

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 166
4 de Novembro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

NAS DORES ANGIOCOLITICAS



BILAMIDE

SUPRIME: as causas da inflamação, pelos seus princípios anti-infecciosos; o estado espasmódico, pelas suas propriedades espasmolíticas.

BILAMIDE

CONTRA: hepato-colepatias
inflamações intestinais
fístulas de infecção mista



CILAG, -S. A. -SCHAFFHOUSE -SUIÇA

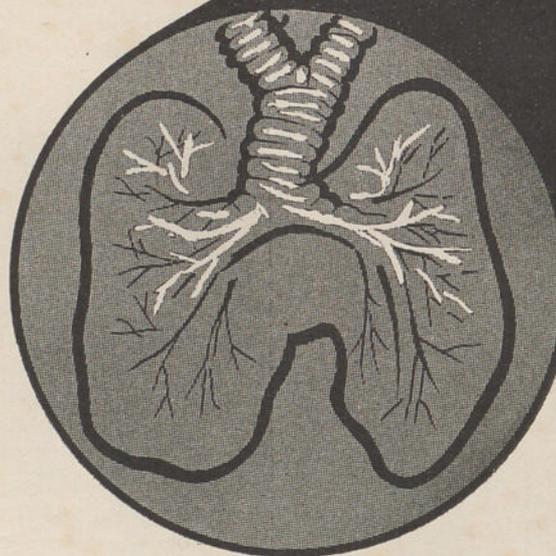
Representantes exclusivos para Portugal: SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA—S. A. R. L.—LISBOA

SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
ABEL DA CUNHA — Situações de urgência em cirurgia infantil	915	Criminalidade juvenil e seus factores predisponentes — F. R. N.	705
AURELIANO DA FONSECA — Estudo epidemiológico da tinha do couro cabeludo no Norte de Portugal	926	Prof. Ivolino de Vasconcelos	706
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Exame clínico corrente da laringe — FRANCISCO DA SILVA ALVES E JEREMIAS DA SILVA	940	Ecos e Comentários	708
		Noticiário diverso.	

PELA PRIMEIRA VEZ PREPARADO EM PORTUGAL, A PARTIR DA PENICILINA
POR PROCESSO ORIGINAL ESTUDADO NOS NOSSOS LABORATÓRIOS

PULMAXIL N



Iodidrato do éster β -dietilamino-etílico de benzilpenicilina

PARA SUSPENSÃO AQUOSA

Acumulação electiva de penicilina no tecido pulmonar

Caixa de 1 frasco de 500.000 U.

(+ 1 ampola de excipiente)



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

Situações de urgência em cirurgia infantil

ABEL DA CUNHA

(Director do Serviço de Pediatria Cirúrgica
dos H. C. L.)



É um tema que nos foi sugerido e que aceitámos visto que, de facto, é na urgência (e muito especialmente na urgência cirúrgica) que a responsabilidade e o prestígio do médico assistente são mais frequentes e, por vezes, mais angustiosamente, postos à prova.

Falaremos, não de todas, é claro, mas de algumas situações de urgência que a prática nos indica serem mais claudicantes, ou pela sua raridade ou pela dificuldade da sua interpretação.

É nosso intento não nos alongarmos em minúcias, reduzindo as nossas considerações a noções práticas que permitam, sem laboratório, sem radiologia, pôr com dados clínicos exclusivamente — senão um diagnóstico de causa — pelo menos e, com certa segurança, a *indicação operatória de urgência*, pois é o que mais interessa ao médico assistente.

De todas as afecções de que vou falar tenho conhecimento pessoal — ou de simples observação ou por as ter tratado.

É, portanto, a minha modesta experiência pessoal que eu desejo pôr ao serviço dos colegas que me ouvem.

Por comodidade e método descritivo estudaremos as situações de urgência, nos três períodos:

- a) *no recém-nascido;*
- b) *no 1.º ano de vida;*
- c) *na infância em geral.*

- a) — as situações de urgência no recém-nascido são na sua grande maioria devidas a anomalias congénitas do tubo digestivo — que não são tão raras como se julga — que apresentam uma sintomatologia simples, mas bastante expressiva, que é tomada geralmente por simples perturbação digestiva, quando representa lesão obstrutiva evidente que tardiamente reconhecida já não tem solução.

Citarei as principais:

- a) *atrésia do esófago;* b) *atrésia intestinal;* c) *estenoses intestinais congénitas;* d) *ileus méconial;* e) *obstrução por insuficiência de rotação intestinal e falta de coalescência mesentérica;* f) *hérnia diafragmática congénita;* g) *imperfuração ano-rectal;* h) *onfalocélo.*

Atrésia do esófago

Entendemos por atrésia do tubo digestivo, a anomalia congénita caracterizada pela ausência total de um segmento do tubo digestivo.

Assim, na atrésia do esófago há uma interrupção completa, por ausência de um segmento deste órgão.

Há várias modalidades da anomalia que se distinguem, principalmente, por terem ou não terem comunicação com a traqueia.

A primeira forma é a mais comum. O topo superior ou proximal do esófago termina numa extremidade cega. O topo inferior, ou distal, ou é também cego ou, o que é mais frequente, abre-se na traqueia, pondo assim o estômago em comunicação com as vias respiratórias. Este facto explica-se embriologicamente pela origem comum da traqueia e esófago.

O diagnóstico desta afecção é de uma facilidade extrema. Basta lembrar-se. Quem viu um caso, nunca mais o esquece.

O síndrome é bem claro, de tipo obstrutivo alto.

A criança vomita sistematicamente às primeiras colheres de alimento, vomita imediatamente, engasga-se, sufoca-se, cianosa-se — é tudo — tanto basta para o diagnóstico.

Nos intervalos, dão-se crises de vômitos iguais aos descritos e de aparência espontâneos — isto dá-se quando a quantidade de saliva deglutida atinge o *trop plein*.

Ao fim de algumas horas, nota-se, por vezes, distensão gástrica, havendo como há obstrução total, concluiremos que além da atrésia, há *fístula traqueal*. O ar sob pressão na traqueia é conduzido através da fístula traqueal ao estômago.

O diagnóstico e, portanto, a indicação operatória de urgência está posto e à mercê do clínico menos apetrechado.

Pode verificar-se também que uma sonda introduzida no esófago não chega ao estômago.

O exame radiológico, em rigor, não deveria ser feito pelo médico assistente pois tem mais interesse para quem opera, não para confirmação diagnóstica mas, sobretudo para avaliar a altura em que termina o topo superior do esófago em relação às vertebbras e julgar pre-operatóriamente da possibilidade de uma anastomose directa dos dois segmentos esofágicos.

O exame deve ser feito somente com sonda de extremidade metálica, ou quando muito, com um ou dois centímetros cúbicos de lipiodol introduzidos com sonda e extraídos imediatamente após o exame radiográfico.

Nunca, *sistematicamente nunca*, com papa baritada deglutida — pois é fatal que será regorgitada e entrará nas vias aéreas — e a consequente atelectasia e pneumonia. Contratempo por infelicidade tão frequente.

Assim, a extrema urgência não reside nas exigências alimentares, mas eliminação rápida da causa da complicação pulmonar — ab ingestis — grande escolha desta afecção.

A intervenção ideal consiste em encerrar a fístula traqueal e restabelecer a continuidade do esófago por sutura termino-terminal — dos dois topos do esófago — abordando o mediastino por via transtorácica, intra ou extrapleural.

Esta anomalia descrita há muito, só recentemente, há 12 anos, começou a ser ventilada em numerosos artigos logo que, pelos progressos da técnica e da anestesia se publicaram — após muitas tentativas — as primeiras curas.

A afecção não é nada rara.

O Hospital de Crianças de Boston — cidade menos populosa que Lisboa — apresenta a sua estatística de 12 anos, 233 casos. Um autorizado autor americano considera-a tão frequente como o lábio leporino — aviso aos pediatras.

Nós só vimos 8 casos.

Atrésia intestinal congénita

É uma anomalia mais rara que a precedente que acarreta uma obstrução intestinal total e congénita.

A ausência de intestino pode ser única ou múltipla — faltar somente um curto segmento ou uma longa porção de intestino.

A porção proximal fortemente distendida tem 4 cm. de diâmetro — terminando em fundo de saco completamente fechado — a seguir o bordo mesentérico ocupado por cordão duro, fino e impermeável, a seguir a parte distal muito fina, como uma lombriga, com cinco milímetros de diâmetro não contendo gás, à qual se segue o cólon nas mesmas condições e com pouco mais de diâmetro.

Sintomas — os da obstrução completa; vômitos que vão aumentando de frequência à maneira que a criança vai sendo alimentada e o seu mal progride.

Além dos vômitos persistentes e cada vez mais frequentes, a distensão abdominal depende da localização e intensidade do segmento intestinal atingido. No início, ondas peristálticas visíveis.

Esta anomalia dá uma grande mortalidade, já porque a grande distensão intestinal por isquémia que provoca dá frequen-

temente perfuração, já porque a atresia é muito extensa e sem viabilidade, já pela dificuldade operatória — anastomose latero-lateral.

No único caso que operamos tivemos êxito operatório.
Na est. do H. I. Boston — 144 casos — 50 % mortalidade.

ILEUS MECONIAL

Apresenta-se como obstrução intestinal congênita; vômitos que vão aumentando em frequência; distensão abdominal; ondas peristálticas visíveis; nem gases nem fezes.

Indicação operatória de urgência. Diagnóstico de causa quase impossível. A sua causa consiste na alteração da consistência e viscosidade do mecônio. Na 1.^a parte do íleon, o mecônio é quase normal, depois vai aumentando de consistência e viscosidade, aderente como grude, vai-se acumulando em grande quantidade — sem possibilidade de progressão, na parte final do íleon — e por fim, mecônio duro e seco em fragmentos.

Esta situação tem como causa a degenerescência fibroquística do pâncreas, com uma secreção externa de valor digestivo quase nulo e alteração secretória das gl. mucosas digestivas e também das vias respiratórias, segregando muco muito espesso e viscoso. Esta insuficiência mucosa e proteolítica é a causadora do ileus.

Trata-se da *BRONCO-PANCREOSE* ou *DOENÇA DE FANCONI* que em casos extremos, mas não sempre, pode produzir por insuficiência enzimática o ileus meconial congênito.

Esta afecção dá em regra 100 % de mortalidade.

Mesmo que se conseguisse — o que é difícil — vencer a obstrução, a criança não resiste à sua insuficiência de fermentos digestivos.

Ultimamente, tem-se obtido alguns casos de cura por resecção de Mickulicz da ansa do íleon contendo o mecônio espessado, e administrando a seguir *per os* e pelas fístulas do íleon suco pancreático que vencerá a obstrução por diluição do mecônio restante, ao mesmo tempo que um tratamento médico metucioso e delicado suprirá a insuficiência digestiva e dominará a infecção crônica respiratória que a acompanha.

Estenose congênita do intestino

Como o seu nome indica, trata-se de um aperto anular congênito geralmente único, de grau de estricção variável e que por vezes mal permite a passagem de um estilete.

Pode ocupar qualquer segmento do intestino; frequentemente, em qualquer dos segmentos do duodeno; mais raramente, no íleon ou cólon.

Conforme o grau de estenose, pode dar sinais de sub-obstrução sem urgência, ou dar sinais de oclusão aguda e então no caso do íleon ou cólon, obstrução igual à da atresia intestinal.

No caso do duodeno, dá os sinais de obstrução piloro-duodenal, vômitos persistentes, desde o 1.^o dia, distensão epigástrica, ondas peristálticas da esquerda para a direita, estase gastro-duodenal, visível à radiografia.

Tratamento — duodeno jejunostomia transmesocólica para a estenose duodenal; ressecção seguida de anastomose para as outras localizações.

Hérnia congênita diafragmática

Nem todas as hérnias congênitas diafragmáticas arrastam problemas de urgência no recém-nascido — umas são assintomáticas, outras dão fraca sintomatologia. Só as extensas aplasias do diafragma permitem uma larga extensão de vísceras abdominais herniadas na cavidade torácica, criando situação de urgência.

Além dos sinais de obstrução já descritos — há sinais respiratórios e circulatórios — assim, vômitos, dispneia e cianose.

O exame clínico denuncia a obstrução. Só o exame radiológico pode esclarecer o diagnóstico de causa.

A hérnia diafragmática não é tão rara como se supõe e a intervenção operatória urgente dá um número de curas muito notável.

Síndrome de obstrução por insuficiência de rotação intestinal e falta de coalescência mesentérica.

Todos sabem que numa certa fase evolutiva fetal o intestino delgado e o cólon têm, ainda, um mesentério comum e, portanto, o cego, cólon ascendente e transversal são, digamos, flutuantes. Mais tarde dá-se uma rotação intestinal tendo por eixo o pedículo mesentérico superior, rotação feita no sentido contrário ao dos ponteiros do relógio, de modo que dirige-se primeiro para o ângulo hepático e depois desce até à fossa ilíaca direita, dando-se também a coalescência do mesocólon e formando-se o quadro cólico.

A rotação incompleta íleo-cólica pode ser assintomática.

Pode dar sintomatologia abdominal e digestiva moderada, dores vagas ou cólicas abdominais frequentes, às vezes vômitos, prisão de ventre, diarreia, má absorção alimentar, por vezes conduzindo ao diagnóstico de *apendicite crônica* (se não foi feita radiografia do apêndice); o operador faz um modesto Mac-Burney e encontra-se perplexo perante a triste situação de não só não encontrar sombra de apêndice, são ou doente, como também nem sequer lobrugar o cego e o cólon. Contratempo angustioso que tem sucedido aos melhores, verdadeiro enigma que só tem uma solução: saber e lembrar-se, que, na ausência de rotação intestinal, o cego (com o almejado apêndice) está alto e bem à esquerda da linha média — e restabelece-se a tranquilidade.

Para alguma coisa valerá, saber-se a história da rotação cólica!

A insuficiência de rotação intestinal pode dar síndromas oclusivos agudos por dois mecanismos:

a) do cego que está à esquerda da linha média, parte uma prega ou brida peritoneal que se dirige para o ângulo hepático — não é fatal — mas esta brida pode ocasionar, por compressão extrínseca do duodeno uma obstrução aguda duodenal.

Sintomas — os do obstáculo piloro-duodenal.

Tratamento — a simples secção da brida resolve completamente o caso.

b) em virtude do mesentério comum e flutuação intestinal pode dar-se o volvo total de toda a massa intestinal, com 360° de rotação ou mais.

Situação obstrutiva aguda completa sem possibilidade de diagnóstico pré-operatório.

Tratamento — aberto o ventre, as ansas estão todas cianóticas, e, assim, reconhece-se o volvo e para isso, repito, é necessário lembrar a sua possibilidade, não prolongar a exploração, eviscerar toda a massa intestinal e reduzir a torsão e, sempre no sentido contrário ao dos ponteiros do relógio, rodar 360° ou mais até à redução completa.

Terminar, seccionando a brida compressora do duodeno atrás descrita, que geralmente coexiste.

Imperfuração ano-rectal

Esta anomalia é por definição uma situação de urgência por razões óbvias e de fácil diagnóstico.

A imperfuração ano-rectal é frequentemente acompanhada de fistula vesical e uretral — o que permite explicar a razão porque certos doentes não operados ainda ao 4.^o e 5.^o dia apresentam um estado geral relativamente satisfatório.

Há casos de imperfuração constituída por uma simples membrana de facilíssima solução — todas as outras exigem a op. de via perineal — quando a empola rectal dista 1 ou 2 cent. da pele a sua libertação e plastia é fácil; porém, quando a empola está bastante alta, a intervenção por via perineal simples é impossível, mesmo para os mais experimentados. Neste caso, desaconselho formalmente o expediente do ânus ilíaco à esquerda. Não me conformo em entregar uma criança à família a obrar pelo ventre. Preferível, perante a impossibilidade da via perineal pura, a operação combinada, abdomino-perineal, colocando o ânus no seu lugar. Não é uma intervenção muito longa nem muito difícil para quem tem experiência deste género de cirurgia.

Ao contrário do que geralmente se pensa, a imperfuração ano-rectal não é de prognóstico muito benigno, dada a frequência de casos de empola rectal alta.

Onfalocelo

Resumirei a afecção dizendo que se trata de uma anomalia congênita caracterizada porque uma parte da parede abdominal é substituída por tecido semelhante ao cordão umbilical e em ligação com ele contendo, segundo o seu volume, uma parte maior ou menor de vísceras abdominais; a extensão desta anomalia depende da fase embrionária ou fetal em que se deu a paragem de desenvolvimento da parede abdominal — pode ser pequena, de conteúdo reduzido ou volumosa — constituindo o verdadeiro onfalocelo embrionário, tumor do volume de uma grande laranja. Existe um sulco de separação entre a pele e este tecido e no saco estão contidas todas as vísceras abdominais — estômago, duodeno, pâncreas, todo o fígado e todo o intestino e cólon — é a forma mais grave e também a mais comum de que temos observado vários casos.

Assim como o cordão se elimina, este saco herniário elimina-se também numa semana — e então se a criança não foi operada assiste-se à tragédia da evisceração total. Já vi uma mãe com uma criança ainda viva ao colo e as vísceras embrulhadas num pano na outra mão. A operação é simples nos casos menos graves; é muito grave neste último caso pois que as vísceras formaram-se e cresceram sempre fora da cavidade abdominal; a dificuldade enorme e a sua gravidade consistem em que não têm direito de domicílio e é difficilimo fechar o ventre.

O expediente consiste em fazer redução a visceral possível e cobrir a parte visceral restante com a pele e ter células que se descolam lateralmente. Este truque operatório permitiu-me operar com êxito uma criança que está agora no serviço e que tinha todas as vísceras fora do ventre.

*

Como vimos, muitas das af. que criam situação de urgência derivam de anomalias congénitas do tubo digestivo com a sintomatologia da obstrução aguda e total. De outro lado, é fora de dúvida que o número de casos no nosso meio é muito reduzido em relação ao que os números estatísticos indicam. Há, portanto, um número de casos que ficam por diagnosticar ou com diagnóstico muito tardio. Isto, certamente, devido ao erro de atribuir a causas puramente médicas, a sintomatologia apresentada, esquecendo, ou desconhecendo, a relativa frequência destas anomalias congénitas. Pois nada é mais fácil do que verificar que se trata de síndromas de obstrução aguda e total, evidente.

Regra — Sempre que um recém-nascido começa a vomitar logo após o nascimento e que os vômitos persistem, temos 95 % de probabilidades de se tratar de af. cirúrgica, se além do mais, obs. com cuidado vemos ondas peristálticas, distensão abdominal progressiva, fezes raras, ausência de gases — o diagnóstico está posto. Julgamos que 48 horas são suficientes para o diagnóstico exclusivamente clínico de indicação operatória de urgência e o tempo óptimo para a solução de todos os casos, mesmo os mais graves, com solução operatória.

*

Não desejaria terminar a urgência do recém-nascido, sem me referir à gravidade do extenso fleimão tóraco-abdominal tão frequente, quer a partir da infecção umbilical ou, mais geralmente, da mastite do recém-nascido, estendendo-se rapidamente pelo tórax e abdómen provocando largos descolamentos e placas de necrose cutânea — parece provocada por estreptococcus e germens anaeróbios.

Combate-se por várias incisões à periferia tentando circunscrever a infecção e contra aberturas suficientes e largo uso local e geral de antibióticos, procurando o mais eficiente.

Situações cirúrgicas de urgência no 1.º ano de vida.

Tratarei somente das duas afecções mais típicas deste período:

Estenose hipertrófica do piloro — Invaginação intestinal aguda.

Estas duas afecções, ao contrário das precedentes, são essencialmente curáveis, com uma mortalidade operatória praticamente nula, o que só aumenta a responsabilidade médica, pois

exigem um diagnóstico precoce e um tratamento operatório oportuno.

Estenose hipertrófica do piloro:

Parecerá estranho que inclua na urgência uma afecção patológica que habitualmente a não tem. De facto, a urgência não resulta da própria natureza da afecção, mas da circunstância em que os doentes tão frequentemente nos são apresentados. E esta é a razão porque aqui a incluímos.

A estenose hipertrófica do piloro é uma doença relativamente comum.

Além da sua sintomatologia perfeitamente característica, tem um substrato anatómico — bem visível e palpável — que a caracteriza e define — o tumor pilórico. Este é formado à custa da camada muscular regional fortemente hipertrofiada que estrangula a mucosa pilórica, causando uma estenose orgânica por onde difficilmente passa uma sonda.

Este tumor é muscular, mas tem o aspecto e a consistência da cartilagem.

Quando o incidimos, temos que atravessar uma espessura de quase um centímetro até chegar à mucosa. Quem alguma vez o teve entre os dedos e o incidiu pode comprovar que o tumor não pode ter a menor contractilidade. É, portanto, completamente fantasista a importância que alguns pretendam dar ao componente espasmódico na estenose hipertrófica do piloro.

Trata-se sim de uma lesão obstrutiva orgânica do piloro.

*

Uma criança, geralmente do sexo masculino, quase sempre robusta e bem constituída, após os primeiros 10 a 20 dias de vida e de saúde perfeita, começa a vomitar. É o início da afecção.

Este intervalo livre de saúde entre o nascimento e o princípio da doença (10 a 20 dias) é perfeitamente característico e fundamental. Uma criança que vomita desde o primeiro dia não tem, certamente, estenose hipertrófica do piloro.

A criança vomita e esvazia o conteúdo de uma mamada. Os vômitos são violentos, por vezes de esguicho sempre precedidos de ondas peristálticas bem visíveis da esquerda para a direita. Persistentes. *Nunca contém bilis.*

De princípio, seguem-se a cada uma das mamadas. Passados dias, começam a espaçar-se por hipotonia gástrica, fenómeno enganador de possíveis melhoras, mas tomando-se atenção verifica-se que expelem o conteúdo das 2 ou 3 últimas mamadas. São vômitos de estase.

A criança emagrece, desidrata-se, perde peso progressivamente, às vezes em números diários assustadores.

O estudo radiológico, marca dilatação gástrica muito acentuada. Quando após crises de contracções violentas, logra passar pequena quantidade de papa, vê-se um piloro filiforme. Estase gástrica.

O diagnóstico é fácil.

A terapêutica da estenose hipertrófica do piloro conta dois métodos: o tratamento médico e o tratamento operatório.

Estes dois métodos nem se combatem, nem se excluem — pelo contrário, completam-se. Este é o sistema clássico sistematicamente usado nos países em que a afecção é muito comum, nomeadamente os Estados Unidos.

O tratamento médico, de que não me ocuparei, consta resumidamente de dieta de papa espessa, antes da mamada, tipo leite condensado ou incluído nela, tipo Nestargel.

Tratamento medicamentoso: Soros, plasma, eventualmente transfusão de sangue.

Tratamento sedativo: atropina, acrinidina, papaverina junto a barbitúricos, medicação combatendo a espasmofilia latente por alcalose, vitaminas E e B e lavagem do estômago com sol. salinas.

Se apesar dum tratamento médico rigorosamente seguido durante 10 ou 15 dias, os vômitos e a perda de peso não cedem e as melhoras não se verificam, operar.

Este é o método usado nos países em que a estenose hipertrófica do piloro é muito frequente: França, Inglaterra e Estados Unidos. No Hospital de Boston, em que é este o método usado sistematicamente, a estatística de 1946-1952 foi de 642 casos de estenose hipertrófica do piloro operados com 0,7 % de

mortalidade; os doentes falecidos tinham todos afecções congénitas graves associadas.

Não há discussão possível com este resultado.

Isto é, seguindo a norma de fazer operar *ainda com um estado geral satisfatório*, note-se bem, os casos que não cederam a um tratamento médico rigoroso podem curar-se, praticamente, todos.

Agora, se por uma insistência inexplicável de um ilusório virtuosismo dietético, o tratamento é prolongado para lá do razoável, seja por obstinação do médico assistente, seja porque a família procura vários médicos e consultas e todos tentam o seu resultado, acaba por nos apresentar não um doente, mas um moribundo que há 1 ou 2 meses arrasta a sua inanição e perdeu toda a facultade de recuperação, e assim se perde a maior probabilidade de êxito.

A nós mesmo, não nos ocorre ter perdido um doente de estenose hipertrófica do piloro operado em boas condições.

A operação, após preparação pre-operatória, é a pilorotomia de Fredet.

Invaginação intestinal aguda

É uma afecção de alta gravidade pois conduz à morte em 3 a 5 dias, se o diagnóstico e o tratamento não são executados com a precocidade devida.

A nosso ver, constitui também factor de gravidade a sua pouca frequência porque: «*quem não aparece, esquece*».

É uma afecção de gravíssima responsabilidade para o médico pois que mata em 3 ou 5 dias, e cura-se em 100% dos casos se for oportunamente tratada.

A invaginação intestinal instala-se em qualquer idade, mas é típica do 1.º ano de vida, mais frequentemente entre o 5.º e o 10.º mês, e é mais comum no sexo masculino.

Operámos o ano passado dois casos: o 1.º, um rapaz de 8 anos; o 2.º, uma criança de 7 meses.

A sua enorme gravidade não resulta somente da obstrução intestinal em si, mas, principalmente, do estrangulamento mesentérico e, portanto, do compromisso da nutrição vascular do *segmento intestinal invaginado* conduzindo rapidamente à necrose e à septicémia peritoneal final.

Como é sabido de todos, a invaginação intestinal é caracterizada por: cólicas abdominais violentas e intermitentes sempre acompanhadas de vômitos, sinais de oclusão intestinal, emissão de sangue pelo ânus, e um tumor abdominal palpável.

Como o prognóstico depende inteiramente da precocidade do diagnóstico, parece conveniente insistir no valor dos vários sintomas.

A *oclusão intestinal* nem sempre é precoce e nítida. Não é raro a criança evacuar fezes normais uma ou duas vezes depois do início da crise. Portanto, a emissão de fezes no início não exclui a hipótese de invaginação. *Facto importante a reter, a enterorragia*; a evacuação muco-sanguinolenta não é constante e frequentemente é tardia. Não deve esperar-se por ela. *Importante*, o toque rectal que é de rigor em caso de dúvida, pode despistar a enterorragia, pois mostra sangue antes de ser evacuado.

O *tumor abdominal da invaginação*, tumor em «*boudin*» isto é, em forma de morcela, de consistência pastosa, é um sinal preciosíssimo.

Pode ser sub-hepático-epigástrico ou à esquerda do umbigo — nota-se à palpação abdominal ou ao toque rectal.

Infelizmente, verifica-se apenas em metade dos casos.

A sua ausência, portanto, não invalida a hipótese de invaginação.

Evidentemente, se pouco depois do início o quadro sintomático é completo — cólicas intermitentes, vômitos, ausência de fezes e gases, a enterorragia e tumor de invaginação — o diagnóstico está feito.

Porém, como nem sempre assim sucede e o diagnóstico precoce é essencial para o êxito, julgo útil acentuar que o carácter típico das cólicas e dos vômitos iniciais chegam geralmente para pôr, senão um diagnóstico de certeza, pelo menos de forte probabilidade.

Assim, sempre que uma criança, geralmente do sexo masculino, entre o 4.º e 10.º mês de vida — forte e robusta — adocece *bruscamente*, estando em plena saúde, com uma dor abdominal

violenta — sincopal — acompanhada de forte palidez, suores frios, estado de choque e de colapso circulatório, com vômitos (nunca vi faltar os vômitos), crise que por vezes dura um só minuto, seguida com pequenos intervalos de 10 a 15 minutos de outras cólicas por vezes de intensidade crescente, é de rigor, nesta altura pôr a hipótese de invaginação intestinal, pois este quadro é típico, e promover o exame radiológico com clister opaco que nos ilucida com uma imagem radiológica característica, isto sem esperar pela oclusão evidente, a entorrorragia e o tumor abdominal, senão, as cólicas depois vão-se espaçando e diminuindo de intensidade. É a armadilha!

Quanto mais tarde o médico chega, a família está mais acalmada — ao princípio as dores abdominais eram muito fortes e seguidas — *mas agora*, felizmente, já muito menores e mais raras, «o menino está melhor»!

Facto importante — No intervalo das cólicas a criança readquire um facies praticamente normal e até boa disposição. A criança que neste momento não tem dores, deixa palpar o ventre que é mole e depressível.

Se o médico não inquiriu, ou não prestou a devida atenção ao que lhe disseram e se deixa influenciar pelo optimismo familiar, se além do mais, palpa um ventre mole e indolor numa criança relativamente bem disposta, se não espera junto do doente uma nova crise e se vai embora confiado para voltar no dia seguinte, é o *desastre*. Parece exagero — adiante se provará.

É claro que nem sempre se verifica esta pobreza de sintomas, a família alarma-se porque não há gases, nem fezes, está mais inquieta, etc. O médico volta e tudo se esclarece.

Portanto, não me cansarei de insistir que as cólicas violentas, *sincopais*, acompanhadas de vômitos e repetindo-se com intermitências, são bastantes características, sem nada mais, para pôr o diagnóstico de invaginação intestinal aguda e proceder de urgência ao exame radiológico confirmativo. E isto porque: «*nenhuma afecção abdominal na infância tem maior urgência do que a invaginação intestinal aguda*».

Citaremos para exemplo a estatística do Hospital Infantil de Boston de 202 casos: 110 doentes operados nas primeiras 24 horas sem uma morte; dentro das 36 horas, já tem 23% de mortalidade; às 48 horas, note-se bem, sobe logo para 33%. Nenhum outro argumento poderia ilustrar melhor a nossa afirmação.

Ao falarmos de *tratamento*, temos que nos referir à possibilidade de redução da invaginação intestinal por clister opaco, processo que nos últimos anos adquiriu entre nós uma grande voga. Certamente pela comodidade de seguir-se imediatamente ao clister diagnóstico — aumentando somente um pouco a pressão — e porque, de facto, assim se consegue reduzir em alguns casos, sem necessidade de internamento, nem anestesia, nem operação.

Foi desta cómoda e aliciante simplicidade que resultou o equívoco, *que necessita ser esclarecido*, de considerar o clister o verdadeiro método de tratamento usado sempre e sistematicamente, qualquer que seja o número de horas de doença e, também, qualquer que seja o estado geral do doente. A intervenção cirúrgica ficaria como um *pis-aller* — como uma solução extrema — a que se recorre, somente, quando todas as tentativas de redução por clister se frustraram!

Ora este conceito é mais do que errado — é perigoso — pelas consequências gravíssimas a que pode conduzir.

Não condenamos *in limine* o clister terapêutico, mas tentaremos marcar-lhe o limite e esclarecer os seus riscos.

Assim, pensamos: se a doença tem poucas horas, a criança tem bom aspecto geral e o diagnóstico carece de confirmação; fazer clister diagnóstico e em caso afirmativo, tirar cliché de prova, prosseguir aumentando a pressão e mesmo no caso feliz da desinvaginação fácil e completa — mesmo nesse caso — assegurar-se com uma radiografia, da imagem perfeita do êxito final e assim, de facto, temos conseguido resolver satisfatoriamente vários casos.

Porém:

Se a lesão cede, mas na parte final não se obtém uma imagem de desinvaginação perfeita, não hesitar e operar.

Se não cede com facilidade, não insistir — mesmo num caso recente — por risco de rotura. Há vários casos registados.

! Não multiplicar as tentativas — nada há de mais chocante

D V R

Imunoterapia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÃO

Dibenziletilenadiazina Dipenicilina G.	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Soro imunizante não específico de antígenos lipo-proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas, à Quinina básica e às Vitaminas A + D q. b. para	1 Dose

SUPPOSITÓRIOS E INJECTÁVEL

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

DIESTREPTO

Sulfatos de estreptomina e dihidroestreptomina em associação sinérgica para anular os efeitos tóxicos e exaltar o valor antibiótico

COMPOSIÇÕES

ADULTO

Cada dose contém:

Estreptomina base (Sob a forma de sulfato)	0,5 Grs.
Dihidroestreptomina base (Sob a forma de sulfato)	0,5 »
Soro fisiológico apirogénico	5 c. c.

INFANTIL

Cada dose contém:

Estreptomina base (Sob a forma de sulfato)	0,25 Grs.
Dihidroestreptomina base (Sob a forma de sulfato)	0,25 »
Soro fisiológico apirogénico	3 c. c.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Todas as da estreptomycinoterapia, sem efeitos secundários com o poder antibiótico exaltado.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMA-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE — Av. Duque Loulé, 108, 1.º — Lisboa—Telef. 42602
PROPAGANDA — Av. Duque Loulé, 108, 2.º — Lisboa—Telef. 42816
Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

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

PROPULMIL
Bial

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.

do que a prática de insistir 3, 4 e 5 vezes forçando sem sucesso a invaginação — pois que o doente que tinha um estado geral bom e — com mais forte razão se o não tinha — entra muito bruscamente em estado de choque grave perdendo-se toda a possibilidade operatória e com ela o próprio doente.

Julgamos que num doente com probabilidades de invaginação intestinal mas com um estado geral que não é satisfatório, devemos prescindir de clister diagnóstico confirmativo e operar.

A intervenção resolve todos os casos que o clister reduz mais aqueles que ele não conseguiria reduzir.

A operação nem é mais longa nem mais chocante que o clister.

Para quê juntar-lhe um risco?

A totalidade, praticamente, dos cirurgiões anglo-americanos especializados, que vêem esta afecção com mais frequência, continuam a dar a sua preferência ao *método operatório*, em todos os casos.

Ladd e Gross, do Hospital Infantil de Boston, que até 1953 contavam no seu arquivo 702 casos de invaginação intestinal, dizem textualmente: «É fora de dúvida que algumas invaginações intestinais recentes podem ser reduzidas com clister opaco. Contudo, nós opomo-nos tenazmente à sua prática. O clister é um método cego que expõe aos maiores riscos». São eles que o dizem.

Se o caso é clinicamente claro, operam deliberadamente, dispensando o diagnóstico radiológico que só usam em caso de dúvida. Como não o hão-de dizer: nos últimos 3 anos operaram 92 casos sem uma morte, facto que atribuem à combinação de melhores cuidados cirúrgicos e à precocidade do diagnóstico.

A intervenção que necessita certa experiência, sobretudo dos cuidados pré e post-operatórios, não é mais longa nem mais chocante do que 3 ou 4 tentativas de redução por clister. Laparotomia paramediana direita sempre sem exteriorizar o intestino; geralmente rápida e fácil, só na parte final, mais difícil e delicada, se exterioriza o cego e se procede com toda a garantia à redução perfeita sob o contróle da vista, além do que se aprecia o estado de nutrição e viabilidade da parte intestinal interessada que se trata convenientemente, se for o caso.

É claro que há casos com mais horas em que a redução completa é impossível. Tem que se proceder à ressecção do intestino interessado, geralmente do tipo Mickulicz, operação grave, mas que muitas vidas tem salvo.

Este simples enunciado e a fidelidade que lhe dedicam os cirurgiões de grande experiência, mostram a superioridade do método operatório. A redução por clister fica reservada aos casos recentes, com bom estado geral, e mesmo assim usada com a maior prudência.

Desejamos falar-lhes de uma afecção que atinge todas as idades, mas que é frequente no 1.º ano da vida onde assume maior gravidade. *A pleurisia purulenta*.

A seguir à era antibiótica, estivemos bastante tempo sem observar uma pleurisia purulenta. Voltamos agora a encontrá-la, certamente por estirpes resistentes, embora com menos frequência e menos gravidade.

Desejamos acentuar que de início a pleurisia purulenta nunca tem e nunca teve indicação operatória urgente. Faço esta referência porque está muito vulgarizado o conceito de que logo que há pus é necessário evacuá-lo largamente. Nada mais errado. Mesmo antes da era antibiótica era necessário esperar vários dias antes de nos assegurarmos da fixação do mediastino para fazer a pleurotomia que doutro modo, era fatal.

Hoje, com mais forte razão se deve manter o mesmo critério, embora, e apesar de tudo, haja ainda indicação operatória, ela é muito mais rara e, sobretudo, nunca urgente.

SITUAÇÕES DE URGÊNCIA NA INFÂNCIA EM GERAL

Não nos ocuparemos aqui daquelas afecções que, embora urgentes, são pela sua feição clínica e indicação terapêutica, sobradamente conhecidas e semelhantes às do adulto.

Interessa-nos, de preferência, algumas das doenças cirúrgicas que pela sua frequência ou sua fisionomia clínica, são mais típicas da infância.

Deveria constituir problema n.º 1 deste capítulo, a tera-

pêutica das *queimaduras*, problema importantíssimo pela sua frequência e pelo número elevado de mortes e aleijões que provoca.

Basta dizer-lhes que temos sempre no serviço bastantes casos internados e que em 10 falecimentos verificados, 6 ou 7 são provocados por queimaduras.

A sua terapêutica merecia bem uma revisão, mas é assunto longo que constituiria por si só o motivo de uma palestra. Temos que desistir.

O mesmo diremos do problema das *fracturas* e lesões traumáticas e inflamatórias das partes moles.

Sobre *osteomielite aguda* direi que após o aparecimento da penicilina os casos de morte por septicémia acabaram e sobre os outros a sua acção foi tão evidente que durante talvez dois anos não internamos por osteomielite. Últimamente, porém, reapareceu, e em género de epidemia com casos de alta gravidade até, por certo devido à criação de estirpes de estafilococos penicilino-resistentes.

Temos, no entanto, conseguido vencer os casos septicémicos graves, com o auxílio de novos antibióticos, mas sem conseguir evitar sempre a operação secundária. O sucesso do tratamento ainda reside na imob. e apl. de antibióticos de 4 em 4 horas.

Das situações abdominais urgentes da infância, falaremos:

- de obstrução intestinal* — por hérnia interna (rara);
- por invaginação intestinal* — típica da infância em todas as idades (e já descrita);
- obstrução por divertículo de Meckel* — este formando brida íleo-mesentérica ou íleo-umbilical — causa das mais frequentes e características obstruções intestinais da infância.

Já que falamos no divertículo de Meckel, diremos que pode ser sede de *úlcera*, pois a sua mucosa tem por vezes a constituição semelhante à da mucosa gastro-duodenal. A úlcera de Meckel pode originar mais duas situações de urgência: perfuração e hemorragia. *A sua perfuração* dá sinais impossíveis de distinguir da apendicite, a não ser que um fenómeno precedente a tenha denunciado. Refiro-me à *hemorragia da úlcera do divertículo de Meckel*, de aparência perfeitamente espontânea, sem dores, quase sempre abundante, primeiro sangue negro e a seguir vermelho vivo quando a hemorragia se prolonga, geralmente em crianças de mais de 3 anos.

Fixar que a melena na infância tem como causa frequente a úlcera de divertículo de Meckel — indicação de diverticulectomia logo que o estado geral o permita.

Desejo falar-lhes de uma forma de obstrução muito comum na criança (pelo menos entre nós) de que tenho observado e tratado vários casos.

A obstrução intestinal por lombrigas

Geralmente uma criança com mais de 3 anos, em obstrução intestinal absoluta há vários dias (nem fezes nem gases), cólicas moderadas, peristaltismo visível, e tudo contrastando com um estado geral satisfatório. Quase sempre se consegue palpar um tumor de consistência pastosa, geralmente próximo do umbigo, eosinofilia acentuada, ovos de ascaris no recto. O R. X simples ou com contraste *pode mostrar* certa estriação reveladora de vermes conglomerados, ou pequenos círculos correspondendo às lombrigas vistas em corte.

Com estes sinais e um pouco de inspiração... pode fazer-se (e tem-se feito várias vezes) o diagnóstico pre-operatório a claro, a que o óleo de quenopódio porá um fim teatral com a eliminação de uma quantidade assombrosa de lombrigas.

É forma vulgar no nosso País, e é de lembrar em primeiro lugar em todos os casos de obstrução com bom estado geral.

Guardei para o fim a:

Apendicite aguda — doença que na criança toma feições tão peculiares, tão enganadoras, e que assume dificuldades diagnósticas e uma gravidade incomparavelmente maior que no adulto.

Não direi uma palavra acerca de sintomas e diagnóstico dos casos de apendicite aguda que logo de início se apresenta com o quadro sintomático completo. Todos o conhecem.

Desejo referir-se somente aos casos de apendicite aguda insidiosos e ao diagnóstico diferencial com as afecções que o podem simular.

Podemos dizer: toda a afecção abdominal pode simular a apendicite aguda e, o que é pior, a apendicite aguda pode simular qualquer afecção abdominal dolorosa.

Explico-me: quando afecção abdominal médica simula uma apendicite aguda, o caso não tem a gravidade de quando uma apendicite aguda (afecção evidentemente cirúrgica) simula uma afecção médica, como é óbvio.

Falamos primeiro das principais afecções médicas mais comuns com que faremos diagnóstico diferencial.

Vômitos acetonémicos cíclicos

Neste caso além dos vômitos repetidos, febre moderada e dor abdominal frequente (talvez por esforço muscular), nota-se hálito de acetona e urina acetonúria.

Na apendicite aguda sobretudo quando há vômitos, é mais que comum, o hálito de acetonémico e várias ++ de acetona na urina.

Este facto pode criar situações de grande perplexidade; os vômitos com hálito de acetona, a acetonúria, não excluem a apendicite aguda mesmo em crianças com vômitos habituais.

Púrpura abdominal de Henoch

Dor abdominal violenta com contractura, vômitos, mais tarde, petéquias, hemorragias gengivais e anais, sinal do laço, dores articulares, situação que uma injeção de adrenalina pode de momento resolver, mas que de entrada e se não se faz exame completo, é extremamente perigosa.

Pneumonia com pontada de projecção abdominal

Um quadro semelhançíssimo à apendicite aguda e que várias vezes tem conduzido a uma intervenção fatal. Não deixar de fazer um exame pulmonar cuidadoso, mesmo nos casos claros.

Leucocitose de índice muito maior: 30 mil e mais. *Pielite*, ou *pielocistite*, ou *pielonefrite*.

Dores abdominais, febre, vômitos, piúria, pode prestar-se a erro. Caso de dúvida análise urinal: por vezes disúria, polaquúria, urinas turvas.

Reacção de pelviperitonite

A vulvo vaginite nas raparigas acima de 3 anos acompanha-se por vezes de forte reacção inflamatória pélvica, febre, dores abdominais, vômitos.

É um dos erros mais frequentes que verificamos nos doentes enviados ao serviço. O exame vulvar que se deve praticar sempre nas raparigas, demonstra o abundante corrimento vaginal.

Julgamos ter apontado as principais afecções médicas que se podem confundir com a apendicite aguda.

Lembro entre as afecções cirúrgicas, o adeno-fleimão da fossa ilíaca direita, tão frequente, que com o empastamento da região lombar e da fossa ilíaca e a reacção do psoas pode criar dificuldades diagnósticas, a peritonite por pneumococos, e também o quisto do ovário direito de pedículo torcido e o hematocolpos por imperfuração do hímen.

Como disse, não estão em causa os casos evidentes de apendicite aguda. A verdadeira dificuldade ocorre nos casos de sintomatologia frustrante ou pouco expressiva, em que os sinais que se verificam permitem a suspeita, mas não nos esclarecem, nem nos tranquilizam.

São situações que por vezes desafiam a maior meticulosidade de observação e a melhor argúcia e perante as quais até os mais experimentados não escapam ao erro. E a prova é que apesar de actualmente se recorrer ao médico mais cedo e frequentemente e em países adiantados e de grandes recursos como os Estados Unidos, mesmo nas suas principais cidades, a apendicite causa ainda anualmente alguns milhares de vítimas.

Não há, portanto, uma norma, um processo que nos ponha ao abrigo da série de armadilhas desta doença tão traçoceira.

No fim de tantos anos e tantas descobertas, continua ainda a valer-nos a velha clínica, e nada mais, uma observação perfeita e paciente e insistente, repetida várias vezes por dia que nos pode esclarecer e apesar de tudo...

Algumas considerações

Repete-se: a apendicite aguda é raríssima no primeiro ano, rara no segundo e começa a ser comum do 3.º ano em diante, maior percentagem entre o 5.º e 10.º ano, mais frequente nos rapazes.

A apendicite aguda instala-se geralmente em plena saúde, mas é imprescindível não esquecer que em 1/5 dos casos, talvez, é consecutiva a uma angina ou a um catarro infeccioso das vias respiratórias.

Portanto, a presença ou a preexistência duma afecção respiratória aguda não exclue a hipótese apendicular, antes a explica.

- Do mesmo modo para as febres eruptivas: escarlatina, sarampo, etc.
- Não esquecer que sendo a apendicite aguda acompanhada geralmente de prisão de ventre, a diarreia não a pode invalidar.
- Sendo a febre habitualmente moderada, a apendicite, pode coincidir com febre alta.
- Do hálito acetonémico e acetonúria, já falamos.

Está consagrado o aforismo: todo o doente com dor abdominal, vômitos e febre moderada, deve ser considerado como tendo apendicite aguda até prova em contrário. Mas qualquer sabe que: dor abdominal, vômitos, febre moderada, se observa praticamente em quase todas as afecções abdominais médicas e esta sintomatologia é, portanto, insuficiente para concluir por apendicite aguda e muito menos, por si só, para pôr indicação operatória urgente.

Esta situação põe, é certo, a suspeita apendicular que carece de ser detalhada e esclarecida, e nisto consiste muitas vezes a dificuldade.

Sendo impossível descrever todas as formas clínicas de sintomatologia frustrante, julgo preferível dizer algumas palavras sobre o exame físico e a interpretação e avaliação dos vários sintomas.

A inspecção do abdómen tem a maior importância e refiro-me à observação dos movimentos respiratórios abdominais que devem, é claro, ser observados antes de qualquer outro procedimento.

A mobilidade do ventre está diminuída ou abolida, muitas vezes, quando o ventre ainda é mole e depressível. Verifica-se melhor colocando-nos de modo a que a nossa vista raze a superfície abdominal.

É, portanto, um sinal muito precoce e de grande auxílio, e parece-me que sofre de injusto esquecimento.

Palpação do ventre

Todos que tratam com crianças sabem que tantas vezes se torna a palpação mais difícil tarefa, por timidez, por mimo, etc., e neste caso, a presença da família multiplica por dez a dificuldade e não insistimos. Por vezes, sem chegar a tanto, a dificuldade é de tal natureza que se aconselha ser a palpação feita sob anestesia geral.

Há quem palpe bem e há quem palpe mal.

Nem começar bruscamente, nem forçar a profundidade, nem com as mãos frias, nem com as pontas dos dedos; deste modo qualquer criança normal se queixa.

Passar a mão pelo ventre, palpar muito leve, principiar à esquerda, palpar todo o ventre antes de atingir a zona apendicular, não esquecer o baixo ventre (ap. pélvico) nem a região lombar (ap. retrocecal) — nesta altura palpação bimanual. Palpação cuidada do quadrante superior direito — apêndice alto (sub-hepático).

Claro que quando a contractura reflexa e localizada à zona apendicular é evidente, o diagnóstico está feito. Porém, mais

difícil é por vezes distinguir esta da contracção voluntária de defesa que se verifica em tantas afecções dolorosas do ventre e, embora a enorme importância da palpação no diagnóstico, não esquecer que na criança há casos em que a apendicite aguda se estabelece e evoluciona para a peritonite por perfuração com o ventre mole e depressível. (Vi vários casos). Mas devemos fazer notar que mesmo em apendicite aguda com fraca dor espontânea e com ventre mole e indolor, quando se palpa mesmo suavemente a zona apendicular, nota-se uma ligeira contracção facial do doente.

O toque rectal que faz parte da observação deve executar-se, em caso de dúvida, só no fim da observação por motivos óbvios.

Vómitos

São companheiros habituais da lesão apendicular e há até quem não compreenda apendicite aguda na criança sem vômitos o que é exagero — vi alguns casos sem um só vômito — assim como podem ser de tal violência e persistência que se prestam a confusão com vômitos cíclicos, já citados.

Dor

Espontânea, de início periumbilical depois localizada à fossa ilíaca direita, intermitente ou permanente ou surda com recrudescência, podendo tomar o carácter agudo da punhalada, frequentemente revela perfuração mas nem sempre a perfuração é acompanhada de dor sincopal.

Por vezes, a dor é mínima e só a palpação a provoca ou com queixa franca ou com simples contracção facial como dissemos há pouco.

Julgo que a dor espontânea ou provocada é o sintoma mais fiel da apendicite aguda e o único sintoma que forte ou ligeiro, nunca falta na apendicite aguda.

Já falamos da febre e da prisão de ventre.

O exame radiológico nem fornece sinais, nem tem aplicação na apendicite aguda.

Algumas palavras sobre o exame de sangue, contagem e fórmula e o seu valor no diagnóstico da apendicite. É claro, que ele é de rigor em todo o caso ou em toda a suspeita apendicular e ninguém deixa, nem nós, de o fazer, mas vamos a ver se ele merece o religioso respeito que geralmente lhe vemos atribuir.

É comum ouvir dizer a um colega: tenho uma criança suspeita de apendicite aguda. Já lhe pedi uma contagem e fórmula e então vamos a ver.

Eu direi: vamos a ver o quê? Há uma fórmula sanguínea característica da apendicite aguda? Não há. Habitualmente entre 12 e 18 mil, com neutrofilia para além dos 60 %, mas quantas afecções abdominais têm forma semelhante.

Citarei de cor 3 casos: dor abdominal, vômitos, febre moderada 18/19.000, 90 % de neutrófilos; não me convenci, não opere, vigiei. 36 horas depois, perfeita saúde. O que era? Não sei, mas não certamente a supuração apendicular que me tinham afirmado!

Recentemente no serviço: criança entra no Banco, forte suspeita apendicular, uma análise com 5.000 faz hesitar, mais tarde entra com 4.800, febre tifóide, vem ao serviço, mais 5.000, fracos sinais abdominais.

Opera-se ao fim de 6 dias: apendicite aguda perforada com peritonite generalizada.

A leucopénia na apendicite é um sinal de gravidade segura.

O exame de sangue tem incontestável valor, mas enganam-se redondamente, e são muitos os que assim pensam, que ela pode dar indicações definitivas e os que nela se estribem, para o seu diagnóstico, seu modo de proceder e até a sua responsabilidade.

O difícil diagnóstico da apendicite aguda continua a ser clínico e só clínico. O exame de sangue, auxiliar precioso e nada mais.

Pulso — Respiração — Fácies

Triada fundamental para o diagnóstico.

Pulso — Na sua disparidade com a temperatura dá-nos a medida da gravidade e da toxémia.

Respiração — Breve e superficial com a imobilidade autálgica do ventre ou rápida e taquipneica com batimentos das narinas, na toxémia peritoneal.

Fácies — De expressão serena e normal, mas que se contrai ligeiramente quando se palpa o apendicular; o fácies terroso e clássico do drama peritoneal.

Hoje, como há 30 anos, é no que acaba de se expor, evidentemente ponderado, que continua a estar a base do diagnóstico, nos casos duvidosos, não só uma observação, mas repetidos exames com intervalos de poucas horas, pois a própria evolução também é um sinal clínico e dos mais preciosos.

Quanto a prognóstico — É tanto mais grave quanto mais baixa é a idade da criança; que há formas que mesmo abandonadas se resolvem sem operação, outras que caminham para o abcesso apendicular, e ainda que há formas hipertóxicas que causam a morte mesmo operadas nas primeiras 24 horas e nas melhores condições. São raras, mas infelizmente existem.

Tratamento — Operar sempre precocemente com diagnóstico seguro ou de forte probabilidade. Não operar uma apendicite com uma evolução de mais de 5 dias, com bom fácies, bom pulso, bom estado geral — tratamento médico, expectação. Nunca dar um purgante a um doente com dor abdominal e com febre: pode dar um resultado catastrófico.

Do aforismo: «Vale mais operar uma apendicite que não existe, do que correr o risco de não operar uma verdadeira».

É claro que assim é fácil.

Isto levado ao exagero quer dizer: operando-se, salva-se a nossa responsabilidade, tranquiliza-se a família, o doente não tinha apendicite mas agora não a terá, ainda somos agradecidos e para mais retribuídos, e tudo isto à custa do doente, o risco de uma operação inútil e quantas vezes um desastre que o tratamento médico teria solucionado.

Operar todos os casos é fácil.

Deixar de operar certos casos é muito difícil.

Não nos ocupámos aqui, compreende-se, dos casos de apendicite aguda evidente ou de diagnóstico fácil que são em grande número, felizmente. Temo-nos referido somente aos casos difíceis e de diagnóstico arriscado. Temos que ter a coragem de correr esse risco. Para isso somos médicos.

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

IBÁLSAMO BIENGUIÉ

O ANALGÉSICO DE EFICIÊNCIA CONSTANTE PARA O TRATAMENTO LOCAL DAS AFECÇÕES REUMÁTICAS E DAS NEURALGIAS

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

Estudo epidemiológico da tinha do couro cabeludo no Norte de Portugal

Inquérito e factores epidemiológicos

(Continuação do número anterior)

AURELIANO DA FONSECA

O clima da região é do tipo continental, frio no inverno e muito quente no verão. Tem frequentes nevoeiros, sobretudo no inverno, e possui uma pluviosidade média de 134 dias por ano.

A arborização é intensa com numerosas manchas de pinheiros, carvalhos, eucaliptos, choupos e amieiros. As culturas predominantes são o milho, feijão, centeio, batata e vinha.

O concelho possui uma apertada rede de estradas que liga todas as freguesias com a sede (cidade de Braga) e que, por outro lado, a põem em comunicação com todos os centros vizinhos.

As condições sanitárias diferem conforme consideramos a cidade ou as localidades rurais. A zona citadina moderna possui todas as condições de salubridade; todavia, na parte antiga, que é a mais vasta e populosa, há manifestas deficiências neste aspecto. No meio rural, as condições de salubridade são de modo geral também muito deficientes, principalmente motivada pela convivência dos animais nas caves das residências. Não obstante, as más condições são em grande parte atenuadas pelos benefícios do clima e pela abundância de água.

O concelho possui uma população de 84.000 habitantes (40.000 do sexo masculino e 44.000 do sexo feminino) que se distribui por 61 freguesias e 184 povoações, com uma densidade de população de 475 habitantes por quilómetro quadrado.

Existem nesta região 16.400 famílias, sendo 34,8 % constituídas por 1 a 3 pessoas, 41,0 % com 4 a 6 pessoas, 21,2 % com 7 a 10 pessoas, 3,0 % com 11 a 20 pessoas. O número de casais é de 13.300, dos quais 84,1 tem filhos vivos; 54,5 % tem 1 a 3 filhos, 32,3 % tem 4 a 6 filhos, 12,4 % tem 7 a 10 filhos e 0,8 % tem 11 a 15 filhos.

A distribuição etária da população é sensivelmente a seguinte:

Idade	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
0- 4 anos	5.390	5.210	10.600
5- 9 "	4.210	4.060	8.270
10-14 "	4.800	4.360	9.160
15-19 "	4.720	4.470	9.190
20-49 "	11.790	12.460	24.250
50 e mais	9.090	13.440	22.530
Total. . . .	40.000	44.000	84.000

A população deste concelho é constituída por 30.500 pessoas activas (21.100 do sexo masculino e 9.400 do sexo feminino), dedicando-se à agricultura 8.600 (6.900 do sexo masculino e 1.700 do sexo feminino) isto é, 28 %; 8.910 dedicam-se à indústria (6.000 do sexo masculino e 2.900 do sexo feminino) em cerca de 29 %, principalmente à indústria têxtil e metalúrgica. Os restantes 43 % distribuem-se por diversas actividades comerciais, transportes, serviços administrativos, etc.

No total da população activa, o sexo feminino colabora em 42 %; em relação ao total da população feminina a percentagem é de 20,5.

O concelho de Braga possui numerosas feiras e romarias que atraem avultado número de pessoas de todo o norte, particularmente do distrito do Porto. São sobretudo importantes as feiras semanais em Famalicão, Barcelos e Vila Verde.

Quanto a romarias, merecem especial relevo as das Cruzes (em Barcelos), S. João (em Braga), Gualterianas (em Guimarães), S. Bento da Porta Aberta (Gerez), Falperra e Sameiro, etc.

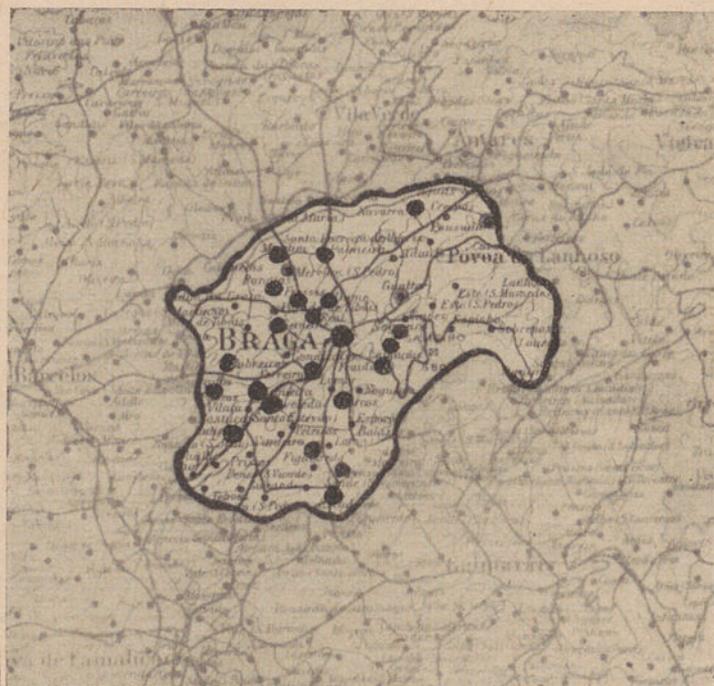
O número de crianças que anualmente frequentam as praias é em número relativamente elevado, sendo principalmente a praia da Póvoa de Varzim que atrai maior número; segue-se depois, Âncora, Fão e Vila do Conde.

Os animais existentes nesta região são fundamentalmente de gado bovino, suíno, ovino e caprino. Quanto a gatos e cães, há grande número das duas espécies, principalmente na cidade.

B) Inquérito sobre a tinha

Visitaram-se todas as escolas do concelho, em número de 126 (78 escolas e 48 postos escolares) com uma população escolar de 8.810 crianças.

Encontraram-se 202 crianças com tinha, sendo 86 no sexo masculino e 116 no sexo feminino. (Mapa n.º 7).



MAPA N.º 7

O género predominante foi o tricofítico, em 143 crianças, seguindo-se o microspórico, em 42 crianças, e em terceiro lugar o favo, em 4 crianças. Encontrámos ainda 13 crianças com infecção mista.

Conseguimos identificar as seguintes espécies:

Tinha tricofítica:	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
T. Violaceum	17	32	49
T. Acuminatum	7	14	21
T. Crateriforme	4	3	7
T. Glabrum	2	2	4
T. Granulosum	2	—	2
T. Roseum	4	1	5
Tinha microspórica:			
M. Felineum	23	19	42
Tinha favosa:			
Achorium Schönlein	3	1	4
Infecções mistas:			
T. Acuminatum — M. Felineum	3	2	5
T. Acuminatum — Ach. Schönlein	2	—	2
T. Violaceum — M. Felineum	2	3	5
T. Violaceum — T. Roseum	1	—	1

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

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

IMUNOBIÓTICO-E

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

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

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

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

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

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

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

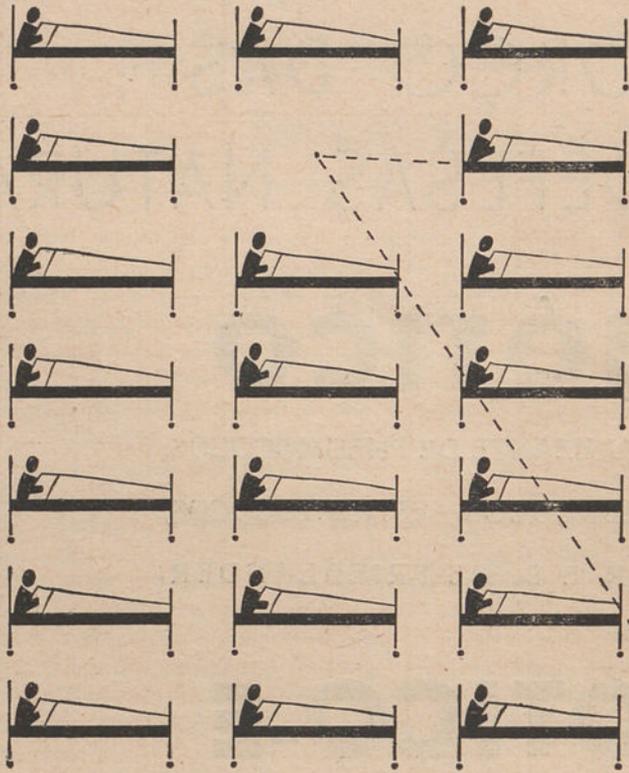
A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

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



Recuperação rápida

Quase todas as doenças deixam como rasto o problema do desequilíbrio nervoso. No Metatone, as propriedades de recuperação do apetite que a Vitamina B₁ apresenta, combinam-se com a influência dos glicerofosfatos no sistema nervoso. O Metatone, de sabor agradável, toma-se com tanta segurança durante a gravidez como durante a lactação, sendo igualmente um tónico excelente para as crianças.

FÓRMULA:

Cada 100 cm³ de Metatone representam:

Vitamina B ₁	0,01 g
Glicerofosfato de cálcio	0,912 g
Glicerofosfato de potássio	0,912 g
Glicerofosfato de sódio	0,456 g
Glicerofosfato de manganês	0,114 g
Glicerofosfato de estriçnina	0,009 g

METATONE

PARKE, DAVIS & Company, Limited (Inc. U. S. A)
 HOUNSLOW Próximo de Londres
 Representada em Portugal pela: SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA (S. A. R. L.)
 Travessa da Espera, 3 LISBOA

FREGUESIAS DO CONCELHO DE BRAGA	POPULAÇÃO RESIDENTE			POPULAÇÃO ESCOLAR OBSERVADA			CASOS DE TINHA		
	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
ADAUFE — (Santa Maria)	1.750	1.780	3.530	226	187	413	—	—	—
ARCOS — (S. Paio)	170	180	350	27	22	49	4	3	7
ARENTIM — (S. Salvador)	330	380	710	85	66	151	—	—	—
AVELEDA — (Santa Maria)	360	420	780	88	51	134	—	1	1
BRAGA — CIVIDADE — (Santiago)	1.150	1.380	2.530				—	—	—
BRAGA — MAXIMINOS — (S. Pedro)	1.730	1.700	3.430				4	2	6
BRAGA — (S. João do Souto)	1.570	2.150	3.720				11	16	27
BRAGA — (S. João de S. Lázaro)	2.330	3.260	5.590	1.278	1.466	2.744	7	—	7
BRAGA — (S. Vicente)	2.650	3.120	5.770				4	4	8
BRAGA — (S. Vitor)	3.710	3.520	7.230				—	3	3
BRAGA — SE — (Santa Maria Maior)	1.740	2.140	3.880				—	3	3
CABREIROS — (S. Miguel)	510	600	1.110	69	73	142	1	2	3
CALEIROS — (S. Lourenço)	580	620	1.200	64	68	132	—	—	—
CRESPOS — (Santa Eulália)	460	580	1.040	60	61	121	—	—	—
CUNHA — (S. Miguel)	300	300	600	—	—	—	—	—	—
DURNE — (S. Martinho)	1.120	1.260	2.380	140	157	297	2	14	16
ESCUDEIROS — (S. Pedro)	340	360	700	44	33	77	—	1	1
ESPINHO — (S. Martinho)	350	370	720	43	60	103	—	—	—
ESPORÕES — (Santiago)	460	440	900	51	54	105	—	—	—
ESTE — (S. Mamede)	510	560	1.070	59	68	127	—	—	—
ESTE — (S. Pedro)	500	560	1.050	59	68	127	—	—	—
FERREIROS — (Santa Maria)	840	920	1.760	85	95	180	—	3	3
FIGUEIREDO — (S. Salvador)	260	240	500	28	17	45	1	—	1
FRAIÃO — (Santiago)	420	150	570	14	14	28	1	4	5
FROSSOS — (S. Miguel)	420	460	880	51	46	97	2	—	2
GONDIZALVES — (Santo André)	300	280	580	37	17	54	—	—	—
GUALTER — (S. Miguel)	620	680	1.300	81	81	162	1	—	1
GUIANDE — (S. Miguel)	140	140	280	15	14	29	—	—	—
LAMAÇAES — (Santa Maria)	290	270	560	42	26	68	1	—	1
LAMAS — (Santa Maria)	110	150	260	16	14	29	—	—	—
LOMAR — (S. Pedro)	690	720	1.410	84	86	170	—	—	—
MERELIM — (S. Paio)	870	900	1.770	113	108	221	7	9	16
MERELIM — (S. Pedro)	580	660	1.240	78	94	167	3	2	5
MIRE DE TIBAES — (Santa Maria)	800	860	1.660	100	90	190	—	—	—
MORREIRA — (S. Miguel)	270	280	550	32	26	58	—	—	—
NAVARRA — (S. Lourenço)	200	250	450	26	21	47	—	1	1
NOGUEIRA — (S. João Baptista)	430	420	850	57	55	112	—	—	—
NOGUEIRO — (S. Salvador)	380	720	1.100	38	45	83	—	1	1
OLIVEIRA — (S. Pedro)	240	240	480	27	27	54	—	—	—
PADIM DA GRAÇA — (Santo Adrião)	570	520	1.090	84	49	133	—	—	—
PALMEIRA — (Santa Maria)	1.510	1.570	3.080	179	181	360	3	6	9
PANÓIAS — (Santa Maria)	560	540	1.100	85	54	139	2	4	6
PARADA DE TIBAES — (S. Paio)	230	250	480	27	26	53	—	—	—
PASSOS — (S. Julião)	310	340	650	50	48	98	5	—	5
PEDRALVA — (O. Salvador)	500	600	1.100	58	63	121	3	6	9
PENSO — (Santo Estêvão)	170	160	330	23	12	35	—	—	—
PENSO — (S. Vicente)	140	160	300	16	14	30	—	4	4
POUSADA — (S. Paio)	240	270	510	40	28	68	8	11	19
PRISCOS — (Santiago)	420	490	910	48	51	99	—	—	—
REAL — (S. Jerónimo)	840	1.020	1.860	108	102	210	3	12	15
RUILHE — (S. Paio)	330	340	670	37	38	75	—	—	—
SANTA LUCRECIA DE ALGERIZ — (Santiago)	220	230	450	36	25	61	—	—	—
SEMELHE — (S. João Baptista)	310	330	640	50	52	102	4	1	5
SEQUEIRA — (Santa Maria)	850	820	1.670	107	122	229	4	2	6
SOBREPOSTA — (Santa Maria)	410	430	840	46	57	103	—	—	—
TADIM — (S. Bartolomeu)	500	550	1.050	73	70	143	5	1	6
TEBROSA — (S. Salvador)	330	340	670	47	30	77	—	—	—
TENÕES — (Santa Eulália)	440	500	940	50	52	102	—	—	—
TRANDEIRAS — (S. Salvador)	140	130	270	12	17	29	—	—	—
VILAÇA — (Santa Eulália)	190	190	380	—	—	—	—	—	—
VIMIEIRA — (Santana)	330	330	660	52	51	103	—	—	—
TOTAIS	44.100	40.040	84.140	4.454	4.456	8.910	86	116	202

Vejamos qual a distribuição etária:

Idade	Tinha tricofítica		Total	Tinha microspórica		Total	Tinha favosa		Total	Infecções mixtas		Total
	SEXO			SEXO			SEXO			SEXO		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
4-6 anos	—	2	2	—	—	—	—	—	—	2	2	4
7-9 >	26	58	84	17	14	31	—	—	—	5	2	7
10-12 >	22	26	48	6	5	11	3	1	4	3	1	4
13-15 >	4	5	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	52	91	143	23	19	42	3	1	4	8	5	13

C) Conclusão:

O concelho de Braga, situado na província do Minho, é

um concelho agrícola, comercial e industrial. Tem um clima do tipo continental húmido e de pluviosidade média.

O inquérito sobre a existência da tinha evidenciou uma percentagem de 2,3 em relação ao total de crianças observadas.

Verificámos que as localidades com crianças doentes estão situadas sobretudo ao longo das estradas que vêm de Barcelos e de Famalicão para Braga, ou que desta cidade partem para o norte, para Vila Verde e Amares. Verificámos, também, que nas localidades a nordeste, situadas na área da Serra da Falperra, não há tinha nem nunca aí foi conhecida.

A cidade de Braga possui 26% dos casos encontrados no concelho, sendo uma grande parte das crianças de nível social médio ou mesmo elevado.

É interessante registar que uma grande percentagem das crianças que têm ou tiveram tinha são crianças que frequenta-

ram as praias da Póvoa de Varzim, Âncora e Vila do Conde, regiões onde a doença é conhecida desde há muitos anos.

CONCELHO DE GONDOMAR

A) *Estudo corográfico, sanitário e demográfico:*

O concelho de Gondomar, situado a leste e sudeste da cidade do Porto, estende-se numa estreita faixa de terreno ao longo da margem direita do Rio Douro. Tem a área de 139 quilómetros quadrados e um solo irregular sem grandes elevações.

Há nesta região 3 rios, em cujas encostas se localizam quase todas as freguesias do concelho. O principal rio é o Douro que estabelece o limite sudoeste do concelho numa grande extensão e que o separa do concelho de Vila Nova de Gaia; segue-se em importância o Rio Sousa que atravessa o concelho a meio, desaguando no Douro; no limite noroeste, a separar da cidade do Porto, existe um pequeno rio, o Rio Tinto.

A proximidade destes rios tornam o clima do concelho muito húmido, com frequentes e densos nevoeiros quase durante todo o ano.

Toda a região é intensamente arborizada, com grandes áreas de pinheiros.

Em virtude das condições climáticas e do elevado índice populacional, o estado sanitário é deficiente, sobretudo nas localidades mais ribeirinhas. As habitações agrupam-se no centro das freguesias, dispersando-se pela periferia, não sendo possível por isso delimitar onde começa e onde acaba cada povoação. Sòmente na sede do concelho e nas localidades limítrofes uma grande parte das habitações, sobretudo as de mais recente construção, possuem satisfatórias condições de salubridade.

Possui o concelho 71.030 habitantes, com a elevada densidade de 511 habitantes por quilómetro quadrado, em 11 freguesias e 163 povoações.

Há 16.100 famílias, e sensivelmente o mesmo número de fogos; 39,6% são constituídas por 1 a 3 pessoas de família, 45,6% tem 4 a 6 pessoas de família 13,5% tem 7 a 10 pessoas e 1,3% tem 11 a 18 pessoas de família.

O número de casais com filhos é de 11.550, (num total de 13.760), sendo 67,4% com 1 a 3 filhos, 25,7% com 4 a 6 filhos, 6,7% com 7 a 10 filhos e 0,2% com 11 a 14 filhos.

A distribuição etária é a seguinte:

Idades	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
0- 4 anos	4.630	4.580	9.210
5- 9 "	3.600	3.410	7.010
10-14 "	3.500	3.320	6.820
15-19 "	3.610	3.340	6.950
20-49 "	11.510	12.020	23.530
50 e mais	8.280	9.230	17.510
Total . . .	35.130	35.900	71.030

O número de pessoas activas é de 27.250 (21.380 do sexo masculino e 5.870 do sexo feminino) que se distribuem pelas seguintes actividades:

	SEXO		Total	Porcentagem
	Masculino	Feminino		
Agricultura e pecuária .	4.000	450	4.450	16,4
Pesca	130	—	130	0,4
Indústrias extractivas (carvão).	1.840	320	2.160	7,8
Indústrias transformadoras (textil, mobiliário, ourivesaria, metalurgia, etc.)	7.700	3.060	10.760	39,3
Outras actividades (comércio, transportes, etc.) .	7.710	2.040	9.750	36,1
Total	21.380	5.870	27.250	100,0

A mulher colabora no trabalho em 21,4% em relação ao total de elementos activos e em 16,3% em relação ao total de habitantes do sexo feminino.

A população vive quase exclusivamente com a cidade do Porto, com a qual tem fáceis meios de comunicação.

B) *Inquérito sobre a tinha*

Visitaram-se 59 escolas e 17 postos escolares com a população escolar de 6.339 crianças, na qual se encontraram 105 casos de tinha.



MAPA N.º 8

FREGUESIAS DO CONCELHO DE GONDOMAR	POPULAÇÃO RESIDENTE			POPULAÇÃO ESCOLAR OBSERVADA			CASOS DE TINHA		
	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
COVELO — (Santa Maria)	5:0	570	1.100	20	20	40	1	2	3
FANZERES — (S. Salvador)	3.800	384	7.640	362	294	656	5	4	9
FOZ DO SOUSA — (S. João)	2.040	2.130	4.170	204	168	372	—	1	1
GONDOMAR — (S. Cosme)	4.850	4.630	9.480	587	440	1.027	4	6	10
JOVIM — (Santa Cruz)	1.660	1.700	3.360	38	41	79	3	5	8
LOMBA — (Santo António)	860	940	1.800	99	83	183	3	4	7
MEDAS — (Santa Maria)	650	750	1.400	75	79	154	3	6	9
MELRES — (Santa Maria)	1.000	1.100	2.100	107	95	202	5	4	9
RIO TINTO — (S. Cristóvão)	11.040	11.230	22.270	825	645	1.470	9	10	19
S. PEDRO DA COVA — (S. Pedro) . . .	3.960	3860	7.820	543	277	820	5	8	13
VALBOM — (S. Veríssimo)	4.740	5150	9.890	851	486	1.337	9	8	17
TOTAIS	35.130	35.900	71.030	3.711	2.628	6.339	47	58	105

A quase totalidade dos casos identificados são de tinha tricofítica (93,3 %) seguindo-se a tinha favosa (4,8 %) e em terceiro lugar a tinha microspórica (1,9 %).

	SEXO		TOTAL	Porcentagem
	Masculino	Feminino		
Tinha tricofítica	42	56	98	93,3
Tinha microspórica	2	—	2	1,9
Tinha favosa	3	2	5	4,8
Total	47	58	105	100,0

As espécies tricofíticas identificadas foram o «T. Violaecum» em 36 casos (83,7 %), depois o «T. Acuminatum» em 4 casos (9,3 %), o «T. Crateriforme» em 2 casos (4,7 %) e um caso de infecção mista («T. Violaecum»-«A. Schonlein»).

	SEXO		TOTAL	Porcentagem
	Masculino	Feminino		
T. Violaecum	21	15	36	83,7
T. Acuminatum	2	2	4	9,3
T. Crateriforme	—	2	2	4,7
T. Violaecum — A. Schonlein	1	—	1	2,3
Total	24	19	43	100,0

A distribuição etária é a seguinte:

	Tinha tricofítica			Tinha microspórica			Tinha favosa			Total
	SEXO			SEXO			SEXO			
	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	
7-9 anos	13	22	35	2	—	2	—	—	—	37
10-12 »	29	34	63	—	—	—	3	2	5	68
Total	42	56	98	2	—	2	3	2	5	105

C) Conclusão:

O concelho de Gondomar, situado numa faixa de terreno ao longo do Rio Douro, é uma região de vida essencialmente industrial, a qual ocupa 47,1 % da população. O sexo feminino colabora no trabalho em 16,3 % em relação ao total da população feminina e em 21,4 % em relação ao total de elementos activos.

O inquérito sobre os casos de tinha evidenciou a sua existência em 1,7 % da população escolar, dispersando-se a doença por todas as freguesias do concelho, ainda que mais acentuadamente nas localidades ribeirinhas.

A tinha já é conhecida nesta região desde há muitos anos; porém, nos últimos anos tem-se acentuado.

CONCELHO DE MELGAÇO

A) Estudo corográfico, sanitário e demográfico:

Situado no extremo norte do País este concelho estabelece fronteira com a Galiza a norte e leste e sudeste; a oeste e sudoeste ficam-lhe os concelhos de Monção e Arcos de Valdevez.

Tem a área de 173 quilómetros quadrados, em terreno muito acidentado, sobretudo para sul, onde a altitude ultrapassa os 1.000 metros.

No limite norte passa o Rio Minho que é o acidente hidrográfico mais importante do concelho. Há mais 4 pequenos rios que descem da serra do Suajo, 2 para o norte, a desaguar no Rio Minho e outros 2 para o sul em direcção ao Rio Lima.

No aspecto climático devemos considerar duas regiões, a

do norte ao longo do vale do Minho e a do Sul estendida em plena serra. Na primeira, o clima é um pouco húmido; na segunda, o clima é frio e seco.

Em virtude da riqueza de água, toda a região tem abundante vegetação, com excepção da área montanhosa onde o terreno é árido com grandes manchas de mato.

É uma região saudável, mesmo na área fluvial. As povoações tendem a agrupar-se, sobretudo na zona montanhosa, onde as condições de salubridade habitacional são muito deficientes, com janelas pequenas, pouca luz e deficiente arejamento, vivendo os animais nas caves das habitações ou ao lado. Nas localidades ribeirinhas, porém, as condições de salubridade são, pelo contrário, já razoáveis.

A principal produção agrícola é o milho, excepto nas montanhas onde só se produz centeio e batata.

O número de habitantes é de cerca de 18.000, em 18 freguesias e 425 povoações, sendo a densidade populacional de 101 habitantes por quilómetro quadrado.

Há 4.300 famílias, 44,1 % constituídas por 1 a 3 pessoas, 42,8 % com 4 a 6 pessoas, 12,2 % com 7 a 10 pessoas e 0,9 % com 11 a 12 pessoas. O número de casais com filhos é de cerca de 2.600, num total de 3.100. Em 64,6 % dos casais, há 1 a 3 filhos, em 27,4 % há 4 a 6 filhos, em 7,9 % há 7 a 10 filhos e em 0,1 % há mais de 11 filhos.

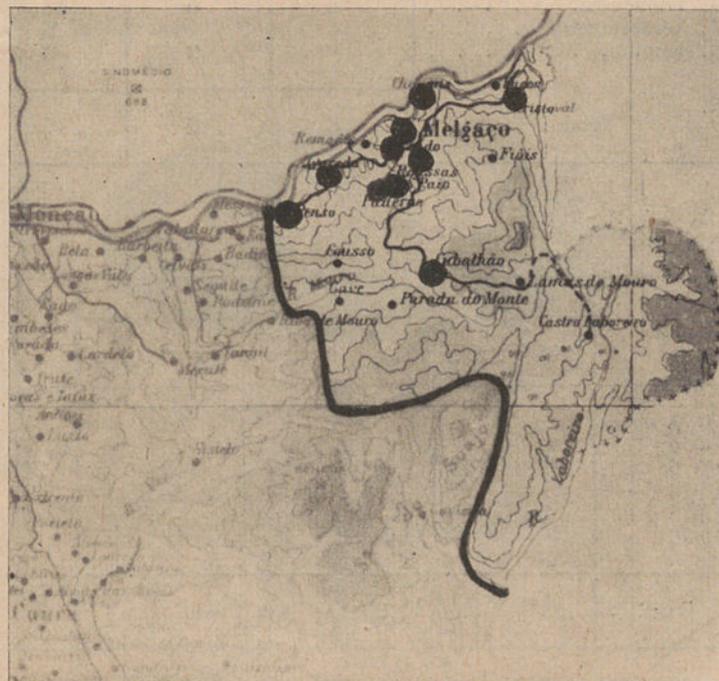
A distribuição etária foi a seguinte:

Idade	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
0-4 anos	890	830	1.720
5-9 »	930	880	1.810
10-14 »	909	810	1.710
15-19 »	790	890	1.680
20-49 »	2.400	2.570	4.970
50 e mais anos	2.380	3.520	5.900
Total	8.290	9.500	17.790

A população activa do concelho tem 7.400 pessoas (5.200 do sexo masculino e 2.200 do sexo feminino) que se dedica quase exclusivamente à agricultura (81,1 %). Os restantes elementos dedicam-se à indústria local, transportes, serviços administrativos, etc.

A mulher colabora na vida activa em 42,3 % em relação ao total da população activa, o que é justificado pela intensa emigração que se verifica nesta região. A população tem vida local, sobretudo a que reside na área montanhosa. A deslocação dos habitantes faz-se da montanha para a zona ribeirinha e daqui para Monção, Valença e Viana do Castelo.

Há bastante gado bovino, caprino e ovino. Como animais selvagens há lobos e raposas.



MAPA N.º 9

FREGUESIAS DO CONCELHO DE MELGAÇO	POPULAÇÃO RESIDENTE			POPULAÇÃO ESCOLAR OBSERVADA			CASOS DE TINHA		
	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
ALVAREDO — (S. Mart.º de Alvaredo)	400	450	850	50	43	93	3	—	3
CASTRO LABOREIRO — (Santa Maria Porta Castro Laboreiro)	900	1,040	1 940	85	97	182	—	—	—
CHAVIAES — (Santa Maria Madalena)	380	460	840	40	35	75	—	6	6
COUSSO — (S. Tomé)	330	390	720	35	45	80	—	—	—
CRISTÓVAL — (S. Mart.º de Cristóval)	660	700	1,260	40	56	96	—	3	3
CUBALHÃO — (St.ª M.ª de Cubalhão)	190	190	380	32	24	56	1	—	1
FLAËS — (Santa Maria de Flães)	490	510	1,000	44	36	80	—	—	—
GAVE — (Santa Maria de Gave)	330	380	710	33	30	63	—	—	—
LAMAS DE MOURO — (S. João)	180	170	350	51	27	78	—	—	—
MELGAÇO—VILA—(St.ª M.ª da Porta)	680	790	1,470	104	114	218	3	—	3
PAÇOS	430	490	920	47	42	89	—	1	1
PADERNE — (S. Salvador)	1,010	1,170	2,180	123	95	218	4	4	8
PARADA DO MONTE — (S. Mamede)	480	490	970	53	55	108	—	—	—
PENSO — (Santiago)	400	490	890	51	40	91	1	—	1
PRADO — (S. Lourenço)	260	339	599	48	29	77	—	1	1
REMOAËS — (S. João)	100	130	230	—	—	—	—	—	—
ROUSSAS — (Santa Marinha)	530	620	1,150	80	50	130	1	3	4
S. PAIO — (S. Paio)	650	680	1,330	75	59	134	4	2	6
TOTAIS	8.290	9.500	1.7790	991	877	1 868	17	20	37

C) *Inquérito sobre a tinha*

Observou-se quase toda a população escolar, no total de 1.868 crianças, entre as quais se descobriram 37 casos de tinha: 33 de tinha tricofítica e 4 de tinha favosa.

	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
Tinha tricofítica	12	21	33
Tinha favosa ..	4	—	4
Total....	16	21	37

Identificámos no género tricofítico 10 casos de «T. Violaceum», 5 de «T. Acuminatum» e 2 casos de «T. Roseum»; nos restantes não conseguimos obter culturas positivas.

	Sexo masculino	Sexo feminino	TOTAL
T. Violaceum.	4	6	10
T. Acuminatum	4	1	5
T. Roseum.	—	2	2
Total	8	9	17

A distribuição etária foi a seguinte:

Idade	Tinha tricofítica			Tinha favosa			Total
	SEXO		M+F	SEXO		M+F	
	M	F		M	F		
0-3 anos	—	1	1	—	—	—	1
4-6 "	—	1	1	—	—	—	1
7-9 "	11	11	22	2	—	2	24
10-12 >	1	7	8	1	—	1	9
13-15 >	1	—	1	—	—	—	1
16-20 >	—	—	—	1	—	1	1
Total. .	13	20	33	4	—	4	37

Os casos fávicos foram todos encontrados em duas freguesias vizinhas (Roussas e S. Paio).

C) *Conclusões:*

O concelho de Melgaço estende-se numa região montanhosa, estando a maioria das freguesias dispersas ao longo dos vales dos rios Minho e Douro. É uma região exclusivamente agrícola, de clima seco e com vida quase puramente local.

A população tem vida muito modesta, vivendo em condições de salubridade muitíssimo deficientes, particularmente os habitantes da zona montanhosa.

No inquérito sobre a tinha, encontraram-se 33 casos entre a população escolar, e 4 em idade não escolar.

Considerando apenas a relação com a população escolar, a percentagem de tinha é de 1,8.

As localidades onde se identificaram casos de tinha situam-se ao longo do vale do Rio Minho. Fora desta área, apenas se identificou 1 caso em Cubalhães, freguesia situada no centro do concelho.

A tinha não tem sido conhecida nestas regiões e não, tem, por isso, constituído problema para a população.

Há algumas crianças residentes na zona ribeirinha que costumam frequentar as praias de Âncora, de Viana do Castelo e da Póvoa de Varzim.

CONCELHO DE PAREDES DE COURA

A) *Estudo corográfico, sanitário e demográfico:*

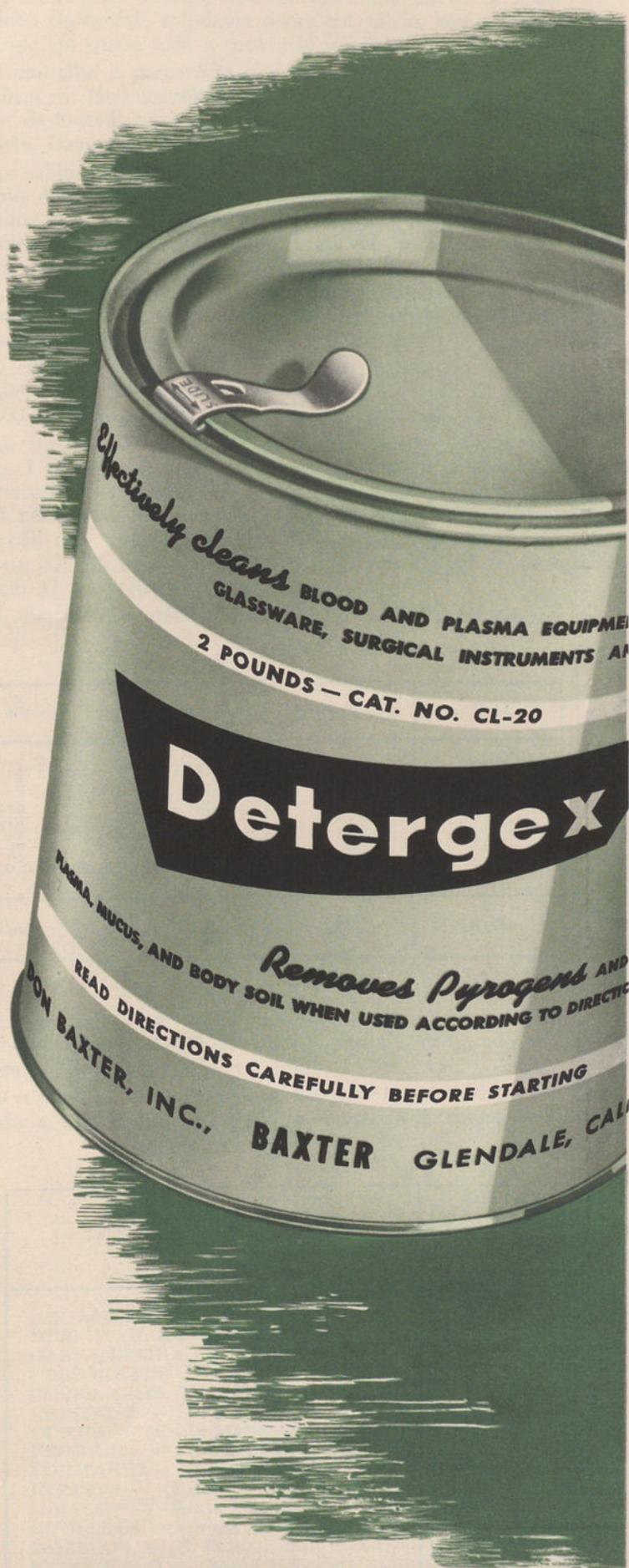
O concelho de Paredes de Coura encontra-se na província do Minho, distrito de Viana do Castelo, entre os concelhos de Vila Nova de Cerveira, Valença e Monção, que o limitam, respectivamente, a oeste e norte, e pelos concelhos de Arcos de Valdevez e de Ponte do Lima, que lhes ficam a leste e sul. A área é de cerca de 134 quilómetros quadrados, sendo o terreno acidentado com uma altitude média oscilante entre 300 a 600 metros; alguns pequenos montes localizados a norte vão até cerca de 900 metros de altitude.

A região é atravessada de nordeste para sudoeste pelo Rio Coura, afluente do Rio Minho, que divide o concelho em duas partes sensivelmente iguais.

Os factores climáticos são diferentes conforme nos situamos no inverno ou no verão. No inverno, o clima é bastante frio; porém é seco e sem grandes nevoeiros, mesmo nos vales, a despeito da abundância de água e da intensa vegetação. No verão o clima é temperado.

A predominância dos ventos depende também da época do ano: nordeste na estação quente e sudoeste no inverno.

Toda a região é regularmente arborizada, predominando o pinheiro e o carvalho. A cultura principal é o milho, havendo também batata, feijão e vinho, sobretudo na parte baixa da



*Para a limpeza rápida,
fácil, eficiente e económica
de material cirúrgico e
laboratorial, use*

Detergex[®]

especialmente estudado pelos laboratórios norte-americanos "BAXTER" para remover sangue seco, plasma, soro, etc. e destruir, ao mesmo tempo, o pirogénio.

Da sua aplicação, resultará:

RAPIDEZ - Mesmo no material de difícil limpeza, DETERGEX actua rapidamente, economizando-se tempo e trabalho.

FACILIDADE - Ao fim de dez minutos de imersão numa solução de DETERGEX, instrumentos cirúrgicos ou material de vidro ficam quimicamente limpos, sem cheiro e brilhantes.

EFICIÊNCIA - DETERGEX, quando usado de acordo com as instruções respectivas, não só remove a sujidade e a contaminação visível, como também destrói o pirogénio, independentemente da maior ou menor complexidade do material.

ECONOMIA - Apenas 28 gramas de DETERGEX - cujo custo é inferior a Esc.: 4\$00 - são necessários para a preparação de quatro litros e meio de solução. Esta solução conserva-se indefinidamente.



Distribuidores:

MUNDINTER

Intercâmbio Mundial de Comércio, S. A. R. L.
Av. António Augusto de Aguiar, 138 - LISBOA

região. Os montes são quase inteiramente recobertos de giesta e tójo.

De modo geral o solo é fértil devido à abundância de água e ao adubo do curral; é todavia pobre em cálcio, como parece verificar-se em quase toda a província minhota.

O concelho é percorrido por boas e numerosas estradas que o põem em fácil comunicação com todas as principais terras vizinhas, deslocando-se a população principalmente para Viana do Castelo, Caminha, Valença e Ponte do Lima.

As habitações são em regra pequenas e com janelas estreitas, como defesa contra o frio e a chuva. Nas casas de dois pavimentos, o primeiro pavimento é geralmente térreo, ocupado pelos animais que deste modo estão acessíveis para lhes fornecerem os alimentos. A não ser as habitações que se situem nos montes, a maior parte das casas tem deficiente arejamento, com as estrumeiras ao lado. As habitações tendem para se agruparem, constituindo a povoação.

O concelho possui 16.000 habitantes distribuídos por 21 freguesias e 313 povoações; a densidade de população oscila entre 100 a 280 habitantes por quilómetro quadrado.

As famílias são cerca de 3.700: 41,6 % são constituídas por 1 a 3 pessoas, 40,5 % por 4 a 6 pessoas, 16,2 % por 7 a 10 pessoas e as restantes 1,7 % por mais de 11 pessoas.

O número de casais é de 2.600, dos quais apenas cerca de 400 não têm filhos vivos. Em 54,3 % dos casais há 1 a 3 filhos, em 33,1 % há 4 a 6 filhos, 10,7 % tem 7 a 10 filhos e 20 % tem 11 a 14 filhos.

A distribuição etária da população é mais ou menos a seguinte:

Idade	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
0- 4 anos	1.010	970	1.980
5- 9 >	880	870	1.750
10-14 >	780	800	1.580
15-19 >	710	780	1.490
20-49 >	2.010	2.260	4.270
50 e mais anos	2.010	2.920	4.930
Total . . .	7.400	8.600	16.000

A população é constituída por 5.700 pessoas activas (4.300 do sexo masculino e 1.400 do sexo feminino), dedicando-se à agricultura 79 %.

O restante 21 % dos elementos activos é quase inteiramente destinado a serviços administrativos, comércio e transportes;

sòmente 5 % se dedica a pequena indústria local de madeiras, vestuário e calçado.

Como se verifica, esta região é praticamente apenas agrícola, com a propriedade muito dividida, tendo a população uma vida muito modesta. Os recursos económicos são sobretudo da cultura do milho e da venda de gado bovino, caprino, suíno e galinhas. Uma grande parte do gado bovino é da raça galega importada da Galiza.

Quanto a feiras, devem salientar-se principalmente as feiras na sede do concelho, onde vem gente de todo o Alto Minho; quanto a romarias, são sobretudo de interesse as de S. Bento (em Cossourado), Senhora do Livramento (Formariz), Senhora do Rosário (Bico) e Senhora de Fátima (Castanheira). A população frequenta ainda as feiras Novas e Senhora do Socorro (em Ponte do Lima), Senhora da Agonia (Viana do Castelo) e S. João (em Braga).

As crianças frequentam muito pouco as praias; todavia, o pouco número que as frequentam vão particularmente para Âncora e Viana do Castelo.

Em virtude das modestas condições económicas do meio, o trabalhador rural procura emigrar, sobretudo para o Brasil.



MAPA N.º 10

FREGUESIAS DO CONCELHO DE PAREDES DE COURA	POPULAÇÃO RESIDENTE			POPULAÇÃO ESCOLAR OBSERVADA			CASOS DE TINHA		
	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino		Masc.	Fem.	
AGUALONGA — (S. Paio)	260	330	590	34	31	65	6	2	8
BICO — (S. João Baptista)	480	530	1.015	40	26	66	—	1	1
CASTANHEIRA — (S. Pedro)	440	529	960	34	39	73	4	2	6
COSSOURADO — (Santa Maria)	300	320	620	39	42	81	—	1	1
COURA — (S. Martinho)	390	520	910	61	67	128	—	4	4
CRISTELO — (S. Miguel)	260	300	560	22	32	54	—	2	2
CUNHA — (Santa Maria da Colina) ...	430	480	910	41	43	84	1	—	1
FERREIRA — (S. Mamede)	470	530	1.000	93	29	127	4	5	9
FORMARIZ — (S. Pedro)	480	570	1.050	55	62	117	5	2	7
INFESTA — (Santiago Maior)	400	490	890	46	41	87	1	—	1
INSALDE — (Santa Maria)	370	430	800	45	44	87	1	1	2
LINHARES — (Santa Marinha)	140	186	320	11	14	25	1	2	3
MOZELOS — (S. Paio)	300	300	600	35	27	62	1	1	2
PADORNELO — (Santa Marinha)	380	406	780	41	30	71	—	1	1
PARADA — (S. Pedro Fins)	280	290	570	26	22	48	13	18	31
PAREDES DE COURA — (St.ª Maria)	620	740	1.360	75	69	144	—	—	—
PORREIRAS — (S. Miguel)	60	100	160	—	—	—	3	1	4
REZENDE — (S. Salvador)	310	300	610	43	39	82	1	2	3
ROMARIGÃES — (Santiago)	260	340	600	32	25	57	4	10	14
RUBIÃES — (S. Pedro)	600	700	1.300	83	69	152	1	2	3
VASCÕES — (S. Pedro)	170	230	300	22	21	43	—	—	—
TOTAIS	7.400	8.600	16.000	881	772	1.653	46	57	103

B) *Inquérito sobre a tinha*

O inquérito sobre a existência da tinha no couro cabeludo foi realizado concentrando as crianças de todas as escolas das 21 freguesias em 5 centros de observação:

- 1.º centro: em Rubiães: as freguesias de Coura, Agualonga, Romarigães e Rubiães;
- 2.º centro: em Formariz: as freguesias de Ferreira, Infesta, Cossourado, Linhares e Formariz;
- 3.º centro: em Padornelo: as freguesias de Parada, Mozeles, Insalde e Padornelo;
- 4.º centro: em Bico: as freguesias de Cristelo, Vascões e Bico;
- 5.º centro: em Paredes de Coura: as freguesias de Rezen-de, Castanheira, Cunha e Paredes de Coura.

Examinámos 1.653 crianças pertencentes a 30 escolas e 10 postos escolares.

A inspecção resultou eficiente e fácil, com grande espírito de compreensão e de boa vontade por parte de toda a população. Claro está que concorreu para isto o facto das respectivas autoridades sanitárias e o corpo escolar terem organizado e colaborado na preparação de ambiente propício aos fins que se pretendiam.

Identificaram-se 103 casos de tinha, 46 em crianças de sexo masculino e 57 em crianças do sexo feminino. Nestes 103 casos, 99 são de tinha tricofítica (96,1%) e os restantes 4 são de tinha favosa, encontrados nas freguesias de Castanheira e de Rezen-de.

A distribuição etária foi a seguinte:

Idade	Tinha tricofítica			Tinha favosa			Total
	Sexo		TOTAL	Sexo		TOTAL	
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino		
7-9 anos	22	26	48	1	1	2	50
10-12 »	23	28	51	—	2	2	53
Total....	45	54	99	1	3	4	103

O estudo da espécie tricofítica só foi possível em 47 casos: 29 casos de «T. Violaceum», 15 casos de «T. Acuminatum» e 3 casos de «T. Rubrum».

	Sexo		Total	Porcentagem
	Masculino	Feminino		
T. Violaceum	16	13	29	61,7
T. Acuminatum	8	7	15	31,9
T. Rubrum	2	1	3	6,4
Total....	26	21	47	100,0

C) *Conclusão:*

O concelho de Paredes de Coura está situado numa região montanhosa, de clima seco e com poucos nevoeiros, frio no inverno e temperado no verão.

A população dedica-se quase exclusivamente à agricultura (79% da população activa), colaborando a mulher activamente em 25%, em relação ao total da população activa, e em 16,2% em relação ao total da população feminina.

A existência da tinha nesta região só foi identificada há poucos anos e em casos isolados e dispersos.

A quase totalidade das crianças observadas usam o cabelo comprido; todavia, de um modo geral as cabeças apresentavam-se com higiene satisfatória.

Os casos de tinha identificados, ainda que se situem em localidade dispersas, no entanto, apresentaram-se com maior incidência nas localidades localizadas ao longo das margens do Rio Coura.

Em relação ao total de crianças observadas registámos 6,2% de casos de tinha.

CONCELHO DA PÓVOA DE VARZIM

A) *Estudo corográfico, sanitário e demográfico*

O concelho da Póvoa de Varzim está situado no extremo norte do distrito do Porto, limitado a norte, leste e sul, respectivamente pelos concelhos de Esposende, Famalicão e Vila do Conde, e a oeste pelo Oceano.

Possui uma área relativamente pequena, de 87 quilómetros quadrados, cujo solo é praticamente uma planície um pouco ondulada a leste, com uma pequena elevação a norte, o Monte de S. Félix, com 200 metros de altitude.

Como acidente hidrográfico existe unicamente um pequeno rio que atravessa de norte a sul a freguesia de Balazar, situada na extremidade oriental do concelho, e que desagua no rio Ave.

O clima é francamente influenciado pelo mar, com o grau elevado de humidade de 78,9%, registado como valor médio nos últimos 5 anos. Tem muitos dias de nevoeiro que envolve quase todo o concelho, ainda que predominando nas freguesias do litoral. A pluviosidade é relativamente elevada, tendo-se registado durante os últimos 5 anos a média anual de 106 dias de chuva. É também uma região muito ventosa, com predominância no verão, de ventos do quadrante norte; no inverno são sobretudo frequentes os ventos do quadrante sul, fortes e tempestuosos.

A flora do concelho é pouco intensa, havendo apenas algumas manchas de pinheiros marítimos e carvalhos a norte e no interior da região; as culturas são sobretudo a batata e o milho.

Todas as freguesias do concelho estão ligadas à vila por uma boa rede de estradas; por sua vez a vila está em rápida ligação com todas as principais vilas e cidades limítrofes por esplêndidas estradas e caminhos de ferro.

No aspecto sanitário e de salubridade, devemos considerar, separadamente, a vila da Póvoa de Varzim e as restantes localidades do concelho. Na vila, na parte sul e marítima, onde existe o antigo bairro pescatório, as casas são todas de um só pavimento, insalubres e de fraca construção, sem a necessária ventilação e iluminação; porém, nas zonas central e norte da vila, a salubridade das habitações é de modo geral suficiente, predominando as habitações de tipo individual em ordem contínua. Só no centro da vila há algumas casas com dois e três pavimentos.

Nas restantes freguesias do concelho, a salubridade é também um pouco deficiente, dado que são freguesias de vida puramente rural, cujas casas albergam os animais nas caves ou ao lado.

Todavia, na maioria, as casas são dispersas, e dada a frequência e intensidade dos ventos têm suficiente arejamento.

Ponderando os factores climáticos referidos e as condições habitacionais da maioria dos habitantes, sobretudo no meio rural, podemos compreender que o aspecto sanitário geral do concelho seja um pouco deficiente.

A população do concelho é de 37.900 habitantes, dos quais 17.700 são do sexo masculino e 20.200 são do sexo feminino. Dispersa-se esta população por 12 freguesias, pertencendo à sede 44% dos habitantes.

A densidade populacional é elevada, com 430 habitantes por quilómetro quadrado.

Possui o concelho 8.050 famílias que vivem em 6.760 fogos, cuja distribuição é a seguinte:

Freguesias	População	Famílias	Fogos
A-Ver-o-Mar	3.640	450	750
Aguçadoura	2.950	280	610
Amorim	1.650	130	330
Argivai	780	540	140
Balazar	1.700	370	380
Beiriz	2.050	440	470
Estela	1.900	330	370
Laundos	1.410	330	350
Nabais	1.500	240	290
Póvoa de Varzim	16.960	2.980	3.600
Rates	1.580	340	380
Terroso	1.780	330	380
Total	37.900	6.760	8.050

GUAIACOL CÁLCICO

(Guaiacolato de cálcio)

AFECÇÕES BRONCO-PULMONARES

eliminando, totalmente, os inconvenientes do guaiacol e dos seus sais por via oral ou parenteral, assim como os do cálcio por via endovenosa.



Caixas de 10 ampolas de 2 e 5 c. c.

» » 36 grajeias

AMINOIODARSOLO

Iodo
Arsénio
Histidina
Ácido glutâmico
Caixas de 5 amps. de 2 e 5 c. c.

ASCORBISTAL

Ascorbato de histidina
Ampolas de 5 c. c.
Úlceras gástricas e duodenais

ORISTIDAL

Histidina
Hidrato de alumínio coloidal
Caixas de 4 tubos
de 15 comprimidos açucarados

BALCORTIL

Extracto natural de córtex supra-renal
Ampolas de 1 c. c.

BROMOTIREN

Dibromotirosina
Cura brômica e tratamento
biológico das hipertireoses

ZIMEMA K

Factor opoterápico e vitamínico
da coagulação do sangue
Ampolas de 2 e 5 c. c.

M. RODRIGUES LOUREIRO

Rua Duarte Galvão, 44 — LISBOA

CONCESSIONÁRIO EXCLUSIVO DO

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

V. BALDACCI-Pisa

HIPNOLAMINA

ANALGÉSICO - ANTIESPASMÓDICO CORRECTO

ESTA FÓRMULA PROVOCA

MENOS NÁUSEAS
MENOS VÓMITOS
E MENOR DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA

Cloridrato de morfina	0,010 gr.
Bromidrato de escopolamina	0,0002 »
Sulfato de esparteína	0,020 »
Cloridrato de efedrina	0,010 »
Água destilada q. b. p.	1 c. c.

Caixas de 1 ampola

DO QUE A MORFINA ISOLADAMENTE

A conjugação proporcionada dos fármacos que entram na constituição da Hipnolamina deu origem a um

NARCÓTICO • ANALGÉSICO • ANTIESPASMÓDICO PERFEITO

- Acção analgésica e antiespasmódica da morfina.
- Potenciação da acção analgésica e antiespasmódica pela escopolamina.
- Correção da acção depressora central da morfina-escopolamina pela esparteína e efedrina.
- Acção terapêutica rápida, demorada, segura e corrigida.

Analgésico-antiespasmódico (cólicas biliares e reno-uretrais, etc.)

Analgésico nas dores violentas de qualquer natureza; nos traumatismos graves e na dor do cancro; para facilitar transporte de feridos; para facilitar a execução de manobras diagnósticas ou terapêuticas dolorosas: no post-operatório.

Anestesia (para preparar ou completar as anestésias locais ou gerais, como anestesia de base).

LABORATÓRIO SANITAS



Nas 8.050 famílias, há 37,7 % constituídas por 1 a 3 pessoas, 40,6 % constituídas por 4 a 6 pessoas, 17,2 % com 7 a 10 pessoas e 4,5 % com mais de 11 pessoas.

Há no concelho cerca de 5.800 casais com filhos e 900 sem filhos. Entre os primeiros, 56,7 % tem 1 a 3 filhos, 31,8 % tem 4 a 6 filhos, 10,9 % tem 7 a 10 filhos e apenas 0,6 % tem 11 a 14 filhos.

Vejamos, agora, a distribuição etária da população do concelho:

Idade	Sexo masculino	Sexo feminino	Totais
0-4 anos	2.840	2.630	5.470
5-9 >	2.140	2.110	4.250
10-14 >	2.050	1.910	3.960
15-19 >	1.890	1.960	3.850
20-49 >	6.630	7.800	14.430
50 e mais anos	2.150	3.790	5.940
Total . . .	17.700	20.200	37.900

A população activa é de 14.600 indivíduos (9.500 do sexo masculino e 5.100 do sexo feminino) com a seguinte distribuição profissional:

Classes de actividade	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	Porcentagem
	N.º de casos	Porcentagem	N.º de casos	Porcentagem		
Agricultura e Pecuária . .	3.970	41,8	2.040	40,0	6.010	41,2
Pesca	1.040	10,9	10	0,2	1.050	7,2
Indústrias extractivas . .	20	0,2	—	—	20	0,1
Indústrias transformadoras . .	1.370	14,5	1.270	24,9	2.640	18,1
Construção . .	1.340	14,1	30	0,6	1.370	9,4
Comércio . . .	720	7,6	490	9,6	1.210	8,3
Serviços diversos	1.040	10,9	1.260	24,7	2.300	15,7
Total	9.500	100,0	5.100	100,0	14.600	100,0

O sexo feminino colabora no trabalho em 35 % em relação ao total da população trabalhadora, e em 25,2 % em relação ao total da população feminina.

Quase todas as freguesias têm, pelo menos, uma festa de

romaria anual, sendo a mais importante a que se realiza na vila (Nossa Senhora da Assunção).

Para esta romaria desloca-se grande número da população do concelho e das terras limítrofes, principalmente do Porto, Braga, Famalicão e Barcelos. Quanto a feiras, as mais importantes são as que se realizam na vila, duas vezes por mês.

A população do concelho, e principalmente a da vila, mantém intensa vida com as cidades do Porto, Barcelos e Braga e com a vila de Famalicão. Por outro lado, a vila recebe anualmente a visita de milhares de pessoas que de todo o norte por aí passam ou permanecem durante a época balnear.

Como se verifica, pela análise do quadro da população activa, o concelho é essencialmente um concelho agrícola (41,2 % da população activa), tendo uma fraca indústria de conservas e afins, que desde há alguns anos vem sendo muito prejudicada pela falta de peixe. Por isso, a família pescatória, que reside toda na vila (onde representa 26 % da população), tem sido obrigada a emigrar para outras regiões piscícolas, principalmente de Matosinhos, Porto e Espinho.

Sobre o ponto de vista agrícola, o concelho é farto, sobretudo em batata e milho.

Para terminar o estudo sobre o concelho da Póvoa de Varzim, resta referir que os animais existentes são o boi, o cavalo e o burro, e em grande escala o gato e o cão.



MAPA N.º 11

FREGUESIAS DO CONCELHO DA PÓVOA DE VARZIM	POPULAÇÃO RESIDENTE			POPULAÇÃO ESCOLAR OBSERVADA			CASOS DE TINHA		
	SEXO		M/F	SEXO		M/F	SEXO		M/F
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino		Masc.	Fem.	
A-VER-O-MAR — (Nossa Senhora das Neves)	1.800	1.840	3.640	220	208	428	18	7	25
AGUÇADOURA — (Nossa Senhora da Boa Viagem)	1.440	1.510	2.950	170	200	370	17	23	40
AMORIM — (Santiago)	750	900	1.650	92	99	191	5	7	12
ARGIVAI — (S. Miguel)	410	370	780	39	46	85	—	1	1
BALAZAR — (Santa Eulália)	780	920	1.700	88	98	186	2	4	6
BEIRIZ — (Santa Eulália)	980	1.070	2.050	111	83	199	11	10	21
ESTELA — (Santa Maria)	910	990	1.900	102	109	211	5	14	19
LAUNDOS — (S. Miguel)	650	760	1.410	83	99	182	1	2	3
NAVAIS — (Divino Salvador)	740	760	1.500	86	71	157	—	1	1
PÓVOA DE VARZIM — (Nossa Senhora da Conceição)	7.630	9.380	16.960	816	869	1.686	239	340	579
RATES — (S. Pedro)	780	850	1.580	72	77	149	1	2	3
TERROSO — (S. Salvador)	880	900	1.780	125	100	225	10	23	33
TOTAIS	17.700	20.200	37.900	2.003	2.064	4.067	309	434	743

(Continua no próximo número)

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Exame clínico corrente da laringe

FRANCISCO DA SILVA ALVES

JEREMIAS DA SILVA

Realizou-se no ano corrente, em Lisboa, o X Congresso da Societês Oto-Rhino-Laryngologica Latina, organismo que nasceu em 1929, tendo por fim reunir periódicamente em Congressos os oto-rino-laringologistas latinos; porém, às reuniões da Sociedade, assistem também especialistas de tendências latinas, embora de outros países. A última guerra prejudicou a actividade deste organismo, impedindo, durante alguns anos, a realização dos Congressos. O último, o X — o primeiro, de oto-rino-laringologia, que se celebrou em Portugal — constituiu um grande successo, sobretudo devido aos esforços do seu Presidente, o Prof. Carlos Larroudé, e do Secretário, Dr. Campos Henriques — e a ele foram apresentadas 33 comunicações que acabam de ser reunidas em volume — Caderno 4, de Julho de 1954, dos «Cadernos Científicos», prestigiosa publicação editada pelo Instituto Pasteur de Lisboa. Mais uma vez esta publicação presta um grande serviço à medicina, com um desinteresse que é digno dos maiores louvores.

Transcrevemos, a seguir, uma das comunicações que têm interesse geral, com o título «Exame clínico corrente da laringe».

A laringe, órgão fonatório e respiratório, deve ser examinada segundo a técnica geral dos exames de todos os outros órgãos, mas dada a particularidade da sua localização, há que recorrer a artifícios, para colher melhores resultados. Em virtude das suas funções, já citadas, o sofrimento da laringe traduz-se por sinais de natureza quer fonatória, quer respiratória, mas como faz parte integrante do respectivo sistema, o seu exame não deve ser meramente local, mas atingir todo o aparelho respiratório. Consequentemente, não se pode prescindir do exame geral do organismo. O nosso exame deve ser metódico e sistemático e começar, classicamente, pelo interrogatório do doente, que muitas vezes nos refere a existência duma doença de outros órgãos (tuberculose, sífilis, nefropatias, etc.) que nos pode dar já indicações para o diagnóstico.

O relato feito pelo doente fornece-nos elementos de duas ordens: uns como resultado da sua própria observação e outros da análise que o médico faz do timbre da sua voz, da existência de tosse ou de dispneia, etc.

De entre as queixas referidas pelo doente, devemos destacar:

- 1.º — A rouquidão, que aparece ou se exacerba após um esforço vocal prolongado (exercícios de canto, discursos, etc.), e que nos sugere a existência de nódulos vocais;
- 2.º — A característica sensação de bola, própria dos doentes funcionais, mas que, embora raramente, pode aparecer em casos de doença orgânica da laringe como por exemplo, no início da tuberculose;
- 3.º — A tosse seca, discreta, com prurido ao nível da faringe, que surge no início da tuberculose da laringe, e pode aparecer, também, no decurso de inflamações agudas não específicas;
- 4.º — A odinofagia, mais ou menos intensa, com irradiação para o ouvido, que é bastante frequente nas formas infiltrado-ulcerosas da tuberculose laringea e nas neoplasias faringo-laringeas.

Ao escutar o relato feito pelo doente, o médico analisa o timbre da voz e recolhe novos elementos de diagnóstico; assim, é bem conhecida a voz bitonal, ou mesmo pluritonal, de certas paralisias laringeas e a voz em falsete dos espessamentos defi-

nitivos das cordas vocais. Noutros doentes, encontramos uma rouquidão mais acentuada, dura e seca, de timbre grave, que nos leva a pensar nas laringites crónicas; mas se o timbre é ao mesmo tempo rouco e húmido, na nossa mente surge a hipótese das laringites tuberculosas que no período de ulceração, com secreções purulentas enchendo a laringe, lhe dão aquele timbre especial.

Citaremos, ainda, a voz eunucóide das lesões tuberculosas avançadas e que é devida às contracturas dos músculos intrínsecos da laringe.

EXAME EXTERNO

Recolhidos estes dados iniciais, devemos passar ao exame objectivo da laringe, começando pelo *Exame externo*, em que devemos valorizar, sobretudo, os elementos que nos fornece a inspecção e a palpação do órgão, visto que a percussão e a auscultação têm um valor mais reduzido.

A *inspecção* da região laringea, não deve ser limitada, mas estender-se para as regiões vizinhas. Normalmente, sobretudo nas pessoas magras, a laringe desenha-se bem, principalmente se a cabeça é colocada em extensão forçada, sendo fácil, então, reconhecer a saliência vertical formada pelo ângulo anterior da cartilagem tiroideia e, mais discretamente, o relevo da cartilagem cricoideia, com uma ligeira depressão entre elas, correspondendo ao espaço intercricotiroideio.

A laringe executa, normalmente, diversos movimentos fisiológicos, e assim abaixa-se ligeiramente durante a inspiração e sobe no tempo expiratório; durante o primeiro tempo de deglutição, executa um movimento acensional. Estes movimentos normais alteram-se em certos estados patológicos, sendo bem conhecido o fenómeno da tiragem, característico das estenoses laringeas, qualquer que seja a sua causa, que pode ser mais ou menos acentuada, dependendo do grau de obstrução laringea; quando é muito intensa os seus efeitos não se limitam à região pré-laringea, mas estendem-se para as regiões vizinhas. Assim, o doente, com verdadeira sede de ar, tenta respirar desesperadamente, para o que abre demasiado a boca, enquanto as narinas se dilatam e os músculos inspiradores executam contracções violentas, originando as características depressões supra e infra-claviculares, intercostais e, principalmente, supra e infra-esternal; ao mesmo tempo os movimentos de descida e subida da laringe intensifi-

cam-se muito, o que por vezes dificulta a execução da traqueotomia.

A inspecção da região laríngea permite-nos, ainda, verificar a existência de massas tumorais, que podem ser metástases ganglionares dum tumor laríngeo ou resultado da sua exteriorização, ou então tratar-se de tumores de origem externa, por exemplo da glândula tiroideia, que podem comprimir ou desviar secundariamente a laringe. É característica a tumefacção provocada pelo laringocelo, que aumenta após algumas inspirações profundas. Podemos também verificar, pela inspecção, a existência de movimentos anormais da laringe, que podem resultar da transmissão a esse órgão dos abalos provocados por uma volumosa ectasia da aorta.

Palpação

A palpação da laringe deve efectuar-se sistematicamente, visto que nos fornece elementos importantes de diagnóstico. Fácil de executar nas pessoas magras, onde permite reconhecer facilmente as saliências normais da região laríngea (osso hióide, cartilagens tiroideia e cricoideia, corpo tiroideo), que são óptimos pontos de referência em cirurgia laríngea, a sua execução é um pouco perturbada no caso de doentes com grosso pâncreo adiposo.

Um dos elementos a procurar é a sua mobilidade, quer vertical, durante os movimentos de deglutição, quer lateral, mobilidade esta que se encontra alterada nos estados patológicos, mormente quando o órgão se encontra mais ou menos fixado por aderências determinadas por neoplasias extensas ou sífilomas difusos.

A pesquisa da mobilidade lateral da laringe permite-nos reconhecer o característico fenómeno da «crepitação laríngea», que é devido ao atrito dos grandes cornos da cartilagem tiroideia contra o plano vertical; esta crepitação desaparece em certos estados patológicos, como por exemplo, no carcinoma da laringe, devido à infiltração da citada cartilagem.

A dor à palpação existe por vezes e pode ser despertada quer palpando cuidadosamente o esqueleto laríngeo, quer aplicando o órgão fortemente contra a coluna vertebral, manobra esta, que pode ser dolorosa, no caso de lesões inflamatórias agudas das aritnoideias.

As vibrações vocais, no momento da fonação, são percebidas pela palpação das lâminas tiroideias, mas faltam no caso de paralisia do nervo recorrente.

No caso de existência de tumores, a palpação permite-nos reconhecer o alargamento e o endurecimento da laringe e se são tumores extensos verificar a sua forma, extensão, consistência, expansão, redutibilidade, sensibilidade, aderência aos planos profundos e superficiais, etc., características importantes para fazer a distinção de vários tipos de tumores ou tumefacções que podem aparecer nessa região.

Percussão

Pouco utilizada é útil no caso dos laringocelos, em que permite reconhecer a sua sonoridade especial, por se tratar dum tumor gasoso.

Auscultação

Raras vezes utilizada, pode em certos casos (corpos estranhos, polipos com longo pedículo), dar-nos um característico ruído de válvula ou de bandeira.

Toque laríngeo

É um processo de exploração praticamente abandonado.

LARINGOSCOPIA

Esta primeira parte do exame laríngeo é importante, como dissemos, mas os dados fundamentais de diagnóstico são-nos fornecidos pela *Laringoscopia*.

Esta pode executar-se por via indirecta ou directa, mas só nos ocuparemos do primeiro processo.

São conhecidas de todos as inúmeras tentativas feitas por diversos investigadores para conseguirem um processo que permitisse o exame da laringe, desde a tentativa de Levret, em 1743, com o seu glotiscópio, até à mais afortunada de Garcia, em 1854, que deu verdadeiramente origem ao laringoscópio, permitindo-lhe, assim, observar o funcionamento das cordas vocais no vivo, o que até aí não fora possível. Turck (1857), Czermak (1858) e outros contribuíram, mais tarde, para o aperfeiçoamento e divulgação do método de Garcia (1854) e assim surgiu a laringoscopia, cuja técnica se foi aperfeiçoando progressivamente.

Iluminação

Na prática corrente usam-se dois processos: indirecta ou por reflexão e directa ou por refração.

Método indirecto

Emprega-se o espelho frontal, reflector, côncavo, muito leve, em geral de alumínio protegendo o espelho apresentando no centro um orifício pelo qual o olho segue o feixe luminoso. A distância focal oscila entre 30 a 35 centímetros estando portanto o observador afastado da cabeça do doente exactamente entre estes limites. Como fonte luminosa emprega-se, em geral, uma lâmpada eléctrica de 100 velas, de preferência fosca, e que se coloca à esquerda do doente e o mais próximo possível do mesmo, ao nível aproximado do ouvido.

Método directo

Pode usar-se o espelho projector de Clar ou o Fotóforo eléctrico, de que existem vários modelos, todos bem conhecidos para necessitarem de uma descrição demorada. Em qualquer dos processos o êxito da exploração depende mais da boa direcção do feixe luminoso do que da sua intensidade.

Os espelhos laríngeos colocam-se no fundo da boca encostados à úvula para receberem a imagem da laringe, que fica subjacente. Actualmente, empregam-se espelhos circulares mas todos conhecemos os modelos ovais e quadrados que foram primitivamente usados. Os modelos ovais ainda podem ter uma certa aceitação no caso das amígdalas serem muito grandes, mas os do tipo quadrado são incómodos, por causa das suas arestas.

Há vários tamanhos seriados e que se empregam conforme a cavidade bucal é mais ou menos ampla; existem, também, espelhos côncavos que aumentam a imagem laríngea e que em certas circunstâncias são de grande utilidade. Tanto uns como outros podem ser fabricados em metal ou em vidro; os últimos são preferíveis por darem imagens mais nítidas.

Técnica do exame

Assegurada a iluminação por qualquer dos processos, o observador senta-se em face do doente, com as pernas afastadas

DIGITALINA MIALHE

(SOLUÇÃO MILESIMAL DE DIGITALINA CRISTALIZADA)

SUPERIORIDADE INCONTESTÁVEL SOBRE TODAS AS PREPARAÇÕES
DE DIGITALIS PURPÚREA

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Montelro, 142

LISBOA

e o paciente com os joelhos juntos, para que a distância entre ambos possa ser aumentada ou diminuída à vontade e com facilidade. Solicita-se do doente que deite a língua para fora, devendo respirar calma e pousadamente, com a boca bem aberta, e o observador faz a sua preensão com a mão esquerda, depois de a proteger com gaze, devendo colocar o polegar na face dorsal e o indicador na face inferior, de forma a proteger tanto quanto possível o freio, do contacto cortante dos dentes incisivos. A língua segura-se melhor pegando junto ao bordo do que directamente na ponta, e a visão é facilitada porque a epiglote se levanta mais facilmente por este processo.

O espelho laríngeo, depois de moderadamente aquecido na face reflectora, deve ser seguro pelo observador, com a mão direita, como se fosse um lápis, e introduzido na boca, rápida mas calmamente, sem tocar em qualquer parte da mucosa até à base da úvula; com pequenos movimentos de baixo para cima, ou vice-versa, procura-se então levar o feixe luminoso que se apontou previamente a este ponto, directamente à epiglote, que aparece reflectida, bem como o interior da laringe.

Os erros que se cometem nos primeiros exames, são em geral por má direcção do feixe luminoso, má colocação do espelho, dificuldade em manter o espelho imóvel, distância entre o observador e o doente, mal calculada.

Antes de tentar uma laringoscopia deve estar-se absolutamente seguro duma boa focagem, do espelho frontal; sendo esta perfeita e o espelho laríngeo colocado em posição correcta, respirando o doente calmamente, verifica-se que a epiglote se levanta, permitindo ver a laringe com facilidade. Quando a epiglote não se desloca suficientemente manda-se o doente pronunciar a vogal *i* por várias vezes, o que facilita a sua elevação; acontece porém que alguns doentes ao pronunciarem a citada vogal, levantam a base da língua, aumentando neste caso a dificuldade em vez de a diminuir, o que implica fazer o exame sem emissão de qualquer som.

Por vezes temos que solicitar do doente uma maior cooperação, pedindo-lhe que faça ele a tracção da língua, para que o observador possa ter ambas as mãos disponíveis, se pretende por exemplo, praticar uma anestesia ou uma biopsia. A observação nestes casos é sempre mais difícil, porque o doente faz uma tracção mais defeituosa, mas a calma do médico, origina a do doente e um bom resultado consegue-se quase sempre.

O que se vê durante a laringoscopia

Numa pessoa de laringe normal e que esteja respirando calmamente o que primeiro se observa é a amígdala lingual mamilonada, sulcada de vasos, as papilas do V lingual e o forâmen cego.

Imediatamente por baixo surgem as fossetas glosso-epiglóticas ou valéculas, as pregas glosso-epiglóticas, a epiglote e todo o vestibulo laríngeo do qual destacaremos as pregas ariteno-epiglóticas e as aritnoideias. A meio do campo ressaltam as bandas ventriculares e as cordas vocais limitando entre si os ventrículos laríngeos.

Através do espaço deixado pelas cordas, ou seja a fenda glótica, vêem-se os primeiros anéis da traqueia. Esta imagem aparece-nos projectada no plano vertical, com as partes anteriores para cima e as posteriores para baixo. Para estudarmos a motilidade das cordas vocais pede-se ao doente que emita uma vogal e assim podemos verificar a existência duma paralisia uni ou bilateral, que pode ser da adução ou da abdução, conforme os grupos musculares que estejam atingidos.

Dificuldades do exame laríngeo

O exame pode ser dificultado por causas diversas:

Indocilidade do paciente, nervosismo e emotividade, hiperestesia, hipertrofia exagerada das amígdalas palatinas ou da úvula, ou conformação defeituosa da epiglote. A calma do observador é indispensável para dar ao doente a sensação de facilidade e assim acalmar a sua ansiedade, absolutamente justificada. Há doentes que começam por dizer, e disso estão absolutamente convencidos, que não podem deixar-se observar pois o simples acto de abrir a boca lhes provoca náuseas; outros entesam a língua, contracturam a faringe de tal modo que ficam praticamente em apneia à qual se segue muitas vezes um acesso de tosse.

Nestes casos é necessário utilizar de artifícios; assim, colocando o espelho logo por trás dos incisivos dá-se ao doente a sensação de facilidade e à segunda ou terceira tentativa o exame é possível.

Se a paciência e a calma não são suficientes, teremos que recorrer à anestesia local, usando Pantocaína em solução a 2 %, por meio de pulverização. Há, no entanto, epiglotes que apesar da anestesia não deixam ver as cordas ou por causa do seu feitio ou porque o processo patológico as imobilizou.

Facilita-se o exame empregando uma sonda curva para fazer o seu reviramento e repuxamento ou então uma pinça especial para a segurar e puxar.

Quando o doente é uma criança, as dificuldades aumentam; existem no entanto crianças dóceis com as quais, apesar da sua boa vontade, nada se consegue: umas não sabem ou não podem deitar a língua de fora porque o freio é curto, noutras, a úvula é bastante comprida, a epiglote está desviada para um ou para outro lado e ainda temos que recordar que a parede espinal da faringe é mais oblíqua do que no adulto, sendo o diâmetro vertical da oro-faringe também mais curto.

Para estas, Escat inventou um abaixa-línguas laringoscópico com dupla curvatura e terminando em forquilha com as pontas botonadas; os botões terminais da forquilha introduzem-se nos seios piriformes e faz-se então pressão para diante e um pouco para cima; a laringo-faringe dilata-se e a base da língua fica comprimida e protegida.

Associando a este instrumento um abre-bocas e com o auxílio de um ajudante que mantenha o doente, quase sempre se consegue fazer um exame laringoscópico, se não perfeito pelo menos suficiente.

Quando estes processos não são suficientes há que recorrer à laringoscopia directa.

Em alguns doentes consegue-se um melhor exame da laringe, modificando a técnica clássica. Assim, pode-se fazer a laringoscopia sem tracção da língua, que deve ser deprimida dentro da boca, quer pelo próprio doente, quer pelo observador, com auxílio dum abaixa-línguas. Noutros casos modifica-se a posição clássica de exame, ficando o doente de pé e conservando-se o observador sentado ou mesmo de joelhos, o que permite ver com facilidade a comissura posterior.

A extensão forçada da cabeça, estando o observador de pé, facilita, por vezes, o exame da comissura anterior.

Com as técnicas que resumidamente descrevemos consegue-se quase sempre, obter os indispensáveis elementos de diagnósticos, que em muitos casos, é necessário confirmar pelos exames laboratoriais e radiográficos.

Quando a laringoscopia indirecta não nos permite um conveniente exame da laringe, deve recorrer-se à laringoscopia directa.

COMBISTREP*

(SULFATOS DE ESTREPTOMICINA E DIHIDROSTREPTOMICINA)

REDUZ A OTOTOXICIDADE

Pfizer

À VENDA EM TODAS AS FARMÁCIAS, EM FRASCOS DE 1 GRAMA

* Marca registada de Chas. Pfizer & C.º, Inc.

S U P L E M E N T O

CRIMINALIDADE JUVENIL E SEUS FACTORES PREDISPOONENTES

O problema da delinquência infantil e juvenil preocupa os sociólogos e juristas de todos os países, e também muitos médicos, especialmente os que se interessam pelos problemas de psiquiatria, e pelos aspectos sociais da profissão.

Nos últimos anos foi realizado nos USA um vasto e minucioso inquérito abordando o problema em questão, conduzido pelo Prof. Sheldon Glueck em colaboração com sua esposa, Eleanor Glueck, que nos veio trazer preciosos esclarecimentos sobre muitos dos factores que presidem à «eclosão» da actividade desses jovens delinquentes.

A importância dos factores ambientais na «constelação etiológica» dos criminosos em idade juvenil, lança uma pesada responsabilidade sobre os ombros da colectividade. As deficiências da organização social e familiar, ocupando um lugar de relevo naquela «constelação», tornam-nos a todos, membros duma sociedade que se pretende bem organizada, até certo ponto co-responsáveis desses desvios criminosos dos jovens.

Só no ano de 1945, foram instruídas 123.000 causas em 374 Tribunais Juvenis dos USA! Num relatório apresentado em 1947 ao Presidente Truman, Oscar Ewing, director da «Social Security» calcula que passam pelos Tribunais Juvenis, anualmente, 250.000 a 400.000 jovens delinquentes.

Estas proporções, verdadeiramente assustadoras, da criminalidade juvenil, impõem a adopção de medidas que a possam deter mas elas só podem ser conscientemente escolhidos se existir um perfeito conhecimento das condições de eclosão desse fenómeno social. Tal foi a ideia generosa, como muito bem diz M. Verdun de quem colhemos estes dados (*Presse Médicale* — 1 r Mai, 1954), que inspirou o inquérito do Prof. Glueck da Faculdade de Direito de Harvard, realizado nos bairros populares de Boston, por duas dezenas de técnicos especializados nas disciplinas necessárias ao estudo dos problemas sociais e humanos, sociólogos, médicos, psiquiatras, antropologistas, psicólogos e especialistas de Estatística que durante 10 anos estudaram minuciosamente todos os aspectos do problema, segundo métodos do maior rigor.

Os 500 delinquentes, de 10 a 17 anos, sujeitos ao inquérito, tinham-se criado nos

bairros pobres («underprivileged areas») de Boston e arredores e foram comparados com um número igual de jovens da mesma idade, provenientes dos mesmos bairros, com o mesmo grau de inteligência e as mesmas origens étnicas, mas que nunca tinham sido inculcados por qualquer delito.

Nestas condições gerais tão semelhantes entre delinquentes e não delinquentes, as diferenças constatadas na sua vida familiar e no seu comportamento pessoal assumem a sua máxima significação.

Das constatações feitas nesse sentido pelos AA. do inquérito, vamos apontar apenas as que nos parecem mais significativas e de maior interesse social:

Habitação — menos higiénica, mais sobrecarregada de locatários, mais mal tratada e conservada e, sobretudo, menos estável entre os jovens criminosos que entre os não delinquentes — 50 % dos delinquentes mudaram de casa 5 e 6 vezes contra apenas 10 % das testemunhas.

Recursos financeiros da família — mais baixos e pior garantidos entre os delinquentes.

Composição da família — muito maior percentagem de delinquentes sem pai ou mãe, por morte, divórcio ou separação.

Factores heredoconstitucionais — maior percentagem de inválidos, atrasados mentais, bêbedos, etc., entre os ascendentes e colaterais dos jovens criminosos.

Factores sociais — as famílias dos delinquentes recorriam o dobro das vezes ao auxílio das instituições de assistência pública ou privada.

Direcção do lar — menos previdente e vigilante, menos cuidadosa com a instrução, futuro e recreios dos filhos, nas famílias dos jovens criminosos. É curioso notar a influência do cinema: 220 dos jovens criminosos frequentam-no mais de 3 vezes por semana, contra 55 não delinquentes, e 72 destes, contra 236 daqueles só vão ao cinema 1 vez por semana.

Do inquérito ressalta também, nitidamente, a influência das «companhias»: 492 dos delinquentes tinham por companheiros de recreios outros delinquentes (contra 37 jovens não criminosos que andavam em «más companhias»); aqueles, por outro lado, tinham uma nítida preferência por companheiros mais velhos.

Acrescentemos que apenas 39 % dos delinquentes cumpriam regularmente os seus deveres religiosos, contra 67 % dos não criminosos. A proporção dos que se abstinham por completo de práticas religiosas era muito fraca, e sensivelmente da mesma ordem nos dois grupos: 6,5 % de delinquentes contra 4,2 % não delinquentes!

De todos estes factos ressalta claramente que a influência do factor familiar é nitidamente preponderante entre todos os outros factores sociais da criminalidade juvenil.

Mas o valioso inquérito do Prof. Glueck permitiu, igualmente, demonstrar importantes diferenças biológicas entre delinquentes e não delinquentes, diferenças que dizem respeito a características morfológicas (estrutura corporal) e a características psíquicas (estrutura mental).

Nesse sentido é curioso notar que o inquérito demonstrou que os jovens criminosos, longe de apresentarem sinais físicos de degenerescência, como se pensava no tempo de Lombroso, aparecem, na sua maior parte, como rapagões sólidos, vigorosos e bem musculados, de tipo atlético. E longe, também, de estarem afectados por complexos de frustração e de inferioridade, como se tendia a admitir, na esteira de Freud, mostram-se, muito mais frequentemente, cheios de confiança em si próprios e de autosatisfação. De constituição robusta, o seu temperamento é irrequieto, impulsivo, extravertido, facilmente agressivo e destruidor, o seu humor é independente, hostil, desconfiado, rancoroso, suspeito, obstinado, aventureiro, não conformista, e a sua inteligência concreta, directa, menos capaz que a dos não delinquentes de abstracção, de crítica objectiva e de análise metódica dos problemas a resolver.

Estes delinquentes jovens emancipam-se mais cedo do meio familiar, no qual não encontraram, aliás, a maior parte das vezes, senão pouco ou nada de compreensão, afeição, estabilidade e moralidade, da parte dos pais, frequentemente incapazes de serem para eles modelos, guias e protectores.

Como bem escreve Verdun, todos estes factos novos «obrigam a rever muitas opiniões aceites comumente».

PROF. IVOLINO DE VASCONCELOS

O Prof. Ivolino de Vasconcelos, presidente do Instituto Histórico da Medicina do Brasil e anatomista de renome, na sua passagem por Lisboa, no dia 24 do mês passado, prestou homenagem ao sábio brasileiro Oswaldo Cruz.

O ilustre colega foi recebido, pelas 16 horas, na Sociedade de Ciências Mé-

figura e a obra do eminente sanitarista, que saneou o Brasil, acabando com o terrível flagelo da febre amarela, apesar de combatido e guerreado por toda a gente, incluindo os próprios colegas, que chegaram a acoiamá-lo de doido.

O presidente da Sociedade de Ciências Médicas agradeceu as palavras e a



Aspecto da cerimónia na Sociedade de Ciências Médicas

Na fotografia, da esquerda para a direita: Drs. Andresen Leitão e Fernando Correia; Prof. Ivolino de Vasconcelos; Dr. Eugénio Mac-Bride; Profs. A. Celestino da Costa e Barahona Fernandes; Dr. Eduardo Neves; Profs. Xavier Morato e Adelino Padesca; e Dr. Álvaro Caires.

dicas de Lisboa, de que é sócio honorário, e, no decorrer de uma breve cerimónia ali efectuada, para tal fim, ofereceu àquela instituição científica um retrato do Prof. Oswaldo Cruz, glória da Medicina brasileira.

Presidiu à sessão o presidente da Sociedade, Prof. Xavier Morato, ladeado pelos Drs. Eduardo Neves e Andresen Leitão, respectivamente, tesoureiro e secretário-geral-adjunto. Viam-se, ainda, os Drs. Fernando Correia, Eugénio Mac-Bride e Álvaro Caires, e os Profs. A. Celestino da Costa, Barahona Fernandes e Adelino Padesca.

O Prof. Ivolino de Vasconcelos, depois de agradecer a presença de todos, fez uma rápida, mas perfeita, biografia de Oswaldo Cruz, em que recordou a

oferta do Prof. Ivolino de Vasconcelos e fez o elogio da solidariedade médica luso-brasileira, afirmando que, da visita do Prof. Ivolino de Vasconcelos resultaria, com certeza, um maior estreitamento de laços de amizade entre a Medicina brasileira e a portuguesa.

Antes, porém, da sua visita à Sociedade, o Prof. Ivolino de Vasconcelos, que, no dia 25 regressou ao Brasil, visitara, de manhã, o novo Hospital Escolar, no que foi acompanhado pelo Prof. Xavier Morato e pelos Drs. Álvaro Caires e Andresen Leitão. Cerca das 13 horas, depois daquela visita, reuniram-se os quatro colegas num almoço, oferecido pelo Prof. Xavier Morato, o qual se efectuou no restaurante de Montes Claros.

VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário

Organizado pelo Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos

Subsidiado pelo Snr. Ministro do Interior, através da Direcção - Geral de Saúde, realiza-se o VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário organizado pelo Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos, com começo no dia 3 do corrente (com uma sessão inaugural sob a presidência do Reitor da Universidade do Porto) e encerramento no dia 15 sob a presidência do Subsecretário de Estado da Assistência Social.

Além de sessões práticas em vários estabelecimentos de assistência social, realizam-se as seguintes lições teóricas:

Na Faculdade de Medicina — Tumores retro-peritoniais (Prof. Joaquim Bastos), Empiomas (Prof. Esteves Pinto), Acerca do diagnóstico bacteriológico da tuberculose (Dr. Machado Vaz), Osteomielite aguda (Dr. Carlos Lima, neto), Tratamento médico e cirúrgico do prostatismo (Dr. João Costa), Epilepsia (Prof. Ferraz Júnior), Algumas considerações sobre correntes de alta frequência na clínica (Dr. Albano Ramos), Estados hipoglicémicos (Dr. Carlos Alberto Martins da Rocha) e Doença hipertensiva (Prof. Pereira Viana).

Hospital Geral de Santo António — Problemas sanitários na prática de algumas especialidades (Dr. Mendonça e Moura), Vômitos na primeira e segunda infância (Dr. Lopes dos Santos), Medicina interna de urgência (Dr. Veiga Pires), Medicina e Médicos do Trabalho (Dr. Costa Andrade), Novos horizontes da obstetrícia (Dr. Francisco de Almeida), Profilaxia das doenças infecciosas (Dr. Domingos Ferreira Afonso e Cunha) e Tratamento dos estados hemorrágicos (Dr. Almerindo Lessa).

Sanatório de D. Manuel II — Os antibióticos na tuberculose pulmonar (Dr. Mário Cardoso).

Dispensário Central de Higiene Social do Porto — Sessão dedicada ao estudo de alguns problemas relacionados com a sífilis (sob a direcção do Dr. Mário Cardia, com a colaboração dos Drs. Aureliano da Fonseca, Mário Bastos e Wilhelm Oswald) e sessão dedicada ao estudo das leucorreias (sob a direcção do Dr. Mário Cardia, com a colaboração dos Drs. Aires Duarte, Alberto Vieira da Cruz e Albino Aroso); em ambas estas sessões, segue-se, após as exposições sobre os assuntos, discussão.



E. TOSSE & C.^A
HAMBURGO

Bismogenol

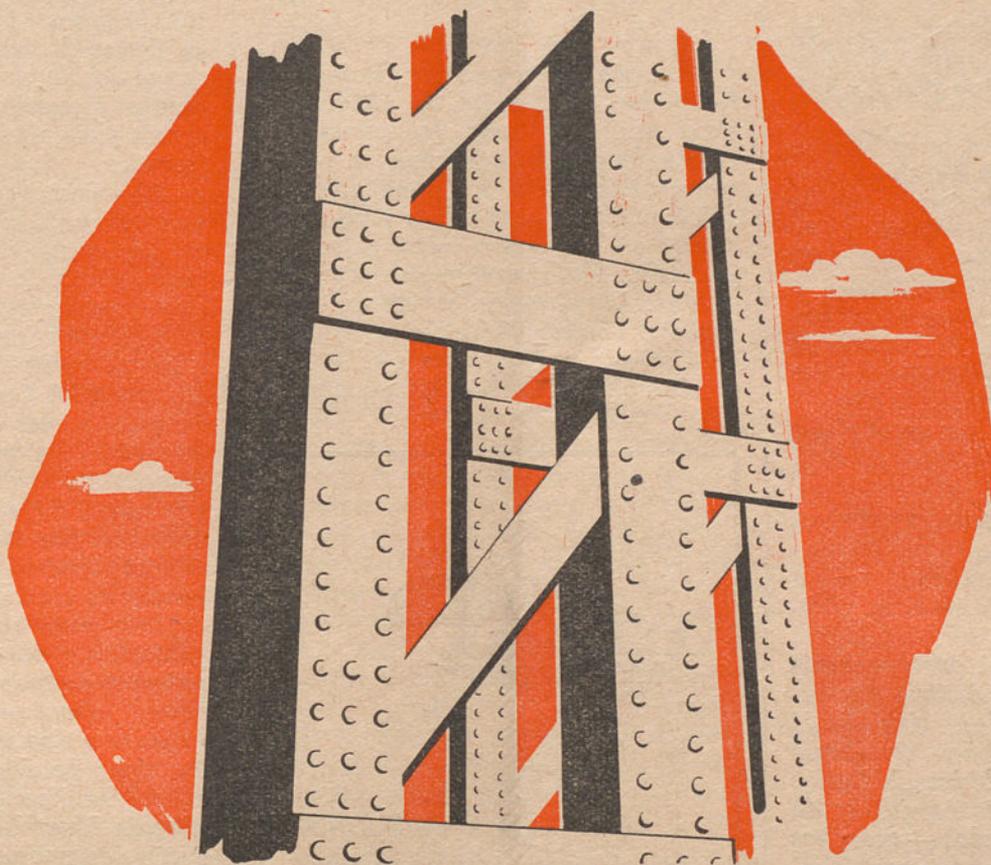
O MAIS PODEROSO ADJUVANTE DOS ANTIBIÓTICOS MODERNOS

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

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

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



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

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

Por drageia
ou
Por colher das de sobremesa = 10 g.

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

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

ECOS E COMENTÁRIOS

DOCTRINAÇÃO COMUNISTA

Num dos últimos números do J. A. M. A. vem um artigo curioso, que foca aspectos à margem da Medicina.

Quatro médicos militares americanos relataram as condições de vida nos campos de concentração norte coreanos ou chineses da Coreia. Relatam as más condições e dificuldades encontradas, com crueldades e insuficiências quase inacreditáveis, numa descrição sóbria, de homens de ciência, que mais impressiona por isso.

Porém, o aspecto do artigo que mais interessa é o da técnica de doutrinação comunista.

A doutrinação demorava três períodos:

No primeiro era quebrada toda a resistência à aquisição de uma ideologia nova.

Isto era conseguido por processos vários e simultâneos. Assim: conservação dos prisioneiros frios — só uma farda de pano fino, em locais com temperaturas abaixo de zero; esfomeados — períodos de jejum de 24 a 72 horas; cansados — marchas prolongadas nestas condições; doentes — os remédios eram praticamente inexistentes; aterrados — pequenos motivos provocavam castigos severíssimos ou mesmo a morte.

Ao fim de uns meses os prisioneiros que não tinham morrido encontravam-se no limite da resistência física e mental, mal sabendo quem eram.

Começava então a segunda fase da doutrinação.

Quase todas as horas do dia eram aproveitadas para aulas sobre o comunismo, libertador dos povos e verdadeira democracia em oposição à ditatorial e imperialista América. Este tema era repetido permanentemente.

À medida que esta fase avançava a disciplina do campo tornava-se menos severa e a alimentação e o vestuário aumentavam para todos os que não mostravam resistências ao programa estabelecido.

Na terceira fase já não se dava a aula colectiva. Técnicos comunistas entrevistavam individualmente e em pequenos grupos os prisioneiros, escolhendo aqueles que se tinham deixado convencer pelas doutrinas expostas.

Neste período as condições do campo melhoravam e eram largamente distribuídos livros e jornais de propaganda.

Assim conseguem converter alguns homens às suas ideias e, o que mais admira, é que só uma minoria escassa se tenha tornado comunista.

Felizmente, a ansia de liberdade ainda domina a maioria.

J. A. L.

PALAVRAS VÁS...

Muitos anos correram, depois que a Comissão americana das «Industrial Relations», por volta de 1919, concluiu que o fracasso dos planos técnicos de Seguros Sociais se devia, em grande parte, à forma como os médicos ali eram tratados e ao pouco apreço em que eram tidas, pelos responsáveis do Seguro, as suas opiniões e as suas aspirações, em suma, o seu conceito de trabalho e de assistência.

Todavia, não parece que a conclusão deste grupo de norte-america-

nos, que indagara pela Europa de então, bem mais vasta do que a de hoje, as razões do reconhecido fracasso técnico do Seguro na doença, tenha aberto o caminho nem rasgado ali-cercos para alteração fundamental de posições.

Só assim se explica, na verdade, que até hoje não tenha tido seguimento, entre nós, o desejo manifestado pela Ordem dos Médicos de possuir representante seu no Conselho Médico dos «Serviços Médico-Sociais» e que se torne ainda necessário insistir, como há 2 anos o fazia um grupo de peritos da Organização Mundial da Saúde, em relatório para a Organização Internacional do Trabalho, na vantagem de estar o Corpo Médico representado no seio da autoridade administrativa de que depende o programa de cuidados médicos.

Por certo se enquadra, esta dificuldade de apreensão do pensar do referido grupo das «Industrial Relations», quanto à posição do médico perante o Seguro Social, num daqueles tipos de obstáculos com os quais choca, no dizer dos peritos da Organização Mundial de Saúde, a organização dos cuidados médicos no quadro da Segurança Social: obstáculos de ordem material, financeira, técnica e psicológica. E, evidentemente excluídos, quanto a este ponto, os obstáculos primeiramente indicados, resta, como motivo plausível desta persistente incompreensão, o estorvo de ordem psicológica.

Mas este, desgraçadamente, e é o grupo de peritos da Organização Mundial de Saúde que o diz, só se vence e ultrapassa pela Educação. O que no fundo explica tudo o mais que atrás fica...

M. M.

DR. JOSÉ VIDAURRETA

Faleceu, há pouco, em Madrid, um colega muito distinto, que, além doutros méritos, devemos recordar como escritor-médico, que deu, durante muitos anos, notável esforço à causa da imprensa profissional no país vizinho. Fundou e dirigiu uma revista sui generis, «La Casa del Médico», que, desde há alguns anos, passou a denominar-se «Domus Medici». Era o secretário geral da Associação Espanhola da Imprensa Médica, que eu tive a honra de representar nas reuniões que se realizaram, para tratar dos interesses das revistas médicas, em Turim (1951) e em Bruxelas (1953), ao mesmo tempo que representava, além dos periódicos que dirijo, também as mais antigas revistas médicas de Portugal.

Após a guerra civil, Vidaurreta — que sempre manifestava a maior simpatia pelo nosso país — foi dos primeiros colegas com quem tive em



ALGINEX

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

apresentado em forma de stick
com excipiente especial

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



LABORATÓRIOS
D O
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

LISBOA PORTO COIMBRA

Espanha íntimas relações, que se mantiveram sempre, com mútua amizade, até à sua morte. Colaborei na sua revista e Vidaurreta era um dos delegados de «O Médico» em Madrid. Durante muitos anos, pude apreciar as suas excelentes qualidades de carácter, de escritor, de camarada, sempre leal, correcto e generoso.

Uma faceta da vida de José Vidaurreta desejo salientar agora: a sua incansável actividade a favor da imprensa médica, onde muito brilhou, mas também onde muito se prejudicou, materialmente. A maioria dos nossos colegas não fazem, certamente, ideia do que, para muitos daqueles que se dedicam aos labores da imprensa médica, representa ser director e ser proprietário duma revista, na maior parte dos países. A regra geral, em Portugal, na Espanha e fora da Península, é ter como compensação dos intensos trabalhos que são necessários para manter uma revista médica — na melhor das hipóteses, não ser razoavelmente compensado, e, em muitos casos, sofrer grandes prejuízos. Foi o que sucedeu a José Vidaurreta, que era um distinto cirurgião e figura de destaque na cancerologia do país vizinho, mas que manifestava tão grande amor ao jornalismo médico, a par do gosto pelos assuntos profissionais e literários, que, apesar de todos os revezes, continuava no seu posto de honra, com prejuízos constantes. Os sacrifícios materiais não os fazia apenas a favor da sua revista, que ele procurava manter o melhor que podia, pois dispensava grande parte das suas actividades em defesa de toda a imprensa médica espanhola, sobretudo através da associação que a representa. Vidaurreta era também um dos mais entusiastas pela Associação Espanhola dos Escritores Médicos e foi, precisamente quando desempenhou o cargo de secretário geral, que tiveram a gentileza de me elegerem para tão prestigiosa colectividade.

Entre as numerosas relações, de amizade e de intercâmbio, que mantenho em todas as regiões de Espanha, Vidaurreta era das mais antigas

e fiéis e, por isso, ao enaltecer com justiça as suas belas qualidades e os seus serviços, enfileiro, com saudade, entre os numerosos amigos e admiradores que tinha no meio médico espanhol.

M. C.

O DR. CASTILLO DE LUCAS NO BRASIL

O nosso querido amigo e colaborador Dr. Castillo de Lucas—que tantas simpatias conta no noso país — foi ao Brasil. O seu amor a Portugal, o grande interesse que sempre mostra pelas nossas coisas — devia naturalmente projectar-se nessa imensa nação brasileira, prolongamento da velha nação lusitana. Castillo de Lucas trabalha intensamente como clínico: só isso lhe absorveria todas as actividades diárias, se não fosse, também, um apaixonado pelos labores literários, sobretudo pelo folklóre, ao qual imprime sempre um critério médico — e que o leva a gastar, também, muito tempo a escrever, a fazer conferências, a visitar lugares históricos e de interesse cultural, na Espanha e no estrangeiro.

Chegou agora a oportunidade do Dr. Castillo de Lucas ir ao Brasil — materialização dum velho sonho. Esteve no Rio de Janeiro, em S. Paulo, Natal, Recife e Baía; nesta velha cidade, além de visitar a Faculdade de Medicina, esteve, entre outros, no Hospital Espanhol, onde, no livro de honra, assinou o seu nome logo abaixo de assinatura do Dr. Marañón.

O nosso querido amigo foi ao Brasil designado pela Junta Espanhola de Relações Culturais e pelo Instituto de Cultura Hispânica, que representou no Congresso Internacional de Folklóre, que se realizou em S. Paulo, com a assistência de representantes de 30 países; aí desenvolveu o Dr. Castillo de Lucas a tese oficial sobre «Características do facto folklórico». Outras conferências fez no Brasil, como, na Casa de Espanha da Baía, sobre «O interesse pedagógico dos delírios», e em Natal, com o título «Biotipologia de D. Quixote e Sancho atra-

vés dos seus provérbios». Sendo professor de hidrologia médica na Faculdade de Medicina de Madrid, natural era que também visitasse algumas estâncias termais; esteve em Aroxé e em Poço de Caldas, e, na primeira, realizou uma palestra, tendo presidido na segunda a um «Colóquio» sobre diversos assuntos referentes à hidrologia.

Dando esta notícia, pondo em relevo as actividades médico-literárias do Dr. Castillo de Lucas e o seu amor pela cultura lusitana, dirigimos ao nosso ilustre colaborador afectuosas saudações, com as nossas congratulações por ter tido oportunidade de visitar o Brasil, que o recebeu, como era justo, com as devidas deferências e o apreço que merece.

ÚLTIMAS NOVIDADES NA IMPRENSA MÉDICA

Respigamos dos últimos números recebidos das revistas médicas:

— Em «Bruxelles-Médical» (19 de Setembro de 1954), Henri Tagon publica a conferência que proferiu nas últimas Jornadas Médicas de Bruxelas, sobre «Testes hepáticos».

— Garabedian, Demabedian e Abu-Haidar («The Lebanese Med. J.» — Maio de 1954), publicam um trabalho no qual se referem a uma epidemia de influenza que atingiu a maioria dos estudantes e dos professores da Universidade Americana de Beyrouth.

— Em «The Medical Press» (10 de Março de 1954), Macbeth assina um artigo em que trata da escolha do tratamento no carcinoma da laringe.

— Bittner, em «Bruxelles Médical» (30 de Maio de 1954), publica um artigo sobre «A psicologia ao serviço da anestesiologia».

— «Um novo antibiótico: a aeromicina», é o título dum trabalho que Vangramberen publica na «Revue Médicale de Louvain» (N.º 9, 1954).

— O «Journal belge de radiologie» (fasc. 2 de 1953) insere um trabalho de Camerman sobre a «Curiterapia de contacto no tratamento do cancro brônquico».

IODALOSE GALBRUN

IO DO FISIOLÓGICO, SOLÚVEL E ASSIMILÁVEL

O PRODUTO CLÁSSICO PARA A IODOTERAPIA, CONSAGRADO
PELA EXPERIÊNCIA DE LONGOS ANOS

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

HOMENAGENS

Ala Dr. Manuel Pacheco Nobre

Atingido pelo limite legal de idade, deixou o cargo de subdelegado de Saúde do concelho do Barreiro, o Dr. Manuel Pacheco Nobre.

Por esse motivo, foi-lhe prestada, no dia 27 do mês findo, significativa homenagem, promovida pela Câmara Municipal daquela vila, a que se associaram a comissão concelhida da U. N., as Juntas de Freguesia do Barreiro, Lavradio e Palhais, as instituições de beneficência, o

Sindicato Nacional dos Ferroviários do Sul de Portugal e outros organismos onde, durante tantos anos, o Dr. Pacheco Nobre exerceu a sua profissão. Na sala de sessões do Município realizou-se uma sessão solene a que presidiu o Eng.º António Augusto Pessoa Monteiro, presidente da edilidade barreirense, que teve a ladeá-lo os srs. padre Albino Cândido Lopes, presidente da Comissão Municipal de Assistência; José Francisco da Costa Neves, provedor da Santa Casa da Misericórdia e presidente da comissão concelhia da União Nacional; o home-

nageado e o sr. tenente José Francisco de Almeida, delegado marítimo.

Falou em primeiro lugar o Eng.º Pessoa Monteiro, que enalteceu as qualidades do homenageado. Os srs. João Inácio Martins, em nome dos sindicatos ferroviários; José Francisco da Costa Neves e Dr. Paulo da Costa Benevides, pela classe médica, puseram também em evidência as qualidades profissionais e morais do homenageado, destacando o facto de ter exercido funções médicas nesta vila durante trinta e dois anos, com o maior zelo e dedicação e os altos serviços prestados aos pobres deste concelho, de quem é um dedicado amigo, disfrutando, por esse facto, de grande simpatia desta terra.

Por último, o Dr. Manuel Pacheco Nobre agradeceu, comovidamente, a homenagem que lhe fora prestada, abraçando depois todos os presentes.

Na assistência, que por completo enchia a sala, viam-se, além das referidas entidades, os corpos directivos das colectividades recreativas e desportivas, delegados das corporações dos bombeiros locais, muitas senhoras e numerosos amigos da família do homenageado.

MARTINHO & CA. Lda.

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

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

Ordem dos Médicos

Iniciam-se em 28 de Janeiro próximo as provas de aptidão para a inscrição no quadro de especialistas. O prazo para a entrega da documentação termina em 20 de Dezembro do corrente ano.

Para a
iodoterapia

ENDOIODINA

(di-iodo-hexametil-diamino-isopropanol)

o preparado de iodo em solução aquosa
injectável
com acção rápida e duradoura

Produto largamente experimentado e comprovado na hipertonia, angina de peito, arterioesclerose, aortalgia, asma brônquica, bronquite crónica e sífilis

Embalagem original:
caixa com 10 amp. de 2 c.c.

 **»Bayer«** Leverkusen, Alemanha

Instituto Português de Oncologia

Para inauguração do ano académico do Instituto Português de Oncologia, realizou ali, no dia 21 do mês findo, uma conferência, sobre «Mastopatias», o Prof. Francisco Gentil. Começou por justificar a razão de falar mais uma vez sobre aquele tema, pois a sua experiência de mais de meio século, com cerca de dezasseis mil casos de doenças, autoriza-o a emitir a sua opinião como clínico, não só sobre o tratamento, mas também sobre os resultados, em especial no cancro do seio. Acentuou a importância do diagnóstico clínico aliado ao exame histopatológico pre-operatório, que considera a vala incalculável para a decisão que leva a uma cirurgia inutilizadora, com oportunidade de cura, ou a uma cirurgia moderada, e a preparar a doente para se sujeitar a uma inferioridade física.

Prosseguindo, afirmou que ainda agora, apesar das muitas tentativas de terapêuticas por hormonas, a cirurgia, associada às radiações, constitui a mais garantida arma de combate ao cancro do seio e, a propósito, descreveu a sua técnica de amputação que pratica há cinquenta anos. Referiu, por fim, algumas outras operações paliativas, mas que condicionam por vezes sobrevivências inesperadas em casos classicamente considerados fora do âmbito cirúrgico.

No final foi projectado um interessante documentário filmado no I. P. O. sob a técnica que acabava de descrever.

Dr. Bastos Gonçalves

Por motivo da promoção a coronel do Dr. Bastos Gonçalves, director do Hospital Militar Principal de Lisboa, efectuou-se no dia 20 do pretérito mês, no Pavilhão da Família Militar, uma cerimónia, a que assistiram o brigadeiro Dr. Pinto da Rocha, director do Serviço de Saúde Militar, muitos colegas militares e civis, oficiais e sargentos em serviço naquele hospital e todo o pessoal de enfermagem e menor que trabalha no aludido Pavilhão. Falou em primeiro lugar o subdirector do Hospital, tenente-coronel Dr. Sacadura Botte, que realçou as qualidades do homenageado, tendo seguidamente sido descerrada, pela enfermeira-chefe, D. Irene Mendes, uma fotografia do Dr. Bastos Gonçalves na sala de visitas do Pavilhão. Em nome do pessoal menor, a funcionária mais antiga do Pavilhão, D. Rosa da Conceição Emídio, ofereceu ao homenageado um lindo ramo de flores. O Dr. Bastos Gonçalves agradeceu a homenagem. Depois realizou-se na messe dos oficiais um almoço, presidido pelo director do Serviço de Saúde, Dr. Pinto da Rocha. Aos brindes falaram o subdirector Dr. Sacadura Botte, Dr. Nicolau Bettencourt, capitão-capelão rev. José António Marques Júnior e, por último, o homenageado, para agradecer.

I Curso de Engenharia Sanitária

Promovido pela Direcção-Geral de Saúde, com a assistência da O.M.S., em cooperação com a Direcção-Geral de Urbanização e Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, e sob o patrocínio dos Srs. Ministros do Interior e das Obras Públicas, inaugurou-se no dia 26 do mês findo o I Curso de Engenharia Sanitária, para engenheiros municipais.

O curso terá a duração de duas semanas e será preenchido por prelecções teóricas proferidas por competentes especialistas, entre os quais se contam dois enviados expressamente pela referida organização. São vinte os engenheiros parti-

cipantes indicados pelas Câmaras municipais e dezóito os que na qualidade de ouvintes serão admitidos. Estão previstas várias visitas de estudo e demonstrações laboratoriais no âmbito dos assuntos ver-sados.

Associação dos Médicos Católicos Portugueses

A assembleia geral da Associação dos Médicos Católicos Portugueses, que costuma realizar-se, anualmente, na última semana de Outubro, foi, este ano, transferida para o mês de Novembro, em dia ainda a designar. Nesse dia será, também, celebrada missa por alma dos sócios falecidos.

U7 Laboratorio Ulzurrun.L^{da}

Para tratamento da anorexia infantil:

Anoretat
tabletes

nas asmas:

Asmotrat
comprimidos

na anemia perniciosa — post partum — etc.:

Hepatrat
com arsénico, com Vit., líquido, injet. = 1 % - 2 % - 3 % - 5 %

na epilepsia:

Luhical
comprimidos

no glaucoma agudo e crónico:

Mioticol
em gotas

para tratamento do crescimento, raquitismo, etc.:

Omnival
líquido

na tuberculose, especialmente pulmonar:

Pasidrazida
comprimidos granulado

nos vómitos:

Vomipax
comprimidos

ZONA INDUSTRIAL DOS OLIVAIS — TELEF. 399051 — LISBOA

DR. FRANÇOIS DEBAT

Acompanhado de sua esposa, esteve alguns dias entre nós o Dr. François Debat, ilustre académico francês e director dos Laboratórios Debat, hoje das maiores empresas do seu ramo.

O Dr. François Debat, que visitava o nosso País pela primeira vez, proferiu, no dia 15 do mês passado, no Hospital de Curry Cabral, uma conferência sobre a «Terapêutica da Tuberculose». Apresentado em termos altamente elogiosos pelo Dr. Eugénio Mac-Bride, director-clínico daquele hospital, que presidiu à sessão, tendo a seu lado o Dr. Mário de Alenquer, director do Serviço de Tisiologia, o conferencista começou por se referir a esta sua primeira visita a Portugal, a um Portugal que Duhamel lhe descreveu em termos tão entusiastas, que os julgara exagerados, e que agora reconhecia serem incapazes de traduzir a deslumbrante beleza natural do País e a arte de bem receber dos seus habitantes. «Quanto a Lisboa — acentuou — é uma maravilha e vós, cientistas portugueses, dos melhores entre todos».

Entrando directamente no tema escolhido, «Novos Tratamentos da Tuberculose», o orador recordou, aplicando-a a si mesmo a frase de Maurice Blondel: «Sou médico, mas já não sou médico». Esclarecendo a acepção de que médico é apenas verdadeiramente aquele que se dedica na prática à «mais bela das vidas» e não o que, embora doutorado e ao serviço da ciência, já não exerce clínica, o orador reportou-se ao tempo em que, recém-formado, assistia ao quase abandono dos tuberculosos, ao marasmo em que caíra a luta contra o terrível mal. Ao comentar os progressos lentos da terapêutica, desde Hipócrates a Pasteur, aludindo concretamente à tisiologia, focou o contraste entre os tempos do «bom ar, superalimentação e repouso» e a «era progressiva da estreptomocina, da hidrídica do ácido isonicotínico e do ácido para-amino-salicílico». Descreveu seguidamente a experiência destes três grandes meios de cura, evocando as dificuldades que, desde a comunicação de Wacksman sobre a estreptomocina e os trabalhos de Lehmann sobre o P.A.S., surgiram na dosagem, nos frequentes acidentes, na habituação à droga e até no modo de administração destas.

Assim, desde o P.A.S. por via oral até à sua fórmula estabilizada e inócua para perfusão venosa e ainda ao S.T.A.—P.A.S.—de maior e mais rápida actividade, houve que realizar valiosos trabalhos — muitos dos quais se devem quase exclusivamente a Paraf e à sua

equipa dos laboratórios Debat. Salientou também, como dos ensaios de associações entre si do S.T.A. - P.A.S. (ou apenas do P.A.S.), da estreptomocina e da isoniazida se provou haver vantagens na administração simultânea, tais como potencialização, senegria e maior dificuldade de «habituação» do doente ao remédio. Só assim — afirmou — poderemos confirmar o lema de Etienne Bernard de que todos os tuberculosos se curam se houver cuidado num diagnóstico precoce e num tratamento enérgico e seguro. Apenas essa simultaneidade no uso dos «três

grandes inimigos do bacilo de Koch» permitirá curas tanto quanto possível definitivas e isentas de intolerâncias e de outros acidentes.

O Dr. Debat descreveu ainda os cuidados indispensáveis à preparação e «contrôle» dos medicamentos referidos e terminou numa breve e judiciosa alusão ao futuro da ciência, aos seus limites e às necessidades do homem neste momento angustioso que a Humanidade vive, momento em que o homem carece de juventude saudável, inteligente, mas acima de tudo moralmente sã.

Prof. Aleu Saldanha

Foi eleita a comissão organizadora do IV Congresso de Electro-radiólogos de Cultura Latina, a realizar em Lisboa, em 1957. O Prof. Aleu Saldanha foi eleito, por aclamação, presidente do Congresso, ficando a comissão organizadora assim constituída: Prof. Aires de Sousa e Drs. Corte Real, Albano Ramos, Fernandes Lopes, Carlos Barbosa, Paiva Raposo e Sílvia Rebelo e pelos fisioterapeutas Drs. Francisco Formigal Luzes e Teixeira da Silva.

Curso de Medicina Sanitária

No Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge iniciaram-se no dia 11 do mês findo, com a realização das provas escritas, os exames do Curso de Medicina Sanitária. Presidiu ao júri, que era constituído pelos Drs. Bernardino de Pinho, Heitor da Fonseca, Carvalho Dias e Arnaldo Sampaio, o director do Instituto, Dr. Fernando da Silva Correia. Prestaram provas os médicos das 1.^a e 2.^a turmas, num total de 64, tendo-se as provas orais iniciado no dia 14. Os médicos, que fazem parte da terceira turma do referido curso, prestarão as suas provas mais tarde.

Desastres

Ao cimo da recta de Vale de Açor (Mortágua), um automóvel conduzido pelo seu proprietário, Dr. Francisco José Teotónio, médico em Vila Viçosa, que se dirigia a Fátima em companhia de duas sobrinhas, ao descrever uma curva, foi chocar com um outro automóvel que circulava em sentido contrário. Do embate, além duma das sobrinhas do Dr. Francisco Teotónio e dos dois ocupantes do outro carro, ficou ferido, felizmente sem gravidade, o nosso Colega.



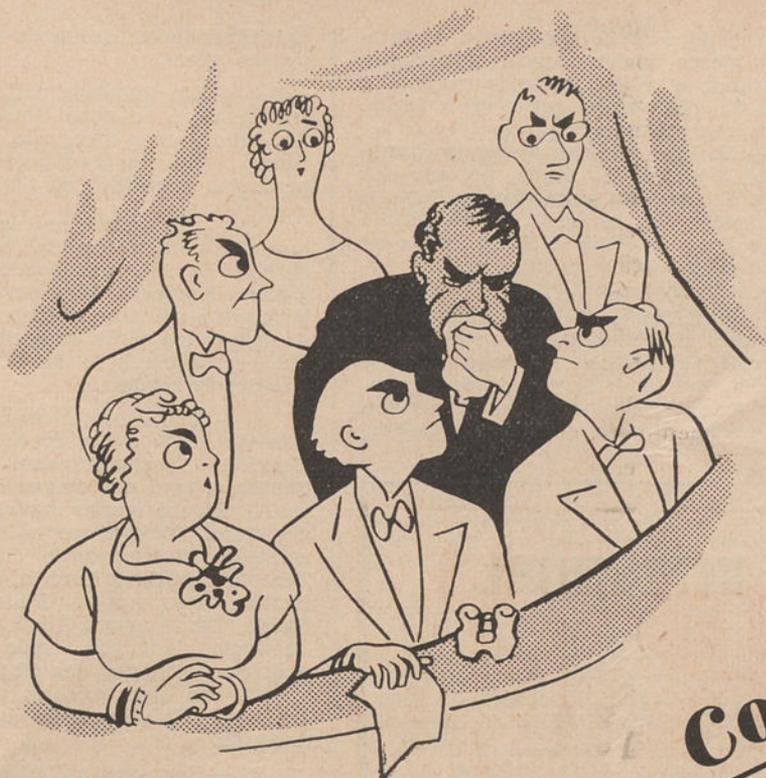
COLIBACILOSES
das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

- Acção especial sobre o colibacilo
- Alta concentração no aparelho urinário
- Doses muito baixas
- Perfeita tolerância

LABORATÓRIOS
DO
**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**



**Contra
a tosse**

TUSSIPECT

Xarope • Gotas

Actua pelo saponinato de amónio da raiz da «Primula elatior», pelo cloridrato de efedrina e pelo extracto de tomilho. É um medicamento de sabor agradável, com resultados seguros nas afecções agudas e crónicas do aparelho respiratório.

TUSSIPECT — sem codeína
Xarope 150 c c — 180 g
Gotas em frascos conta-gotas de 20 c c

TUSSIPECT — com codeína
Xarope 150 c c — 180 g
fosfato de codeína 0,1 %
Gotas em frascos conta-gotas de 20 c c
fosfato de codeína 0,75 %

Um produto com resultados clínicos assegurados e preparado por:

P. BEIERSDORF & CO. A. G. — HAMBURGO (ALEMANHA)

Representante

Pestana & Fernandes, L.^{da}

Secção de Propaganda — R. Praça, 153-2.º Esq. — Lisboa

A VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 24 a 31 de Outubro)

Dia 24 — Realizam-se Cortejos de Oferendas a favor das Misericórdias de Sangalhos e do Marco de Canavezes. O Hospital de Sangalhos beneficia de cortejos há 14 anos, sendo muito concorridos, dada a satisfação local pelos serviços prestados pela Misericórdia. O Hospital está bem apetrechado e funciona em novo edifício há 3 anos em constantes melhoramentos. O cortejo deve ter rendido cerca de 70

contos incluídos os 10 do Ministro do Interior. No Marco rendeu cerca de 130 contos, considerando-se ainda muito incompleto o número de dádivas, já que o mau tempo prejudicou a jornada.

— No País celebram-se missas comemorando o dia de S. Lucas, patrono dos médicos. Promove-as em Lisboa e Porto a secção médica da L. U. C. Nesta última cidade o Prelado oficia a Santa Missa na presença de inúmeros médicos, pelas 9 horas, no Paço Episcopal.

25 — Em Figueiró dos Vinhos comemoram-se as «Bodas de Prata» profissionais do benemérito médico Dr. Joaquim José Fernandes, que disfruta de gerais simpatias em todo o concelho. O jantar decorre com a presença de muitas e qualificadas

individualidades, tornando-se uma consagração geral.

— Em Coimbra, a Faculdade de Letras confere ao nosso ilustre colaborador Dr. Júlio Dantas o grau de «Doutor honoris causa», em reconhecimento dos serviços prestados à unidade da língua portuguesa.

26 — Em Lisboa um avião da Alitália com destino à Venezuela recebe um pedido da Ilha do Sal, reclamando medicamentos e aparelhos para operação de urgência à laringe de um doente daquela ilha. Atraza a sua partida cerca de hora e meia, tempo que dura a obtenção dos meios requeridos, que depois seguem.

— Em Lisboa, inaugura-se no Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge o 1.º Curso de Aperfeiçoamento de Engenharia Sanitária, com a presença de 19 engenheiros. Preside à sessão inaugural o Ministro das Obras Públicas, rodeado dos Drs. Melo e Castro, Subsecretário da Assistência e Fernando da Silva Correia, director do Instituto. Discursam o Director Geral de Saúde, Dr. Augusto Travassos e o Eng.º Pavanelo, da O.M.S., após o que usa da palavra o Ministro das Obras Públicas.

Do seu discurso, bem como da sessão em geral «O Médico» dará notícia pormenorizada.

27 — Regressa a Lisboa o oftalmologista Dr. Fernando de Lacerda, que tomou parte no Congresso Internacional de Oftalmologia, que se realizou em Montreal e Nova Iorque e, como bolseiro do Instituto de Alta Cultura, visitou as clínicas da sua especialidade nos Estados Unidos e na Inglaterra.

28 — Realiza-se, no Salão Nobre do Hospital Geral de Santo António, do Porto, uma conferência promovida pelo Serviço de Urgência. É orador o Dr. Lemos Pereira, que versa o tema: «A Gastrectomia nas úlceras gastro-duodenais perfuradas».

Esta conferência é apreciada no final pelos Drs. Álvaro Rosas e Santos Silva, filho.

— Em Lisboa, na sede do Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge prosseguem as lições do I Curso de Aperfeiçoamento de Engenharia Sanitária, tendo o Eng.º José Manuel Leitão, do serviço de salubridade do Ministério das Obras Públicas falado do abastecimento de águas, e o Dr. Arnaldo Sampaio focado aspectos de poluição do solo e do ar.

A tarde, a Dr.ª Helena Ávila, da Junta Sanitária de Águas, profere uma conferência.

— Na praia de Francelos, os doentes do Sanatório Marítimo do Norte levam a efeito vários actos de homenagem aos respectivos directores clínicos Drs. Fernando e Alvaro Ferreira Alves, filhos do saudoso fundador daquele estabelecimento, Dr. Joaquim Ferreira Alves. Há uma sessão solene, presidida pelos homenageados, na qual usam da palavra vários oradores pondo em relevo as suas qualidades morais e profissionais, tendo agradecido em nome destes, o Dr. Fernando Ferreira Alves. Procede-se, também, à inauguração das fotografias dos homenageados, que são descerradas pelas respectivas esposas, e ainda de uma lápida.

29 — Chega a Lisboa, vindo de Madrid, o Dr. Munoz Barata, director dos Serviços de Sangue de Lima, Peru, que visita o Serviço de Sangue dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Pelo Fundo do Desemprego são concedidos os seguintes donativos: à Santa Casa da Misericórdia de Cabeceiras de Basto, para construção do Hospital Sub-regional, reforço, 325.000\$00; à Santa Casa da Misericórdia da Maia, para construção do muro de vedação e portão do seu hos-

SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»

DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-KAPA

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-TIAZOL

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

pital, 6.000\$00; à Santa Casa da Misericórdia de Mondim de Basto, para obras de beneficiação no seu hospital, 24.720\$00; à Santa Casa da Misericórdia de Tabuaço, para construção do seu edifício escolar, reforeço, 18.420\$00.

30 — Integrada nas habituais reuniões, promovidas pela Delegação, no Porto, da Sociedade Portuguesa de Ciências Veterinárias, o Dr. Ludgero Lopes Parreira, profere na sede da Intendência de Pecuária do Porto, às 14 horas, uma conferência sobre «Normas científicas da alimentação».

— Em Coimbra reúne o Curso Médico de 1929-1934, a fim de festejar o XX aniversário da sua formatura. Nesse dia, apresentam cumprimentos ao director da Faculdade de Medicina, seguindo depois para a Figueira da Foz, onde se realiza o jantar de despedida.

— Regressa a Lisboa, o Dr. Sertório Sena, director do Serviço de Oftalmologia do Hospital de S. José, que foi em missão do Instituto de Alta Cultura, tomar parte no Congresso Internacional de Oftalmologia, realizado em Nova Iorque e Montreal, findo o que visitou várias clínicas da especialidade norte-americanas.

— Em Lisboa, prosseguem os trabalhos do I Curso de Aperfeiçoamento de Engenharia Sanitária no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

Na primeira preleção o Dr. Bernardino Pinho, ocupa-se das «Características físicas e químicas das águas de abastecimento». A seguir, o Eng.º Renato Berger fala sobre «Habitação rural» e o Prof. Girolami Ippolito, continua a sua exposição sobre os métodos de saneamento e de depuração de águas residuais.

De tarde, os engenheiros ouvintes do curso efectuam visitas de estudo às estações de tratamentos de águas de Lisboa, na Amadora e no Estoril.

31 — Realiza-se na Mortágua o 2.º Cortejo de Oferendas a favor do Hospital da Misericórdia, que é inaugurado simbolicamente, pois já se encontra em funcionamento. Preside ao cortejo o Sr. Ministro do Interior, Dr. Trigo de Negreiros, sendo o Hospital abençoado pelo Sr. Arcebispo-Bispo de Coimbra, Conde de Arganil.

Estrangeiro

Na América do Norte, a «Fundação Nacional da Paralisia Infantil» resolveu fazer uma encomenda de vacinas «Salk anti-polio-mielite» em quantidade suficiente para imunizar nove milhões de pessoas. Embora não sejam ainda conhecidos os resultados oficiais da vacina «Salk» parece que os resultados obtidos no ano passado na luta contra a paralisia infantil por esta vacina foram magníficos no combate ao terrível mal.

— Os investigadores da Universidade da Califórnia isolaram um ácido gordo que provoca lesões tuberculosas. O Dr. Cason e os seus colegas reconstituíram moléculas sintéticas contendo todas as características conhecidas do ácido natural. As moléculas sintéticas são experimentadas em animais.

AGENDA

Portugal

Concursos

Está aberto:

Para admissão de doze médicos internos do 1.º ano do internato geral e de nove internos do 1.º ano de internato complementar do Hospital Geral de Santo António.

Em Carrizada de Ancieas, com a presença dos Ministro do Interior, Governador Civil do Distrito, Prelado da diocese de Bragança e outras individualidades representativas do distrito, é solenemente inaugurado no dia 1 de Novembro, o novo Hospital Sub-regional de Carrizada de Ancieas. O magnífico estabelecimento de assistência hospitalar, concebido em linhas modernas, localizado na margem da Estrada Nacional da entrada desta vila, constitui, sem dúvida, um importante melhoramento, dos de maior vulto até hoje levados a efeito neste concelho e que ficará a dever-se ao esforço do provedor local, Dr. Vitorino Cabral Sampaio, com a valiosa cooperação do Ministro do Interior, Dr. Trigo de Negreiros, que a esta região tem dispensado o melhor do seu carinho. A valorizar a solemnidade do acontecimento e integrado no programa da festa, realizar-se-á, conjuntamente nesse dia, um Cortejo de Oferendas em benefício da Misericórdia local.

— Nos dias 1 e 2 de Novembro, a exemplo dos anos anteriores realiza-se, o peditório a favor do Centro Regional Anti-Canceroso do Porto, promovido pela Liga Portuguesa contra o Cancro, e que tem o patrocínio do chefe do distrito, do presidente da Municipalidade e do bispo do Porto.

— Em Braga, no dia 3 de Novembro, realiza-se a abertura solene do novo ano na Escola de Enfermagem Dr. Henrique Teles, do Hospital de S. Marcos. Assistirão ao acto o provedor e restantes membros da direcção daquela Santa Casa, corpo médico e de enfermagem, outras individualidades, antigos alunos e novos candidatos. Proferrirá uma lição de abertura, na sessão solene, o professor da Escola e médico daquele hospital, Dr. José António Vieira dos Santos Júnior, que se ocupará do tema «Subsídios para a História da Medicina Brasileira — Duas notáveis figuras médicas do passado».

— A Sociedade Portuguesa de Estomatologia, que completa agora o 35.º aniversário da sua fundação, é a mais antiga de todas as especialidades médicas em Portugal, vai comemorar o facto, que coincide com o 20.º aniversário da Revista Portuguesa de Estomatologia, também de todas as revistas de especialidade a mais antiga do nosso País.

Para o efeito, realiza-se no dia 4 de Novembro, pelas 21 e 30, na «aula magna» da nova Faculdade de Medicina de Lisboa, uma sessão solene, para a qual estão convidadas todas as autoridades universitárias, bem como os directores das revistas congéneres, e à qual assiste, também, o notável estomatologista Dr. Bernardino Landete, professor catedrático da Facul-

dade de Medicina de Madrid, que vem fazer várias conferências.

— Uma comissão de amigos e admiradores do Dr. Cipriano Mendes Dordio, director do Sanatório Marítimo de Outão e antigo reitor do Liceu de Setúbal, realiza, no próximo dia 6 de Novembro, um banquete de homenagem, ao qual já se associaram as entidades oficiais, bem como muitas individualidades civis e antigos alunos.

— Realizar-se-á, no próximo dia 7 de Novembro, o Cortejo de Oferendas em benefício da Santa Casa da Misericórdia, de Penafiel.

Tem sido incansável a comissão que tomou a peito a realização de tão simpática iniciativa para obtenção de receitas destinadas a uma casa que é de todos e a todos tanto bem faz.

Ainda há pouco foram inaugurados importantes melhoramentos no Hospital, referentes à primeira fase das obras de remodelação e para cujo acabamento definitivo são precisos 1.300 contos e, embora o auxílio do Estado seja precioso, não é suficientemente para que elas possam ser levadas a efeito, apenas com os recursos que tem o Hospital.

— Na semana que ocorre de 22 a 28 de Novembro próximo, vai realizar-se em em todo o País a «Semana da Tuberculose», patrocinada pelos Ministro do Interior e Subsecretário da Assistência.

— Vai realizar-se, em Faro, em dia que oportunamente será anunciado, mais um Cortejo de Oferendas, a favor do Hospital da Santa Casa da Misericórdia daquela cidade. A mesa daquela benemérita e prestimosa instituição de assistência e de caridade, está a envidar os seus melhores esforços para que esta manifestação pública de solidariedade humana, espiritual e cristã seja coroada do maior êxito.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(Desde 21/X a 27/X/1954)

22/X

Dr. Alfredo Marques Ferraz Branco — assistente do Serviço Geral de Clínica Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa — concedida equiparação a bolseiro fora do País, pelo Instituto de Alta Cultura, durante o mês de Setembro findo.

— Dr. Carlos António Andrade Ferreira — médico assistente do Dispensário Antituberculoso Conde Ferreira de Lumbrals, no Porto — concedida equiparação a bolseiro fora do País, pelo Instituto de Alta Cultura.

— Dr. Eduardo Esteves Pinto — professor extraordinário da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto — considerado em missão oficial fora do País, de 1 a 15 do corrente mês de Outubro.

— Dr. Arnaldo Pinhão Moutinho de Freitas — médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Angola.

COMBISTREP*

(SULFATOS DE ESTREPTOMICINA E DIHIDROSTREPTOMICINA)

REDUZ A OTOTOXICIDADE



À VENDA EM TODAS AS FARMÁCIAS, EM FRASCOS DE 1 GRAMA

* Marca registada de Chas. Pfizer & C.º, Inc.

— Dr. Júlio Gomes da Cunha de Abreu, médico radiologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas de Moçambique, lugar de que não chegou a tomar posse — rescindido a seu pedido, do respectivo contrato.

23/X

Dr. José Ribeiro da Costa Branco — médico do serviço eventual da Junta de Emigração — rescindido o respectivo contrato, a seu pedido.

— Dr. José Fernando Neves Belo — inspector do quadro do pessoal técnico da Junta de Emigração — convertida em definitiva a sua nomeação.

25/X

Dr. João de Sousa Gomes, primeiro assistente do Hospital Júlio de Matos — provido, em comissão de serviço, no cargo de director do Hospital Sobral Cid, que vagou com a demissão do Dr. Mário Granada Afonso.

PARTIDAS E CHEGADAS

Sir Harold Gillies

Em visita de férias, chegou há dias a Lisboa, contando permanecer algumas semanas em Portugal, o médico britânico, Sir Harold Gillies, organizador dos serviços de cirurgia plástica, tanto na primeira como na segunda guerra, e criador de um dos métodos fundamentais daquele ramo da cirurgia. Acompanha-o sua esposa.

Prof. Carneiro de Moura

Regressou da Alemanha o Prof. Carneiro de Moura, cirurgião dos H.C.L.,

que, naquele país, esteve a estagiar na clínica do Prof. Boeminghaus, em Dusseldorf.

Prof. Fraga de Azevedo

Regressou a Lisboa o Prof. Fraga de Azevedo, director do Instituto de Medicina Tropical, que estivera no Congo Belga, onde, a convite do Governo da Bélgica, tomou parte nas Jornadas Médicas de Leopoldville e na reunião de Peritos de Parasitologia da O.M.S.

Após demora de poucos dias, o Prof. Fraga de Azevedo voltou a partir, desta vez para Paris, para tomar parte numa reunião do Centro Internacional de Infância, que estudou diversos problemas relacionados com a manutenção da criança em África. Naquela reunião participaram delegados da França, Grã-Bretanha, Rodésia e África do Sul.

Prof. Reinaldo dos Santos

Regressou a Lisboa o Prof. Reinaldo dos Santos, que se deslocara a Paris a tratar de assuntos relacionados com a Exposição de Ourivesaria Portuguesa, que vai realizar-se na capital francesa.

Prof. Lopes de Andrade

Regressou de uma viagem de intercâmbio científico por diversos países europeus o Prof. Lopes de Andrade, director do Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto.

Dr. Júlio Salgueiro

Regressou a Lisboa, acompanhado de sua esposa, Dr.^a Edulinda Alves, o Dr. Júlio Salgueiro, depois de uma viagem de estudo que efectuou por Espanha, França e Itália.

Dr. Mário Damas Mora

Regressou de Madrid e Barcelona, onde tomou parte na XIII Conferência Internacional Contra a Tuberculose e na Conferência Internacional de Alergia, como representante do nosso País, o Dr. Mário Damas Mora.

Drs. Amaro de Almeida e Marques da Mata

Regressaram de França, onde haviam ido tomar parte, como representantes de Portugal, no Congresso da Sociedade Internacional de Hidrologia Médica, que se realizou em Vichy, Paris e Enghiens, os Drs. Amaro de Almeida, assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa, e Marques da Mata, inspector de águas da D. G. S.

Dr. Ruben de Carvalho

Regressou de Madrid, onde fora assistir ao Congresso de Tuberculose, ali efectuado, o Dr. Ruben de Carvalho.

LIÇÕES DO V CURSO DO APERFEIÇOAMENTO MÉDICO SANITÁRIO DO CONSELHO REGIONAL DE LISBOA DA ORDEM DOS MÉDICOS

Acaba de ser posto à venda ao preço de **Esc. 50\$00**
cada exemplar (volume com 464 páginas).

ÍNDICE

- Relatório do Director do Curso** — J. Andresen Leitão
Arteriosclerose e perturbações endócrinas na senilidade — Adelino Padesca
Vacinação na profilaxia das doenças infectocontagiosas — Fernando de Melo Caeiro
Diagnóstico e tratamento das hemorragias uterinas disfuncionais — Kirio Gomes
Antibióticos em Pediatria — Maria de Lourdes Levy
A distócia nos meios rurais — Freitas Simões
Leucémia aguda — M. Marques da Gama
Da pneumólise extra pleural — José Rocheta
Tratamento das leucémias (Situação actual do problema) — Francisco Branco
Síndromas digestivos de causa extrínseca — M. J. Xavier Morato e Ivaldo Fonseca
Dermites por sensibilização aos medicamentos — Norton Brandão
Doença reumática: Sua etiologia, diagnóstico, terapêutica e profilaxia — Leopoldo de Figueiredo
Febre recorrente mediterrânica — J. Ferreira Rês
Toxinfecções alimentares bacterianas — Cristiano Nina
Considerações sobre as neoplasias malignas do aparelho genito-urinário — António Carneiro de Moura
O critério conservador em cirurgia pulmonar — José Filipe da Costa
Diagnóstico clínico de tuberculose genital — António de Castro Caldas
Anatomia patológica citologia do cancro do pulmão — Georges Gander
Carcinoma brônquico — E. Lima Bastos
O que é a psico somática — Barahona Fernandes

Pedidos para a Organização dos Cursos, Ordem dos Médicos, Lisboa, ou para a Administração de «O Médico», Av. dos Aliados, 41-4.º — Porto (à cobrança).

O MÉDICO SEMANARIO DE ASSUNTOS MÉDICOS E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos 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), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotica do Dispen. de Higiene Social), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com a «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$00

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

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

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

BISMUCILINA

Bial

BISMUCILINA

INJECTÁVEL

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EM SUSPENSÃO OLEOSA COM MONOESTEARATO DE ALUMÍNIO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g
Por ampola de 3 c. c.

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

BISMUCILINA

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA

INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,045 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS