na Inglaterra.

Estas são as lesões congénitas que aparecem com mais frequência, enquanto que as lesões adquiridas, mais vulgares e de maior gravidade, são o Aperto Mitral e a Insuficiência Coronária.

Vamos ver como a Cirurgia começa também a intervir eficazmente nestes casos. O aperto mitral estabelece-se quase sempre na infância como consequência da *Cardite Reumática*. Algum tempo após um reumatismo agudo, quer violento quer tão leve que passé despercebido, nota-se que a criança se fatiga com muita facilidade e se torna arfante e cianosada com o exercício físico. Estando sujeita a novos acessos reumáticos, a insuficiência cardíaca agrava-se a seguir a cada um deles, ou mantem-se latente revelando-se bruscamente mais tarde, já na adolescência ou na idade adulta. A observação clínica e radiológica revelam então que o orifício mitral — que estabelece a comunicação entre a aurícula e o ventrículo esquerdo — se tornou apertada, devido a terem-se soldado parcialmente os bordos livres das válvulas que limitam a abertura mitral.

Em alguns casos, o orifício fica ainda suficientemente largo para permitir a passagem do sangue entre as duas cavidades cardíacas; noutros, porém, estreitou-se tanto que a manutenção da dinâmica circulatória se

**PROGRESSO NO TRATAMENTO HORMONAL
DAS PERTURBAÇÕES DO METABOLISMO!**

METORMON

(METILANDROSTENEDIOL)

NOVO ESTERÓIDE DE SÍNTESE
ACTIVADOR DO APROVEITAMENTO
DAS PROTEÍNAS, CARACTERIZADO POR:

- 1) Grande acção anabólica
- 2) Regulação hipofisária
- 3) Escasso efeito androgénico

INDICAÇÕES:

Emagrecimento. Astenia. Atrasos do crescimento. Infantilismo. Osteoporose. Menopausa. Tensão pre-menstrual. Dis-menorreia. Neoplasias da mama. Oligospermia. Ozoospermia.

APRESENTAÇÃO:

INJECTÁVEL — Frasco de 10 c. c contendo 500 mg. em suspensão aquosa microcristalina.

COMPRIMIDOS — Tubo de 10 comprimidos a 25 mg. para uso sublingual.

LABORATÓRIO UNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

torna difícil, principalmente quando o esforço físico requiere um aumento de actividade do coração.

Nestes casos, os meios médicos têm um valor puramente transitório, e um dia chega em que se mostram totalmente ineficazes. O doente transformou-se num inválido permanente sem esperança de melhorar a sua precária situação.

Como vemos, a ideia de intervir cirurgicamente com o fim de desfazer o aperto, nasceu no princípio deste século. Mas só há poucos anos, com o progresso da Cirurgia, se começou a pensar seriamente nas suas possibilidades. Assim, o inglês Brock apresentou os primeiros casos com algum êxito, e desde 1950 têm-se realizado noutros países algumas tentativas nesse sentido. Mas só há pouco mais de um ano é que Craffoord se aventurou neste campo, e, com o intervalo poucos dias, o cirurgião português, E. Lima Basto, operou o primeiro caso no nosso país. Esse caso foi filmado a cores em todos os seus pormenores, e é da observação desse filme e do relato que amavelmente nos fez este distinto cirurgião que tiramos os dados para a descrição que se segue.

O operador, após um estudo minuciosíssimo do doente, e a melhor preparação possível para suportar as eventualidades do acto operatório, pratica uma pequena abertura no aurículo (pequena cavidade anexa à aurícula), por onde introduz imediatamente um dedo. A abertura fica assim tapada pelo próprio dedo, não havendo escoamento de sangue. Cautelosamente, e guiando-se pelo tacto, aproxima-se então do orifício mitral estenosado, e procura libertar os bordos da válvula mitral, desfazendo a sua adesão anormal. Por felicidade, o tecido patológico que faz aderir os bordos é mais frágil do que o tecido valvular, e assim, a pressão do dedo realizada com mestria consegue separar as válvulas sem as alterar, restabelecendo o diâmetro normal do orifício.

Ao mesmo tempo passaram-se os fios de sutura na abertura cirúrgica, de modo a apertá-los logo que se tira o dedo, e assim tudo decorreu com uma perda de sangue mínima.

Tanto neste caso como nos outros dois que teve ocasião de operar, os resultados obtidos pelo cirurgião português foram excelentes, e os três pacientes deixaram de ser cardíacos graves, para retomarem uma vida activa e normal. Também Craffoord, Brock e ainda outros, têm obtido resultados muito favoráveis. Apesar da casuística ser por enquanto ainda bastante reduzida, há já razões para esperar que o aperto mitral grave, que aparece com relativa frequência, vai deixar de ser uma daquelas fatalidades irremovíveis, perante as quais a Medicina tinha de se confessar vencida de antemão.

As operações de *Revascularização*

do miocárdio, tendem a melhorar, pela criação de novos vasos, as condições de irrigação sanguínea em corações com as suas reservas potenciais altamente restringidas pela insuficiência coronária.

Estas operações foram ideadas pelo americano Claude Beck e pelo inglês Lawrence O'Shaughnessy, que souberam aproveitar as indicações fornecidas pela revascularização espontânea. Na verdade, em um certo número de indivíduos mortos por diversas causas, observou-se que alguns ramos importantes do sistema coronário estavam parcial ou totalmente obliterados, pela esclerose e, no entanto, alguns desses indivíduos não tinham manifestado em vida sinais de angina de peito, o que mostrava que à medida que os vasos coronários se iam obliterando, a irrigação do miocárdio se restabelecia por outras vias. Mesmo após um infarto de certa gravidade as zonas isquemiadas tornavam a ser irrigadas algum tempo depois.

Há um princípio de fisiopatologia que estabelece que quando qualquer porção dum tecido orgânico fica privado do seu abastecimento sanguíneo normal, como que solicita a aproximação de vasos dos tecidos próximos que se desenvolvem na sua direcção. É certamente o que se passa no miocárdio, quando se esclerosam progressivamente, ou se trombosam os vasos coronários. Mas quase sempre este processo de revascularização espontânea é insuficiente, e daí nasceu a ideia de Beck e O'Shaughnessy de o auxiliarem cirurgicamente, levando ao contacto do miocárdio, tecidos de vascularização abundante.

Os primeiros ensaios foram realizados em animais, especialmente galgos de corrida, produzindo-lhes a isquemia do miocárdio por meio dum aperto experimental progressivo das artérias coronárias. Verificaram então que a circulação se restabelecia embora muito imperfeitamente, pela criação de anastomoses colaterais entre o sector vascular a montante e a jusante do aperto. Além disso, apareciam também anastomoses entre a circulação cardíaca e extracardíaca, isto é, a do mediastino e pericárdio.

Beck, auxiliado pelos seus colaboradores, experimentou a revascularização cirúrgica, ligando ao miocárdio porções de músculo peitoral e de tecido pulmonar, tendo conseguido a recuperação completa das funções cardíacas nos animais de experiência.

O'Shaughnessy utilizou, para o mesmo fim, o tecido de *epiplon*, realizando o que se designa como *cardio-omentopexia*. Os resultados obtidos foram muito bons, e como a intervenção era bastante simples, aventurou-se a realizá-la em pacientes a quem a insuficiência coronária tornara inválidos e estavam em perigo eminente de morte.

No ano de 1940, este investigador já tinha operado um caso, no Lambeth Hospital de Londres, com excelentes

resultados: sobrevivência, desaparecimento dos acessos anginosos e notável recuperação da capacidade cardíaca.

Infelizmente, a admirável obra deste cirurgião foi bruscamente interrompida pela sua morte, ocorrida durante um bombardeamento. Mas a ideia ficou, e tanto na Inglaterra como em outros países, os estudos experimentais continuaram.

Em Portugal, a *cardioomentopexia* — que parece ser a operação mais vantajosa — tem sido realizada com sucesso em cães, pelo Dr. Silva Pinto, do Porto, e pelo Dr. E. Lima Basto, de Lisboa, mas a nenhum deles foi dada a oportunidade de a realizar em pacientes humanos.

No entanto, deve mencionar-se que a técnica da *Cardioomentopexia* foi grandemente simplificada e aperfeiçoada devido a uma inovação introduzida pelo Professor Francisco Gentil, e é de crer e desejar que em breve esta intervenção se possa aplicar sem receio de maior, ao tratamento de doentes com insuficiência coronária grave, a quem os outros meios terapêuticos não conseguem melhorar.

A recuperação dos indivíduos que sofrem de lesões orgânicas graves do coração, até há pouco consideradas irremediáveis, é uma das mais belas tentativas que a Medicina humana tem empreendido.

Para se compreender bem o seu alto significado médico e humano, devemos lembrar-nos que o número de pessoas portadoras de lesões do coração, congénitas e adquiridas, é bastante elevado. Muitos destes seres atravessam uma vida dominada pelo desesperante quadro de invalidez e expectativa da morte, e por isso, a Cirurgia cardíaca, trazendo-lhe justificadas esperanças de poderem vir a realizar uma vida activa e normal, marca incontestavelmente um dos mais impressionantes progressos terapêuticos da Medicina moderna.

FALECIMENTOS

Dr. Jorge Pereira da Gama

Faleceu o distinto farmacêutico, administrador-delegado da Sociedade Industrial Farmacêutica, Dr. Jorge Pereira da Gama, que, há 11 anos, fora designado para suceder a Thebas de Oliveira. Desenvolveu fecunda actividade, que muito contribuiu para o prestígio daquela firma, à qual «O Médico» — que a conta entre os seus mais devotados anunciantes — apresenta sentidos pêsames.

O Dr. Jorge Pereira da Gama, além de ser um técnico distinto, era um apaixonado cultor de arte, tendo reunido preciosa colecção de objectos como almofarizes, medalhas, selos, moedas, folhetos, livros raros; a sua colecção de Rafael Bordalo Pinheiro era particularmente valiosa.

BAIXA DE PREÇOS

SYNERGISTIN

Um produto de Consagração Mundial
3 Doseamentos 3 Exitos

Synergistin Normal—Sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a 0,5 gramas de dihidroestreptomicina base 300.000 U. O. de Procaína Penicilina G Cristalizada, 100.000 U. O. de Penicilina G sódica Cristalizada.

1 Dose	Esc.	23\$00
3 Doses	Esc.	66\$00
5 Doses	Esc.	107\$00
10 Doses	Esc.	207\$50

Synergistin Forte —É igual à dose normal na Penicilina mas com 1 grama de Dihidroestreptomicina base.

1 Dose	Esc.	32\$00
3 Doses	Esc.	92\$50
5 Doses	Esc.	150\$00
10 Doses	Esc.	295\$00

Synergistin Infantil—Metade da dose normal

1 Dose	Esc.	15\$50
3 Doses	Esc.	42\$50

Esta substância está protegida e registada na Secção 505 da U. S. Food Drug and Cosmetic Act.

Apresentada em Portugal pelos:



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

VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 20 a 28 de Fevereiro)

Dia 20 — A Imprensa diária noticia que nos últimos cinco anos progrediram notavelmente os Serviços de Saúde da província de Moçambique.

Dispõem actualmente de 73 delegações, 325 postos fixos, 67 hospitais e enfermarias, 62 maternidades, 100 maternidades rurais, 15 dispensários de puericultura, 28 postos de puericultura, 4 dispensários pré-natais, 7 gafarias e um manicómio.

O pessoal é constituído por 150 médicos, 965 enfermeiros, 18 farmacêuticos e 310 alunos praticantes de enfermagem.

De 1946 para cá foram criadas 8 delegações, 188 postos fixos, 6 hospitais e enfermarias, 36 maternidades, 65 maternidades rurais, 28 postos de puericultura, 11 dispensários de puericultura, 3 dispensários pré-natais, 1 gafaria, tendo no mesmo período o pessoal sanitário sido aumentado proporcionalmente.

Os doentes entrados nos hospitais em 1946 não chegaram a 45.000 e em 1950 atingiram a cifra de 56.000. O número de partos nas maternidades passou de 14.000 em 1946 a 30 mil em 1950 e nos dispensários, em 1946 foram atendidas 9.000 crianças e em 1950 este número elevou-se a 17.000.

Estão a fornecer anualmente 44.000 litros de leite e 22.000 quilos de sabão.

Outro número bem expressivo é o de 15.000 visitas efectuadas pelas visitadoras que incansavelmente prosseguem numa campanha de propaganda da higiene entre os indígenas.

Cerca de dois terços do vasto território de Moçambique estão hoje ocupados por uma rede sanitária de hospitais, enfermarias, escalonados de harmonia com a densidade da população.

Nas regiões mais atrasadas e de grandes áreas com uma pequena população funcionam postos sanitários, habituando-se gradualmente os indígenas a procurar o seu auxílio. Cerca de vinte por cento da população indígena recorre hoje confiadamente aos Serviços de Saúde. Os números relativos a consultas, hospitalizações, partos assistidos e de crianças nascidas totalizam mais de um milhão, correspondendo a igual número de indivíduos tratados pela primeira vez e entrando-se em linha de conta com as vacinações, inspecções para o trabalho e inscrições nos dispensários, pode computar-se em dois milhões — ou seja mais de um terço da população — o número de beneficiados pela assistência curativa e preventiva do Estado.

Do orçamento geral da provincial de Moçambique, em 1945, dispndiam-se com os Serviços de Saúde 57.000 contos e em 1950 esta já importante dotação foi elevada para 89.000 contos, cifras que representam bem o esforço financeiro que a actividade sanitária representa para o Tesouro, aliás, com as melhores compensações, pois uma população indígena saudável é a maior riqueza daquela nossa província.

21 — Em Coimbra a delegação do Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem promove, na F. N. A. T., uma sessão de homenagem à enfermeira-chefe dos Hospitais da Universidade, sr.^a D. Olinda Júlia, que atingiu o limite de idade e completa 53 anos de serviço, durante os quais exerceu uma actividade digna do maior louvor.

23 — O Prof. Dr. Jorge da Silva Horta fala na reunião científica do corpo clínico do Hospital do Ultramar, às 21,30, sobre «Ginecomastia — Alguns Aspectos Anatómo-Pathológicos».

24 — Sob a presidência do Prof. Dr. Xavier Mourato, realiza-se à noite mais

uma sessão científica da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa.

O Prof. Dr. Xavier Mourato e Dr. Joaquim Martins, a traços largos recordam a figura do Dr. Alberto Mac Bride como médico e homem de ciência e a sua acção como presidente da direcção daquela colectividade científica.

A Dr.^a D. Maria Cecília Patuleia lê uma comunicação intitulada «Surto epidémico de gripe de 1952/53».

A seguir, o Dr. Bernardino de Pinho refere-se a uma comunicação da sua autoria e dos seus colegas Drs. Castro Soares e Melo Caeiro, intitulada «Intoxicação alimentar colectiva provavelmente por enteroxinas».

25 — Em Coimbra, às 21,30, realiza-se, nos Hospitais da Universidade, a renação quinzenal da Faculdade de Medicina, com a apresentação dos seguintes trabalhos:

Professores Luís Raposo, Michel Mosinger e Antunes de Azevedo — «Quisto bronco-esofágico do mediastino superior» (operado).

Dr. Alexandre da Silva — «Tratamento de angiomias».

Dr. Fernando Serra de Oliveira — «Alguns aspectos da traumatologia do joelho».

— De Coimbra, o Dr. Herminio Penha, chefe dos serviços de otorinolaringologia dos Hospitais da Universidade, segue em missão de estudo, para Madrid e Paris.

— Noticiam de Angola, através de informações dos Serviços de Saúde que na semana finda se registaram 20 novos casos de poliomielite, sendo dez em pretos, sete em mestiços e três em brancos. Em Luanda foram registados sete casos, no Caxito seis, no Moxico três, na Ganda um, no Dondo um e no Posto 31 de Janeiro um. Este surto de paralisia infantil se não aumentou também não entrou ainda na curva decrescente, sendo o total de casos verificados desde o início, em princípios de Janeiro, 129, quase todos só de pretos e mestiços, com raros de brancos.

26 — Em Lisboa, às 21 e 30, na Sociedade de Ciências Médicas, celebra-se a sessão inaugural do ano académico da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica.

Depois do discurso do Dr. José Cid de Oliveira, vice-presidente em exercício, são apresentadas as seguintes comunicações: «Evolução Histórica da Hidrologia», pelo Dr. José Amaro de Almeida, e «Indicações Terapêuticas de Monfortinho», pelo Dr. Samuel Dinis.

— No Porto, na sua Faculdade de Medicina, em sessão científica, às 15 horas, efectua-se a quinta reunião do corrente ano, com o seguinte programa:

— Acerca de um caso de heterotopia pancreática; pelo Dr. Castro Correia.

— Método grafométrico em familiares; pelo Dr. Mateus Neves. — Osteofibroma costal; pelo Prof. Esteves Pinto. — Notas de revisão da patologia tireoideia: Bócio coloide; pelo Prof. Fernando Magano.

27 — No Porto e promovida pela direcção da Sociedade Portuguesa de Pediatria, realiza-se, pelas 21 horas e meia, na Ordem dos Médicos, a II Sessão de Estudos do corrente ano, com a seguinte ordem de trabalhos: «Algumas considerações sobre artrocondrose juvenil da anca», pelo Dr. Carlos Lima; «Mais um caso de ostrogénese imperfeita», pelo Dr. António Bártolo, e «Estado actual da terapêutica da tuberculose osteo-articular», pelo Dr. F. Prata de Lima.

— Em Lisboa, o Prof. Dr. Francisco Gentil, que festeja o seu 75.^o aniversário, é por este motivo, muito cumprimentado. À noite, na Escola Técnica de Enfermagem, as enfermeiras graduadas oferecem-lhe um jantar, sendo esta a primeira vez em que as suas prestantes colaboradoras no Instituto de Oncologia lhe promovem esta significativa homenagem.

Estrangeiro

Segundo notícias de Genebra, dadas a 24 de Fevereiro: «Na Europa, a epidemia de gripe continua a alastrar para o Sul» — indica uma nota da Organização Mundial da Saúde, e acrescenta: «A situação nos países anteriormente atingidos ainda não melhorou sensivelmente».

Em contrapartida, nos Estados Unidos, «confirma-se que, de modo geral, a epidemia está a diminuir».

Na Grã-Bretanha, País de Gales e Escócia, o número de novos doentes registados pelo Ministério da Segurança Social cifra-se em 276.883, na semana que terminou em 3 do corrente contra 239.091 na semana anterior e 175.552 na semana correspondente de 1952.

Na Alemanha, a mortalidade causada pela gripe foi particularmente elevada na primeira semana deste mês, no Bade setentrional, registando-se 118 óbitos, sobretudo de velhos. Na Baviera, em 58.245 casos de gripe, não contando Munique onde perto de 20 % da população sofre de doenças das vias respiratórias, contam-se 86 mortes.

A epidemia chegou a Espanha, onde se contam muitos casos em todo o país. Mas é uma gripe benigna, sem influência na mortalidade.

Na Turquia, notam-se doenças de carácter gripal nalgumas cidades mais importantes do Oeste, mas não há mortes.

AGENDA

Portugal

— A secção dos enfermeiros católicos da L. O. C., do Porto, de colaboração com o Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem, realiza, no dia 8 de Março, a sua comunhão pascal, na igreja do Hospital do Terço, com o seguinte programa: às 9 horas, missa e comunhão, seguida de pequeno almoço; às 10 e 30, visita de estudo ao Sanatório de D. Manuel II; às 13 horas, almoço de confraternização com os Irmãos Hospitalares de S. João de Deus de Barcelos.

Convidam-se a tomar parte no acto todos os enfermeiros católicos, mesmo não filiados. A inscrição para o almoço poderá ser feita na sede do Sindicato, ou no Posto da Carvalhosa.

— Em Lisboa, em Abril, realiza-se o Congresso Internacional de Angiologia.

— No Porto, na sede da Secção Regional da Ordem, pelas 22 horas do próximo dia 5 de Março, toma posse o novo Conselho.

Estrangeiro

— Em Augsburg realizam-se Jornadas de Prática Médica, tendo como tema: Vitaminas, Hormonas e Fermentos na Terapêutica. Estão marcadas para os dias 21 e 22 de Março.

«O Médico» publicará no próximo número, entre outros artigos de grande interesse: «Intoxicação alimentar colectiva» (possivelmente por entero-toxina estafilocócica) — pelos Drs. Castro Soares, Bernardino Pinho e Melo Caeiro; «Carta aberta ao Ex.^{mo} Senhor Dr. Cerqueira Gomes» — pelo Dr. Joaquim Pacheco Neves.

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno de 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 Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), 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 da Almolda Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomosa do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António), José Aroso, J. Frazão de Nazareth (Dir. do Hosp. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.to António) — PORTO

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Deleg. de Saúde de Portalegre), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

COIMBRA — Luís A. Duarte Santos (Encar. de Cursos na Fac. de Med.); — LISBOA — Fernando Nogueira (Médico dos H. C. L.) e José Andresen Leitão (Assist. da Fac. de Med.); PORTO — Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Alexandre Sarmento (Nova Lisboa); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.º (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

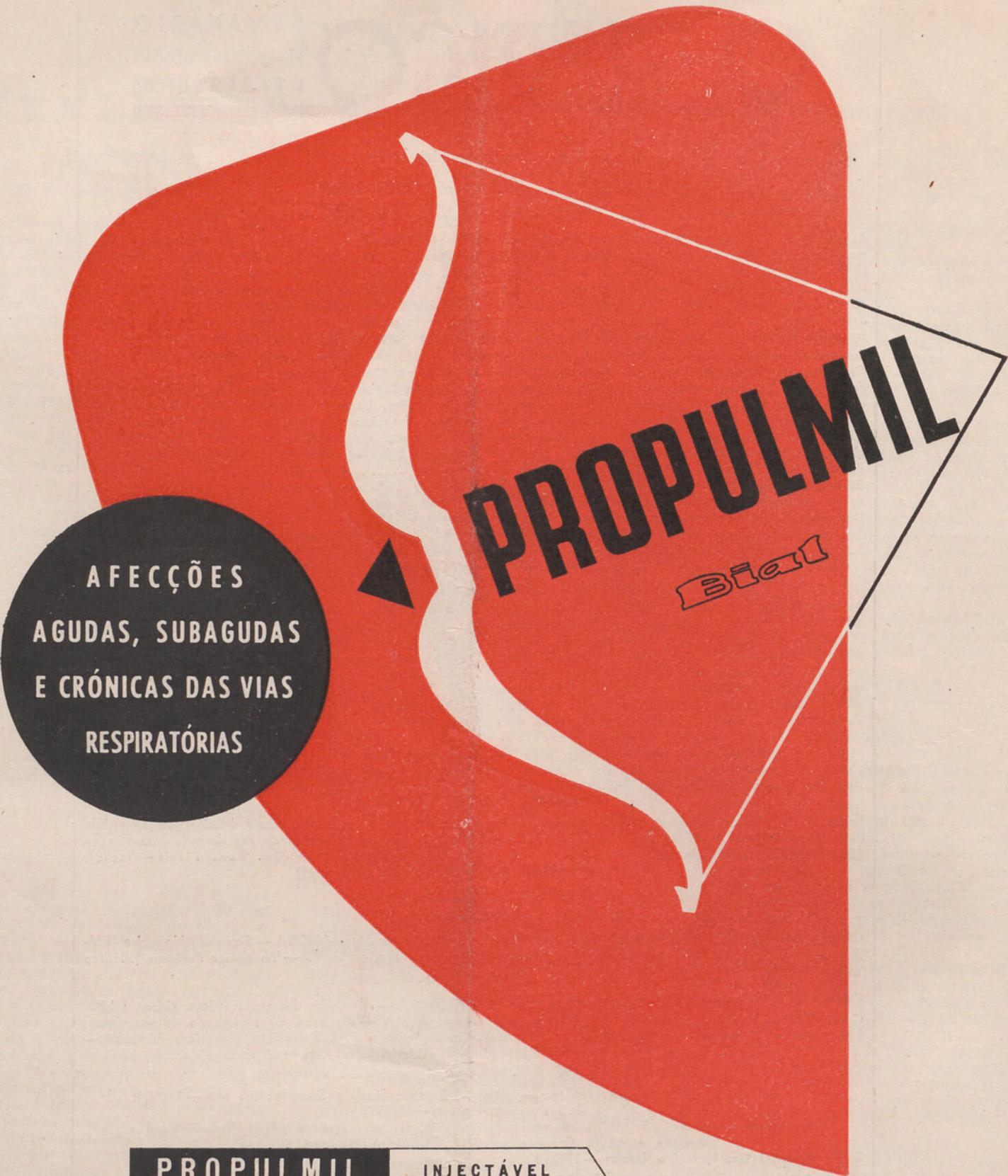
Portugal Continental e Insular: um ano — 120\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 160\$00;
Outros países: um ano — 200\$00

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

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

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

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E PRÍNCIPE, ÁFRICA FRANCESA E CONGO BELGA — Publicações Unidade (Sede: Avenida da República, 12, 1.º Esq. — Lisboa; deleg. em Angola — R. Duarte Pacheco Pereira, 8, 3.º — salas 63-64 Luanda). — LOURENÇO MARQUES: Livraria Spanos — Caixa Postal 434 — NOVA GOA: Livraria Singbal.
VENDA AVULSO — Distribuidores exclusivos: Editorial Organização, L.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507.



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

PROPULMIL

INJECTÁVEL

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

PROPULMIL

SUPOSITÓRIOS

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

PROPULMIL INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

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