

# O MEDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 164  
21 de Outubro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

*Afeições*

**UMA CONCEPÇÃO NOVA NA  
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA**

## 3 ACCÇÕES

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

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

### APRESENTAÇÃO

- INFANTIL — 0,25 g de Estreptomicina +  
+ 150.000 U. O. de Penicilina
- NORMAL — 0,50 g de Estreptomicina +  
+ 400.000 U. O. de Penicilina
- FORTE — 0,50 g de Estreptomicina +  
+ 400.000 U. O. de Penicilina

# OMNACILINA

## AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS  
MEDICAMENTOS DESDE 1775



# E

## SUMÁRIO

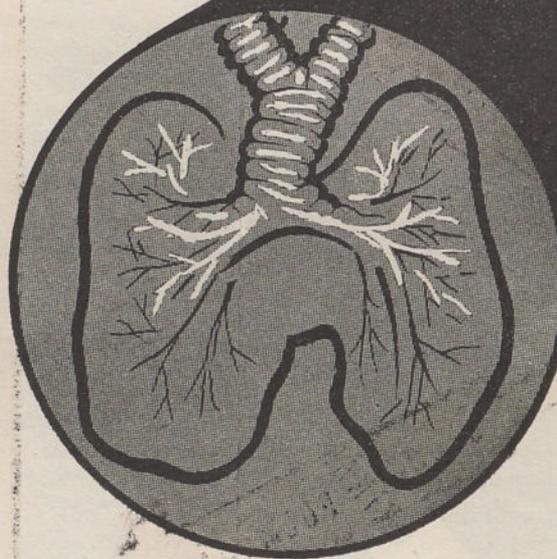
	Pág.
ANTÓNIO BERTRAND NEVES E JÚLIO GESTA — <i>Tratamento da meningite tuberculosa</i> .....	865
H. PAULA NOGUEIRA E J. CORTEZ PIMENTEL — <i>Facomatoses</i> .....	867
MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS</i> — Doença vascular hipertensiva .....	874
A importância social das afeições alérgicas .....	882
Resumos da Imprensa Médica .....	885

## SUPLEMENTO

	Pág.
<i>Realismos que mandam...</i> — M. DA SILVA LEAL .....	679
<i>Ecos e Comentários</i> .....	680
<i>Homenagem à memória do Dr. Alberto Gonçalves</i> .....	682
<i>Noticiário diverso.</i>	

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

# PULMAXIL N



Iodidrato do éster  $\beta$  dietilamino-ético 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

# Tratamento da meningite tuberculosa

ANTÔNIO BERTRAND NEVES

JÚLIO GESTA



Quando nos propusemos fazer este breve esboço sobre a actual terapêutica da M. T. pelos antibióticos, procuramos evitar na medida do possível, acumular citações e especulações técnicas, para nos cingirmos à ordenação duns tantos elementos de ordem prática, decerto já por todos conhecidos de sobejo. É que a índole especial da nossa actividade clínica não nos consente mais do que jogar com dados que a experiência do dia a dia constantemente nos oferece como único elemento de experimentação, e conjugá-los com impressões de leituras, necessariamente apressadas e pouco sistematizadas.

Foi portanto com tais materiais, talvez precários, que procuramos urdir este pequeno resumo, em que, julgando servir uma melhor ordenação esquematizamos isoladamente cada uma das técnicas que surgiram em nossos dias para o contróle duma enfermidade que até então não tinha qualquer espécie de solução terapêutica. Ocupar-nos-emos pois sucessivamente da estreptomina, ácido para-amino salicílico e hidrazida do ácido isonicotínico, e depois, de acordo com um critério mais clínico falaremos das técnicas combinadas.

## ESTREPTOMICINA

É de todos sabido que com a descoberta da estreptomina surgira o primeiro fármaco capaz de apresentar acção bacteriostática relativamente ao B. K. Dos sucessos espectaculares obtidos no tratamento das várias localizações tuberculosas proveio o desejo de a empregar no tratamento da meningite. No entanto, a barreira meníngea, se bem que diminuída na sua eficácia pelo próprio processo patológico, era óbice bastante à possibilidade de se obter no liquor um nível terapêutico satisfatório, utilizando apenas a via rotineira dessa época: a intra-muscular. Daí a ideia de se fazer a aplicação local do antibiótico, em punção raquidiana. Ao ser feito isso, tinha-se dado um passo decisivo em direcção à cura duma doença para a qual até então, mais não havia do que medicação sintomática. E dos primeiros casos tratados brotou logo uma esperança que o dobrar dos anos foi capaz de volver em certeza.

Segundo os autores e os centros de investigação, assim as estatísticas discordam. Nas iniciais, recordemos que Cocchi se ufanava de 85 por cento de curas, números de que se não conseguiram sequer aproximar, centros da mais reconhecida idoneidade científica. Convém no entanto não esquecer que nos serviços onde largamente se faz a terapêutica da M. T. surgem por vezes oscilações bruscas nos gráficos das curas, discrepâncias quanto a nós relacionadas com infecções por estirpes resistentes.

Um dos trabalhos com mais valor estatístico foi feito em Inglaterra a partir de elementos colhidos em vários centros de estudo e depois comparados entre si. Refere-se a 549 casos tratados entre 1947 e 1950, com estreptomina intratecal e intramuscular. A dose intrarraqúidia variou entre 25 a 100 mgs. por dia. Nas primeiras semanas as punções eram feitas diariamente, depois em dias alternados, e depois com intervalos maiores ainda. A principal via de administração foi a lombar, mas em certos casos de bloqueio espinal foi necessário buscar a via cisternal e ventricular e até outros processos mais complicados de neurocirurgia. Por via intramuscular a estreptomina foi usada segundo o ritmo e a posologia de então, hoje abandonados, graças aos conhecimentos adquiridos ulteriormente sobre resistências e lesões do VIII par craniano.

Dos resultados obtidos colhe-se um ensinamento incessantemente reforçado: a precocidade do tratamento é o elemento de maior importância para um prognóstico favorável. Assim, nos doentes tratados no período incipiente, a sobrevivência foi de 74 %; nos casos intermédios 54 %, e nos períodos avançados não foi além de 28 %. As sequelas neurológicas que apareceram em 34 % dos doentes tratados mostraram-se também relacionados com a fase da doença ao iniciar-se o tratamento, e certas delas

provinham indiscutivelmente da acção irritativa da estreptomina sobre as meninges.

Uma outra estatística de autores belgas refere-se a 96 adultos tratados da seguinte forma: 1 gr. diário de estreptomina intramuscular durante um mínimo de 6 meses; um tratamento de ataque feito com 10 cgs. de estreptomina i. r. durante 4 meses; nos primeiros 45 dias diariamente e depois em dias alternados. As sobrevivências foram de 44 % apresentando *todas lesões vestibulares*, estando 10 surdos e apenas 1 apresentando sequelas de outro tipo. Parece-nos interessante esta estatística última pois, indirectamente, elucida-nos sobre os efeitos nocivos da estreptomina i. m. usada segundo o ritmo de administração ininterrupta que ainda hoje alguns erroneamente preconizam.

Mas este é apenas um inconveniente menor relativamente ao cortejo de contrariedades que nos podem surgir no decurso da estreptominaoterapia, mormente quando administrada por via intratecal. Do conhecimento de isto resulta o gradual repúdio desta via de administração, atitude que encontra nos autores espanhóis os seus defensores extremos, apoiados na fisiopatologia da membrana meníngea perante a agressão bacilar e medicamentosa.

O estudo do seu comportamento revela-nos na verdade que a estreptomina determina só por si uma autêntica meningite medicamentosa. Há casos descritos de morte por colapso cardiovascular após injeção cisternal de 50 mgs., paraplégias e radiculites em doses habituais por via espinal. Além disso o próprio substrato anátomo-patológico no processo de cura pela estreptomina é, muito paradoxalmente inibitório da mesma cura: os focos de necrose são encapsulados pela proliferação fibroblástica; o exsudato subaracnoideo sofre uma organização progressiva infiltrando-se de fibroblastes e células inflamatórias crónicas. A arterite aguda dos vasos atingidos evolui no sentido duma endarterite que leva à diminuição e até à oclusão da luz vascular com consequências isquémicas irreversíveis. Duma maneira geral, estes fenómenos que marcam desvio em direcção à cronicidade do processo mórbido, criam, aliados ao marcado desenvolvimento dum exsudato caseoso, as condições do insucesso, que sucintamente apontamos, e que se verificaram experimentalmente em animais não portadores de meningite tuberculosa e puncionados com estreptomina:

- I — Encapsulamento dos focos de necrose, furtando os bacilos à acção da droga.
- II — Organização dos exsudatos fibrinosos com aparecimento de bloqueios céfalo-espinais, hidrocefalias e lesões isquémicas acarretando sequelas neurológicas graves.
- III — Quebra sensível do poder antibiótico da droga devido à diluição do exsudato abundante.

Tudo isto explica mesmo nos casos de evolução favorável, o agravamento dos sinais meníngeos a partir do segundo e terceiro dia de tratamento, que Cairns pretende interpretar como uma reacção de Herxheimer desencadeada pela libertação das endotoxinas bacterianas.

De acordo com o que ficou dito é óbvio que para a estreptomina a via i. r. se apresenta cheia de inconvenientes sérios, e autores como Villarta surgem a argumentar que ela não acrescenta nenhuma vantagem à via i. m., uma vez que quando há um processo inflamatório meníngeo a barreira perde a sua eficácia para se tornar permeável. Se isso é certo, é certo também que a quantidade de estreptomina que passa no liquor é insuficiente, e não é menos certo que à medida que o estado das meninges melhora a sua permeabilidade vai-se perdendo, e fica coartada a passagem de estreptomina para o liquor.

Conhecidas as condições anatómicas e histológicas que inibem a acção do fármaco, foram ensaiadas terapêuticas adjuvan-

tes cuja finalidade era essencialmente melhorar as condições de contacto entre a droga e o bacilo, quer pela dissolução das organizações fibrinosas (estreptoquinase, estreptodornase e heparina) quer inibindo a reacção inflamatória inicial pela cortisona e o ACTH. A tuberculina purificada (PPD) foi também usada como terapêutica acessória fibrinolítica.

Supomos ter apontado embora duma maneira resumida os principais inconvenientes duma técnica que parece ter agora um interesse pouco mais que histórico. Isto até porque às estatísticas optimistas dos primeiros dias sucederam-se outras menos favoráveis. O aparecimento de estirpes estreptomocino-resistentes, as complicações crónicas relacionadas com a meningite estreptomocinica, tantas vezes culminando com a morte, apesar de ousadas tentativas de neurocirurgia, são a razão principal da rectificação que o tempo introduziu nas estatísticas iniciais.

No entanto, e sem ser apenas por deferência para com um método terapêutico que nos trouxe os primeiros casos de cura, obrigámo-nos a dizer que há autores que se recusam a abandoná-lo, e não nos custa também reconhecer, que embora ultrapassada, é uma arma do arsenal terapêutico que pode ainda encontrar nas contingências da clínica indicação valiosa.

#### ÁCIDO PARA-AMINO SALICÍLICO

Com o advento do PAS chegava às mãos do tisiologista um antibiótico que desde logo começou a mostrar o seu poder bacteriostático. Lógicamente começaram a surgir as tentativas para a extensão do seu raio de acção à M. T. Lehmann no entanto, desde logo abandonou a ideia do tratamento da M. T. pelo PAS, porque o estudo comparativo dos níveis no soro e no liquor mostrou que a concentração raquidiana necessária para um efeito bacteriostático sensível só era possível através duma dosagem oral abusiva, e, segundo a tese de Guillot uma dose que ultrapasse 20 gr. diários, determinou em mais de um terço dos doentes estudados, perturbações digestivas graves.

Isto fez com que as pretensões ao tratamento da M. T. pelo PAS oral chegassem a um impasse.

Mas os trabalhos da escola de Paraf conferiram ao PAS importância decisiva, pois através das perfusões venosas foi possível obter-se uma concentração do antibiótico no sangue que atinge 300 mg. por litro, 10 vezes a PAS-hemia conseguida por administração oral. Paraf conseguiu isso injectando directamente na torrente circulatória um soluto de PAS purificado, estabilizado, isotónico e apirogêneo, contendo 15 gr. de ácido para-amino-salicílico por 500 gr. de soluto.

Com esta técnica obtém-se: 1) uma concentração no liquor superior a 75 mg./li., sendo a taxa bacteriostática útil de 20 mg.; 2) uma melhor tolerância, pois o produto atinge o fígado lenta e gradualmente e não duma forma macissa como por absorção digestiva

Sobre o resultado destas perfusões é elucidativa a tese de Kappel que em 10 casos desesperados de M. T. resistente à estreptomocina conseguiu com as perfusões de PAS obter 100% de curas.

Em certos casos especiais, pediatria por ex., tem sido usada a via subcutânea também em perfusão, mediante a adjução do factor de difusão — a hialuronidase —, e assim se consegue uma PAS-hemia de 100 mg. por litro, muito superior à obtida em absorção oral.

#### ISONIAZIDA

Com o aparecimento da hidrazida do ácido isonicotínico foi vencida uma etapa decisiva no tratamento da tuberculose meningea uma vez que estávamos face a uma droga capaz de perfurar a barreira meníngea e assim torner os inconvenientes que advêm da repetição das punções. As fases iniciais do emprego da hidrazida na M. T. em 1952, foram:

— Comunicação de Steenken e Wolinsky sobre o papel protector da INH sobre os animais inoculados por via intra-cerebral;

— Gehrt, na Alemanha, aplica-a na clínica humana numa meticolosa experiência em 12 crianças, quase todas já tratadas pela estreptomocina por via i. m. e i. r., pela tiosemicarbazona e o PAS. Ensaiou então a INH e gradualmente foi interrompendo a administração do TBi do PAS e, por fim, da estreptomocina i. r. Em 2 casos suspendeu mesmo a estreptomocina i. m. Controlando as variações do liquor conclui pela vantagem da

INH sobre a estreptomocina, nomeadamente no que se refere à ausência de acção irritativa sobre a membrana meníngea.

— Também em 52, Ramos Fernandez refere os resultados de tratamentos feitos com INH oral em 17 crianças entre os 6 meses e os 12 anos: 8 curaram, 7 continuam o tratamento e 2 faleceram. A dose oscilou entre 25 a 40 mg., dividida em 3 doses diárias até ao limite de 34 grs. Outros autores espanhóis ainda referem resultados animadores em doentes tratados com INH, embora nenhum o tenha feito com exclusividade, mas sim associando-a à estreptomocina i. r. e ao PAS.

É ainda escassa a casuística da M. T. tratada apenas pelo INH e curto o período de observação destes casos. No entanto, o sincronismo das opiniões é perfeito no que se refere à real eficácia da droga e à sua inocuidade para com as meninges. A facilidade com que atravessa o obstáculo meníngeo e assim adquire altas concentrações no l. c. r., apontam-na desde logo como capaz de eficácia quando administrada *per os*.

Os trabalhos de Soriano e seus colaboradores também em 1952, corroboram esta afirmação ao concluírem que a INH só por si, e apenas administrada por via oral, é capaz de curar casos de M. T. ainda que numa fase adiantada da sua evolução. Segundo este autor, a norma a seguir seria a seguinte:

- 1.º—dose de ataque, 15 mg. por k., durante 5 a 8 dias.
- 2.º—dose de base, 10 mg./k., durante 6 a 8 semanas.
- 3.º—dose de manutenção, 5 mg./k. até normalização da citose.
- 4.º—dose de segurança, 5 mg./k. durante uma semana e descansando outra até à cura clínica.

Quanto aos efeitos tóxicos, além de alguns ligeiros e banais que não obrigam a suspender o tratamento (euforia acentuada, congestão da face, hiperreflectividade e ligeira albuminúria, etc.) há outros mais graves que obrigam a supressão da droga (sub-icterícia e bilirrubinemia elevada, micro-hematúria). No entanto, estes fenómenos, relacionados com ligeira agressão da célula hepática são reversíveis, desvanecendo-se com a supressão do medicamento. De qualquer maneira a vigilância clínica do doente é decisiva, auxiliada pelo laboratório, com os exames do liquor (citose, albumina, cloretos, glicose, etc.). A vigilância deve pois incidir especialmente sobre o quadro sintomático clássico cuja modificação nos dá elementos capitais sobre o prognóstico, e até sobre o reajustamento da posologia. Deste modo as melhoras clínicas ter-se-iam de traduzir pela descida da febre, desaparecimento dos vômitos e cefaleias. Paralelamente devem verificar-se as melhoras do liquor se bem que, pelo menos no que diz respeito à citose e taxa de albumina, a descida desses elementos não se verifica duma maneira contínua e regular, mas sim com o aspecto gráfico de pequenos dentes de serra.

Uma outra questão se põe, que é a seguinte: Quando se deve suspender o tratamento? A resposta tem que ser dúbia e mais uma vez a intervenção do senso clínico será primordial uma vez que se não pode precisar *a priori* quando se deverá interromper definitivamente o tratamento, de mais a mais sabendo-se que coexistem muitas vezes outros focos a distância que podem influir desfavoravelmente sobre a marcha da doença, mantendo as condições de reinfeção meníngea a despeito do tratamento específico.

A INH foi e é ainda, usada por via i. r. mas dada a alta concentração que a droga atinge no liquor quando dada *per os*, parece-nos inútil o recurso a uma via tão erizada de inconvenientes, sem que eles sejam compensados por um acréscimo nos benefícios. E até porque os estudos sobre a difusibilidade nos humores da INH revelou que, quando injectada por punção raquidiana o seu nível no liquor baixa rapidamente por difusão no organismo.

Temos também de nos referir a uma nova hidrazida que parece ser de real interesse no contróle da M.: a hidrazida do ácido cianacético que, segundo Carlos de Riva, é um medicamento de grande eficácia na meningo-encefalite tuberculosa. Diz esse autor que conseguiu com ela obter a cura clínica antes de 6 meses. Não apresenta sinais de toxicidade e actua sobre as formas isonicotínico-resistentes.

Depois de termos esboçado o resumo duma monografia de cada um dos antibióticos usados na M. T. um esclarecimento

se nos impõe: esta separação arbitrária foi feita com a ideia de servir a uma melhor explanação do assunto, embora enferme dum esquematismo que não coincide com as subtilezas de clínica tão delicada como esta. A experiência ensina-nos que, da associação de dois ou mais antibióticos se extraem benefícios de potenciação, conseguindo-se não só uma melhor acção sobre determinada estirpe bacteriana, como um alargamento do espectro de acção antibiótica e principalmente um efeito inibidor do aparecimento de estirpes resistentes. Desta forma no combate à M. T. temos de obedecer às regras maiores da quimioterapia e 1.º) procurar tirar benefício do sinergismo medicamentoso; 2.º) procurar que esta administração combinada seja feita de molde a que possamos recorrer sempre a um bacteriostático enérgico mantido de reserva.

Articulando estas normas gerais de terapêutica fisiológica com os conhecimentos auferidos no estudo individualizado de cada uma das drogas, surgem-nos esquemas de tratamento mais harmoniosos e consentâneos com as subtilezas e as emboscadas da prática cotidiana.

Exemplificando: INH *per os* na dose de 15 mg./k. combinada com estreptomina na dose de 1 gr. diariamente na 1.ª semana e depois de 3 em 3 dias. Esta modalidade a que especialmente nos afeiçoamos, adapta-se perfeitamente às possibilidades económicas do ambiente em que trabalhamos e corresponde sofrivelmente às exigências da moderna quimioterapia. No entanto devemos confessar que o sinergismo medicamentoso desta associação é muito duvidoso, não podendo ombrear com o sinergismo PAS-INH.

No entanto, a relativa dificuldade da técnica das perfusões relegando-as quase exclusivamente para os doentes internados, não nos permite aproveitar na clínica cotidiana esta associação PAS-INH embora saibamos ser o de melhores resultados estatísticos. Parece-nos até que se não fora a relativa incomodidade do seu emprego, o método das perfusões, simples ou mistas, teria uma universalidade capaz de relegar as outras técnicas para lugares subalternos.

Contrariando a nossa atitude perante o problema crucial da via i. r. parece-nos pertinente mencionar os resultados do último Congresso dos Pediatras de Língua Francesa 1953 — que acordaram na aplicação precoce e intensiva dos antibióticos associados, por via geral e i. r. Por via geral as doses são as habituais. Por via raquidiana citaremos o esquema de Fouquet um dos mais renitentes prosélitos da punção lombar, como via de ataque.

*Drogas usadas* — sulfato de estreptomina 10 a 25 mgs. mais 10 a 20 mgs. de INH. DEBRE junta ainda 25 mgs. de PAS embora este pareça ter acção irritante.

*Ritmo* — as punções devem ser diárias e mantidas até à normalização do liquor — 3 a 4 meses — enquanto que o tratamento geral se prolonga de 8 a 10 meses. Este autor cita em desabono da terapêutica oral exclusiva, o caso duma criança portadora duma forma granúlica medicada com estreptomina e INH, na qual sobreveio uma localização meníngea. Objectaremos no entanto que a dose de INH usada foi apenas de

9 mg./k., muitíssimo inferior à dose por nós preconizada: 15 mg.k.

Nos frequentes casos em que a via oral se encontra impedida pela repetição dos vômitos, podemos recorrer à hidrazida por via rectal ou a medicamentos de fórmula mista tipo nicos-treptil ou estreptazida.

Como bacteriostáticos menores, nunca empregados isoladamente, devemos citar as sulfonas e a tiosemicarbazona que desde Cocchi tiveram papel a desempenhar se bem que apenas de comparsas em certas terapêuticas combinadas.

Hoje o seu uso está muito reduzido, porque é de reear a sua acção, perturbadora do quadro hemático.

Outros que apenas despontam no horizonte como a viomicina e um novo sal de INH e PAS, não foram ainda usados na M. T.

É ocioso dizer que toda esta medicação convergindo para o ataque ao B. K. se deve inserir num quadro de terapêutica geral anti-infecciosa, a cujas normas gerais temos de atender. Isto significa que o estado geral do doente tem de ser vigiado cuidadosamente e os seus desvios reparados com a medicação adequada, entre a qual avulta a administração de vitamina C, A e D em doses elevadas.

De tudo quanto aqui deixamos dito, queda-nos a impressão que na presente etapa de terapêutica se pode considerar a M. T. como doença facilmente curável, uma vez que uma técnica de tratamento correcta se conjugue com um diagnóstico precoce.

No entanto certas formas clínicas de particular gravidade por localizações especialmente delicadas (tuberculomas encefálicos), fragilidade do estado imuno-alérgico do doente ou por especiais características biológicas da estirpe bacteriana responsável, têm a morte como desfecho a despeito duma terapêutica bem ajustada. São estas formas que no nosso espírito reforçam a importância do tratamento profilático da M. T., através duma maior extensão da vacinação pelo B. C. G. e também por um uso harmónico e inteligente das armas que o fisiologista dispõe para o tratamento das várias formas da tuberculose, nomeadamente da primo-infeccção, tantíssimas vezes o estágio anterior à localização meníngea.

E terminaremos frizando esta nota: o recente agravamento do prognóstico da M. T. tratado pela estreptomina, que encontra a sua explicação no aumento de frequência no aparecimento de estirpes resistentes, faz-nos meditar na possibilidade de surgirem formas meníngeas hidrazido-resistentes, dado que a experiência da droga é ainda recente. Por isso ao clínico acresce o dever de tratar qualquer forma tuberculosa, principalmente a primo-infeccção com espírito fortalecido por um criterioso conhecimento da eficácia e limitações de cada um dos antibióticos, e não buscar neles o meio de se acrescentar em prestígio imediato, através dumas melhoras espectaculares que tantas vezes são apenas o enganoso preâmbulo duma evolução particularmente grave.

(Palestra do Ciclo de Estudos promovido pelo Hospital de Matosinhos—sessão de 5 de Julho de 1954).

## Facomatoses

H. PAULA NOGUEIRA, H. MOUTINHO

J. CORTEZ PIMENTEL

(Conclusão do número anterior)

### II

O grupo das facomatoses tem um grande interesse oftalmológico pela frequente comparticipação das estruturas oculares nas alterações características destes síndromas, por vezes tão importante que permite esclarecer uma situação patológica que, sem o exame ocular, ficaria ignorada.

Estão neste caso alguns dos nossos doentes cujo diagnóstico foi possível pelo exame oftalmoscópico, pedido para esclarecimento do internista, ou até, como achado fortuito, no decurso de um banal exame da refração.

Neste grupo nosológico encontramos núcleos de fenómenos verificáveis na maior parte dos casos.

A cada núcleo típico juntam-se fenómenos ou sintomas mais raros, ou mesmo pertencentes a outras facomatoses, que reforçam o seu nexos comum e estabelecem, por assim dizer, formas de passagem de uma a outra destas entidades clínicas.

Por outro lado, o núcleo típico pode apresentar-se amputado de um ou de outro elemento, sem contudo perder o mínimo indispensável à sua classificação nosológica.

O núcleo ocular é talvez o mais constante na sintomatologia das facomatoses, persistindo em muitas das formas frustes e em formas monossintomáticas. Papel importante nos parece igualmente ter em novos quadros clínicos que virão tomar o seu lugar neste grupo e que pouco a pouco vêm sendo descritos.

Estaria talvez neste caso um novo síndrome, correspon-

dente a uma publicação de Wohlwill, em que a um núcleo ocular bem conhecido (dermóides das conjuntivas com coloboma palpebral e tumores cutâneos das orelhas) se juntava hidrocefalia interna, ausência de corpo caloso e formações neoplásiformes variadas da pele e do encéfalo (neste um angioma arterial do tipo facomatoso).

Este facto levou o autor, que durante tantos anos desenvolveu em Portugal uma fecunda actividade didáctica e científica, a chamar a atenção dos oftalmologistas, «que já tanto têm contribuído para o conhecimento das facomatoses», para a utilidade de pesquisarem outras malformações neoplásiformes, nos doentes que apresentam o referido núcleo ocular.

Um tal aspecto do problema, a pesar do seu grande interesse, levar-nos-ia excessivamente longe e não nos compete abordá-lo aqui. Limitar-nos-emos à simples documentação da comparticipação ocular nas facomatoses clássicas, sem repetir conceitos e descrições anátomo-clínicas, já feitos pelos outros colaboradores deste «simposium».

Das facomatoses neuro-angiomasas cefálicas, o síndrome de *Von Hippel-Lindau* é o mais frequente, pelo menos nas suas formas monossintomáticas.

A angiomatose retiniana apresenta-se como um dos sintomas, não sendo porém obrigatório e podendo também aparecer isolado, quer dizer, a doença de *Von Hippel* não é sempre um aspecto da doença de Lindau. As relações estreitas destas duas alterações são postas em relevo pela anatomia, pela sua coexistência frequente e pela aparição familiar, de que temos 2 exemplos típicos nas nossas observações. O angioma da retina pode ser simples e localizado a um só ramo vascular (fig. 1), ou generalizado e complicado de fenómenos degenerativos, exsudativos e proliferativos, constituindo a chamada retinite de Coats (figs. 2 e 3) cujo aspecto morfológico nem sempre corresponde a uma fase evolutiva da angiomatose retiniana. Tipicamente o síndrome de *Von Hippel* é constituído por uma formação tumoral, angiomasosa, periférica, alimentada por 2 grossos vasos dilatados formando o «curto-circuito artério-venoso». Na fig. 4, trata-se de um irmão do caso já citado de *Von Hippel-Lindau* completo, descrito por Alvim e Marques. Além deste pequeno tumor angiomasoso periférico da retina, não apresentava quaisquer sintomas subjectivos ou objectivos doutras localizações orgânicas.

Na fig. 5 — topo-retinografia que permite seguir as alterações vasculares desde a sua emergência, na papila, até ao volumoso facoma periférico, da retina — a angiomatose retiniana apareceu isoladamente, mas uma irmã da doente tinha falecido de tumor cerebulo e os fundos oculares não apresentavam outras alterações além dos sinais de hipertensão intra-craniana, tratando-se muito provavelmente de um caso de *Lindau* isolado.

Nas neuro-angiomasas encéfalo-faciais (*Sturge-Weber-Krabbe*), as alterações oculares traduzem-se quase sempre por glaucoma de tipo infantil — buftalmia — do lado do naevus

facial (fig. 6-A: naevus varicoso hipertrófico da hêmiface direita, aumento do diâmetro da córnea). A causa desta anomalia é provavelmente a angiomatose da coróideia que em certas

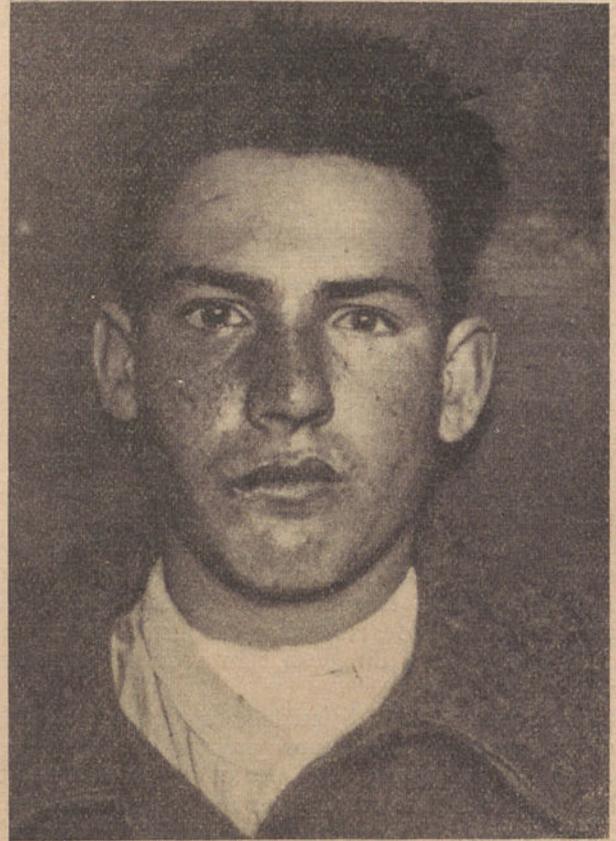
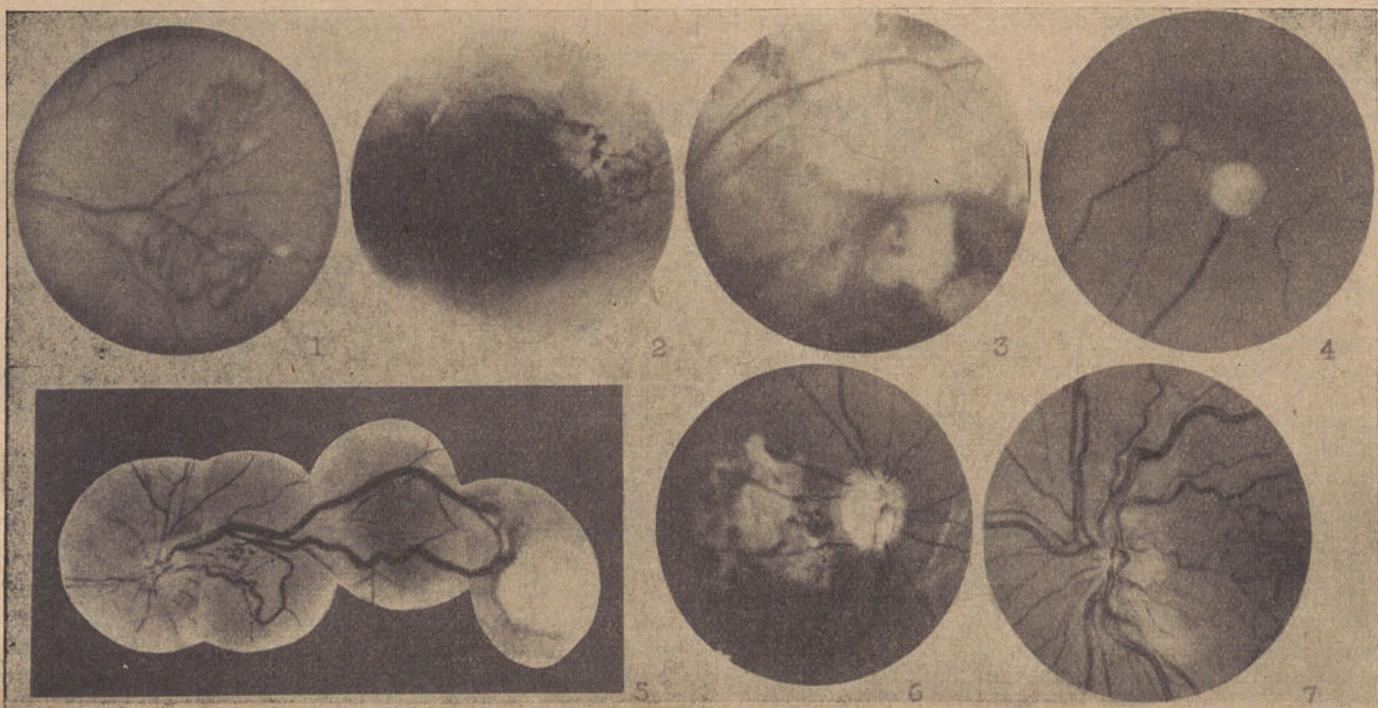


Fig. 6-A

zonas pode ser visível ao oftalmoscópico, a par da atrofia glaucomatosa da papila (fig. 6).

Entre estas duas facomatoses angiomasas poderemos colocar o síndrome de Bonnet-Déchaume e Blanc de que se aproxima o caso que observamos de aneurisma cirsoide da hêmiface direita, da retina e do cérebro, do mesmo lado (fig. 7).

Nas displasias neuro-ectodérmicas a comparticipação ocular mais frequente encontra-se na esclerose tuberosa de Bourneville, de que existem variadas publicações na nossa literatura. O facoma retiniano pode apresentar-se sobre 3 formas como já foi dito: a forma quística, em balão, como nos casos de Cunha Vaz, em mãe e filha; a forma plana, estendendo-se em leque em maior ou menor extensão, a partir da papila, como na fig. 13; a forma tumoral em framboeza, atingindo por vezes grande desenvolvimento para o vítreo. No caso das figs. 8 e 9



# P V R

**Imunoterápia não específica associada à Penicilina**

## COMPOSIÇÃO

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

*SUPOSITÓRIOS 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 estreptominaoterápia, 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*

# PROPULMIL

**Bial**

INJECTÁVEL

SUPOSITÓRIOS

Caixas de 1 e de 6

Consagrada associação, em doses óptimas, de:

**Penicilina**

**Vitaminas A e D**

**Quinina**

**Essência de Niauli**

**Eucaliptol**

**Cânfora**

**Hexaidroisopropilmetilfenol**

(este último, só no PROPULMIL Injectável)

**Gripe**

**Traqueítes**

**Bronquites**

**Congestões pulmonares**

**Pneumonias**

**Broncopneumonias**

# PROPULMIL

INFANTIL

**Bial**

SUPOSITÓRIOS

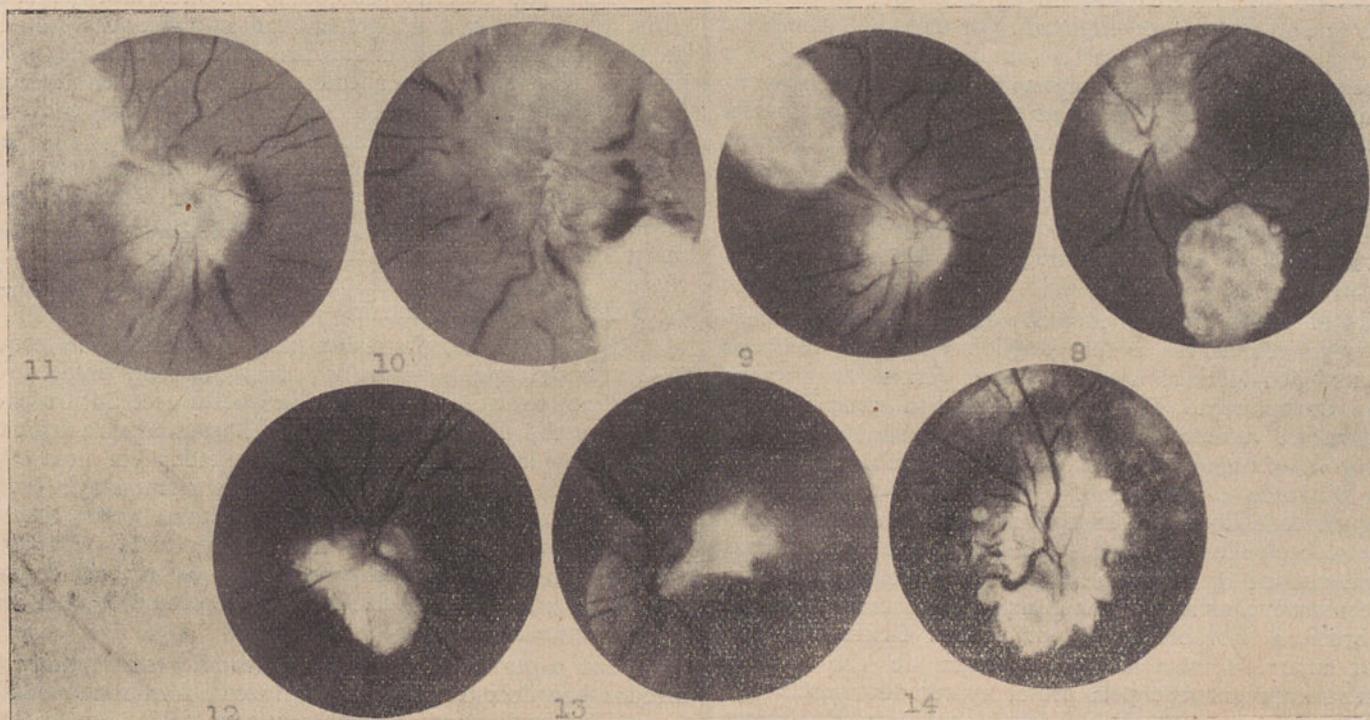
Caixas de 1 e de 6

**Perfeita tolerância**

**Rápida e poderosa eficiência terapêutica**

os tumores eram bilaterais e múltiplos, revestindo no contorno papilar, o aspecto de verrucosidades hialinas. Neste doente, que apresentava uma rica sintomatologia do síndrome, o progressivo desenvolvimento das tuberosidades encefálicas, visíveis na radiografia já apresentada, deu lugar a hipertensão intracraniana e as figs. 10 e 11 mostram o aspecto dos mesmos fundos oculares, modificado, 2 anos mais tarde, pelo aparecimento de estase papilar acentuada. Na fig. 12 — retinografia do olho esquerdo do caso de Paula Nogueira e Maymone — o tumor é unilateral e reveste idêntico tipo, localizando-se sobre o bordo papilar.

Vem a propósito mostrar um dos nossos casos de verrucosidade hialinas da papila, em grau extremamente desenvolvido, de forma tumoral, proeminente no vítreo (fig. 14), coexistindo com oligofrenia, crises epiléticas e sinais radiológicos de *status dysraphicus*. Este conjunto de sinais fez-nos pensar numa forma fruste da doença de Bourneville aproximando deste síndrome as verrucosidades hialinas da papila, opinião igualmente expressa por Reese.



Na doença de Recklinghausen a comparticipação ocular, se bem que mais variada, é muito menos frequente.

Em mais de uma dezena de casos que estudamos, não encontramos qualquer alteração ocular.

As lesões neurofibromatosas descritas no aparelho visual podem ter localização palpebral, orbitária ou propriamente ocular. Nos fundos podem observar-se formas semelhantes às dos facomas neuro-retinianos da doença de Bourneville.

Certos autores descreveram, na neurofibromatose, pequenos angiomas retinianos associados a facomas.

Estas alterações retinianas da doença de Recklinghausen apresentam-se-iam como um traço de união entre as da esclerose tuberosa e as da doença de Von Hippel, reforçando mais uma vez o nexos comum existente entre os diversos tipos de facomatoses.

Renard, baseando-se nas considerações feitas e nas associações variadas desde as simples tortuosidades dos vasos retinianos com angiomatose encéfalo-trigeminal, provavelmente com angiomas dos centros nervosos, etc., pensa que se se deve, sob o ponto de vista anatómico, separar todas estas afecções, é preciso, sob o ponto de vista clínico, aproximá-las.

Talvez se trate de processos dismorioplásticos de idade diferente, sendo o potencial evolutivo tanto maior quanto mais precoce é a malformação genética.

Poder-se-ia por exemplo classificá-las assim:

- 1.º — Simplex anomalia congénita isolada: tortuosidade isolada e bilateral dos vasos da retina; verrucosidades hialinas das papilas;
- 2.º — Afecções congénitas, geralmente pouco evolutivas, associadas a formações angiomatoses da face e por vezes dos centros nervosos, aneurismas cirsóides, etc.,

constituindo formas intermediárias entre as simples anomalias congénitas e as facomatoses clássicas;

### 3.ª — Facomatoses.

Justifica sobretudo esta classificação a existência de tipos intermediários destas diversas formas, como tivemos ocasião de verificar nalgumas das nossas observações pessoais.

### III

Não pretendemos apresentar uma descrição minuciosa da anatomia patológica das facomatoses, que não se justificaria neste curso, mas apenas focar os quadros morfológicos fundamentais das quatro afecções que o Dr. Paula Nogueira descreveu. A maior frequência da doença de Recklinghausen em relação às restantes facomatoses, aliada à maior experiência que dela possuímos, fará com que a sua exposição seja um pouco mais pormenorizada.

A doença de Recklinghausen é uma afecção sistematizada que afecta principalmente as estruturas de suporte do sistema nervoso.

Esta doença pode apresentar quadros muito polimorfos em virtude da multiplicidade de combinações possíveis entre os seus componentes. Entre estes últimos os mais constantes e inclusivamente os que com maior frequência dominam o quadro são por um lado os tumores dos nervos cranianos, espinhais e do sistema simpático e, por outro, as pigmentações cutâneas. Tumores do S. N. C. (gliomas e meningiomas), lesões ósseas (deformações análogas às da osteomalácia, escoliose, cifose dorso-lombar, «osteose fibroquística», irregularidades das superfícies articulares, gigantismo parciais), nevos, lipomas, angiomas, malformações congénitas de vários tipos, podem também constituírem componentes desta afecção.

A anatomia patológica desta doença resume-se à dos tumores dos nervos, benignos e malignos, que constituem o seu quadro e os problemas da histogénese destas neoplasias. Todos os outros componentes podem fazer parte de outras afecções e a sua patologia é suficientemente conhecida para que não se justifique referi-la.

Os tumores dos nervos que fazem parte da neurofibromatose de Recklinghausen são de 4 tipos: neurofibromas — de longe as neoplasias mais frequentes desta doença —, neuromas plexiformes, neurilemomas e neurosarcomas.

A origem destas neoplasias tem-se discutido muito: assim uns, seguindo as ideias de Recklinghausen, consideram-nas como fibroblásticas, ao passo que outros, depois dos trabalhos de Verocay, admitiram tratarem-se de tumores formados a partir das células de Schwann da bainha nervosa. Actualmente, tendo por base dados histológicos e experimentais que aqui não cabe referir, pensa-se que todas estas neoplasias sejam de natureza, pelo menos em parte, schwanniana. Admite-se que o neurilemoma

se constitui a partir de células de Schwann das fibras mielínicas, resultando o neurofibroma e o neuroma plexiforme duma proliferação conjuntivo-schwanniana, em que as células de Schwann têm o tipo remakiano. A origem do neurosarcoma será resumidamente tratada a propósito da transformação maligna ocorrida no decurso da neurofibromatose.

Os neurofibromas são de longe os tumores mais frequentes desta afecção e inclusivamente os que lhe dão o nome. Apresentam-se como tumores da pele, como tumores localizados no trajecto dos troncos nervosos ou ao nível dos gânglios simpáticos, ou ainda como tumores viscerais. O Dr. Paula Nogueira já se referiu à anatomia patológica macroscópica destes tumores, em especial dos tumores cutâneos. Queremos apenas chamar a atenção para a falta de cápsula que, em qualquer destas localizações, estes tumores apresentam e para as relações íntimas que estas neoplasias quando localizadas no trajecto dos nervos contraem com estes últimos. A tendência à recidiva pós-operatória, posta em realce em vários trabalhos, particularmente no de Geschickter, e não verificada em 24 casos que estudamos, parece-nos que só poderá ser explicada por exérese incompleta devido à imperfeita limitação destes tumores.

A pele que cobre estas neoplasias é muitas vezes pigmentada, o que poderá ter certo valor no diagnóstico desta doença se as alterações cutâneas se resumirem a um ou dois tumores e se o exame histológico não for feito. Em dois casos que vimos existiam apenas respectivamente um e dois neurofibromas cobertos por pele pigmentada; não se encontraram «manchas café com leite», no entanto um exame radiológico do esqueleto revelou lesões ósseas.

Tanto os neurofibromas cutâneos como os que se encontram ao longo dos nervos e dos gânglios simpáticos têm um quadro histológico idêntico nas suas linhas gerais. Tomaremos como base de descrição deste tipo tumoral o neurofibroma cutâneo. Como se vê nestes dispositivos a neoplasia apresenta-se como um nódulo situado na zona mais superficial da derme, por vezes atingindo a hipoderme, podendo não provocar qualquer irregularidade do plano da epiderme ou bombeá-la numa extensão maior ou menor. Nunca existe à volta do tumor uma cápsula mas nota-se apesar disso sempre um contorno bem marcado. O tumor é constituído por fibras colagêneas e de reticulina, fibrocitos, fibroblastos e por células fusiformes que tomam cor amarela-acastanhada na coloração de Van Gieson. Estas células impregnam-se pela prata, aparecendo nestas circunstâncias como elementos compridos, pobres em citoplasma, geralmente com prolongamentos bipolares e que constituem ou pequenos feixes paralelos entre si e à direcção dos feixes colagêneos ou se disseminam em plexos.

Estas células idênticas, segundo Rio Hortega, às células de Schwann das fibras de Remak permitem um diagnóstico diferencial preciso entre este tumor e o simples fibroma, com que se pode confundir nas colorações habituais.

No quadro da neurofibromatose de Recklinghausen encontram-se com relativa frequência nos membros, no tronco ou na face espessamentos cutâneos, de extensão maior ou menor, por vezes constituindo como que um manto pregueado. Este quadro que se costuma denominar elefantíase neuromatosa é umas vezes devido a uma proliferação difusa de tecido conjuntivo e células de Schwann idênticas às descritas no neurofibroma, outras vezes tem por causa um neuroma plexiforme.

O neuroma plexiforme é um outro componente relativamente frequente desta afecção. Trata-se dum tumor cujo quadro, quer macroscópico quer histológico é completamente típico.

Um das vezes o tumor aparenta o aspecto dum nervo, com os seus ramos bastante tumefactos e tortuosos, outras assemelha-se a intrincado retículo cujos cordões estão mais ou menos intimamente conglomerados, parecendo por vezes um novelo. Em qualquer destas modalidades o tumor é sempre constituído por cordões cilíndricos ou achatados, cinzento esbranquiçados ou cinzento rosados, de aspecto translúcido e de consistência firme ou elástica.

Sob o ponto de vista histológico estes tumores não apresentam, como já referiu, cápsula e são constituídos por duas estruturas fundamentais: ninhos de forma e tamanho variável, em regra bem limitados, semelhantes a nervos, e um tecido intersticial onde aqueles estão colocados.

Os ninhos são geralmente arredondados ou ovais, têm um contorno ligeiramente ondulado, variando o seu tamanho den-

tro de largos limites. Estes ninhos têm uma arquitectura comum: revestidos por uma cápsula fibrosa, mais ou menos espessa, são constituídos por um tecido laxo, areolar, edematoso, rico em células e delicadas fibrilhas, no interior do qual se reconhecem áreas de estrutura mais densa, formadas por fibras agrupadas em feixes, dispostas paralelamente ao eixo do ninho. O tecido laxo que constitui a maior parte do ninho é formado por células e fibras conjuntivas e por células de Schwann do tipo das descritas no neurofibroma. Os feixes que se encontram no interior deste tecido laxo são constituídos por células e fibras do tecido conjuntivo, por células de Schwann do tipo das do neurofibroma e por um número maior ou menor de fibras nervosas, mielínicas ou amielínicas.

No que diz respeito ao tecido intersticial que separa os ninhos trata-se de tecido conjuntivo, laxo ou denso e de tecido adiposo.

Outro tipo de tumor nervoso que pode ser encontrado na neurofibromatose é o neurilemoma ou neurinoma.

Têm sido descritos sobretudo na literatura alemã sob o nome de «neurinomatoses generalizadas» alguns casos de doença de Recklinghausen, caracterizados pela presença de múltiplos tumores do tipo do neurilemoma. Temos no entanto muitas dúvidas acerca da sua existência real e julgamos, em face dos dados microscópicos apresentados nestes trabalhos, que se trata duma confusão, frequente na literatura, entre os termos neurilemoma e neurofibroma. Em regra o que se verifica nalguns casos de doença de Recklinghausen é a presença de um ou mais raramente dois ou três neurilemomas, cuja situação embora variável mostra uma certa predilecção para o nervo acústico, mediastino e raízes espinhais.

Estes tumores, na maior parte dos casos são pequenos, não ultrapassando o tamanho duma noz; no entanto os do mediastino, relativamente frequentes nesta afecção, podem atingir o tamanho de laranjas grandes. São tumores de forma esférica ou ovóide, sempre muito bem limitados por uma cápsula; na superfície de secção encontram-se com frequência cavidades quísticas. Estas neoplasias aparecem muitas vezes como uma dilatação esférica ou ovóide dum determinado nervo; outras vezes, e isto sucede frequentemente com os tumores do mediastino, não é possível estabelecer macroscopicamente uma conexão estreita entre o tumor e o nervo.

Sob o ponto de vista histológico são estes tumores constituídos por dois tecidos: um compacto, formando nódulos ou feixes frequentemente turbilhonantes (tecido do tipo A de Antoni), outro laxo, formado por elementos celulares de aspecto estrelado (tecido do tipo B de Antoni). A contrário do que sucede no neurofibroma que é muitas vezes atravessado por cilindro-eixos, neste tumor unicamente se encontram fibras nervosas na cápsula e na porção mais periférica do tecido tumoral.

A morte dos doentes com esta facomatose é, muitas vezes, consequência da transformação maligna dum neurofibroma ou dum neuroma plexiforme ou ainda, segundo alguns autores, duma elefantíase neuromatosa. A estes tumores malignos da bainha nervosa têm-se dado, entre outras, as designações de neurosarcoma, sarcoma neurogénico, neurofibrosarcoma, schwannoma maligno e neurilemoplastoma.

Hosoi compilando da literatura 466 casos de neurofibromatose verificou que em 59 ou seja 13 % se constituíram tumores malignos deste tipo. Hoffmann, Thomson e Ducuing fixaram respectivamente em 12, 15 e 8 % a percentagem desta ocorrência. Em 32 casos de doença de Recklinghausen que estudamos, houve em 4 transformação maligna.

Tem-se discutido muito a origem destes tumores: alguns consideram-nos sarcomas, outros, tumores malignos da célula de Schwann. Esta última hipótese deve ser a verdadeira, segundo se depreende das características das células destes tumores em face dos métodos de impregnação argéutica, dos resultados baseados em culturas «in vitro» da neoplasia e da comparação entre o quadro histológico deste tumor e o das neoplasias malignas obtidas experimentalmente a partir de células de Schwann.

A maioria destes neurosarcomas apresentam-se como uma tumefacção localizada no trajecto dum nervo. A neoplasia prolifera permanecendo, pelo menos aparentemente, no interior da bainha nervosa: expandindo-se ao longo desta, numa extensão bastante considerável, alargando-a e deformando-a, ou constituindo, no seu curso, um nódulo bem limitado, arredondado ou fusiforme. Nalguns casos não é possível demonstrar o nervo

em que o tumor teve origem, ou porque o nervo é de calibre pequeno e passa despercebido ou porque o tumor ultrapassou os limites do nervo, tornando-se assim difícil o diagnóstico macroscópico da neoplasia. Estes tumores, cujo tamanho varia entre o duma tangerina e o duma cabeça de adulto, têm uma forma esferoidal ou fusiforme e são quase sempre muito bem limitados e envolvidos por uma cápsula o que lhes dá um ar de falsa benignidade.

A histopatologia destes tumores representa um sério problema morfológico que não vamos aqui discutir. Apenas queremos acentuar que o seu quadro microscópico lembra, à primeira vista, o dum sarcoma fibroblástico mas que um estudo mais pormenorizado mostra aspectos muito particulares, um dos quais é as suas células corarem de amarelo acastanhado na coloração de Van Gieson e impregnarem-se pela prata revestindo deste modo aspectos, quanto a nós, característicos e completamente distintos dos observados em sarcomas fibroblásticos e leiomiomas.

Estes tumores, embora se apresentem na maioria dos casos bem encapsulados, invadem muito precocemente numa extensão maior ou menor, o nervo em que se desenvolvem. Esta invasão faz-se, a maior parte das vezes, no sentido centrípeto sendo a sua extensão por vezes enorme. A invasão pode atingir não só o tronco nervoso sede da neoplasia como também os seus ramos e, inclusivamente, outros nervos importantes da região. Este achado explica porque estes tumores recidivam quase sistematicamente pós-exérese, inclusivamente quando são ressecados com uma porção considerável de nervo.

Num certo número destes tumores verifica-se a perda da sua boa limitação e a invasão mais ou menos extensa dos tecidos vizinhos, muito frequentemente dos ossos. Num caso desta facomatose, com escassas manifestações cutâneas, autopsiado pelo Prof. Wohlwill neste hospital, um neurosarcoma da região do joelho destruiu—como se vê nesta radiografia—parte do fémur e da tibia, tendo sido interpretado clinicamente como um osteosarcoma.

A par desta infiltração local, estes tumores podem dar metástases por via sanguínea e bastante raramente por via linfática. A dispersão tumoral é em regra tardia, surgindo depois da neoplasia ter recidivado várias vezes após outras tantas ressecções. A sua verificação pode ocorrer durante a fase de aparente boa limitação do tumor primitivo ou no período em que ultrapassou a bainha epineural e invadiu os tecidos vizinhos. Na grande maioria dos casos as metástases localizam-se no pulmão, na pleura, no fígado, nos músculos e nos ossos.

A doença de Lindau é essencialmente uma angiomatose caracterizada por tumores localizados em vários órgãos, em especial no S. N. C. e na retina.

O sítio habitual do tumor vascular, chamado hemangioblastoma por Cushing e Bailey, é o cerebelo; muito mais raramente pode localizar-se no bulbo ou na medula. Este tumor tem cor de cereja e é em geral pequeno, não maior que uma ervilha; na sua vizinhança constitui-se uma formação quística que pode gradualmente aumentar de tamanho e que contém um líquido xantocrômico que coagula espontaneamente. Os quistos são geralmente únicos, raramente bilaterais ou múltiplos. O tumor pode estar incluído na parede deste quisto ou fazer ligeira proclividade na sua cavidade. Por vezes o tumor é tão pequeno que apenas se vê o quisto, o que poderá levar ao diagnóstico macroscópico de astrocitoma quístico.

Histologicamente os nódulos angioblásticos podem ser classificados em simples, quando constituídos por capilares sem qualquer alteração particular; telangiectásicos, quando formados por capilares dilatados; e cavernosos quando estes últimos estão muitíssimo dilatados. Alguns autores distinguem ainda os angiomas celulares em que os capilares são em pequeno número e há grande predomínio de células do tipo das endoteliais e das periteliais.

A parede do quisto é constituída por glia comprimida, não existindo qualquer revestimento epitelial.

Conjuntamente com este quadro existe um angioma da retina (que pode apresentar qualquer dos tipos histológicos referidos no angioma do cerebelo) e por vezes quistos nos rins e no pâncreas.

A propósito do seu caso de esclerose tuberosa o Dr. Paula Nogueira já se referiu largamente à anatomia patológica desta

afeção. Falta-nos referir as alterações microscópicas do cérebro nesta doença, o que vamos fazer muito resumidamente. Veremos em primeiro lugar as alterações do córtex, seguidamente as da substância branca e, finalmente, a estrutura dos tumores ventriculares.

As alterações do córtex nem sempre se limitam às circunvoluções alargadas e deformadas mas interessam também zonas aparentemente não lesadas. No córtex verifica-se uma diminuição do número de células nervosas, principalmente na camada das células piramidais e que as que existem não têm a sua disposição normal. Estas células estão dispostas obliquamente em relação à superfície do córtex ou até com o vértice dirigido para a substância branca e muitas delas mostram lesões de degenerescência crónica, pigmentar ou vacuolar. Apresentando por vezes certa relação com a destruição das células nervosas, existe sempre uma intensa proliferação de células glias, mais marcada na camada mais externa da substância cinzenta cortical que quase sempre está mais larga que o normal.

Uma outra alteração muito característica desta doença é a presença de células de dimensões extraordinárias e de formas muito bizarras, as chamadas grandes células atípicas. Muitos autores admitem que estas células são em parte células nervosas atípicas, em parte células glias atípicas. É no entanto provável que estes elementos na sua totalidade ou pelo menos na sua maioria sejam células de tipo ganglionar. Nestes diapositivos cedidos pelo Dr. Lobo Antunes verifica-se que não se pode estabelecer um tipo-padrão nestas células; ao lado das que pouco se afastam das células normais há outras de configuração muito atípica lembrando células glias de dimensões gigantescas. Estas células atípicas apresentam-se isoladas ou em pequenos grupos e situam-se a várias alturas do córtex, podendo no entanto penetrar na substância branca.

As alterações da substância branca são muito menos importantes. Limitam-se na maior parte dos casos a acumulações de células nervosas atípicas, por vezes acompanhadas duma proliferação glial.

Os tumores ventriculares são constituídos por proliferações de natureza glial, em que as células apresentam por vezes certo polimorfismo e grandes dimensões e frequentemente estão semeados de concreções calcáreas.

Falta fazer uma breve referência à doença de Sturge-Weber cujo quadro anatómico é constituído por: angiomas ou malformações angiomasos da pele da face, da coroideia e das leptomeninges, e alterações mais ou menos intensas do córtex cerebral vizinho da lesão vascular meníngea.

As leptomeninges apresentam ou verdadeiros angiomas ou, muito frequentemente, apenas formações angiomasos. Estas últimas são constituídas por uma rede de vasos de parede delgada e quase sempre sem muscular e elástica, alargados e sinuosos, que podem calcificar. Estas formações angiomasos da meninge representam, segundo Peters, uma transição entre telangiectásias e angiomas racemosos.

As lesões vasculares da pele (naevus vasculosus) e da coroideia apresentam aspecto semelhante às da leptomeninge.

No cérebro, ao nível do «angioma» da leptomeninge verifica-se desaparecimento de células nervosas, calcificações (por vezes em relação com as paredes dos capilares), desmielinização difusa (com formação de células grânulo-gordurosas) e aumento de tecido glial (na substância branca e no córtex). Os blocos de cálcio de maiores dimensões são muitas vezes estratificados e os de menor tamanho apresentam frequentemente um núcleo contendo ferro. Estas calcificações embora prefiram o lobo occipital podem observar-se também no lobo temporal e inclusivamente no parietal.

Para terminar esta exposição, vamos mostrar alguns diapositivos dum caso examinado pelo Prof. Jorge Horta, no Instituto de Medicina Legal e que possivelmente corresponderá a uma forma fruste de doença de Sturge-Weber.

*(Lições proferidas no VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário do Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos).*

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### Doença vascular hipertensiva

(Transcrição de uma reunião sobre terapêutica)

#### PRESIDENTE

*William Goldring*

(Prof. agregado de Medicina, no University Medical College de Nova Iorque)

#### MEMBROS DA REUNIÃO

*Herbert Chasis*

(Prof. agregado de Medicina, no University College of Medicine, de Nova Iorque)

*Arthur M. Fishberg*

(Director de Medicina no Hospital Beth Israel)

*George A. Perera*

(Prof. agregado de Medicina no College of Physicians and Surgeons, da Universidade de Colúmbia)

*Edward Weiss*

(Prof. de Clínica Médica, da Temple University School of Medicine, de Filadélfia)

\*

Presidente: William Goldring; os membros da reunião de hoje são os Drs. Herbert Chasis, Edward Weiss, Arthur M. Fishberg e George A. Perera.

Todos receberam folhas de papel nas quais podem escrever perguntas. Entreguem-mas, por favor.

A 1.<sup>a</sup> pergunta é dirigida ao Dr. George Perera. «Qual é o actual valor da dieta com restrição de sódio no tratamento da doença vascular hipertensiva?»

*Dr. George A. Perera:* Penso que aumentam as provas de que há uma perturbação do metabolismo do sódio na doença vascular hipertensiva e que existe certa relação entre o ião sódio e a regulação da pressão sanguínea. Todavia, não temos ainda a prova de que os electrólitos desempenham um papel verdadeiramente etiológico. Uma das provas da existência dessa perturbação consiste nas diferenças entre as pessoas hipertensas e as pessoas normais observadas quando ambos os grupos são sujeitos a restrição rígida do sal; e alguns relatórios preliminares indicam que pode haver um maior conteúdo de sódio nas *arteriolas* e músculos de animais hipotensivos comparados com normais.

Clinicamente, todos devemos admitir que a restrição de sódio alguma coisa faz aos hipertensos. Pode haver pequenas baixas na pressão sanguínea. Pode haver melhoras na retinopatia, particularmente quando está adiantada. Pode haver uma diminuição no tamanho do coração, apesar de isso só ocorrer nos doentes com insuficiência congestiva. Mas há também aspectos desagradáveis na restrição rígida do sal. Tais dietas não

são muito agradáveis nem gostosas e poucos doentes conseguem segui-las por largo tempo. Depois, é evidente também que, na presença de perturbações renais, a restrição de sal pode diminuir a função renal ainda mais e provocar retenção adicional de nitrogénio se já existia alguma. Por outras palavras, mesmo sabendo nós que o sódio desempenha um papel nos hipertensos e que a sua restrição pode ser seguida de melhoras em certos territórios, há limitações práticas ao seu uso em terapêutica. Quase todos nós achamos que a restrição moderada do sal pode ser aconselhada empiricamente como parte do regimen do doente hipertenso. Isso consegue-se suprimindo o saleiro da mesa, evitando comidas salgadas e limitando a quantidade de leite e pão na dieta. Se isto tem um valor definitivo ou não, não o sabemos por agora. A restrição rígida de sal deve ser empregada como uma experiência terapêutica, de preferência por curtos períodos, nos doentes que têm a doença mais progressiva ou adiantada e nos que a ela se querem submeter. Devem ser tomadas precauções nos doentes com albuminúria ou retenção de nitrogénio.

Resumindo, portanto, a restrição do sal constitue apenas uma pequena parte do que se pode fazer pelo doente hipertenso; levá-la a efeito em excesso, é dar uma importância indevida a um factor de valor limitado; e deve ter-se sempre presente que as dietas podem fazer mal.

*Presidente Goldring:* A pergunta seguinte é para o Dr. Weiss. O Dr. Weiss é da Temple University School of Medicine, de Filadélfia.

Qual é o presente estado da psicoterapia no tratamento da doença hipertensiva?

Antes de o Dr. Weiss falar, quero apresentá-lo lendo um extracto do que ele escreveu em 1937 e que é — penso eu — a expressão clássica de um ponto de vista no tratamento dos doentes hipertensos. No decorrer da noite ele dir-nos-á se durante estes 15 anos, teve ocasião de alterar a sua opinião. Nesse tempo ele disse: «Que fazemos nós ao pobre doente para lhe baixarmos a pressão sanguínea? Uma ideia errada torna a proteína responsável pela hipertensão nas doenças renais e por isso lhe negamos carne e ovos, especialmente carne vermelha que, por qualquer razão, é olhada com um medo particular. Depois a sua dieta é tornada ainda mais desagradável pela ausência de sal. Condoer-nos-emos por o vermos meio esfomeado a não ser que ele nem mesmo comer possa porque os seus dentes foram tirados em virtude da teoria que atribue a hipertensão a um foco infeccioso. Já antes disso, lhe tinham sido tiradas as amígdalas e os seios perinasais puncionados, por conta da mesma teoria. No caso de consumir algum alimento, o leve residuo no cólon seria lavado por meio de numerosos clisteres, especialmente durante o período em que a teoria da auto-intoxicação gozava de grande popularidade. Para aumentar a sua infelicidade ser-lhe-á dito para não trabalhar nem fazer exercício. O álcool e o tabaco são-lhe proibidos, assim como o chá e o café e, para culminar as suas dificuldades, o pobre hipertenso cai nas garras do neurocirurgião que está preparado para o separar do seu sistema nervoso parasimpático».

*Dr. Edward Weiss:* A única coisa que posso acrescentar é que o cirurgião está agora também preparado para tirar as supra-renais. Talvez possa dizer alguma coisa sobre o assunto um pouco mais tarde.

Penso que a psicoterapia não está indicada no tratamento da hipertensão mas é indicada para a maior parte dos doentes que dela sofrem. Por outras palavras, a tensão elevada em si não constitui indicação para psicoterapia porque nada nos indica que a alma é responsável pela doença hipertensiva ou que a psicoterapia pode alterar o curso da doença vascular hipertensiva. Por outro lado, tenho como certo que os sintomas atribuídos à hipertensão surgem frequentemente num meio social de emoções acentuadas e que estes sintomas são então frequentemente atribuídos à hipertensão que é descoberta no decorrer de um exame médico. Então, muitas vezes, como todos sabem, acrescentamos ao problema da hipertensão a fobia da pressão sanguínea e, é claro, quando isto acontece surge uma indicação para psicoterapia e a psicoterapia pode fazer desaparecer, e muitas vezes o consegue, muitos dos sintomas que são atribuídos à hipertensão.

A psicoterapia pode ser exercida pelo médico vulgar e na verdade é por ele que deve ser exercida na maioria dos casos. Algumas das profundas perturbações da personalidade nos doentes hipertensos não cedem nem mesmo a uma psicoterapia prolongada e o doente, além da sua elevada tensão, tem o problema da psicoterapia muito prolongada e as dificuldades que muitas vezes daí resultam para contederem com ele. Sem dúvida, cada caso deve ser julgado individualmente, mas de um modo geral eu preconizo que o médico vulgar esteja preparado para tratar os seus doentes hipertensos dos sintomas que são de origem emocional e não se confine aos esforços para baixar a tensão.

*Presidente Goldring:* Recentemente tem-se mostrado muito interesse por algumas das novas drogas destinadas à terapêutica da doença hipertensiva. Ao planearmos esta reunião foi-nos impossível encontrar muito perto de Nova Iorque alguém com uma experiência clínica bastante extensa para fazer declarações sobre o assunto esta noite, por isso sugeri ao Dr. Chasis que enfrentasse o problema. Não tendo trabalhado ainda com estas drogas, ele teve a ideia de enviar circulares em forma de questionário a todos os que, neste país, na Nova Zelândia e Inglaterra, têm experiência pessoal com as novas drogas e vai agora relatar-nos resumidamente a opinião geral neste país e na Inglaterra.

*Dr. Herbert Chasis:* Como disse o Dr. Goldring, como preparação para esta reunião, foi enviado um questionário a cerca de 15 médicos que têm tido uma experiência pessoal extensa com os mais recentes agentes anti-hipertensivos.

O meu depoimento será um relatório das suas respostas às perguntas que lhes foram formuladas. As drogas referidas foram a hexametónio, derivados da cravagem do centeio e do «*veratrum viride*», e a hidrazino-ftalazina.

Os 15 que completaram os questionários foram os Drs. Lawrence B. Ellis, de Boston; Eugene Ferris, de Atlanta; Edward Freis, de Washington; Keith Grimson, de Durham; S. W. Hoobler, de Ann Arbor; John B. Johnson, de Washington; Ralph Kauntze, de Londres; Edward Meilman, de Boston; Milton Mendlowitz, de Nova Iorque; John H. Mayer, de Houston; Henry Schroeder, de St. Louis; F. Horace Smirk, de Nova Zelândia; Maurice Soxolow, de S. Francisco; Robert Taylor, de Cleveland e Robert Wilkins, de Boston.

A 1.<sup>a</sup> pergunta inquiria se tinham sido usadas drogas hipotensivas. Todos os 15 observadores tinham usado hexamethonium, 8 derivados da cravagem do centeio, 13 derivados de «*veratrum viride*», e 13 hidrazinophthalazina.

A 2.<sup>a</sup> pergunta inquiria se as drogas tinham sido administradas a doentes hospitalizados, a doentes ambulatórios, ou a ambos.

Todos os observadores administraram as drogas tanto a doentes hospitalizados como ambulatórios. Quatro relataram, no entanto que sempre administraram inicialmente estas drogas, particularmente a hexamethonium, durante a hospitalização por via parenteral e depois per os, ao saírem do hospital.

A 3.<sup>a</sup> pergunta inquiria sobre o tipo de doente hipertenso em quem os efeitos das drogas foram observados. Todos os 15 médicos observaram o efeito destas drogas na hipertensão essencial benigna e na hipertensão maligna, 10 observaram os seus efeitos na hipertensão nefrítica, 7 na eclampsia, e todos 15 em doentes que foram denominados «em crise aguda hipertensiva».

A 4.<sup>a</sup> pergunta inquiria em que doentes hipertensos eles não recomendariam o uso destas drogas. Onze relataram que a uremia era uma contra indicação. Três dos clínicos inquiridos crêm mesmo que este tipo de terapêutica está contraindicado somente

na presença de azotemia grave; um outro declarou que não continuou o seu uso quando a redução da pressão sanguínea era associada ao aumento da concentração do azoto não proteico do sangue; e um outro afirmou que não advogava o seu uso numa insuficiência renal a não ser que o doente estivesse em fase maligna rapidamente progressiva da doença hipertensiva e «não houvesse mais nada a fazer».

Sete observadores relataram que estas drogas não deviam ser administradas a doentes idosos. Cinco destes 7 não indicam com que idade consideram uma pessoa velha; um considera os 55 anos o limite máximo e outro pensa que nenhum doente com mais de 70 anos deve tomar a droga hipotensiva.

Todos os 15 estudaram os efeitos deste tipo de terapêutica na fase benigna da doença, caracterizada por termos e critérios tais como «hipertensão moderada», «hipertensão labil», «hipertensão sem sintomas», «benigna sem sequelas vasculares», «pressão diastólica de menos de 120 mm. Hg». Catorze dos 15 observadores concluíram que este tipo de terapêutica não deve ser usada em hipertensão essencial benigna.

Dez dos 15 observadores relataram que estas drogas não devem ser administradas a doentes com doença das artérias coronárias evidenciada por síndrome anginoso, enfarte de miocárdio ou por insuficiência cardíaca congestiva. Um observador limita esta contra-indicação para cobrir um período não inferior a 6 semanas após uma trombose coronária.

Seis destes observadores relataram que doentes com esclerose vascular cerebral, com ou sem trombose, não deviam ser tratados com este grupo de drogas. Um destes médicos pensa que a encefalopatia é também uma contra-indicação e um outro diz que o aumento da pressão intercraniana é uma contra-indicação.

A 5.<sup>a</sup> pergunta inquiria se as drogas estavam sendo usadas apenas para investigação. Nove dos 14 que responderam a esta pergunta, fizeram-no afirmativamente.

A 6.<sup>a</sup> e última pergunta inquiria se há informações suficientes para autorizarem a expansão do uso destas drogas no tratamento da doença hipertensiva actual. Houve 7 não e 6 sim; e houve mais 2 sim com reserva — que este tipo de terapêutica seja usada apenas em doentes com hipertensão maligna e com as devidas precauções.

Algumas das respostas vinham acompanhadas de comentários; alguns extractos têm interesse:

1.<sup>o</sup> — O Dr. Edward Freis afirma que o agente satisfatório ainda não foi encontrado e que a droga agora à venda são expedientes de ocasião («tapa-brechas»).

2.<sup>o</sup> — O Dr. Eugene Ferris diz que estas drogas fazem muito mais mal do que bem na maior parte dos hipertensos. Nos hipertensos benignos mas não progressivos produz-se uma neurose vascular que resulta da restrição desnecessária da capacidade funcional.

3.<sup>o</sup> — O Dr. Edward Meilman informa que, devido ao número de acções acessórias inconvenientes que podem resultar da terapêutica combinada com hexamethonium e hidrazinophthalazine, estas drogas devem apenas ser usadas em hipertensão maligna. Ele estabelece também que o uso da hexamethonium deve dar à simpaticotomia o seu último empurrão para a prisão.

4.<sup>o</sup> — O Dr. John B. Johnson relatou que, baseado nas informações actuais sobre o methonium, lhe parece que esta droga só deve ser largamente usada nos casos de hipertensão maligna.

5.<sup>o</sup> — O Dr. Ralph Kauntze informou que actualmente usa *veratrum viride* na hipertensão da gravidez e na hipertensão moderadamente severa com sintomas; usa methonium por injeções na hipertensão maligna e *veratrum* ou methonium administrado parenteralmente em doentes com uma «crise hipertensiva».

6.<sup>o</sup> — O Dr. Ellis relata que a sua maior experiência e sucesso é com veriloide nas «crises hipertensivas», mas que não há muita razão para o seu uso noutros casos. Tratamento muito prolongado com ele tem sido uniformemente não satisfatório.

7.<sup>o</sup> — O Dr. Smirk e o Dr. Schroeder usam hexamethonium não só como tentativa para reduzir como para manter a redução da tensão em níveis normais. O Dr. Smirk tratou 200 doentes com sais de metónio e achou que o contróle eficaz do nível da tensão arterial tem vantagem para os doentes hipertensos porque ele observou inversão de algumas das manifestações sérias da doença hipertensiva. O Dr. Smirk obteve estes resultados administrando 3 injeções de brometo de hexamethonium por dia, em qualquer dose que reduzisse a tensão arterial

a níveis aproximadamente normais. Alcalóides de veratrum ou methonium administrados oralmente falharam na maioria dos casos em que pretendia o controle eficaz da tensão arterial.

8.º — O Dr. Hoobler relatou que o hexamethonium ou a protoveratrine estão indicados para os hipertensos graves com sintomas, particularmente os que têm dores de cabeça incuráveis, insuficiência cardíaca congestiva, encefalopatia ou com deficiência visual.

A opinião actual destes médicos que estudaram esses agentes terapêuticos pode ser resumida como segue:

1.º — Praticamente todos relataram que estas drogas hipotensivas devem ser usadas no tratamento de doentes com hipertensão maligna.

2.º — Há acordo geral, com 1 ou 2 excepções, que estas drogas não devem ser usadas na grande maioria dos doentes hipertensos com hipertensão essencial benigna.

Por outras palavras, para o doente hipertenso desesperado com um prognóstico extremamente mau, uma nova medida terapêutica existe para experimentar.

O modo de administração destas drogas foi também tratado como assunto de importância. A administração oral não convenceu da sua eficácia a maioria dos observadores. Alguns crêm que é necessária mais que uma injeção por dia para manter a pressão sanguínea a um nível que possa ser considerado de interesse terapêutico.

Todos os médicos inquiridos indicaram a sua opinião sobre os perigos da administração destas drogas. A maior parte deles focaram que uma doença do cérebro, dos rins ou do coração constitui contra-indicação para o seu uso.

*Presidente Goldring:* Desejo pedir agora ao Dr. Arthur Fishberg para resumir tudo quanto foi dito até aqui e acrescentar os seus comentários.

*Dr. Arthur M. Fishberg:* Tenho algumas notas. Tentei descobrir um ponto em que discordasse de um dos oradores mas não consegui.

Aquilo que o Dr. Perera disse, faz-me concluir que a restrição de sódio, que é uma das medidas mais universalmente indicada para os hipertensos, não é um tratamento causal. Tudo que ele consegue é, por vezes, a *homeostasis* da circulação, de modo que a pressão sanguínea é mantida a um nível baixo.

Penso que o facto de, após a adrenalectomia completa, quando se mantém o doente com pequenas doses de cortisona, a tensão arterial se manter ainda elevada é a prova de que não há uma perturbação causal do metabolismo do sódio. No entanto, há um certo número de doentes, como o Dr. Perera apontou, que reage à restrição máxima de sódio mas, infelizmente esta reacção é não só à restrição máxima mas ao repouso e às influências psicológicas que acompanham a restrição de sódio. Assim, é muitas vezes difícil dizer o que está fazendo baixar a tensão, quando ela baixa. Não concordo quando se diz que a restrição moderada de sódio — quer dizer, quando se tem cerca de 1 grama ou grama e meio de sódio na urina em 24 horas — tem valor. Antigamente pensei isso mas hoje tenho dúvidas, a não ser que haja sintomas de insuficiência cardíaca.

Regozijo-me por o Dr. Weiss afirmar que não está provado que factores psíquicos, exclusivamente, possam originar hipertensão essencial. Esta crença está cada vez mais espalhada e com grande aceitação entre o público. O Dr. Weiss diz que, se um hipertenso é dos que beneficia com a psicoterapia — mesmo que não tivesse tensão arterial muito elevada — deve submeter-se a ela mas não é precisa uma profunda exploração psicológica só porque o doente é hipertenso. Deve-se ter presente que a psicoterapia formal pode às vezes fazer mal e não só bem. Faz muitas vezes mal à bolsa mas não é só a isso que me refiro. Quero dizer que há doentes que, depois da psicoterapia, talvez mal administrada, têm mais sintomas psicológicos do que tinham antes.

O Dr. Chasis examinou o campo das mais recentes drogas que se estão tornando cada vez mais populares. Estamos sendo bombardeados, quase diariamente, ou por um laboratório ou por outro. Estas drogas estão sendo muito reclamadas, muito mais do que merecem. Todavia deve dizer-se, pelo menos quanto a hexamethonium, que temos agora uma droga com a qual podemos quase sempre reduzir a tensão arterial. Podem, no entanto, acontecer coisas terríveis ao doente. Pode piorar muito apesar da redução da pressão sanguínea. Nunca se é demasiado cuidadoso com essa droga. Eu mesmo tive uma fatalidade com um doente tratado com hexamethonium que realmente tinha escas-

os sintomas mínimos de insuficiência coronária. De facto, só tive a certeza disso depois do que aconteceu. O curso dos acontecimentos neste caso particular não me deixou dúvida de que foi devido ao uso da hexamethonium. Por isso se deve ser muito cuidadoso ao usá-la e ter-se a certeza de que o doente não mostra sinais de diminuição da irrigação sanguínea do coração e cérebro.

Há uma circunstância, no entanto, em que a hexamethonium e particularmente o veriloide representam um avanço real; é no tratamento da encefalopatia hipertensiva, quer ela ocorra na fase maligna da hipertensão essencial, na glomerulonefrite ou na toxémia da gravidez. Na encefalopatia hipertensiva, que é distinguida com o nome de eclampsia, embora patogênicamente não difira de outras formas de encefalopatia hipertensiva, o uso de veriloide intravenoso — não tive ainda oportunidade de usar a preparação intramuscular — deu resultados espantosos e não há dúvida de que representa uma grande ajuda em muitos destes casos.

*Presidente Goldring:* É a altura de perguntar aos outros membros da reunião se alguém deseja discordar do que tem sido dito.

*Dr. Chasis:* Gostaria de dizer algo acerca do problema da crise hipertensiva ou encefalopatia aguda. No questionário o termo foi usado para indicar um episódio da sintomatologia súbita predominantemente cerebral, sinónima de encefalopatia aguda. Foi interessante constatar quão difícil foi para os médicos interrogados encontrar as indicações e contra-indicações para estes agentes hipotensivos. Foi geralmente aceite, como disse o Dr. Fishberg, que eles devem ser usados em doentes em crises hipertensivas mas praticamente todos recomendaram cautela contra o grande perigo de os usar em doentes com acidentes vasculares cerebrais.

Como todos sabem, o diagnóstico diferencial entre encefalopatia e trombose cerebral ou hemorragia é frequentemente difícil e só o tempo estabelece o diagnóstico correcto. Gostaria de os avisar acerca da administração destas drogas a doentes hipertensos com notável sintomatologia cerebral a não ser que se tenha a certeza de estar a lidar com um fenómeno reversível e não com trombose ou hemorragia.

*Presidente Goldring:* Há mais alguns comentários a fazer sobre o que foi dito?

*Dr. Weiss:* Eu gostaria de perguntar se se deve fazer restrição de sal a todos os doentes hipertensos?

*Dr. Perera:* Quero esclarecer algumas das minhas afirmações anteriores. Muito frequentemente, ao tratar um doente hipertenso, ordeno a restrição de sal até certo ponto. Mas devo dizer que as minhas razões são empíricas, com rumo à prova experimental, mas sem fundamento. Faço-o, em parte, porque é uma coisa simples de fazer, que não produz invalidez e que, psicologicamente não é demasiado embaraçoso. Não pode ser recomendado como rotina. Mas concordo em que o nosso maior erro na lide com doentes é criar invalidez, receios e ansiedade em vez de fazermos o possível por os aliviarmos ou acalmarmos.

*Presidente Goldring:* Dr. Chasis, aqui está uma pergunta para si a que eu desejo também a resposta: O que é hipertensão maligna? Você informou — segundo os questionários que recebeu — que a hipertensão maligna é uma indicação para o uso destas novas drogas. O que é?

*Dr. Chasis:* Nós não gostamos nem usamos o termo. Os critérios para o seu diagnóstico são subjectivos e não me surpreenderia se nós os cinco, observando o mesmo doente, diferíssemos, 3 supondo-o hipertenso maligno e 2 não. O diagnóstico da hipertensão maligna é geralmente feito com fundamento na presença de notável hipertensão de diástole e neuroretinopatia numa pessoa relativamente nova em quem o médico supõe que a marcha da doença é acelerada e em quem a morte ocorrerá dentro de meses. Torna-se difícil em alguns doentes ter a certeza que a marcha acelerada se manterá. Outra dificuldade que surge quando se usa o termo «hipertensão maligna» manifestou-se nas respostas e discussão do questionário de que se tem falado. Apesar de todos concordarem que doentes com hipertensão maligna, assim chamada, devem tomar drogas hipotensivas, 11 dos 15 acham que a uremia é uma contra-indicação e todos sabemos que na hipertensão maligna é quase impossível — em muitos doentes — discernir a tempo a fase pré-urémica da urémica. Há muitos doentes que parecem ter «coisas» renais inocentes e que muito rapidamente revelam a prova de uma notável redução da função renal. Pode, portanto, ser perigoso

# Uma novidade do I. L. F.



**VEÍCULO SUSPENSOR**

**ANTITÓXICO E ANTI-HISTAMÍNICO**

**SINERGISMO DE ANTIBIÓTICOS DE ACÇÃO IMEDIATA E PROLONGADA  
VASTO ESPECTRO ANTIBACTERIANO  
ACÇÃO ANTIBIÓTICA SOBRE AS BACTÉRIAS GRAM-NEGATIVAS E GRAM-POSITIVAS  
ACÇÃO ANTI-HISTAMÍNICA E ANTITÓXICA**

# MULTIBIOTIC

**NORMAL** — Frasco contendo:

N, N'-Dibenziletienadiazina dipenicilina G . . . . .	400.000 U.
Procaina-penicilina G . . . . .	300.000 U.
Penicilina cristalizada G potássica . . . . .	100.000 U.
Sulfato de Estreptomizina . . . . .	◊ 0,25 gr. base
Sulfato de Dihidroestreptomizina . . . . .	◊ 0,25 gr. base

**Ampola contendo:**

Maleato de 1-paraclorofenil-1-(2-piridil)-3-dimetilaminopropano . . . . .	0,001 gr.
Polivinilpirrolidona . . . . .	0,04 gr.

Além da forma **NORMAL**, o **MULTIBIOTIC** apresenta-se também na forma **FORTE**, contendo ◊ 0,5 gr. base de Sulfato de estreptomizina e ◊ 0,5 gr. base de Sulfato de Dihidroestreptomizina

# GEVRAL

Suplemento de Vitaminas e Minerais  
para Geriatria, LEDERLE



“Reformar-me eu? Fale-me nisso daqui por uns 10 anos!”

As cápsulas de GEVRAL estão indicadas para a prevenção das carências de vitaminas e minerais, especialmente comuns em geriatria.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION  
AMERICAN Cyanamid COMPANY NEW YORK



REPRESENTANTES EM PORTUGAL:

ABECASSIS (IRMÃOS) & C.<sup>ª</sup>

Rua Conde Redondo, 64-3.º LISBOA

Rua de Santo António, 15-2.º PORTO

para alguns doentes com «hipertensão maligna» receber um agente hipotensor. A terapêutica com a droga hipotensiva pode contribuir para o rápido desenvolvimento da urémia na hipertensão maligna.

*Presidente Goldring:* Dr. Fishberg, antes de falar — talvez me esteja antecipando a você — diga-me: se é difícil — e todos concordam que é difícil — fazer o diagnóstico da chamada hipertensão maligna antes de ocorrer a redução funcional renal; se é quase impossível distinguir entre encefalopatia aguda e acidente cerebrovascular, no eclodir ou o mais cedo possível, quando o dito tratamento estaria indicado; e se as drogas não são para usar na forma benigna de hipertensão; e já que você destaca o Veriloid, quando se deve empregá-lo?

*Dr. Fishberg:* Creio que há muitos casos em que se pode diagnosticar encefalopatia hipertensiva com um elevado número de probabilidades e de certo eu empregá-lo-ia nesses casos. Por exemplo, na glomerulonefrite nos jovens, muitas vezes se assiste ao aumento agudo da pressão sanguínea, dores de cabeça terríveis, edema da papila, elevada pressão do líquido cerebrospinal. Este é um síndrome semelhante ao da chamada eclampsia na gravidez; observa-se o mesmo quadro na fase maligna da hipertensão essencial e verifica-se que o doente tem edema do cérebro; esta é uma das circunstâncias em que eu o usaria, sempre com a maior cautela. Nunca se é demasiadamente cuidadoso ao ministrá-lo. A tensão deve ser medida continuamente no outro braço. Quando o doente entrou na fase maligna da hipertensão essencial, como o documenta o elevada pressão de diástole, dores de cabeça horríveis, manchas nas margens da papila, quando a função renal está ainda intacta (a urina pode estar negativa nessa altura) este tipo de caso justifica algumas vezes uma tentativa com estas drogas.

Se mo permitem, gostaria de dizer alguma coisa sobre o conceito de hipertensão maligna. Considero-a como uma delimitação conceptual. Vários quadros clínicos ocorrem nas doenças hipertensivas. Todavia, há certos quadros clínicos nos quais parece muito provável que a violência da pressão dentro dos vasos faz nascer vários sintomas, certas manifestações, uma das quais é necrose dos vasos no rim, outra edema do cérebro e uma 3.<sup>a</sup>, na minha opinião, que é chamada retinopatia hipertensiva. Pessoalmente uso a expressão «hipertensão maligna» para os casos de hipertensão, qualquer que seja a causa, nos quais operam aquelas características que eu creio serem devidas a alta pressão intravascular; e para um diagnóstico mais preciso eu gosto de usar a expressão «fase maligna» da glomerulonefrite — «fase maligna» da hipertensão essencial. Diz-se «fase maligna» da toxemia da gravidez quando o doente apresenta as características da eclampsia.

Esta é a minha concepção da condição. De modo que, sempre que se propõe um método de tratamento — como a dieta de arroz de Kempner, a simpaticectomia, e agora estas novas drogas, qualquer delas fazendo baixar a tensão — que algumas vezes resulta num recesso deste particular quadro clínico, eu gosto de o designar como a fase maligna desta doença especial.

*Presidente Goldring:* Dr. Fishberg, é a altura de lhe fazermos uma pergunta: Qual é o estado presente da dieta de arroz?

*Dr. Fishberg:* Dar-lhes-ei a minha opinião que não concorda com a do Dr. Kempner e com a de muitos outros. Aparentemente a feição essencial da dieta de arroz é a restrição de sódio e o resto é o que se pode chamar «cenário». Há um certo número de pessoas que parecem ter demonstrado que se se fizer baixar a tensão por meio da dieta de arroz e acrescentar proteínas a esta dieta (e estou certo que o mesmo se aplicará se se acrescentar gordura) a pressão se manterá baixa se foi abaixada pela dieta de arroz primitiva. Gostaria de ouvir a opinião dos outros membros da reunião sobre isto.

*Presidente Goldring:* George!

*Dr. Perera:* Concordo inteiramente. Está hoje amplamente demonstrado que a única virtude da dieta de arroz reside na sua pequena quantidade de sódio.

*Presidente Goldring:* Ed, quais os seus comentários?

*Dr. Weiss:* Apenas isto: penso que, quando as pessoas têm a sua atenção demasiado concentrada numa dieta encantada, o mal que lhes faz esta obsessão é muitas vezes superior ao que lhe produz a doença. Tenho visto muitos doentes que se tornaram escravos desta dieta e sofrem, na minha opinião, muito mais por causa desta obsessão do que se lhes fosse permitido continuar com a sua hipertensão essencial benigna.

Antes da reunião terminar gostaria de saber se os pre-

sentes tratam sempre os seus doentes hipertensos, de elevada pressão sanguínea. Por outras palavras, todo o hipertenso deve saber que o é e todo o hipertenso deve ser tratado?

*Presidente Goldring:* Herbert, faça o favor de comentar este ponto e a dieta do arroz.

*Dr. Chasis:* A nossa experiência com a dieta de arroz desapontou-nos. Não observámos grandes baixas de tensão e lidamos com doentes rebeldes mesmo após meses de coacção e vigilância durante a hospitalização. Quando nos lembramos destas coisas e as combinamos com os efeitos adversos sobre a função renal (a queda da taxa de filtração glomerular, corrente sanguínea renal, e capacidade excretória tubular) concluímos que não devemos aconselhar dieta de arroz. Restringiremos o sal na presença da insuficiência cardíaca.

Pensamos que o tratamento do doente hipertenso não deve ser dirigido à pressão sanguínea. Tentemos aliviar os sintomas. Desprezamos qualquer interesse no nível absoluto da pressão sanguínea.

O Dr. Fishberg e eu discordamos no significado de nível absoluto de elevação de pressão sanguínea. Nenhum de nós tem prova directa e por isso estamos ambos igualmente aptos a laborar em erro. Não estou convencido que o nível da pressão sanguínea influencie o curso da doença na grande maioria dos doentes hipertensos.

*Presidente Goldring:* Dr. Fishberg.

*Dr. Fishberg:* Gostaria de fazer um comentário ao que o Dr. Chasis disse. Há alguns anos, peguei em certo número de fichas de doentes meus e reparei para as pressões de diástole desses doentes; todas essas pressões tinham sido tiradas por mim e concluí que houve uma maior mortalidade entre os que tinham mais altas pressões de diástoles. Reparei que a altura absoluta da pressão não tinha uma correlação invariável com o aspecto mas cada 10 pontos de mais elevada pressão de diástole num certo número de doentes, leva consigo uma mais alta mortalidade e particularmente uma maior incidência da fase maligna.

Desejo ainda acentuar o que o Dr. Weiss disse. Penso que uma percentagem elevada de indivíduos com elevada pressão sanguínea, descoberta num exame de rotina, não devem, de modo algum, ser tratados como hipertensos.

*Presidente Goldring:* O Dr. Chasis e o Dr. Fishberg anteciparam um pouco as conclusões e eu gostaria de dar relevo a um ponto vital que é a relação entre o nível da pressão sanguínea e o progresso da doença vascular. George, vamos completar o assunto, perguntando-lhe o que pensa acerca da relação entre o nível da pressão sanguínea e o progresso da doença vascular.

*Dr. Perera:* É fácil. Vou colocar-me entre os vários oradores e tomar uma posição que talvez os aproxime mais. Seguimos um grande grupo de doentes hipertensos durante cerca de 16 anos. Concordando que se pode sempre sofismar e dizer que os níveis de pressão sanguínea tomados em dado momento do dia diferem dos tirados um minuto mais tarde, ou à noite, concluímos que se devem separar as estatísticas dos individuais. Se todos os que têm pressões diastólicas mais elevadas foram agrupados e comparados com os de nível de diástole mais baixo, o doente médio com mais altas pressões de diástole não está em bons lençóis. Individualmente, todavia, temos visto valores de diástole nunca inferiores a 150 durante um período de 10 anos consecutivos, nunca inferiores a 130 durante um período de 20 anos consecutivos sem progressão da doença! Penso que na prática da medicina devemos ter muito cuidado e fazer uma ou mais leituras como prova positiva do que acontecerá ao doente. Apesar de existir uma correlação estatística, a pressão sanguínea casual, obtida num consultório ou numa clínica, tem pouca relação quer com o aspecto da vida quer com o desenvolvimento da insuficiência cardíaca congestiva, retinopatia, complicações renais, etc.

*Presidente Goldring:* Dr. Perera está dizendo uma coisa com que todos concordamos; que os hipertensos mais doentes têm nível de pressão sanguínea mais elevado. A pergunta é: o enfermo fica mais doente porque o seu nível de pressão sanguínea é mais elevado?

*Dr. Perera:* A minha opinião pessoal é «não», e a razão por que digo não é porque se encontraram muitas discrepâncias entre o grave da doença, a taxa de progresso e o nível de pressão sanguínea. Isto é um ponto de vista menor mas eu gostaria de o fundamentar numa observação que é pertinente. Seguimos

um pequeno grupo de doentes hipertensos nos quais desapareceu a hipertensão. Desapareceu durante meses, ou 1 ano ou mais, por causa de um enfarto do miocárdio, um acidente cerebrovascular ou por causa de desenvolvimento de uma doença valvular não relacionada. Em alguns destes doentes, vimos progresso de alguma das complicações de hipertensão, tais como retinopatia. Torna-se difícil para mim sentir que foi a pressão sanguínea sôzinha que causou a retinopatia ou a hipertrofia do coração. Torna-se ainda mais difícil quando se assiste a um rápido e notável aumento do tamanho do coração com relativamente pouca hipertensão em face de outros doentes com uma alta pressão durando há longo tempo e que não apresentam aumento de coração durante períodos de anos e até décadas.

*Presidente Goldring:* Abordemos agora os aspectos cirúrgicos do tratamento da doença hipertensiva. A 1.<sup>a</sup> pergunta é dirigida outra vez ao Dr. Perera. Qual é o estado actual da nefrectomia unilateral em relação com a história natural da doença hipertensiva?

*Dr. Perera:* Na minha opinião a doença renal unilateral é uma condição extraordinária mas não rara. Infreqüentemente está associada com a hipertensão, mas estou certo que em muitos destes doentes é apenas uma coincidência. Todavia, em muito raras ocasiões, a doença renal unilateral é responsável pela hipertensão e aí a supressão do rim lesado curará o doente não por um ano mas 7 ou 10. Esta é uma condição muito rara mas agradável, se se encontra, porque se o rim ofendido é tirado, o progresso da doença termina.

Voltando àqueles doentes que estão «curados» pela supressão de um rim doente e comparando-os com os doentes em quem a operação é feita por causa de doença renal unilateral e hipertensão mas sem cura, certas coisas aparecem que podem ajudar o diagnóstico. Quando a doença renal unilateral causa hipertensão, na nossa experiência, o curso da doença é acelerado; a hipertensão é de curta duração; são comuns retinopatias e dores de cabeça; pressões diastólicas altas são comuns também; e quase sempre a anatomia patológica mostra tratar-se de uma doença vascular do rim ou de uma lesão inflamatória como pielonefrites, por exemplo.

Por outro lado, uma experiência mais comum é encontrar um doente hipertenso em quem se encontra um pequeno rim ou uma anomalia congênita de um lado e se opera sem alívio da hipertensão. Retrospectivamente, estes doentes tinham a sua hipertensão há muito tempo; não era, geralmente da variedade acelerada ou maligna. Com todas as probabilidades, estes doentes representam a coincidência duma anomalia congênita ou adquirida e uma doença vascular hipertensiva ignorada.

Praticamente então, encontrado o doente com albuminúria, e sem se lhe conhecer a origem, há razão para fazer um pielografia intravenoso e procurar a possibilidade de uma doença renal unilateral. Para fins práticos, todavia, a não ser que a marcha da doença seja relativamente curta e rapidamente progressiva e a não ser que a afecção clinicamente pareça ser de natureza inflamatória, as «chances» de cura pela nefrectomia são muito, muito poucas.

Um último ponto: na minha experiência, a hipertensão essencial não começa depois dos 48 ou 50 anos. Repetidas vezes temos observado doentes que se sabe terem tido uma tensão normal que desenvolveram hipertensão depois dos 50 anos. Cada um destes doentes tinha uma causa demonstrada para a sua hipertensão que não era a doença vascular hipertensiva. Algumas vezes era *periarterites* ou uma doença do colagénio mas na maior parte provou-se terem doença renal unilateral e foram curados na aparência por meio da supressão do rim «ofendido». O súbito aparecimento de uma hipertensão inexplicável depois dos 50 anos deve fazer suspeitar de uma causa conhecida de hipertensão e sua possível cura.

*Presidente Goldring:* Dr. Fishberg, queira fazer comentários breves sobre a simpaticectomia.

*Dr. Fishberg:* Creio que os meus comentários podem ser muito mais breves do que poderiam ser há algum ano atrás. Não creio que o número de simpaticectomia tenha subido nos últimos anos porque nós temos cada vez mais ocasião de observar os doentes. A proporção de doentes com hipertensão essencial em quem está indicada a simpaticectomia parece ser extremamente pequena. Não creio que seja superior a 1 em cada 50. As indicações em geral são hipertensão num indivíduo abaixo de 50 que está piorando apesar de todas as medidas terapêuticas não cirúrgicas e em quem não há complicações de arterio-

esclerose. Quando se tenta satisfazer ambos os critérios está-se reduzido a um pequeno número de doentes. Todavia, entre os doentes há alguns que reagem brilhantemente durante pelo menos 5 anos e algumas vezes 10, em quem os sintomas desapareceram completamente, em quem a retina limpa e em quem a tensão baixa para um outro nível, mas eu quero frisar que a simpaticectomia está indicada apenas em alguns hipertensos muito doentes.

*Presidente Goldring:* Dr. Weiss o que é que se pensa actualmente sobre a adrenalectomia completa bilateral?

*Dr. Weiss:* Tendo acabado de registar o meu 1.<sup>o</sup> doente para esse fim, mal posso falar de experiência pessoal. Mas acabo de visitar o Dr. Zintell, da Universidade de Pensilvânia, que trabalha com o Dr. Walfesth e opera estes doentes, e ele pôs-me a par com a sua experiência. Operaram já para cima de 89 doentes que seguiram durante um período médio de 33 meses. Estão agora fazendo adrenalectomia bilateral completa. É uma operação sub-costal, um lado de cada vez com um intervalo entre as operações, igual ao da simpaticectomia. Acha que há incapacidade um pouco menor do que a que segue a simpaticectomia. A sua mortalidade é ligeiramente mais elevada, 2,9 % para o processo operatório mas eles têm lidado com casos muito graves. A mortalidade operatória é menor. Têm estado a usar a operação no tipo de doença progressiva grave que aqui temos estado a discutir — a doença hipertensiva rapidamente progressiva com elevada pressão de diástoles, casos que sofreram simpaticotomia e depois regressaram, e alguns doentes com dores de cabeça incuráveis e outros sintomas que não podiam sofrer alívio. As estatísticas que me deu foram as seguintes: em 22 % deste grupo restabeleceu-se a pressão sanguínea normal — as pressões, tanto na posição deitado como em pé, aproximaram-se dos níveis normais. Em 29 % houve uma redução significativa da pressão sanguínea na posição em pé, mas não na deitada. Em 33 % não houve alteração nos níveis da pressão mas supressão ou melhoras dos sintomas e 16 % foram considerados malogrados. O tratamento post-operatório consiste no emprego de cortisona e sal e em certos casos de DOCA também. Citou-me um número de casos individuais nos quais se deu um notável grau de recuperação por um período já bastante longo para se considerar significativo.

Para dizer apenas uma palavra mais sobre simpaticectomia, cito o mais brilhante resultado que eu vi ocorrer num doente com doença hipertensiva, rapidamente progressiva, que sofreu simpaticectomia há um pouco mais de 5 anos e tinha uma pressão perfeitamente normal, seguida cuidadosamente durante 5 anos. Tinha havido restabelecimento completo outra vez mas morreu em Novembro findo com uma oclusão coronária. Isso fez-me lembrar de novo o que se tem acentuado aqui: que mesmo que se modifique a pressão sanguínea, muitas vezes a doença vascular continua.

*Dr. Fishberg:* Posso dizer um «à propos»? Dr. Weiss, pensa que o caso citado deslustra a simpaticectomia? Afinal um homem que foi curado de um carcinoma do estômago há 5 anos pode ter uma oclusão coronária, e que é um acidente muito comum. Admito que a incidência de arterioesclerose nos hipertensos é muito mais elevada do que na população de controle, exactamente como nos diabetes, mas eu penso que a maior parte das provas indicam que a arterioesclerose e a hipertensão seguem caminhos independentes apesar de cada uma delas poder agravar a outra.

*Dr. Weiss:* Não, certamente eu recomendaria outra vez a simpaticectomia para este doente ou talvez agora recomendasse antes a adrenalectomia porque eu não sei que mais se poderá fazer a esta doença rapidamente progressiva.

*Presidente Goldring:* Dr. Chasis, pode resumir o que se disse respeitante ao tratamento cirúrgico desta doença?

*Dr. Chasis:* Parece que um aspecto brilhante no tratamento de doentes hipertensos é a nefrectomia. A simpaticectomia e adrenalectomia são manobras desesperadas para os doentes desesperados, cuja família e médico se tornam também desesperados. A descoberta de doentes com doença unilateral, como o Dr. Perera indicou, é responsabilidade do médico examinador e uma responsabilidade difícil de alijar. A incidência é extremamente rara. O Dr. Homer Smith calculou que possivelmente 1 em cada 1.000 hipertensos pode ser candidato à nefrectomia e este é provavelmente um número elevado. O facto de o doente ser um candidato não significa que a operação terá êxito. Em cerca de 250 nefrectomias realizadas em doentes em que

se supunha que a remoção de um rim doente poderia baixar a tensão arterial até à normalidade, só 1 em cada 5 se curaram de hipertensão. Os critérios que nós usamos, além dos indicados pelo Dr. Perera (e a sua contribuição o ano passado foi muito importante) são:

- 1.º — O rim doente não tem praticamente função. Pensamos que é incorrecto privar um hipertenso de qualquer porção importante de tecido renal funcional que mais tarde na vida pode vir a sustentá-lo;
- 2.º — O rim contralateral tem função normal;
- 3.º — Pode haver indicações urológicas para remoção do rim doente, tais como, dores, cálculos ou infecção.

Há cerca de 10 anos o Dr. Weiss viu um doente em que tinha eclodido recentemente uma hipertensão diastólica e doença renal unilateral. Medimos a função renal nos 2 rins separadamente e descobrimos que não havia função no esquerdo, um rim crónico, atrófico, com retracção pielonefrítica, enquanto o direito tinha função supernorenal. O rim esquerdo foi tirado. O Dr. Weiss informou-me precisamente antes desta reunião, que há 2 anos, 9 anos após a nefrectomia, o doente ainda sofria de hipertensão. Concluímos que o malogro na cura deste doente hipertenso indica que o rim doente não era a causa da hipertensão. Nem pode argumentar-se que o outro rim é responsável, baseado nas alterações hemodinâmicas porque observações post-operatórias revelaram que o rim direito tinha taxas de corrente sanguínea renal e de filtração normais e o máximo de capacidade excretória tubular. Cremos que é da responsabilidade do médico examinador, quando há uma indicação na história, na pielografia ou na urina para deter a doença renal unilateral e decidir se o doente é candidato à nefrectomia.

O interesse na simpaticectomia está em declínio. Em 1.º lugar diz-se que as recentes drogas realizam uma «simpaticectomia médica» e é muito mais simples administrar uma droga do que operar. A 2.ª razão é a diferença de opinião que existe no critério para seleccionar doentes para cirurgia. Alguns opinam que a melhor qualidade de doente para operar é o que tem hipertensão essencial labil no princípio. Por outro lado, há outros médicos que não aconselham a simpaticectomia a não ser que o prognóstico seja extremamente fechado. Alguns médicos crêm que a presença de grave insuficiência cardíaca congestiva é uma contra-indicação para a simpaticectomia enquanto que Chavez, do México, tem uma série de doentes nessas condições nos quais a operação resultou em desaparecimento da insuficiência cardíaca. Uma 3.ª razão para a perda de interesse pela simpaticectomia é a elevada incidência de malogros, imediatos e longínquos.

A adrenalectomia bilateral total é um estágio experimental e não deve ser recomendado como um modo aceite de terapêutica.

*Presidente Goldring:* Temos agora tempo para algumas perguntas. Dr. Perera, esta é para si: Qual é o efeito do álcool sobre a hipertensão já existente?

*Dr. Perera:* A isso é muito difícil de responder, porque geralmente, não se titula o nível de álcool no sangue. Falando de um modo geral penso que há muitos médicos que consideram o álcool em pequenas doses como um sedativo e de efeito vasodilatador. Assim nós pensamos que, para os que gostam, pequenas quantidades podem beneficiar em vez de prejudicarem. É claro que o álcool em excesso é prejudicial aos hipertensos.

*Presidente Goldring:* Dr. Weiss, esta pergunta é para si: «Falou muito de psicoterapia. Explique a função do clínico geral. Detalhadamente, em 2 minutos.

*Dr. Weiss:* Penso que de um modo geral se deve ser muito cauteloso ao interpretar sintomas nos doentes que têm elevada pressão sanguínea e os atribuem a essa hipertensão. Muitas vezes há outra causa para estes sintomas e essa é que deve ser tratada. Quando se dá muita importância à hipertensão cria-se apenas mais um problema para o doente e produzem-se mais sintomas. Se inquirirmos da situação da vida do doente que tem hipertensão, frequentemente verificaremos que os sintomas se acentuam durante um período de emoções violentas. Se se pode aliviar a sua tensão, quer ajudando-o a encarar os seus problemas de um modo diferente, quer modificando um pouco o seu ambiente ou um pouco as duas coisas, aliviaremos muitas vezes os seus sintomas mesmo que não possamos fazer desaparecer a sua hipertensão.

*Presidente Goldring:* Resumidamente agora, a fim de podermos fazer o maior número possível de perguntas. Dr. Fishberg, que pensa do efeito do excesso de líquidos na hipertensão?

*Dr. Fishberg:* Não creio que faça mal. Sem dúvida, a palavra «excesso» significa muitas coisas. Há alguns anos Mjeller, de Chicago, fez algumas experiências em que mandou um doente beber 10 litros de líquido durante 12 horas e a sua pressão subiu. Não me estava a referir a isto.

*Presidente Goldring:* Nem eu. Dr. Chasis, como concilia a moderação na restrição de sódio, como foi aqui advogada, com o facto de se conseguir redução na pressão do sangue com a dieta de arroz? Por outras palavras, é o pouco sal ou é o arroz na dieta de arroz que reduz a pressão sanguínea?

*Dr. Chasis:* Penso que o Dr. Perera e o Dr. Fishberg já responderam a isso e estamos de acordo em que a restrição de sódio e não a dieta de arroz é que produzem a moderada redução da pressão sanguínea.

*Presidente Goldring:* Penso que todos estamos de acordo. Dr. Perera, indica restrição da actividade física na hipertensão essencial benigna?

*Dr. Perera:* Não.

*Presidente Goldring:* Dr. Fishberg, tem sido pedido a doentes hipertensos que dêem sangue a quem precisa de uma transfusão. Quantas vezes podem eles dar sangue e quanto?

*Dr. Fishberg:* Direi que a situação não difere da do indivíduo normal.

*Presidente Goldring:* Dr. Weiss, duas tabletas de methonium por dia num doente hipertenso com tensão de 240/160 podem ser responsáveis por acidentes vasculares cerebrais fatais? A droga foi dada durante mais de 2 semanas; o doente era uma mulher, de 68 anos.

*Dr. Weiss:* Não sei responder.

*Dr. Fishberg:* Não creio que cause hemorragia cerebral, mas deve-se admitir que o hexamethonium pode causar um enfarto cerebral se faz baixar a tensão abruptamente.

*Presidente Goldring:* A dose parece pequena.

*Dr. Fishberg:* Não creio mas admito-o.

*Dr. Perera:* Para tranquilizar o interrogador, informo que no decorrer de uma semana de tratamento se deve desenvolver uma certa tolerância — outra das dificuldades ao usar hexamethonium. Duvido muito que tenha sido o medicamento que produziu esta perturbação.

*Presidente Goldring:* Dr. Chasis, que significa a diferença de pressões tomadas em ambos os braços, tanto na sistole como na diástole?

*Dr. Chasis:* Há uma variação normal de 10 a 15 mm. de mercúrio nos dois braços e nenhum significado especial é atribuível a tal diferença. Variações maiores que estas indicam que se deve procurar doença da aorta e seus ramos.

*Presidente Goldring:* George, qual é a relação entre pheocromocitoma e hipertensão?

*Dr. Perera:* Como sabem, uma pheocromocitoma pode causar hipertensão de 2 tipos, paroxístico ou uma forma permanente que pode assemelhar-se por completo à doença vascular hipertensiva.

*Presidente Goldring:* Dr. Fishberg, quando é que realiza os testes farmacológicos para a pheochromocytoma?

*Dr. Fishberg:* Penso que se não devem fazer, de modo algum, em todos os doentes hipertensos. Só os realizarei em casos notáveis de hipertensão paroxística, que são, por esta razão considerados uma possibilidade, ou se há alguma feição desusual numa hipertensão contínua.

Por outras palavras, todo aquele que num exame de rotina apresente uma tensão de 170, sente-se praticamente bem e não precisa de experimentar nenhuma das drogas.

*Presidente Goldring:* Duas perguntas finais, para cada um dos membros da reunião, para uma vista de olhos de 1 minuto. A 1.ª é: Qual é o valor da redução de peso nos hipertensos obesos?

*Dr. Perera:* Isso é mais difícil do que parece. Estou certo que a redução de peso tem pouca ou nenhuma relação com a pressão sanguínea ou doença mas ela aumenta a reserva do doente se ele ou ela tem o princípio de uma insuficiência congestiva. A história que conta que a hipertensão desapareceu em certas áreas de fome é tendenciosa. Gostaria de sugerir duas incógnitas porque só pensando nelas nós podemos aprender a resposta. De um lado está a possibilidade de a redução do peso ter uma relação com o desenvolvimento ou ser razão de progressão

das complicadas arterioescleróticas. Não existe por enquanto nenhuma prova disto. Para maior dificuldade, e por outro lado, quase todos nós temos estado sob a impressão de que o obeso hipertenso parece comportar-se melhor que o magro. Até que saibamos mais, o benefício para as reservas cardíacas e a relação possível da obesidade com as complicações arterioescleróticas transformarão a redução de peso numa sábia medida a tomar nos doentes hipertensos.

*Dr. Fishberg:* Penso que se um hipertenso é muito obeso, deve emagrecer; mas uma dos «clichés» da hipertensão é que a redução da obesidade ajuda muito o doente; no entanto, excepto nas circunstâncias mencionadas pelo Dr. Perera—quando respiram mal ou têm indícios de insuficiência cardíaca—não me parece que isso seja tão importante.

*Dr. Weiss:* Concordo com o que foi dito.

*Dr. Chasis:* Creio que a razão para o «cliché» pode ser a seguinte: a base para algumas das velhas afirmações assenta em estudos em que se usou uma braçadeira estandardizada. Num braço de maior diâmetro, a braçadeira média dará uma leitura elevada e falsa. Num braço de pequeno diâmetro, a braçadeira média dará uma tensão falsamente baixa. Pode ter havido erros ao dividir os grupos em normais e hipersos. Ancel Keyls estudou a relação entre peso, estatura, superfície, rendimento cardíaco e pressão sanguínea intra-arterial e não encontrou relação entre aumento de peso e aumento de pressão intra-arterial nos jovens adultos normais.

*Presidente Goldring:* Em relação a isto, Bordley e Ragan fizeram a mesma observação. Demonstraram que as leituras directas da pressão sanguínea simultaneamente comparadas com as leituras indirectas por meio da braçadeira standard, mostraram uma certa discrepância: pressão sanguínea aumentada tanto na sístole como na diástole com o método indirecto, em braços mais gordos que a circunferência usual, indicando que parte do aumento da pressão sanguínea nos obesos é uma ilusão que é devida ao tamanho do braço e pequenez relativa da braçadeira mais do que a uma relação directa entre obesidade e hipertensão.

Agora a última pergunta — pergunta que já aqui foi feita várias vezes hoje: Qual é o estado actual da dieta pobre em colesterol no tratamento da arteriosclerose? Podem responder-me num minuto cada um?

*Dr. Perera:* Estamos a referir-nos à arteriosclerose e às complicações vasculares da hipertensão?

*Presidente Goldring:* A ambas.

*Dr. Perera:* A terapêutica ideal para os hipertensos seria encontrar a causa e curá-la. Até esse objectivo ser alcançado devemos interessar-nos, não apenas em baixar a pressão sanguínea mas nos factores responsáveis pelo desenvolvimento das complicações orgânicas, incluindo o processo arterio-esclerótico. Praticamente, no entanto, temos na frente o problema de que não têm efeito nos níveis séricos do colesterol senão dietas extraordinariamente pobres em gorduras. A não ser que uma dieta contenha menos de 200 mg. de colesterol e 20 mg. de gordura, parece não ter efeito. Tais dietas, são desagradáveis e difíceis para a maior parte das pessoas. Talvez valha de alguma coisa num doente que a quere experimentar, mas que eu saiba, não há provas de que um malabarismo de dietas alterará a taxa de colesterol do indivíduo ou evite a complicação arterioesclerótica.

*Dr. Fishberg:* Estou inteiramente de acordo com o Dr. Perera. Parece-me, apesar do muito interessante trabalho do Dr. Gofman e seu grupo, que não há prova definitiva de que dietas pobres em colesterol afectem a incidência da doença arteriosclerótica.

*Dr. Weiss:* Penso que as pessoas gordas devem reduzir o seu peso por meio de dietas sensatas, independentemente do que têm.

*Dr. Chasis:* Não há dúvida.

*Presidente Goldring:* Obrigado.

(«Bulletin of the New York Acad. of Med.»  
— 30:376, May 1954.)

## A importância social das afecções alérgicas

B. N. HALPEN

A importância das doenças sociais das doenças alérgicas, isto é, a morbidade, a incapacidade de trabalho e a mortalidade não têm sido convenientemente estudadas no nosso País, por falta de dados estatísticos. É preciso reconhecer-se que, tanto na opinião pública como nas esferas administrativas competentes e nos meios médicos, há tendência para considerar a incidência social da alergia como desprezível. Esta opinião é, como veremos, falsamente interpretada por alguns provérbios, inteiramente irróneos.

Fomos surpreendidos com a intenção do Prof. R. Debré de avaliar a percentagem das afecções alérgicas na pequena infância, em mais 50% da população doente desta idade da vida. Este número assemelha-se ao das estatísticas anglo-saxónicas. Procuraremos, também, considerar este problema no adulto. Como não temos à nossa disposição estatísticas nacionais, pensamos que seria interessante considerar com atenção algumas estatísticas publicadas sobre este assunto na Inglaterra.

Como os algarismos populacionais, os factores climáticos e as condições sanitárias são muito semelhantes, podemos inferir que os dados publicados em Inglaterra são, em parte, igualmente válidos para a França. Estes dados foram publicados, recentemente, por David A. Williams, actual Presidente da *British Allergy Society* e dizem respeito à Inglaterra e País de Gales (excluindo a Escócia e a Irlanda).

### MORTALIDADE CAUSADA PELA ASMA

Conhecemos um ditado popular que diz: «a asma é um *brevet* de longa vida». Veremos que a mortalidade pela asma está longe de ser um facto excepcional.

*Unger*, seguindo 459 doentes durante 1 a 13 anos, verificou que 10% destes pacientes morreram e que a asma foi a principal causa da morte em cerca de 5% dos casos. Quando um estado de mal asmático se prolonga mais de 2 dias, o doente pode morrer bruscamente.

Vejam agora as estatísticas inglesas nestes 10 últimos anos: 32.067 indivíduos morreram de asma nos últimos onze anos, a mortalidade média dá-nos, deste modo, mais de 3.000 pessoas por ano.

Devemos dizer que nem só os velhos morrem de asma. De 2.681 falecidos em 1948, 628 eram indivíduos com menos de 40 anos. A incidência da mortalidade por asma na percentagem total de mortalidade é de mais de 1%.

Pode obter-se uma representação mais real da taxa de mortalidade para a asma, relacionando esta mortalidade com uma certa taxa de população: por 100.000 habitantes a taxa de mortalidade para a asma é de 7,17 por 100.000.

### MORBILIDADE CAUSADA PELA POLINOSE

No que diz respeito à polinose, as estatísticas dos autores ingleses mencionam que 1% da população é atingida pela doença. Nos Estados Unidos, a percentagem atinge, segundo os autores, 3 a 10%. Este facto apenas tem interesse para realçar que mais de metade dos indivíduos atingidos de asma dos fenos aumenta o lote dos asmáticos, se não são tratados convenientemente.

A frequência desta afecção alérgica respiratória é maior

# 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, MICROCO-  
COS 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.<sup>DA</sup> - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

# PENI-14 A PENICILINA

DOS  
**14**  
DIAS

EM SUSPENSÃO ORAL, EM COMPRIMIDOS  
OU INJECTÁVEL, FORMAS IGUALMENTE  
EFICIENTES SOB O ASPECTO CLÍNICO.

**PENI 14**

## SUSPENSÃO

300.000 U. O. de N,N'-dibenziletlenadamina  
dipenicilina G

Em regra uma colher de chá cada 6 horas

## COMPRIMIDOS

300.000 U. O. de N,N'-dibenziletlenadamina  
dipenicilina G

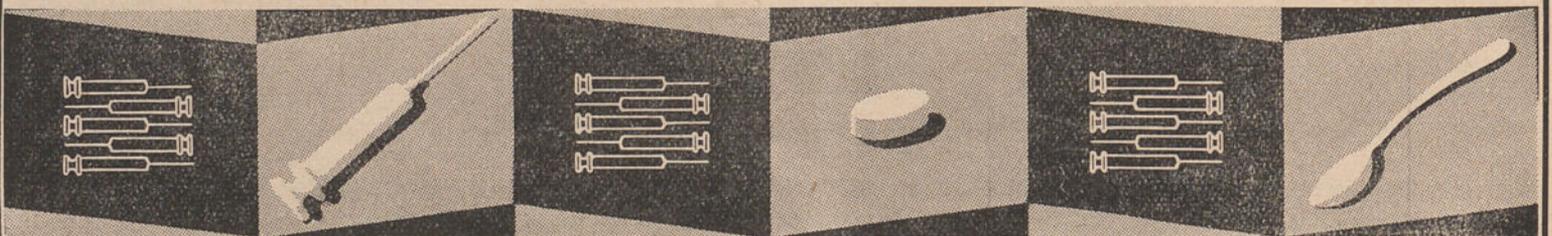
Em regra um comprimido cada 6 horas

## 900 INJECTÁVEL

N,N'-dibenziletlenadamina-dipenicilina G . . .	500.000 U. O.
Procaína Penicilina G . . . . .	300.000 U. O.
Penicilina G cristalizada . . . . .	100.000 U. O.

Em regra uma ampola por semana

MENOS INJECCÕES • UM COMPRIMIDO • UMA COLHER DE CHÁ



IGUAL EFICIÊNCIA • MAIOR COMODIDADE

LABORATÓRIO SANITAS



se a compararmos com a da urticária e do eczema. A primeira atinge apenas 0,026 % e o eczema alérgico 0,009 %.

### INCAPACIDADE DE TRABALHO CAUSADA PELAS DOENÇAS ALÉRGICAS

O segundo problema social que nos interessa é a importância da incapacidade do trabalho e o custo que impõem estas afecções.

*Morbilidade mensal* por 100.000 habitantes:

Asma .....	904
Asma dos fenos .....	168
Enxaqueca .....	250
Eczema .....	289
Tuberculose pulmonar .....	280
Úlcera gastro-duodenal .....	892
Coronarites .....	108
Hipertensão .....	1.252
Pneumoconiose .....	93

*Dias de incapacidade de trabalho* por mês e por 10.000 habitantes (todas as causas):

Asma .....	206
Asma dos fenos .....	0
Enxaqueca .....	23
Eczema .....	32
Tuberculose pulmonar .....	72
Úlcera gastro-duodenal .....	244
Coronarites .....	16
Hipertensão .....	62
Pneumoconiose .....	11

As doenças alérgicas reunidas em conjunto são mais frequentes que a hipertensão, que a úlcera gastro-duodenal, que todas as formas de artrite três vezes mais frequentes que todas as formas de tuberculose. A asma só é 3 vezes mais preponderante que a diabetes e todas as afecções tiroideias, cinco vezes mais frequente que as doenças do coração de origem reumatismal.

Quanto à incapacidade de trabalho, que é duma grande importância social, a asma vem à frente entre as diversas afecções enumeradas. A incapacidade de trabalho para a asma é duas vezes maior que para a úlcera gastro-duodenal, três vezes mais importante que para o R. A. A. e a hipertensão; a asma determina um grau de incapacidade de trabalho 20 vezes maior que a pneumoconiose.

Nas estatísticas inglesas, a asma encontra-se na 7.<sup>a</sup> fila entre as causas importantes de incapacidade de trabalho.

Vejamos agora as despesas que impõem à nação as doenças alérgicas. Tem-se estabelecido que em 3.000.000 de hospitalizações, contam-se 147.000 doenças alérgicas e apenas 114.000 asma. O custo da estadia num grande hospital inglês é de 13 £ por semana. Se cada doente alérgico fosse hospitalizado apenas durante uma semana, esse custo tornar-se-ia de 2 milhões de £ e para a asma somente 1 milhão e 1/2 de £.

Estes números são suficientemente eloquentes para sublinhar a importância, social das afecções alérgicas e a necessidade de desenvolver e melhorar os nossos métodos de investigação e tratamento. Se desejarmos considerar o problema apenas sob o ângulo estreito da sua incidência social, temos de reflectir um pouco com a ajuda destes algarismos sobre a importância das doenças alérgicas, sobre a mortalidade que causam e sobre os encargos que impõem à comunidade, pela incapacidade de trabalho que ocasionam e despesas que arrastam.

(«La Semaine des Hôpitaux» — n.º 25, 14 de Abril de 1954).

## RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

### Corticotrofina (ACTH) e cortisona no tratamento da colite ulcerada. *Gastroenterology* 18: 113, 1954.

Apareceram nos últimos anos numerosas comunicações sobre o uso da corticotrofina (ACTH) e da cortisona no tratamento da colite ulcerada. Na maior parte têm sido favoráveis, particularmente nos casos tóxicos ou fulminantes. É indubitavelmente verdade que uma remissão clínica temporária segue geralmente a administração destas hormonas, especialmente quando o ACTH é aplicado intravenoso, e têm-se referido recuperações extraordinárias. De igual modo, na preparação cirúrgica, é geralmente aceite o valor destas hormonas. Dever-se-á acentuar, contudo, que a remissão clínica não é necessariamente acompanhada pela evidente melhora protoscópica ou radiológica.

Os perigos que o uso destas hormonas acarretam não receberam ainda a devida atenção, embora os médicos estejam bem advertidos do eventual desenvolvimento da úlcera péptica com hemorragia ou perfuração após o seu uso e, do mesmo modo, do aumento da incidência da perfuração do cólon, na colite ulcerada, após a terapêutica pela A.C.T.H. Cabe, contudo, perguntar quantos de nós estamos familiarizados com a ulceração gigante do cólon, observada após a terapêutica pelo A.C.T.H.? Isso foi-nos relatado por Brown e, mais tarde, pelo grupo de Duke, que observaram ulceração gigante do cólon em cinco de quinze doentes tratados por via parenteral com esta hormona. As úlceras nestes cinco doentes tinham rigorosamente um centímetro de largo, um de profundidade, e 15 ou 20 de comprimento. Assim motivada, uma úlcera que uma vez perfurou abriu todo o cólon transversal. Estas úlceras desenvolveram-se a despeito da melhora clínica temporária em 4 dos 5 doentes.

Parecerá, contudo, que em casos cuidadosamente escolhidos, especialmente naqueles que são tóxicos, ou com piodermite, artrite, ou com eritema nodoso estejam estas hormonas devida-

mente indicadas, podendo até serem úteis. Contudo, no comum dos doentes com colite ulcerada pouco se justifica o seu uso e, quando se use, o médico deve ter presente o perigo de ulceração gigante do cólon perfurável, que poderá ser fatal. São agentes poderosos acerca dos quais pouco se sabe actualmente e não devem ser usados com indiscriminação.

A. B.

### Carcinoma primário do fígado. — COLEMAN, J. A., HAINES, R. D., e PHILLIPS, CHARLES. — *Gastroenterology*, vol. 27, 2, 167.

Embora o carcinoma primitivo do fígado seja considerado um excepcional problema médico, publicaram-se já não só muitos casos isolados como também muitas séries de casos. Parece, contudo, que a incidência desta doença está muito abaixo de 1 por cento.

Apresentam os A.A. 23 casos de carcinoma primário do fígado classificados microscopicamente—incluindo 21 carcinomas primários da célula hepática, 1 colangioma e 1 de tipo misto. Todas as idades estão representadas e os homens ultrapassaram as mulheres, 18 para 5. Embora 19 doentes procurassem socorro médico no decurso de seis meses após o início dos sintomas, somente 4 viviam oito meses depois do começo dos mesmos. Não se estabeleceram agentes etiológicos ou factores para o carcinoma primário do fígado; contudo, esta entidade podera suspeitar-se em doentes com sofrimento abdominal, hepatomegalia e enfraquecimento precoce generalizado. Dois elementos radiológicos de auxílio diagnóstico podem ser as calcificações intrahepáticas e abaulamento e elevação do hemidiafragma direito.

Também há a notar duas características pouco usuais, como sejam, a tendência para metástases esqueléticas sem metás-

tases em outros órgãos e, também, tendência para invadir os troncos venosos abdominais.

Como o carcinoma pode desenvolver-se no fígado não cirrótico, um aspecto diferencial digno de nota pode ser o rápido declínio do doente com carcinoma contra o declínio lento do doente com exclusiva cirrose.

Infelizmente, a sintomatologia e os dados laboratoriais são de pouco valor para o diagnóstico precoce, e a terapêutica é de pequeno resultado; contudo, sempre que se suspeite de malignidade primária hepática, está indicada uma biópsia precoce ou, se possível, a exploração abdominal. Depois do começo, o processo é de muito rápida evolução e curta vida.

(Resumo dos autores)

**Tratamento do edema renal com Dextran. — RENNIE, J. B. — Brit. Med. J. I: 893, April, 17, 1954.**

O autor apresenta o resultado dos seus ensaios clínicos com o Dextran no tratamento do edema de origem renal e confirma os bons resultados já anteriormente obtidos e a acção diurética desse preparado nessas situações.

Sabe-se o papel que desempenha a baixa da pressão coloidosmótica do plasma sanguíneo (devida à hipoalbuminemia) na patogenia dos edemas dos renais. Têm sido feitas muitas tentativas de elevar essa baixa pressão coloidosmótica por outros meios além das dietas ricas em proteínas. Últimamente têm sido muito usado, além de outras preparações, como substituto do plasma capaz de restaurar o volume sanguíneo o Dextran. A acção diurética deste no tratamento do edema renal tem sido também ensaiada.

O Dextran é um polisacarídeo, que nos preparados comerciais se apresenta com variados pesos moleculares, os quais têm influência, como é evidente, na acção coloidosmótica e na acção diurética.

O autor chama a atenção no seu trabalho para os grandes

aumentos do volume sanguíneo que observou nos seus pacientes que receberam as injeções intravenosas de Dextran. Ele observou em alguns deles cefaleias e náuseas, em regra moderadas, que atribue a essa sobrecarga circulatória. Como sintomas acessórios, mais raros, observou, também, vômitos e dispnéia.

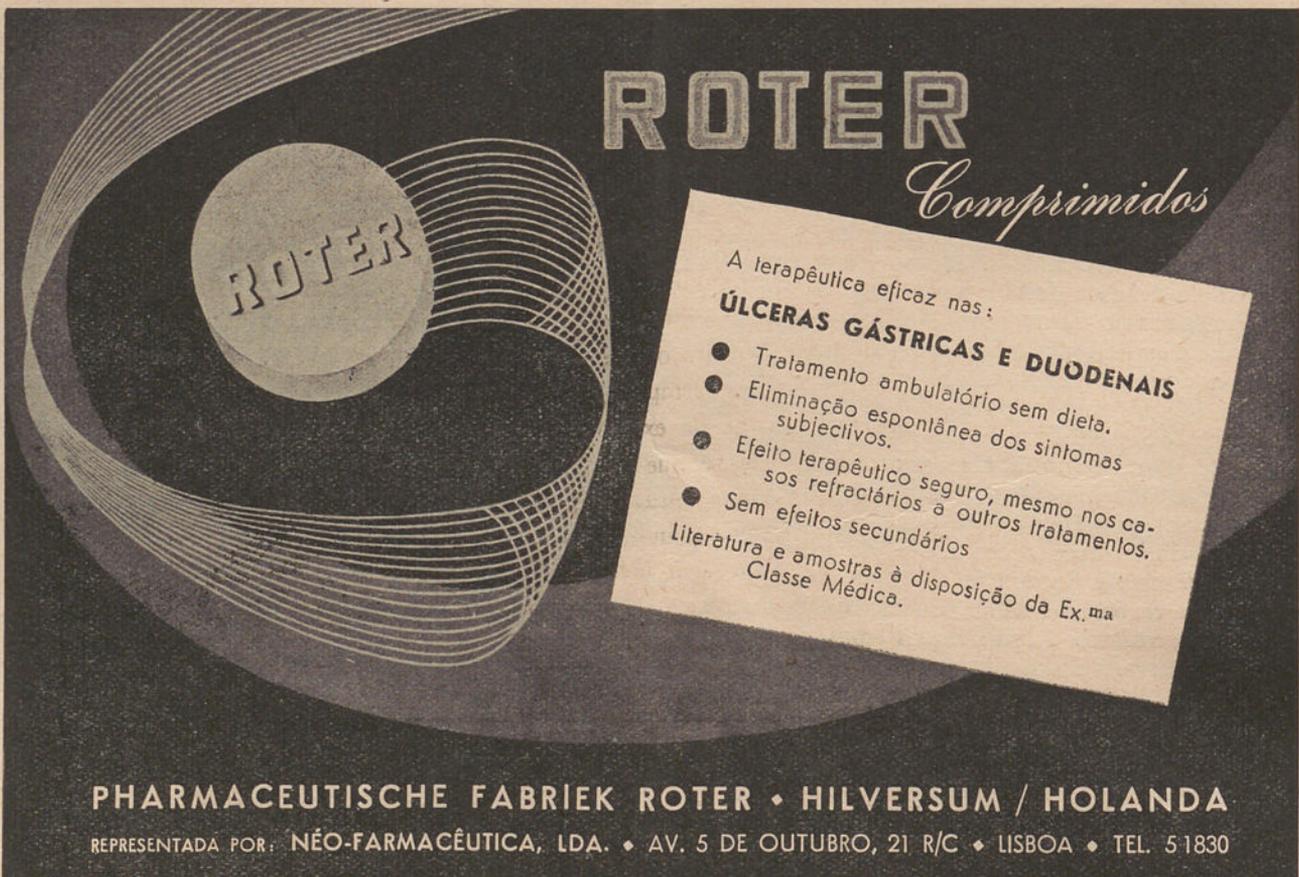
No presente trabalho tentou-se determinar qual o peso molecular óptimo do Dextran para produzir bom efeito diurético, usando para isso 4 preparações com diferentes «escalas» de tamanhos moleculares do polisacarídeo. Observou-se pequena diferença de acção diurética entre essas 4 diversas preparações dentro dos limites das variações usualmente usadas, mas as mais intensas acções acessórias (e maior aumento de volume sanguíneo) foram observadas após a administração das formas contendo mais elevada proporção de moléculas pequenas. As diurese mais prolongadas verificaram-se com o Dextran de maiores moléculas.

A presença do Dextran não interfere com a determinação das proteínas do plasma pela reacção do biureto, contanto que as proteínas sejam primeiro precipitadas pelo ácido tricloroacético.

**Infecção com bacilos da tuberculose resistentes às drogas. — THOMAS, HORNE, BORTHWICK e CROFTON. — Lancet, 226:1308, June 26, 1954.**

Os autores apresentam nove casos de tuberculose (8 de tuberculose pulmonar, e uma meningite) dos quais foram isolados bacilos resistentes às drogas usadas actualmente na terapêutica daquelas afecções, embora os doentes em questão não tivessem sido previamente tratados com tais medicamentos. Em 4 dos doentes os bacilos eram primariamente resistentes à estreptomina, em 4 ao PAS e no último a ambas as drogas.

Estes casos, como muitos outros já publicados, levantam o grave problema da transmissão da infecção tuberculosa com microrganismos já primitivamente resistentes aos quimioterápicos habitualmente eficazes.



**ROTER**  
*Comprimidos*

A terapêutica eficaz nas:

**ÚLCERAS GÁSTRICAS E DUODENAIS**

- Tratamento ambulatorio sem dieta.
- Eliminação espontânea dos sintomas subjéctivos.
- Efeito terapêutico seguro, mesmo nos casos refractários a outros tratamentos.
- Sem efeitos secundários

Literatura e amostras à disposição da Ex.<sup>ma</sup> Classe Médica.

**PHARMACEUTISCHE FABRIEK ROTER • HILVERSUM / HOLANDA**  
REPRESENTADA POR: NÉO-FARMACÊUTICA, LDA. • AV. 5 DE OUTUBRO, 21 R/C • LISBOA • TEL. 51830

# S U P L E M E N T O

## MOSAICOS NORTENHOS

### LX

## REALISMOS QUE MANDAM...

Não são poucas as vezes que tenho afirmado que continuo a manter as opiniões expandidas no meu livro PALAVRAS... LEVA-AS O VENTO. Sempre que faço aquela afirmação pretendo com ela vincar e firmar uma opinião pessoal, embora algumas vezes, por imperativo dever de ajudar a manter a unidade da classe, tenha estado ao lado de alguns que defendem outros sistemas ou outros modos de executar o nosso *seguro-doença*. Este facto e a isenção com que tenho orientado os meus escritos, dão-me autoridade para persistir e, mais uma vez, planificar o problema do *seguro-doença*, dentro dos realismos da hora presente e das possibilidades que há de o executar de uma forma melhor e mais eficiente.

A primeira realidade que se topa quando analisamos o panorama do nosso *seguro na doença* é que ele não satisfaz; não satisfaz porque constitue um ensaio socialista (não satisfaz, pois, sob o ponto de vista ideológico), nem satisfaz porque a sua execução é defeituosa e não abrange a totalidade das doenças.

Nestas condições é justo que se pense em modificá-lo desde a sua estrutura, até aos pormenores da sua execução.

Mas ao pensar deste modo tropeçamos numa outra realidade: o *Plano de Fomento* que se está realizando, conta com as verbas da *Previdência* e esta não poderá diminuir os seus créditos, sem que findem os prazos estabelecidos para a sua execução.

Assim, não se pode pensar para já no *seguro escalonado*, único que faria despir e abandonar o figurino socialista que se adoptou.

Mas estes anos que vão decorrer — mais 4, creio eu — e durante os quais

se cumprirá o *Plano de Fomento*, devem ser aproveitados para um estudo em profundidade da nossa *Previdência*, para que, findo aquele período, os problemas estejam suficientemente remexidos e já com as soluções equacionadas e resolvidas.

Infelizmente, diz-nos a prática, iniciou-se o *seguro na doença* com bases superficialmente laboradas. A primasia que tomaram, nessa fase preparatória e inicial, os actuários, relegando-se os médicos para um plano secundário e ensombrado, deu como resultado a montanha de queixas que se ouvem por todos os cantos, quando nos dispomos a escutar aqueles que descontam para o *seguro*.

Julgo, pois, que chegou o momento de fazer uma revisão dos problemas de *Seguro Social*, no seu sector do *seguro-doença*, estudando-o nos seus fundamentos, de modo a dar-lhe umas bases nacionais e mais próprias do nosso meio. Este trabalho — metódico, profundo e sensato — deveria ser feito durante este período marcado para o *Plano de Fomento*.

Ao mesmo tempo estudar-se-ia o aperfeiçoamento da execução do *seguro*, ligando-o, sempre que fosse preciso, ao nosso *sector assistencial*, de forma a torná-lo total, como é indispensável. Os estudos que se fossem fazendo neste campo, poderiam, pouco a pouco, aplicar-se desde já, renovando e modificando muito do que evidenciou já deficiências notórias e exige alterações substanciais.

Mas, para esta obra de estudo e reajustamento, impõe-se muita isenção; há que pôr de parte caprichos e malquerenças; é necessário esquecer agravos e vaidades feridas; não podem persistir ideias de defender um sistema falho de eficiência e de prestígio, nem se pode continuar

a prègar sebastianismos utópicos e inaplicáveis, pelo menos no momento presente.

Se, de facto, pretendemos fazer uma obra grande e duradoura, uma obra que marque uma época e se projecte no futuro, temos que deixar o sistema das questiúnculas pessoais, para só nos dedicarmos desinteressadamente aos inúmeros problemas criados por um *seguro* mal architectado e mal executado.

Se os médicos, por intermédio da sua *Ordem*, tomarem a iniciativa de propor esta orientação, darão, sem dúvida, um passo importante no sentido da cooperação que sempre ofereceram, mas que nem sempre tem sido aceite; mas desta vez a oferta será formulada dentro dos realismos vigentes.

No caso particular do *seguro-doença*, é indiscutível que se não pode acabar com ele; também se não pode sugerir uma fórmula que venha criar dificuldades aos médicos — e são muitos — que presentemente trabalham nos *Serviços Médico-Sociais*.

A luta para que venham melhores dias — para os beneficiários, para os médicos e para o próprio prestígio dos organismos executores do *seguro* — não pode, pois, abstrair a imperiosidade dos realismos da hora actual. Estes pesam demasiado para que os problemas em causa possam ter solução dentro de fórmulas teóricas, não ajustáveis às possibilidades que se respiram.

Desconhecer estes realismos serve apenas para manter os problemas no *ponto morto* em que se encontram, o que não dá proveito a ninguém.

# ECOS E COMENTÁRIOS

## OS MÉDICOS NUM PAÍS COMUNISTA

Quando, recentemente, visitei um país de regime comunista, tive oportunidade de me pôr em contacto com alguns elementos do seu corpo médico. A primeira impressão que colhi — aliás, igual à que já tinha anteriormente, devido à convivência, no estrangeiro, com colegas desse país — foi de que os médicos vivem em muito precárias condições económicas, resultado da triste situação em que se encontra a medicina, socializada desde há alguns anos. A pobre indumentária, a falta das comodidades mais elementares, os salários baixíssimos, a quase total absorção da clínica pelos «médicos do Estado» — são indícios do que podem esperar os médicos num país de tipo socialista. Naquele país que visitei, só há, praticamente, uma classe na qual os médicos ainda poderão encontrar alguma, embora modesta, clientela particular: a dos pequenos proprietários rurais (só a grande propriedade foi nacionalizada). A grande maioria dos médicos vivem, apenas, dos salários do Estado, que oscilam entre 800 e 1.500 escudos mensais, com uma moeda que tem um poder de compra semelhante à nossa. Não podem contar, como entre nós sucede com muitos, com outros recursos, porque desapareceram os «pais ricos» e as «noivas ricas» e as rendas privadas da propriedade, do capital, do comércio e da indústria também deixaram de existir. São raríssimos os médicos que possuem automóvel e mesmo, quanto a bicicletas e a motocicletas — quase que não existem. Numa cidade, onde estive, desse país — com cerca de 150.000 habitantes e 120 médicos — a grande maioria deles possuía, antes do regime comunista, automóvel; pois, hoje, desses, só três têm ainda velhos e modestos carros!

M. C.

## OS MÉDICOS E OS AUTOMÓVEIS

Esta questão dos automóveis dos médicos merece alguns comentários.

Há pessoas que se impressionam com o grande número de médicos que possuem automóveis, fazendo a tal respeito considerações que os levam a conclusões erradas e injustas. Em primeiro lugar, devemos dizer que o automóvel é, para o médico, um meio de trabalho que lhe permite auferir rendimentos que, sem ele, tornariam impossível reunir os necessários meios de subsistência. Quantas vezes o que se consegue, com uma clientela dispersa e desempenhando alguns cargos modestissimamente remunerados, é em grande parte absorvido pela manutenção dum carro!

É certo que há muitos médicos, sobretudo novos, que não têm tra-

balho remunerado ou gastam pouco tempo com a clínica ou com o desempenho de algum cargo — e que têm automóvel. Mas é preciso notar que grande número desses médicos não vive apenas do que lhe dá a profissão; possui outros recursos — ou, então, pessoas de família os auxiliam. Pode dizer-se que a quantidade dos carros dos médicos portugueses não corresponde ao nível económico da profissão médica.

Em quase todos os países, fora os de regime comunista, a grande maioria dos médicos dispõe dum automóvel, que muito os ajuda no exer-

cício profissional. Nalguns países, como a Espanha, devido às dificuldades em divisas ocasionadas por razões que todos conhecem, os automóveis dos médicos são, em geral, velhos e muito modestos; e numerosos colegas, principalmente novos (que não podem adquirir automóveis) possuem «motos», sobretudo do tipo «Vespa».

A carência de meios de transporte para os médicos naquele país comunista que visitei recentemente não pode deixar de causar profunda impressão, representando um índice de inferioridade material, correspondente, sem dúvida, a um nível baixo da eficiência técnica e moral da medicina.

Na entanto, nesse país, são visíveis os esforços do Estado no sentido de se elevar — dentro, evidentemente, de doutrinas que considero absurdas e atentatórias do prestígio da medicina — de se elevar, dizia eu, a eficiência dos meios médicos, na luta contra as doenças.

M. C.

## A MEDICINA SOCIALIZADA

Um serviço de ginecologia que visitei numa das principais cidades desse país comunista causou-me, ao mesmo tempo, deplorável e agradável impressão. O Serviço está, tènicamente, bem apetrechado — e, a propósito, poderei mesmo dizer que, em Portugal, não há nenhum que disponha de tanta aparelhagem como aquele. Mas já o aspecto dos colegas e do pessoal, no que pode traduzir nível de vida, causa, sem dúvida, a quem quer que vá dos países ocidentais, desoladora impressão. As roupas estão sujas, rotas, ponteadas; por toda a parte, se nota miséria. Logo nos primeiros momentos de conversa com os colegas, se verifica a triste situação em que vivem. E — o que é mais doloroso, ainda — não há esperanças de se modificarem as miseráveis condições actuais. Este estado de espírito gera, mais do que sentimentos de revolta — indiferença, falta de interesse, sobretudo nos novos, o que é muito grave. O contacto que tenho tido com países de tipo comunista ainda mais gravou no meu espírito a certeza de que a medicina — que costuma ser a primeira vítima do socialismo em qualquer país — tem de defender-se, enèrgicamente, da colectivação, que a desprestigia, que a inferioriza, que a avilta.

M. C.

## TRABALHOS SOBRE O ENVELHECIMENTO

A «Ciba Foundation», de Londres, com o fim de encorajar a cooperação internacional nas investigações em medicina e na química, decidiu, com aquele sentido, organizar reuniões e



ANALGÉSICO  
DE USO EXTERNO

apresentado em forma de stick  
com excipiente especial

DE ACÇÃO INTENSA  
E RÁPIDA



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

conferências. Para o ano 1954-1955, criou 5 prémios de 300 libras esterlinas cada um destinado a galardoar trabalhos sobre o estudo experimental de problemas relacionados com o envelhecimento. Os manuscritos devem ser enviados até 28 de Fevereiro de 1955, ao Dr. G. E. W. Wolstanholme, director do Executive Council, Ciba Foundation, 41, Portland Place, London W. 1. Os trabalhos devem ser inéditos e podem ser redigidos na língua do autor, acompanhados dum resumo em inglês, com o máximo de 500 palavras. O júri será formado por cientistas de nome internacional, de vários países.

## OS NOSSOS SEGUROS SOCIAIS

O jornal *madrileno* «Arriba» publicou as seguintes declarações feitas pelo nosso Ministro das Corporações, Dr. Soares da Fonseca:

«Toda a verdadeira política social tem que estar inspirada nas melhores fontes do pensamento universal, adaptando-se, claro está, ao génio e à índole específica de cada povo em cujo clima este pensamento há-de frutificar. A Espanha e Portugal seguem, neste terreno como em tantos outros, vidas paralelas, confiados na sua força interna e na segurança do seu universalismo.

— Quer dizer-nos, sr. Ministro, quais foram as últimas conquistas do trabalhador português no aspecto da previdência?

— Uma actividade crescente para a construção de moradias do tipo económico para os trabalhadores sindicalizados. A melhoria progressiva, com ampliação a outras esferas, do abono de família e a criação de seguros de velhice, de enfermidade, de invalidez, etc., incluindo no de enfermidade toda a assistência médica, farmacêutica, cirúrgica e de maternidade. Também, se por desgraça se necessita, estão incluídas todas as despesas do funeral, para não se sobrecarregar as famílias com essa nova despesa. Tudo isto se está a fazer sempre com a preocupação de manter o justo equilíbrio económico, de tal forma que uma vez lograda uma conquista, nunca mais pode perder-se.

«Creio que qualquer conquista so-

cial, para ser efectiva e cumprir os seus fins, tem de estar apoiada em bases firmes de economia. Não é assunto para se especular politicamente.

— Com que rendimentos se faz face a todos aqueles gastos?

— Com a recolha de 20 por cento de todos os ordenados e férias. Quinze por cento são satisfeitos pelos empregadores e os cinco restantes pelos trabalhadores, incluindo os funcionários públicos.

— E não há a contribuição do Estado?

— Nenhuma. Seria confundir o seguro com a beneficência. Esta exerce-se em relação aos desempregados e aos pobres. A assistência ao trabalhador é um direito que ele conquistou por si mesmo. Qualquer tutela por parte do Estado equivaleria a um princípio de socialismo. Não se pode pôr de lado o aspecto psicológico que deriva, para o beneficiário, do facto de saber que tais vantagens são consequência do seu próprio esforço.»

## OS MÉDICOS E A RAINHA ISABEL DA BÉLGICA

Os médicos belgas mostram, desde há muitos anos, especial veneração pela Rainha Isabel, avó do actual Rei Balduino; e a excelsa senhora sempre se tem interessado, de modo muito especial, por tudo que interessa à medicina. Todos os anos, a Rainha Isabel (cuja descendência da Casa de Bragança muito gosta de salientar) preside às Jornadas Médicas de Bruxelas — das mais notáveis e bem organizadas reuniões médicas que se efectuam na Europa. Últimamente, a Rainha Isabel foi solenemente recebida pela Real Academia de Medicina da Bélgica, cujo presidente, em expressivo discurso, disse que a Rainha é «a enfermeira caridosa para os sofrimentos físicos e morais e a grande protectora das investigações científicas»; em seguida, lembrou a grande dedicação que mostrou durante a guerra mundial.

## O FUMO E O CANCRO DO PULMÃO

No «British Medical Journal» (n.º de 26 de Junho de 1954), Doll e Hill publicam um artigo, no qual relatam

que, em Outubro de 1951, 40.564 médicos britânicos foram classificados em 4 grupos atendendo ao uso que faziam do tabaco. 29 meses mais tarde, 789 de entre aqueles médicos tinham morrido, verificando-se que 36 sucumbiram de cancro pulmonar. Todos estes casos estavam incluídos nos 3 grupos de fumadores, ao passo que nenhum caso de cancro se verificou entre os não fumadores.

## RESPIGADO. DA IMPRENSA MÉDICA

Dos números, últimamente recebidos, das revistas médicas, respigamos:

«Marseille Médical» (n.º 7, 1954): Lallemand e Guesano relatam um caso de aspergilloma pulmonar numa mulher de 40 anos que se ocupava da colheita de grãos; etiologia: *aspergillus fumigatus*.

«La Semana Médica» (12 de Agosto de 1954) refere-se a um novo antibiótico para o tratamento da tuberculose pulmonar — a hidrazida do ácido cianacético.

«La Semaine des Hopitaux» (10 de Fevereiro de 1954): Audier publica um artigo sobre a sede e a fome dos cardíacos.

«J. A. M. A.» (3 de Julho de 1954): Sunderman e Kincaid relatam 36 casos de intoxicação accidental por inalação de níquel carbonile, dois dos quais mortais.

«Surg. Gyn. and Obst.» (Março de 1954): Rutter publica um artigo sobre a «Úlcera crónica de perna nas pessoas jovens».

«La Settim. Medic.» (31 de Março de 1954): D'Onghia e Roseo referem-se a um caso de obesidade, que surgiu num rapaz de 12 anos, durante uma meningite tuberculosa (origem diencefálica deste síndrome).

«Bruxelles Medical» (5 de Setembro de 1954): Draps publica um artigo no qual relata ensaios de tratamento da hipertensão em dois casos de eclampsia grave pela hidrazina-ftalazina.

«La Presse Médicale» (4 de Setembro de 1954): Aron e Neel referem-se ao tratamento do reumatismo articular agudo pela fenilbutazona (butazolidina).

# IBÁLSAMO BIENGUIÉ

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

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

# HOMENAGEM À MEMÓRIA DO DR. ALBERTO GONÇALVES

Por razões estranhas à nossa vontade, só hoje «O Médico» pode dar, com o devido relevo, notícia circunstanciada sobre a justa homenagem que, no dia 28 de Junho do ano corrente, foi prestada ao ilustre cirurgião do Porto, Dr. Alberto Gonçalves, fundador da Casa de Saúde da Avenida dos Aliados, que desenvolveu notável acção nesta cidade como clínico, como político e na defesa dos interesses do Porto.

A homenagem, a que se associaram numerosas pessoas (entre as quais se contavam muitos médicos e professores universitários), decorreu na Casa de Saúde da Avenida dos Aliados, tendo feito uso da palavra o Prof. Carlos Ramalhão, os Drs. Santos Silva, Álvaro Rosas, Silva Júnior, Macedo Pinto e Alberto Gonçalves Júnior e enfermeira Gouveia Pinto. Publicamos, a seguir, os discursos na íntegra, pela ordem por que foram proferidos.

«O Médico», dando o maior destaque a esta notícia, associa-se assim à homenagem que a cidade do Porto, e sobretudo a sua classe médica prestou ao Dr. Alberto Gonçalves, dirigindo à família os seus melhores cumprimentos, em especial aos nossos prezados colegas, seu filho, Dr. Alberto Gonçalves Júnior, e seu genro, Dr. João Macedo Pinto, continuadores da obra que tão carinhosamente fundou e desenvolveu — a Casa de Saúde da Avenida dos Aliados, onde, no final da homenagem, foi descerrado, pelo seu neto mais novo, José Alberto, um medalhão de bronze com a efígie do Dr. Alberto Gonçalves.

## PALAVRAS DO DR. JOÃO MACEDO PINTO

É com grande emoção, mas também com íntima satisfação que, perante uma tão distinta assistência de médicos e de amigos me cumpre dizer que vai ser prestada uma singela mas bem significativa homenagem à memória de meu Sogro, o Dr. Alberto Gonçalves, que hoje completaria, se fosse vivo, 73 anos de idade.

Alguns dos seus amigos tomaram esta iniciativa resolvendo descerrar um bronze com a sua efígie neste bloco cirúrgico da Casa de Saúde que ele construiu e fundou há 21 anos; foi esse o mais belo sonho da sua vida e realizou-o inteiramente.

A grata tarefa de proferir as palavras justas que este grande amigo merece, caberá a alguns dos seus mais queridos colegas, que nos recordarão a sua vida de homem de acção e de médico.

E o apoio moral aqui trazido pela presença de tão ilustres médicos e de todas V. Ex.<sup>as</sup> valoriza grandemente o significado desta homenagem, feita a



DR. ALBERTO GONÇALVES

quem soube ser um nobre exemplo de cidadão, de médico e de chefe de família.

## DISCURSO DO PROF. CARLOS RAMALHÃO

Foi com viva emoção que acedi ao convite para pronunciar algumas palavras nesta homenagem, consagração bem merecida e de respeito à memória do fundador desta *Clinica*.

Considero-me um dos seus dilectos amigos, num contacto que se prolongou durante longos anos — desde o alvor da minha vida profissional — e nessa longa convivência se cimentou uma confiança e amizade que nada poderia abalar, nunca permitindo que a mentira e a confusão se intromettessem no nosso caminho.

Pugnou Alberto Gonçalves pela adopção de princípios sãos, na ânsia de criar uma *élite* que encarasse a Verdade como suprema aspiração do homem livre.

Foi grandiosa e jamais será esquecida a obra que produziu, obra arrojada e de notável projecção, que só podia ser em-

preendida por um homem que soube sentir com calma e rectidão os problemas da vida médica; por um delicado espírito que proclamava com aprumo e inexcedível compreensão os horrores da miséria e do mal.

Dotado duma bondade sem limites, acreditando sem reserva nos homens do seu tempo, pôde com prodigiosa actividade colaborar numa época de exaltação patriótica, emprestando-lhe o seu entusiasmo e a fé dum leal servidor que a causa pública exigia dos homens de boa moral, não se esquivando, com justo equilíbrio e imparcialidade, de expor desvios e atitudes degradantes.

\*

Destaca-se no Dr. Alberto Gonçalves, através duma vida encaminhada nos mais sagrados ditames da deontologia, uma personalidade que será sempre recordada como exemplo que os novos podem e devem imitar.

Num ambiente de confiança, no lar ou no meio social, as atitudes tomadas eram sempre regidas por uma clara visão das questões, sem desvios que pudessem comprometer a tranquilidade de consciência...

A sua generosidade para os desprotegidos reflectiu-se durante toda a vida, auxiliando-os, apenas compensado pela satisfação dum dever. É rica de ensinamentos a sua vida profissional neste campo, em que o sentimento de bem-fazer tantas vezes foi posto em causa!

Fui testemunha de tantos episódios que o engrandeceram e tornaram querido por uma legião infinda de doentes que o apontava, com verdade e sem qualquer sombra de adulação, uma boa alma ao serviço dos pobres doentes e dos doentes pobres!

É esta a característica mais profícua e alentadora na vida do médico.

Rigidez de princípios, senso clínico, estudo e experiência, só assim as nossas intervenções podem ocasionar confiança e conduzir a soluções que evidenciem o trabalho consciente, amoldado às regras da ciência e da experiência, esta última, quando bem joeirada, oferecendo-nos o melhor compêndio de aprendizagem e de actuação.

\*

Alberto Gonçalves foi um exímio cirurgião, acreditado e respeitado pela técnica perfeita aliada a um estudo profundo e consciencioso dos enfermos à sua guarda; os triunfos que conquistou



**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.<sup>da</sup>**

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

tornaram-no, no meio médico português, uma das figuras de real valor e de bem justificado mérito. Sereno e prudente, o acto operatório era conduzido com mestria e com visível elegância.

Não monopolizava o saber adquirido, antes pelo contrário, tinha uma satisfação bem notória em transmitir, sem qualquer reserva, a sua opinião, fruto dum estudo cuidadoso e duma análise séria das situações clínicas, tantas vezes complexas, mas que procurava resolver com toda a clareza e prontidão.

Se uma boa técnica o conduziu a resultados que algumas vezes surpreendiam pela decisão e êxito, era característica predominante o carinho com que envolvia os seus operados.

Nas lutas de carácter político, Alberto Gonçalves preconizava, por temperamento, uma acção freadora às reacções extremistas, aconselhando regras de persuasão, métodos convincentes, sempre fundamentados no bom senso e na justiça impondo-se pelos conceitos que expedia para assegurar a normalização e valorização dos actos de administração pública com o objectivo de alcançar a máxima proficuidade.

Se a cirurgia constituiu a sua principal preocupação, outros sectores médicos o interessavam com igual fé e carinho. Não era a simples curiosidade que o levava a estudar problemas de medicina social que encarava com vivo interesse, ideando planos que estendessem a sua esfera de acção às classes pobres com

ampla e livre aplicação, sem peias que tolhessem a prática do Bem.

\*

A acção desenvolvida no departamento materno-infantil estava de antemão assegurada pelo conhecimento e especialização obtidos por tendência natural e através duma dedicação sempre comprovada à mulher e à criança.

Revelando espírito progressivo, estava sempre disposto a considerar qualquer capítulo de Assistência Pública com a paixão que é habitual nos homens de excelente formação moral.

A sua passagem pela antiga Junta Geral do Distrito foi uma demonstração do interesse que lhe merecia uma obra social que obrigava uma população infantil que tanto necessitava de pão como de educação moral, física e intelectual.

\*

Desembaraçado e corajoso, sempre impôs aos seus actos a rectidão e aprumo necessários a encaminhar a Vida — sempre traçada nos moldes da mais rigorosa obediência aos princípios da Verdade e da Justiça e da mais elevada moral.

Nunca vacilou perante as contrariedades, nunca a mentira lhe serviu de escudo para solucionar problemas por mais confusos e delicados que se oferecessem, visto que as suas opiniões eram acatadas com respeito, filhas dum raciocínio são e duma apurada análise.

Só é possível avaliar a grandeza de alma e a integridade de carácter dum ser humano quando se consegue, através das atitudes e ideias claramente expostas, proceder a uma análise equilibrada colocando nos pratos da balança as qualidades boas e más e registar as que sobrelavam. Em Alberto Gonçalves o fiel da balança desnivelava-se prontamente com a carga bem sensível das boas acções.

A fidelidade aos princípios, o respeito pelos que lhe ofereciam predicados que se ajustassem às exigências da dignidade humana, constituíam atributos indispensáveis para conquistar a sua amizade e a sua confiança.

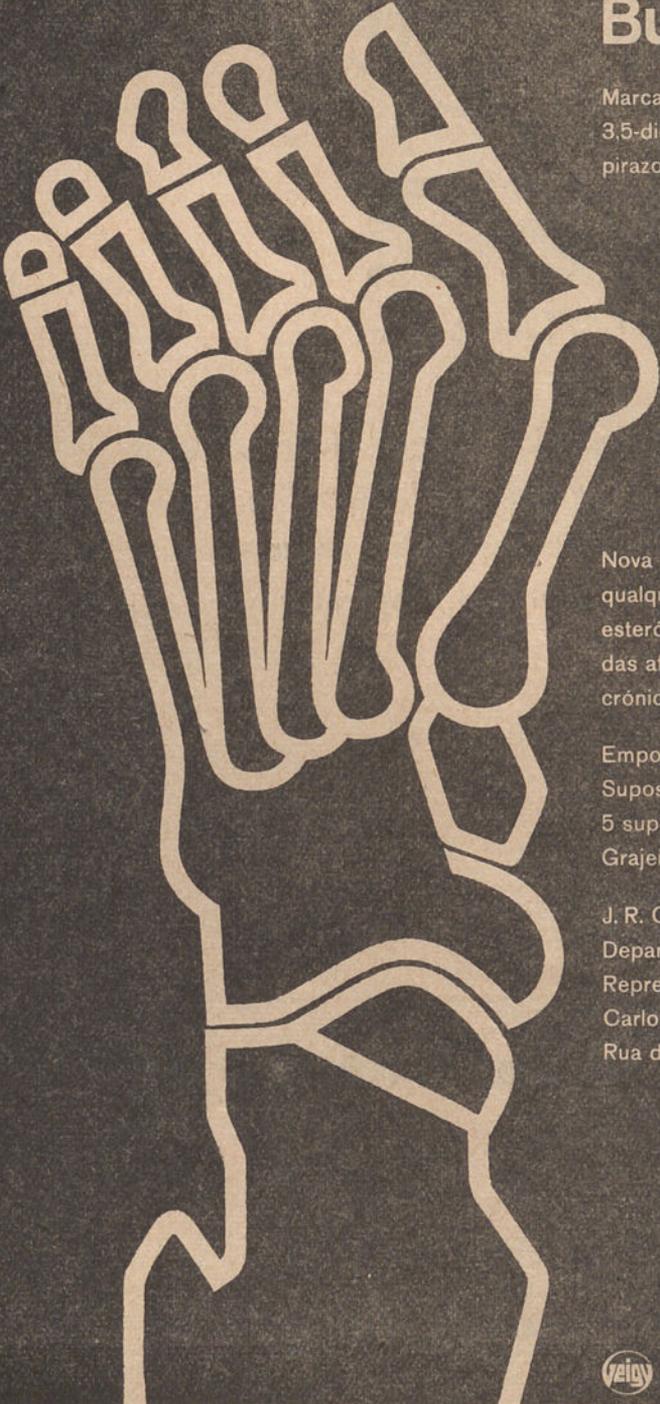
Conhecia os homens e separava-os pela conduta moral e profissional — no exercício da profissão, médica ou extra-médica, na família e na Sociedade.

Os seus conselhos eram acolhidos com assentimento guiando os incertos e titubeantes, indicando-lhes a rota a seguir dentro das normas da mais perfeita sinceridade e franqueza.

Recordo algumas das nossas conversas amigas — e nesta hora não devo esquecer perante colegas, amigos e família que lhe inspirei sempre como homem e como médico uma confiança que muito me consolava, reclamando-me com certa frequência para os seus doentes quando algum episódio infeccioso exigia a minha modesta contribuição.

\*

No exercício da clínica vivemos horas de angústia, algumas de triunfo e, lado a lado, senti sempre o amparo do



## Butazolidina

Marca registada  
3,5-dioxo-1,2-difenil-4-n-butil-  
pirazolidina

## Geigy

Nova substância sintética, sem qualquer relação com as hormonas esteróides, destinada ao tratamento das afecções reumatismais crónicas inflamatórias.

Empolas: caixa de 5 empolas  
Supositórios: caixa de 5 supositórios  
Grajeias: tubo de 20 grajeias

J. R. Geigy S. A., Basileia (Suíça)  
Departamento Farmacêutico  
Representante para Portugal:  
Carlos Cardoso  
Rua do Bonjardim, 551 - Porto



amigo firme e leal, possuidor de ideias generosas, nunca vacilando quando o destino exigia uma atitude digna e desasomburada.

Interessava-se pela sua Escola onde exerceu no início da sua carreira funções docentes, e inteirava-se com visível simpatia dos seus progressos, exteriorizando o seu contentamento com os actos que traduziam ou afirmavam o seu prestígio.

\*

Após uma vida consagrada à Medicina, que soube prestigiar e defender com denodado fervor das intromissões que diminuíssem o significado moral e humanitário da nossa missão, Alberto Gonçalves suportou na última fase da sua vida o golpe bem cruel da perda do neto — todo o seu amor e toda a sua esperança — facto que muito contribuiu para acelerar a derrocada final. Estive presente nesses momentos de infortúnio e pude, com os olhos embaciados, sentir e apreciar o sofrimento que tanto o entristeceu e martirizou.

Caiu vencido por doença inexorável na sua marcha e termo; foi mais um soldado que deu baixa na fila dos grandes construtores duma ideia que há-de vingar e perdurar quando se aproximar a hora da Justiça... quando os homens adquirirem personalidade, hoje sujeita a flutuações que aviltam, na esperança de que uma época de mais íntima solidariedade há-de surgir e só então será possível exaltar, com expressão livre, o mérito dos que vão desaparecendo.

São assim os obreiros da ciência pura, perfeitos artistas, que transportam para a humanidade que sofre o melhor do seu estudo, servido por um conjunto de predicados que realçam o indivíduo, tornando-o querido e admirado pelos que sentiram os seus benefícios.

Modesto e leal, Alberto Gonçalves — desprezando tantas vezes o elogio público — procurou sempre apoiar-se nas suas forças para conquistar a situação de justo relevo que os êxitos da sua missão tão a miúdo lhe proporcionavam.

As palavras que acabam de ressoar não têm a eloquência que era de esperar e que estivesse bem de harmonia com a prestigiosa figura do homenageado; são fracas e de reduzido mérito, embora proferidas com sinceridade e incitadas pelo coração.

Os nossos colegas Santos Silva e Álvaro Rôsas terão ensejo de traçar, com mais propriedade, o perfil de Alberto

Gonçalves, retratando-o com tintas mais vivas em cor e melhor forma, e com mais arte modelarão as suas virtudes.

Dou por finda a minha participação neste acto, afirmando que me associo à consagração hoje prestada a Alberto Gonçalves que numa hora feliz sua família e amigos puderam levar a cabo, certo como estou, que o seu espírito continuará a orientar e a guiar as atitudes dos que trabalham nesta Clínica que ele delineou e efectivou.

#### DISCURSO DO DR. ÁLVARO RÔSAS

Neste bloco cirúrgico, templo onde se congrega o saber progressivo de séculos e a esperança confiante dos que padecem, juntaram-se corações de escol para consagrar a memória de um portuense ilustre — o Dr. Alberto Gonçalves.

Ressoa ainda tão perto de nós a fulguração da sua personalidade que, dentro destas salas vibrantes de emoção, julgamos sentir o eflúvio da sua abnegada presença...

Até na morte foi grande, porque muito sofreu e teve a consciência do irremediável.

A paralisia e a dor, num crescendo trágico, pouco a pouco o imobilizaram.

Nem assim perdeu a lúcida tranquilidade de cirurgião.

Em desabafo íntimo, ao Dr. Vasco de Oliveira, comentou resignadamente:

— «Na lotaria da vida, amigo, mesmo no derradeiro lance é preciso ter sorte».

Se os músculos da face, na imagem romântica de Lamartine, são o teclado musical do pensamento, os da mão civilizaram a terra.

Motores sensíveis às exigências do espírito revolveram o Universo e totalizaram experiência de milénios, porque sem eles não existiriam livros, nem obras de arte a perdurar esforços.

Pela sua ginástica eficiente, o Homem transcendeu da humildade rastejante do verme à grandeza celeste da ave. O efémero tornou-se imortal.

A esfinge do Nilo, na madrugada da civilização, é o pavor do mistério a desafiando audácias.

Na quietude voluntariosa do pensador de Rodin, adivinha-se a ânsia máscula de romper caminho, enfrentando incógnitas.

O David de Miguel Ângelo, apolíneo e dominador, vai superar alturas. O milagre grego vitaminizava outra vez o mundo.

A Renascença, erguendo céus de pedra, gera Leonardo da Vinci — o divino precursor da técnica moderna. Iam ser construídos todos esses maravilhosos aparelhos que alargaram o horizonte humano dos sentidos, na profundidade e esmero da pesquisa.

A técnica, criação anónima de todos e genial de alguns, fermentara em pensamento fecundo.

A transparência do cristal facetado pelos operários de Murano possibilitou o microscópio. Nascera a Biologia.

Alheios às esperanças deslumbrantes e terrores apocalípticos da época presente, os esposos Curie, descobrindo o rádio, provaram a instabilidade do átomo. Dinamizaram a Humanidade...

A inteligência, sempre a mesma no decurso dos tempos — haja em vista a lei da constância intelectual de Remy de Gommont — só esplende sua capacidade solucionadora ao contacto da realidade ambiente.

O Homem sapiens estagnaria em méricismo inútil sem a mecânica inspiradora do Homem faber.

O trabalho manual, expressão utilitária da inteligência, é também um alimento psíquico.

Se a inteligência — vincámos algures — na intuição de Bergson é essencialmente um instrumento de acção, apto à inventiva mecânica, cujo poder resolutivo se manifesta com nitidez na construção de ferramentas e objectos artificiais, faculdade destinada a manter a inserção perfeita do nosso corpo no seu meio, a representar as relações das coisas entre si — a pensar a matéria — se a nossa lógica é, sobretudo, a lógica dos sólidos de que a geometria é prova evidente, a técnica cirúrgica é uma geometria de inspiração biológica — a anatomia e a fisiopatologia norteiam-lhe o traçado das incisões — onde o espírito humano patenteia luminosa e genial capacidade solucionadora.

Quem mesmo profano na arte operatória, observar, num arsenal cirúrgico, os instrumentos distribuídos metódicamente por funções nos armários envidraçados, descobre de chofre a linha evolutiva de qualquer ferramenta, atribuindo a sua origem às dos misteres vulgares.

Serras, escopros, goivas, martelos, chaves de parafusos, trépanos, agulhas, pinças — a lista é vasta — representam sínteses mecânicas perfeitas da cultura de uma época: a transformação dos cabos de maleira noutros metálicos denota,

# DIGITALINA MIALHE

(SOLUÇÃO MILESIMAL DE DIGITALINA CRISTALIZADA)

SUPERIORIDADE INCONTESTÁVEL SOBRE TODAS AS PREPARAÇÕES  
DE DIGITALIS PURPÚREA

ESTABELECIMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

por exemplo, o domínio de Pasteur na cirurgia.

Dobra-se o Cabo Tormentório da infecção...

Desde a lâmina de sílica pré-histórica, usada há milhões de anos, até o bisturi eléctrico hodierno, que corta por leve afago e sem sangue, que formidável progresso a inteligência humana totalizou!

Heráclito tinha razão — tudo flui, matéria e espírito...

Todo o ser vivo, para manter a sua existência limitada, precisa de afirmar a sua autonomia físico-química.

O sistema enzimático, as hormonas, os mediadores químicos são os principais mantenedores desta estabilidade interna — homeostasia — necessária à vida.

A fisiologia actual guindou-se a doutrina que comanda a medicina com firmeza científica. Parece até converter-se em matemática biológica, facilitando rotas terapêuticas, conforme sugere Pierre Veudiés ao encarar a interpretação probabilística da autonomia fisiológica.

E a cirurgia, que tudo absorve e aproveita, pode, enfim, juntar à profilaxia da exérese a reconstrução arquitectónica dos órgãos.

Conhece melhor o terreno em que trabalha e cada vez mais avalia com precisão os distúrbios do meio interno, surpindo necessidades.

Até a esfera espiritual modifica com a leucotomia de Egas Moniz.

O ponderado aforismo da veneranda e subtil clínica do passado — não há doenças, há doentes — não o desfez o presente científico. A doença não é uma entidade autónoma que se insere no organismo hígido, combalindo-o... É um comportamento fisiológico perante a luta agressiva do ambiente.

A doença operatória — reacção do operado ao traumatismo cirúrgico — nova modalidade operatória posta em evidência por Leriche, é mais um aspecto desta luta vital, de que Selye e Reilly tentaram decifrar o mecanismo essencial.

A terapêutica e a profilaxia — ainda a mais poderosa arma de defesa médica — devem integrar espírito e corpo num todo relacionável

A psicossomática, tão apregoada pelos americanos, concretiza essa interligação encefálica na patogénese das estruturas.

Não se curam lesões viscerais actuando neurocirúrgicamente sobre o cérebro?

A infiltração novocaínica de Burcaille, inspirada na descoberta de Egas Moniz, não sustou hemorragias intestinais, não tem cicatrizado úlceras gástricas, suprimido as dores atrozes do cancro?

A medicina, além de psicossomática, tem de ser cada vez mais social Deve

contribuir para que melhorem as condições mesológicas da vida. É um problema de universal interesse e esforço.

Encontrámo-nos reunidos em fraternal convívio de saudade e gratidão para homenagear um grande cirurgião nor-tenho — o Dr. Alberto Gonçalves, mestre de facto porque deixou discípulos que continuaram a sua obra.

E esses nunca esqueceram a radiação benfazeja do seu exemplo.

Clínico notável, forjado na tradição sagaz e minuciosa, mas eterna, de Trousseau e Dieulafoy, e sobretudo na lição inesgotável da observação dos doentes, sabia afinar diagnósticos e técnicas cirúrgicas por critério próprio.

A operação era uma manobra ática de inteligência em acção.

Gestos comedidos e úteis, isentos de borroquismos de alarde ou arremetidas chocantes, condicionados pela morfologia normal ou patológica dos tecidos.

Quem perlustre os arquivos operatórios dos hospitais onde o Dr. Alberto Gonçalves trabalhou, capacita-se dos belos resultados colhidos e gama variada das intervenções efectuadas, apesar de ainda, nessa época, serem desconhecidas as maravilhas da reanimação, da anestesia em circuito fechado, da hibernação, das sondagens biológicas de rigor, pesquisas de miliequivalentes cristalóides, electroforese, índices crioscópicos, hematócrito, etc., etc.

Dir-se-ia que a cirurgia se libertara do tabu indiscutível das regiões intocáveis.

Tendo na alma o arranque optimista dos lutadores generosos e compreensivos, é natural que admirasse Pauchet, esse mago da cirurgia abdominal, que discordando da parcimónia académica de Gosset, preconizava as grandes exéreses viscerais no tratamento e prevenção do cancro. A ele pertence a glória da valorização da gastrectomia no tratamento das úlceras. A sua cirurgia, com dísticos magnéticos da sábia acção condensada, é um monumento precursor da moderna pedagogia pela imagem.

Tal como Carrel, os seus assistentes emigraram para a América, onde vulgarizaram o espírito gaulês do mestre excelso e os benefícios da anestesia regional novocaínica.

Para ficar gravado o nome do Dr. Alberto Gonçalves na História da Medicina Portuguesa, bastava esta magnífica clínica, tentando satisfazer um imperativo categórico de moral cirúrgica — criar um ambiente perfeito de segurança vital para os doentes.

Mão alada, como ave extática e expressiva, emergindo dum deserto de mármore, plasmada pelo cinzel vivificante de Rodin, fez-me compreender que

ela, o verbo do homem, obedece também ao coração, ajuda, ameiga, ampara, consola...

É emoção em movimento...

Quem visse operar o Dr. Alberto Gonçalves descobria a inteligência viril da sua personalidade quem lhe apertasse a mão sentia a firmeza do seu carácter e a dedicação do amigo.

O Dr. Alberto Gonçalves não morreu: — vive na sua obra, na saudade da nossa alma e na gratidão dos seus doentes e discípulos.

#### DISCURSO DO DR. SILVA JÚNIOR

Ao contrário dos oradores que acabam de traçar brilhantemente o perfil do Homem e do Cirurgião, eu não tive a honra do seu convívio, nem a de receber os seus ensinamentos no período áureo da sua fulgurante carreira.

Eu conheci o Dr. Alberto Gonçalves por tradição. Desde os bancos do liceu, o seu exemplo era-me constantemente apontado por meu pai e por aqueles que com ele privavam ou beneficiaram da sua assistência clínica.

O seu nome cedo se espalhou por todo o norte do País. A sua actividade era infatigável.

Iniciada já a minha carreira médica, há uma vintena de anos, continuei a ouvir citar o seu nome a propósito do senso clínico, experiência e probidade profissional. Dele me falaram várias vezes os meus mestres Carlos Ramalhão e Couto Soares e também os seus grandes amigos Drs. Santos Silva e Pinto Leite, pai, que está, em espírito, ao nosso lado nesta singela, mas sentida homenagem.

Os anos foram rodando e inexoravelmente — sempre a roda da vida — ultrapassados já os sessenta anos começa a sentir necessidade de descansar. A terra atraía-o. Adquirira uma bela propriedade e nela se refugiava às vezes para evitar o excesso de doentes que aqui lhe batiam à porta.

\*

Em Setembro de 1950, uma dor brutal surge subitamente e marca o início clínico da terrível doença que havia de o vitimar. Foi então que tive a honra de ser chamado à sua cabeceira como médico urologista e de acompanhar a marcha da doença até ao fim da sua vida.

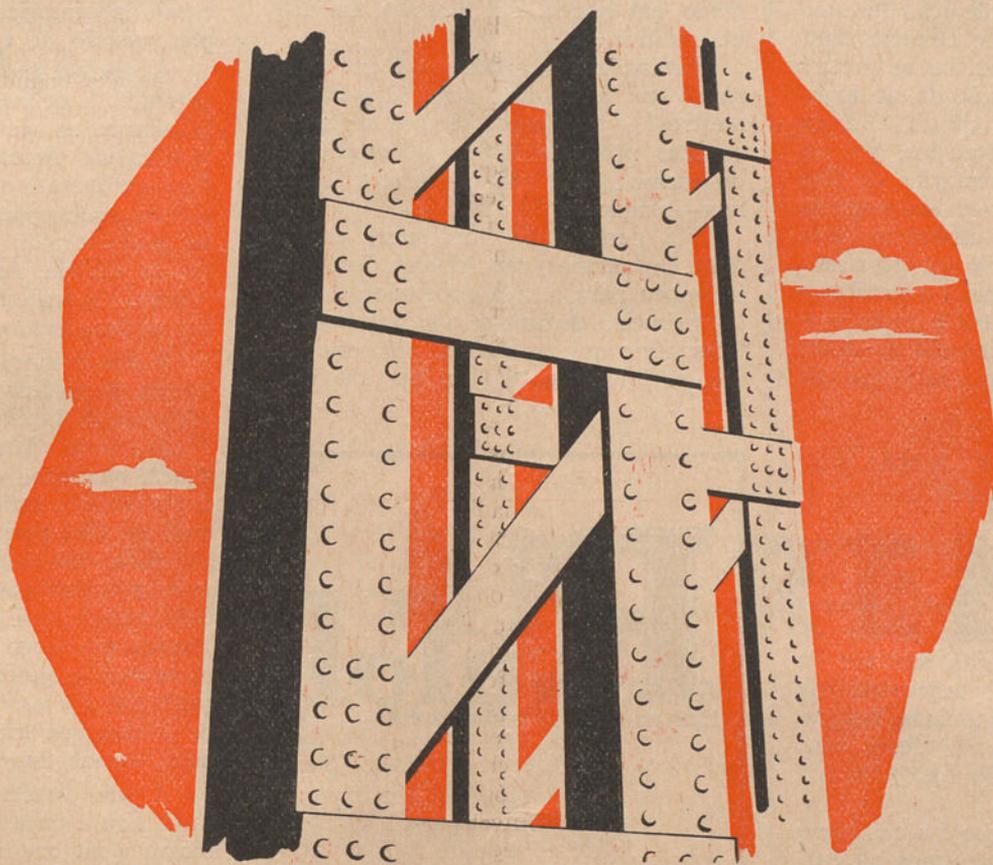
Durante esses, para ele, longos meses, eu tive então a oportunidade de verificar que tudo que me habituava a ouvir desde menino a propósito do Homem e do Cirurgião, a quem aqui viemos hoje prestar esta homenagem, não era exagerado.

# Combiótico

Frasco de 0,5 G (400.000 U. de Penicilina + 0,5 g de Dihidroestreptomicina)

Frasco de 1 G (400.000 U. de Penicilina + 1 g de Dihidroestreptomicina)

À VENDA EM TODAS AS FARMÁCIAS



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

# VICOMBIL

Bial

## DRAGEIAS—XAROPE

VITAMINA A . . . 5.000 U. I.	VITAMINA B <sub>2</sub> . . . 0,002 g.
VITAMINA D <sub>2</sub> . . . 500 U. I.	VITAMINA B <sub>6</sub> . . . 0,003 g.
VITAMINA C . . . 0,075 g.	VITAMINA B <sub>12</sub> . . . 0,001 mg.
VITAMINA E . . . 0,01 g.	VITAMINA P. P. . . 0,02 g.
VITAMINA B <sub>1</sub> . . . 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 CRÓNICAS, CONVALESCENÇAS

Com perfeita integridade das suas faculdades intelectuais até ao momento final, conhecendo perfeitamente o seu estado e não ignorando que o mal era incurável, deu-me a grande lição do estoicismo. Foi então que este Homem superior, deu ao médico que lhe ia prestar um pequeno serviço, a lição da sua longa e fecunda experiência clínica. Alguns casos clínicos por ele relatados, por vezes entremeados de comentários de fina ironia, faziam ressaltar o seu espírito observador e o seu senso clínico invulgar.

Prestar homenagem a um profissional desta envergadura moral e profissional, é o nosso dever e tem a dupla vantagem de nos dar a satisfação do dever cumprido e a de apontar aos novos um exemplo a seguir.

#### PALAVRAS DE UMA ENFERMEIRA

A enfermeira - chefe Gouveia Pinto diz o seguinte:

Sem me terem sido pedidas algumas palavras, quero-as anteceder de que serão pobres e desnecessárias, sem cor ou brilho, e valem apenas o testemunho da solidariedade, nesta cerimónia, e da gratidão que nós, enfermeiras desta casa, sentimos pela memória do Ex.<sup>mo</sup> Sr. Dr. Alberto Gonçalves.

Disse, gratidão, porque é a ele, como fundador da casa, que devemos as condições do trabalho que usufruímos, tanto quanto possível, dentro de um nível de enfermagem, técnico e científico, como não temos na maioria dos locais aonde se exerce a nossa profissão e não dizemos só no Porto, como no País.

Embora o não tivéssemos conhecido, venho em meu nome e no das minhas colegas, desta forma, prestar-lhe homenagem e é na recordação da sua obra que essa homenagem terá a sua expressão mais firme.

#### DISCURSO DO DR. SANTOS SILVA

Os amigos do Dr. Alberto Gonçalves que à família se juntaram, para a realização desta simples mas expressiva homenagem, pediram-me que, como mais velho, viesse aqui dizer qual foi o intuito que os animou.

Quiseram não só recordar os primores do espírito e do coração do Dr. Alberto Gonçalves, para assim confortarem a sua saudade, mas ainda, traçando em fugidias linhas a sua vida de labor honrado e persistente, concorrer para que esta homenagem encerre um ensinamento.

Eu conheci Alberto Gonçalves de rapazinho e fui seguindo pelos anos fora a caminhada daquele moço garboso, de viva inteligência, de vontade firme e indomável.

Não éramos do mesmo curso, mas andávamos, por assim dizer, a par. Até mim chegavam, bem vibrantes, os ecos dos seus triunfos escolares. A sua personalidade forte de estudante foi-se firmando dia a dia.

Os rapazes daquele tempo eram irreverentes inconformistas, iconoclastas.

Estavam em combustão permanente, queimando-se em ansiedades de espírito sempre insatisfeitas, abraçando com bizzarria as novas ideias que iam desponzando, em ciência, em filosofia, em arte, em política.

Estimavam os mestres — e que admirável era a cultura geral dos nossos mestres! — mas eram sempre vigorosos os seus protestos contra a organização do ensino que a todos — mestres e alunos — ilaqueava.

Foi deste meio académico, estimulante de energias, que Alberto Gonçalves irrompeu para a vida profissional.

Primeiro dedicou-se aos trabalhos de laboratório que, ao tempo, por assim dizer, se iniciavam, e neles revelou apre-

ciáveis qualidades. A sua inteligência criadora chamava-o para a investigação científica, como bem o revela a concepção da sua tese sobre *Sero - predisposição*, ensaio laboratorial que não foi uma simples revisão de trabalhos já realizados.

As exigências da vida prática obrigaram-no a deixar o laboratório e a embrenhar-se na vida clínica. Foi no *Posto Médico da Batalha*, onde, à volta da figura marcante do Dr. Alfredo de Magalhães, que pouco tempo antes entrara no professorado, se juntaram Júlio César da Vitória, Antunes de Lemos, eu e Alberto Gonçalves, que este começou a dar as suas provas como policlinico.

Todos tivemos de nos render às qualidades de médico que ele brilhantemente afirmava na tarefa esgotante de cada dia. Tinha uma penetrante *visão - clínica*, aquela qualidade que alguém definiu já como sendo o reflexo rápido daquilo que cada um sabe perante aquilo que o doente patenteia. Depois duns anos deste proveitoso aprendizado e, após uma grave enfermidade, que o ia vitimando, fez em França um largo estágio hospitalar em obstetria e ginecologia. De regresso a Portugal, foi assistente do Dr. Cândido de Pinho, que nessa ocasião regia a cadeira dessas duas especialidades.

A sua directriz futura estava marcada. Era a cirurgia geral, à qual se dedicava com ardoroso interesse, sempre debruçado sobre a evolução da medicina e das suas aquisições.

Conseguiu ser cirurgião de prestígio e manteve intacto esse prestígio durante mais de 40 anos.

Foi feliz, conseguiu na idade adulta realizar os sonhos da mocidade, e rematou-os com a criação desta modelar Casa de Saúde, que ele, à custa de dignificadores esforços, conseguiu erguer.

Como tantos outros, Alberto Gonçalves foi ditando pela vida fora um livro que nunca publicou — Livro íntimo, cujas folhas iam sendo emendadas a todos os instantes, pois novos factos obrigavam a aperfeiçoar o texto ditado na véspera.

Os cirurgiões que, como o Dr. Álvaro Rosas, com ele trabalharam muitas vezes e os que na intimidade de Alberto Gonçalves viviam: — o Alberto filho, que era o orgulho do pai e o João Macedo Pinto, a quem ele tanto estimava e admirava — é que sabem bem qual o valor dos ensinamentos, que esse livro inédito continha.

Honrando os preceitos deontológicos, comprazendo-se em prestar homenagem aos merecimentos dos colegas, a sua voz ergueu-se sempre por nobres ideais, quer na Tribuna da Associação Médica Lusitana — para a qual foi eleito presidente — em defesa dos direitos profissionais, quer na praça pública, em prol dos interesses da grei.

Republicano e democrata de convicções arreigadas, a vida pública seduziu-o também. Preocupavam-no vivamente os assuntos de assistência social e, nos cargos de Procurador à Junta Geral do Distrito do Porto e de Deputado, fez parte de comissões, onde a sua palavra era ouvida sempre com interesse e acata-

**Rufol**

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**

**Antigastrálgico  
de síntese**

# **ANTRENIL\***

**Espasmolítico frenador do vago de acção duradoura**

**Para o tratamento  
de transtornos da função  
motora e secretora  
do tubo gastro-intestinal**

---

**Comprimidos a 5 mg: Caixa com 30 comprimidos  
Frasco com 100 »**

**Ampolas de 1 cc a 2 mg: Caixa de 5 ampolas**

\* Marca registada

damente. O médico e o cidadão deram-se as mãos muitas vezes.

\*

Passa este ano o cinquentenário da formatura do Dr. Alberto Gonçalves. Que espectáculo maravilhoso ver o desenrolar das descobertas e das aquisições que a ciência prodigalizou ao Homem nos últimos 50 anos! Têm sido desvendadas vertiginosamente, em turbilhão e, no seu conjunto, aturdem.

Seria possível este trabalho de verdadeira magia se esse esforço ingente não passasse pelo cadinho onde se forjaram as ideias das gerações passadas? Pois não é aos ombros destas que as

novas gerações conseguem visionar os horizontes sem limites do futuro?

Os médicos de hoje, no exercício da sua profissão, mercê das incessantes descobertas, conseguem ter alegrias, que os do princípio do século não conheceram. O Dr. Alberto Gonçalves, espírito sempre alerta, teve ainda o consolo de ver como é grandioso o quadro que se vai esboçando. No nosso deslumbamento não nos esqueçamos, porém, que foi também fulgurante a chama que animou as gerações passadas e que a medicina — a de ontem, a de hoje, a de amanhã e a de sempre — só pode ser grande e perfeita quando o amor pelos que sofrem a bafeja.

Recordemos, por isso, a vida do Dr. Alberto Gonçalves, médico e cirurgião

ilustre, que durante quase meio século soube com dedicação, carinho e saber tratar doentes, enobrecendo a sua profissão e honrando a sua terra!

Fica bem neste bloco cirúrgico, que foi seu templo de trabalho, o alto relevo do seu perfil, que um artista de mérito modelou.

José Alberto! Como és o mais novo dos netos, vem descerrar o medalhão do teu Querido Avô!

#### AGRADECIMENTO DO DR. ALBERTO GONÇALVES JÚNIOR

A alta transcendência deste acto e o seu elevado espírito de simpatia e admiração, levam-me a crer que não atentem nas minhas modestas e descoloridas frases, senão no que elas possam exprimir de todo o nosso reconhecimento pelas honrosas referências feitas à memória do nosso querido Pai.

Essas palavras aqui proferidas, palavras de carinho e de saudade e que tão brilhantemente enaltecem a sua memória, encham-nos dum sincero sentimento de gratidão e por que não dizê-lo, orgulham-nos e envaidece-nos.

Desnecessário seria frisar, que todo esse orgulho ou toda essa vaidade, nada tem de pessoal pois pretende unicamente significar toda a nossa íntima alegria por termos compreendida e recordada por figuras de tão alto nível moral e social, a sua vida e a sua obra, sobretudo esta Casa de Saúde, esse seu anseio de sempre, que com tão invulgar tenacidade conseguiu concretizar, transmitindo-lhe mesmo para além da sua vida toda a sua rara e forte personalidade. Sensibilizem-nos profundamente a vossa presença a este acto e sentimo-nos generosamente reconfortados pelas apreciações e elogios daqueles, que, pelo seu alto espírito e esclarecida experiência maior projecção e mais amplo significado pudermos atribuir às suas afirmações.

Portanto, em meu nome e em nome de todos os meus, muito e muito obrigado.

#### VII Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário

De 15 a 27 de Novembro próximo, realizar-se-á o VII Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, patrocinado pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos, de colaboração com a Direcção-Geral de Saúde. Este curso, subsidiado pelo sr. Ministro do Interior e, como os anteriores, organizado pelos Drs. Andersen Leitão, que, este ano, tem a colaboração do Dr. Adolfo Coelho, destina-se a médicos rurais, indicados pelo referido Conselho Regional, pela D. G. S. e pelo Ministério das Comunicações (Casas do Povo e dos Pescadores e Serviços Médico-Sociais).



# LEUKOPLAST

## O ADESIVO DE CONFIANÇA

Graças a intensas e perseverantes investigações, LEUKOPLAST, mantém-se sempre na vanguarda do progresso. Novas matérias obtidas por síntese ou descobertas na natureza, entram na sua composição, e o equipamento técnico que as elabora, e produz o LEUKOPLAST, é o mais perfeito e moderno.

UM PRODUTO DE:

P. BEIERSDORF & CO. A. - G. — HAMBURGO — ALEMANHA

REPRESENTANTES:

**PESTANA & FERNANDES, LDA.**

Rua da Prata 153-2.º Lisboa

# A VIDA MÉDICA

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 8 a 16 de Outubro)

**Dia 8**—De Coimbra, a fim de tratar da reorganização do Curso de Medicina Sanitária, extinto em 1947 e que graves prejuízos acarreta não só à cidade como aos alunos de medicina, desloca-se a Lisboa uma comissão de médicos que junto do sr. Ministro do Interior justificam a criação de uma Delegação do Instituto Central de Higiene «Dr. Ricardo Jorge», onde aqueles cursos funcionam.

—Na Póvoa de Varzim, efectua-se a recolha das listas e pedatório, a favor do Hospital da Misericórdia. Durante o ano findo o Hospital, registou o seguinte movimento: camas utilizadas, 96; doentes internados, 11.115; das de permanência, 24.620; média de doentes por dia, 67,4; intervenções cirúrgicas, 316. Consulta externa: doentes admitidos, 692; consultas com receita gratuita, 21.110; curativos, 10.693; injeções aplicadas, 4.583; radiografias, 711; diatermias, 1.113; internados de ambos os sexos no Asilo, 52. Em face desta expressiva estatística, por certo que a Póvoa contribui mais uma vez, com os seus generosos donativos para este padrão de beneficência.

**11**—Em Castelo Branco, pelas 17 horas, realiza-se, na sede do Dispensário de Puericultura, Dr. Alfredo Mota, uma sessão de abertura do novo ano lectivo e de inauguração do novo edifício da Escola de Enfermagem de Castelo Branco.

—Em Coimbra está o Prof. George Sachs, da Universidade da Cidade do Cabo e cirurgião de renome na África do Sul. Visita em primeiro lugar o Reitor, Prof. Maximiano Correia, que conhece desde 1938, por altura da reunião da South Africa Medical Assoc. em Lourenço Marques. Depois, na companhia do Dr. Armando Cortesão, de quem é hóspede, visita as instalações universitárias, principalmente os serviços de cirurgia, interessando-se pelo seu funcionamento, ficando muito bem impressionado. Fica maravilhado com as instalações da Biblioteca, que também visita. Mais tarde é recebido pelo Prof. Bis-saia Barreto, que mostrou desejos de conhecer, e segue depois para o sul do País.

—Visita o Hospital da Misericórdia de Viseu o Delegado das Construções Hospitalares a verificar as deficientes instalações dos serviços de «banco» e sala de operações. O facto faz avultar as esperanças, já tão velhas e quase cansadas, de dotar-se o hospital com instalações que possibilitem a criação, ali, de um serviço assistencial permanente, por forma a que o Hospital de Viseu possua sempre um médico de serviço, como já tem, mas ali instalado nas suas horas de turno, sem que se seja pre-

ciso lançar-se mão de telefones e de procuras nem sempre fáceis nem sempre felizes.

—A Lisboa e em visita de férias, devendo permanecer algumas semanas em Portugal chega o conhecido médico britânico, «sir» Harold Gilliem, o grande pioneiro da cirurgia reconstrutiva organizador que foi dos serviços de cirurgia plástica, tanto na primeira como na última guerra e criador de um dos métodos fundamentais da cirurgia plástica.

O grande médico britânico, tem afectuosa recepção no aeroporto onde comparece para o receber, entre outros, o Prof. Lima Bastos.

—Ainda em Lisboa iniciam-se solenemente os trabalhos do III Congresso Internacional de Broncoesofagologia, cujas sessões decorrem no anfiteatro do Instituto Português de Oncologia.

A sessão inaugural preside o Subsecretário da Educação Nacional que tem ao lado os Drs. Alberto Mendonça, Prof. Francisco Gentil, Prof. Chevalier Jackson e Dr. Costa Quinta, e à esquerda, Prof. Gustavo Cordeiro Ramos, Dr. André Soulas, Dr. Francisco Calheiros, Dr. Madeira Pinto.

Nas bancadas do anfiteatro tomaram lugar os congressistas, mais de uma centena, representando os seguintes países: Alemanha, Argentina, Espanha, França, Holanda, Japão, Jugoslávia, Portugal, Itália, Estados Unidos, Nicarágua e Inglaterra.

Discursam o Dr. Alberto de Mendonça, o Dr. André Soulas, o Prof. Chevalier Jackson e por último o Subsecretário. «O Médico» dará circunstanciada informação do acontecimento.

**12**—Da Tocha, informam que pelo Hospital Rovisco Pais, no decurso deste ano e até esta data regressaram ao convívio das suas famílias trinta hansenianos, elevando assim para duzentos e sessenta o total dos que ali foram encontrar alívio para o seu mal e a tão almejada cura clínica. Estes números dão-nos a tranquilizadora certeza de que, na gigantesca luta travada, a ciência vai triunfando do terrível mal, a passos lentos mas seguros. Muitos têm sido os internados que obtiveram permissão de se ausentarem por algum tempo deste Hospital-Colónia, mercê do seu satisfatório estado de saúde.

—Em Coimbra, a fim de tratar de diversos assuntos, relacionados com a sua instalação na sede do Conselho Regional da Ordem dos Médicos, reúne a direcção do Núcleo do Centro da Sociedade Portuguesa de Estomatologia.

**13**—Do Porto para Paris, segue o Dr. José Tavares, a fim de assistir ao Congresso anual de Broncologia e Oto-Rino-Laringologia.

—Informam de Coimbra que é notável a obra do Dispensário Central Antituberculoso, mais conhecido pelo Dispensário do Pátio da Inquisição, por ali estar instalado, e em que estão inscritos 8.390

doentes. No Dispensário foram feitas 5.987 consultas, dadas 7.322 injeções; radioscopias internas, 7.965, e externas, 109; pneumotórax insuflações 2.675; análises de expectoração, 293; análises de sangue, 84; análises de urina, 18; radiografias, 41; velocidade de sedimentação, 85; doentes a fazer pneumotórax, 28 e pneumoperitônio, 4.

Dado a que o movimento extraordinário do Dispensário absorve todas as receitas, foi iniciada uma campanha para a inscrição de novos sócios que se espera obtenha os melhores resultados.

—Da mesma cidade, que na Escola Normal Social, encontra-se aberta a inscrição para os Cursos de Puericultura e Serviço Social. A inscrição encerra-se no próximo dia 20, e que na Escola de Enfermagem Feminina Rainha Santa Isabel, acaba de ser criado um curso de auxiliares de enfermagem cujas inscrições podem ser feitas até ao próximo dia 25, sendo as habilitações exigidas, o exame do 2.º grau de instrução primária. É de prever numeroso grupo de alunas por motivo das vantagens que são oferecidas às diplomadas com este curso.

—O Subsecretário da Assistência, Dr. José Guilherme de Melo e Castro, preside na cidade da Covilhã, à reabertura do «Pavilhão Sanatório Dr. António Vaz de Macedo», que estava encerrado à cerca de um ano e pertence à Misericórdia local. Após as obras de ampliação que vão realizar-se, em breve, ficará com a capacidade para 100 doentes.

O ilustre membro do Governo é recebido pelo sr. José da Fonseca Moraes Alçada, Provedor da Misericórdia, por todos os componentes da mesa, corpo clínico, corpo de enfermagem confiado às irmãs franciscanas hospitalares e seguidamente, acompanhado por todos percorre demoradamente as dependências do Pavilhão, tendo-se manifestado satisfeito por quanto lhe é dado observar no que se refere à organização, funcionamento e instalações.

Por essa ocasião, é comunicado àquele membro do Governo, pelo actual provedor da Santa Casa da Misericórdia da Covilhã, a entrega da doação à mesma, de uma importante propriedade nos arredores da cidade, para instalação de um Preventório Infantil Antituberculoso.

É celebrada missa na capela privativa do Pavilhão, pelo capelão da Santa Casa, à qual aquele membro do Governo assiste, tendo-se retirado após, com destino à Guarda.

—Chega à Guarda o Dr. José Guilherme de Melo e Castro, Subsecretário da Assistência, que, acompanhado das entidades mais representativas visita todos os estabelecimentos de assistência e caridade, trocando impressões sobre o seu funcionamento com as entidades que os representam.

Aquele membro do Governo desloca-se,

## IODALOSE GALBRUN

IODO FISIOLÓGICO, SOLÚVEL E ASSIMILÁVEL

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

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Montelro, 142

LISBOA

ainda, à freguesia de Vela onde está instalado o Albergue de Mendicidade, ficando bem impressionado com a ordem ali verificada.

— Em Lisboa encerra os seus trabalhos o III Congresso Internacional de Broncoesofagologia, com as últimas sessões sob a presidência do Dr. Francisco Calheiros, vice-presidente do Congresso.

14— A imprensa diária do Porto diz que obedecendo ao espírito das novas disposições legais sobre responsabilidade pelos encargos de assistência hospitalar e também aos desejos expressos por instituições de assistência desta cidade, foi superiormente esclarecido que as guias de responsabilidade a passar pelas Câmaras Municipais, para efeito de internamento de doentes, só são de exigir quando se trate de admissões em estabelecimentos hospitalares que não sejam os do concelho da residência.

Deste modo, os hospitais da cidade continuarão a receber doentes que aqui tenham o seu domicílio de socorro nas mesmas condições que vigoravam em Setembro último, não necessitando, portanto, de solicitar previamente qualquer guia da Câmara, devendo dirigir-se directamente aos hospitais.

14— Informam que as instalações dos Serviços Médico-Sociais que servem Valadares, Vilar do Paraíso e Gulpilhares, no que se refere à sala de espera e dependência sanitária, são pouco próprias para os fins a que se destinam. A sala de espera tem cerca de cinco metros de superfície, tendo oito cadeiras e quatro cabides. Nesta dependência, há em média, muito mais pessoas (a maior parte delas em estado precário de saúde) do que lugares, sacrificando-se, assim, até que chegue a sua vez, para serem atendidas pelo clínico.

15— De Lisboa parte para Paris, o Prof. Reynaldo dos Santos, presidente da Academia Nacional de Belas Artes, que vai tratar de pormenores relativos à Exposição de Ourivesaria Portuguesa que se realiza em Novembro na capital francesa.

16— É preso em Espanha, pela Polícia Judiciária, Francisco António dos Santos, autor de um desfalque de 506 contos na Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses, onde era pagador.

17— Recomeça em Lisboa o julgamento do italiano Indiveri Colucci, acusado, pela Ordem dos Médicos. Depõem testemunhas de defesa. A sessão continua a 23.

— Abertura do ano lectivo nas três Universidades portuguesas. Participa a classe de modo especial nas sessões do Porto e de Coimbra. Na primeira através do seu Reitor, Prof. Amândio Tavares, que apresenta notável relatório da actividade universitária, do seu vice-Reitor, Prof. Fernando Magano, que é condecorado com as insígnias do Grande Oficialato de Santiago da Espada, e dos estudantes de Medicina e Farmácia premiados, respectivamente Albertina de Sousa Rego, Ana Maria Lobo de Mesquita, Maria Irene Coutinho Dias, Maria Olívia Pires Firmino Ruber, Fernando Manuel Cordeiro Oliveira Torres, Cândido Alves Hipólito dos Reis, Joa-

quim Jorge da Cunha de Sousa Almeida, Levi Eugénio Ribeiro Guerra, Manuel Alexandre Teixeira da Silva, Oscar Ferreira Rolão Candeias, Soter Albertino Aguiar Ramos e Vicente Ferreira Pinto e, da segunda, Rui Manuel Ramos Morgado.

Também foram contemplados com prémios, embora não tivessem comparecido ontem para os receberem, os estudantes António Coimbra Aires de Matos, Júlio Guedes de Azevedo, Nestor Braga Pereira Rodrigues, Camilo de Sá Couto Santos, José Fernando Domingues de Oliveira e Silva, Sebastião de Matos Ribeiro e Rosette Ansiães Monteiro da Cunha Azevedo, da Faculdade de Medicina; e Maria Zoraida de Bettencourt Salema Statmiller de Saldanha, da Faculdade de Farmácia.

Em Coimbra, através também do seu Reitor, Prof. Maximino Correia, com o seu magnífico discurso, e do orador oficial Prof. Feliciano Guimarães, da Faculdade de Medicina, que profere a «Oração de Sapiência» subordinada ao título «A Farmacologia e o pensamento médico em meio século».

Este semanário dará notícia pormenorizada destes dois acontecimentos universitários.

## AGENDA

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Para habilitação ao provimento do lugar de broncofisiometrista do Sanatório Dr. João de Almeida, Funchal.

— Para habilitação ao provimento do lugar de director do Dispensário Antituberculoso de Angra do Heroísmo.

— Para director do Laboratório Central de Análises, Químicas, Bromatológicas e Toxicológicas de Lourenço Marques.

— Para o provimento de um lugar de médico-cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de S. Tomé e Príncipe.

No Porto, na Casa de Saúde da Boavista, no dia 18 do corrente, inaugura-se solenemente o novo ano lectivo da Escola de Enfermagem das Religiosas daquele estabelecimento de Assistência.

— Em Tarouca realiza-se a 24 do corrente um Cortejo de Oferendas a favor da conclusão do hospital local, pronto de obras e esperando só o equipamento para funcionar, para o que necessita de cerca de 500 contos.

— Ainda a 24, em Mortágua, realiza-se também um Cortejo de Oferendas a favor da Misericórdia local. Na mesma data inaugurar-se-á oficialmente o Hospital, com a presença de alguns membros do Governo.

— Em Santander, a 24 de Outubro, realiza-se um Cortejo de Oferendas a favor do Hospital de Jesus Cristo e do Asilo dos Orfãos e Inválidos, da Misericórdia local.

— A 30 do corrente, o Dr. Ludgero

Parreira profere uma conferência sobre «Normas científicas da alimentação, na Delegação do Porto, da Sociedade Portuguesa de Ciências Veterinárias, pelas 14 horas, no edifício da Intendência de Pecuaría do Porto.

— Nos dias 30 e 31 do corrente, em Coimbra, reúnem os componentes do curso de Medicina de 1929-1934, daquela Universidade.

— É adiado para 21 de Novembro próximo, o Cortejo de Oferendas a favor do Hospital de Espinho.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 7/X a 13/X/1954)

7/X

Dr. Mário de Carvalho Rosa — professor do Instituto de Hidrologia — concedida equiparação a bolseiro fora do País, de 15 do mês findo a 15 de Outubro corrente, que lhe foi concedida pelo Instituto de Alta Cultura.

— Dr. José Amaro de Almeida — segundo assistente da Faculdade de Medicina da Misericórdia de Lisboa — concedida equiparação a bolseiro fora do País, de 15 do mês findo a 15 de Outubro corrente, que lhe foi concedida pelo Instituto de Alta Cultura.

— Dr. Almerindo de Vascelos Lessa — director dos serviços de sangue dos Hospitais Cívis de Lisboa e do Hospital do Ultramar — considerado em missão oficial fora do País, de 1 do mês findo a 10 de Outubro corrente.

9/X

Dr. António Almeida Garrett, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto — aposentado por ter atingido o limite de idade.

## Partidas e Chegadas

### Dr. Costa Quinta

Seguiu para Córdova o Dr. Costa Quinta, que, a convite, foi fazer a conferência inaugural do V Congresso da Sociedade Andaluza de Otorrinolaringologia, versando o tema «Audição e acucenos; aspectos psicológicos».

### Dr. Alfredo Franco

Regressou de França, onde, equiparado a bolseiro do I.A.C., visitou diversas clínicas de Cardiologia, o Dr. Alfredo Franco, assistentes dos H.C.L.

### Dr. Vasco de Lacerda

A fim de assistir ao XII Congresso da União Internacional contra a Tuberculose, realizado em Madrid, partiu para aquela cidade espanhola, de onde segue para França e Bélgica o Dr. Vasco de Lacerda. Acompanham-no sua esposa e filha.

### Dr. Décio Ferreira

Partiu para Barcelona, a tomar parte no Congresso Internacional sobre doenças do tórax, o Dr. Décio Ferreira, que apresenta naquela reunião um trabalho sobre cirurgia cardíaca.



## 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 LUES 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

E. TOSSE & C.ª

HAMBURGO



## SOPRA UM VENTO FRIO

Vento, chuva, geada, talvez neve, e com eles os habituais incómodos do Inverno, opressão no peito, acompanhada de tosse e espirros. É então que o BENYLIN EXPECTORANTE mostra quanto vale. Alivia a congestão nasal e atenua agradavelmente a irritação da bronquite, laringite e outras perturbações respiratórias. Apresentado como xarope com agradável sabor a framboesas, o BENYLIN EXPECTORANTE convém tanto aos adultos como às crianças.



Em frascos de 100 gramas

**Benylin** EXPECTORANTE

**Parke, Davis & COMPANY, LIMITED** (Inc. U. S. A.)  
HOUNSLOW, MIDDLESEX, (próximo de Londres)



Representada em Portugal pela:

**SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA, S. A. R. L.**

Travessa da Espera, 3 — LISBOA

# 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