

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 128  
11 de Fevereiro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

NOVO!

## NEO-ANALGIL AZEVEDOS



- ANTI-REUMÁTICO
- ANALGÉSICO
- ANTI-FLOGÍSTICO

### FÓRMULA

Salicilato de dietilamino-morfolina . . .	20%
Nicotinato de benzilo . . . . .	5%
Complexo hidrossolúvel de essências anti-sépticas e anti-flogísticas . . .	3%
Excipiente hidro-miscível apropriado .	q.b. 100

- ALTA CONCENTRAÇÃO EM IÃO-SALICÍLICO
- ALTO PODER DE PENETRAÇÃO TRANSCUTÂNEA
- VASODILATAÇÃO E RUBEFAÇÃO LOCAL SEM IRRITAÇÃO CÁUSTICA

### APRESENTAÇÃO

CREME HIDROSSOLÚVEL — bisnagas de 20 gr,  
e de 40 g  
LINIMENTO — frascos de 40 g

SEM CHEIRO DESAGRADÁVEL, NÃO  
MANCHA A ROUPA, É LAVÁVEL COM ÁGUA



## LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

### SUMÁRIO

Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
COSTA SACADURA — <i>Alguns problemas de Hidrologia</i> . . . . .	VI Congresso Internacional de Leprologia — A. SALAZAR LEITE E	
AIRES DUARTE — <i>Síndrome geral de adaptação e hibernação artificial</i> . . . . .	F. DA CRUZ SOBRAL . . . . .	83
MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E</i>	<i>Há cinquenta anos</i> — BARROS E SILVA . . . . .	90
<i>CIENTÍFICAS</i> — <i>Dietética da hipertensão</i> . . . . .	<i>Aspectos do exercício da Medicina em meio rural</i> — BERNARDINO	
<i>Regeneração dos tecidos</i> . . . . .	DE PINHO . . . . .	92
<i>Aneurismas</i> . . . . .	<i>O Aviso prévio do Prof. Cid dos Santos</i> . . . . .	96
<i>Princípios fundamentais para o tratamento dos Aneurismas</i>	<i>Homenagem ao Prof. Amândio Tavares</i> . . . . .	101
<i>arteriovenosos traumáticos</i> . . . . .	<i>Noticiário diverso.</i>	
		118

3

## FORMAS DE APRESENTAÇÃO



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

# Alguns problemas de Hidrologia



PROF. COSTA-SACADURA

Estou ligado ao Porto por íntimos laços de família, bem vinculados no meu coração e posso afirmar que de todas as terras portuguesas depois da minha Abrunhosa, o Porto é aquela que eu mais amo.

E sinto-me bem nesta casa. Quando menino e moço pretendi ingressar no curso médico, o meu coração chamava-me para o Porto, a primeira cidade que deslumbrou os olhos de um pequeno aldeão que aos cinco anos o pai trouxera de Mala Posta à grande capital do Norte. Escasseavam porém os meios de fortuna e parentes amigos abriam-me as portas da sua casa em Lisboa, gratuita e generosamente, e o destino para lá me levou.

Mas na primeira oportunidade, aqui vim, a esta casa, procurar pormenores para a biografia do professor de Tocologia Câmara Sinval e o grande Mestre, o grande Historiador da Medicina Portuguesa, o Professor Maximiano de Lemos, acolheu-me com singular afabilidade, dissei mesmo, com carinho o que mais afervorou até hoje o meu amor por esta casa e pelos seus mestres antigos e actuais. A todos me apraz render, muito sinceramente, o preito do meu maior respeito e veneração. A V. Ex.<sup>a</sup> Senhor Director, peço aceite pessoalmente e transmita aos seus colegas do corpo docente, entre os quais me ufano de possuir velhas amizades, a expressão sentida do meu afecto.

Senhor Presidente e meus caros Colegas:

Não vejam ousadia minha ao ocupar este lugar que cabe a novos e não a octogenários.

Nem modéstia nem altanaria, mas a ânsia de sempre, o desejo de aprender (aprender até morrer), de quem nunca se julgou *magister*, antes aprendiz e que tendo sempre presente no seu espírito, aquela quadra do incomparável poeta beirão:

*Ouve muito e fala pouco,  
Aprende com paciência.  
Em sabendo que não sabes  
Chegaste à melhor ciência.*

se encaminha para vós, que estais senhores das modernas aquisições científicas no vasto campo da Hidrologia.

Não vos trago ensinamentos, antes problemas e dúvidas que resultam do contraste de velhas usanças com práticas modernas, do choque de usos e tradições que de longe veem com práticas que parecem rebeldias ou caprichos, talvez resultantes de erradas interpretações dos preceitos científicos. Afinal *dúvidas a dissipar, problemas a resolver ou a esclarecer*.

\*

Uma prévia declaração. Exerci, após a conclusão do curso médico, a clínica geral em Lisboa, levando-me o destino ao contacto com a chamada na época a «alta sociedade».

Não tive então a fortuna de ouvir os mestres de hoje em Hidrologia, de seguir os seus cursos, acompanhá-los nas suas excursões e nas suas conferências, nas suas palestras, nas suas lições.

Tive de fazer a minha auto-aprendizagem. Como? Seguindo afinal o método usado e preconizado por Theophyle de Bordeu, o pai da Hidrologia, nascido em 1722, anatómico, cirurgião, fisiologista e médico que foi o primeiro a estudar e a experimentar a virtude das águas termais sobre o homem são e o homem

doente e a observar cuidadosamente os frequentadores das águas termais de Luchon, Cauterets e Eaux-Bonnes (1).

Ainda hoje é esta a grande verdade — *o reagente duma água medicinal é o homem doente* e só o médico pode e deve ser o juiz do seu efeito terapêutico.

Ora bem mal apetrechadas estavam então as nossas estações balneares e reconheci a necessidade de visitar e estudar as estações climáticas e termais de França e ainda de que não bastava a leitura das análises, mas indispensável se tornava observar as suas instalações e seguir, *in loco*, os processos e métodos de tratamento.

E assim, em 1900, iniciei os meus estudos visitando com alguma demora a estação climática de Pau, em moda a esse tempo, com as suas curas na clínica do Hameau, seguindo depois e em anos sucessivos em França todas as termas dos Pirineus, do Auvergne, de Puy de Dôme e algumas dos Vosges.

Em muitas me demorei, aliás em estudo, seguindo doentes meus ali em tratamento em colaboração com os seus médicos ali assistentes. O mesmo fiz em algumas da Alemanha, como Bad Nauheim onde tomei banhos diários seguindo aquela gama admirável de banhos carbo-gasosos e ainda na Suíça como Rheinfeld, Neuhausen, etc. Em todas fiz pelo menos um tratamento para verificar métodos e processos de aplicação e mais do que isso, o ambiente, a proficiência, o carinho ou a secura com que os empregados e massagistas — afinal adjuvantes do tratamento — executavam os serviços que lhes atribuíam. Desta maneira estudei a prática da balneação e meios adjuvantes, li a respectiva documentação e frequentei as bibliotecas e museus existentes em algumas das estações.

Meus Senhores:

Todos sabemos que a Hidrologia vem de um período mitológico com lendas, fábulas e superstições a que sucedeu o empirismo, até à fase científica.

Já no mais antigo dos livros, o Pentateuco, pelo menos na vulgata, pela primeira vez, se encontra referência às águas termais. A Iduménia Ana, muito anterior à idade de Moisés, encontrou no deserto, enquanto apascentava os rebanhos de seu pai, uma fonte de águas quentes: *Iste est Ana, qui invenit aquas calidas in solitudine, cum pasceret asinas, Sabion patris sui* (Genése XXXVI, 24).

Ao primeiro período da história do termalismo que se pode chamar o período religioso, em que se erguem templos junto das fontes e se faz apelo às divindades, segue-se o período empírico greco-latino que dominou largo tempo.

Gregos e Romanos cultivaram bem o termalismo e a balneação.

Se Hipócrates não fala muito das águas medicinais, e não aprova mesmo algumas como bebida (2), não deixa de reconhecer os benefícios da climatologia.

Muitas obras cantam as virtudes das fontes da Grécia antiga a que a mocidade recorria para a sua cultura física, juntando-lhe o culto as divindades que associavam nas suas abluções e orações.

Os romanos excederam os gregos em matéria de balneação. Encontravam, sob forma agradável, panaceia para todos os seus males. A voga das águas termais era tal que muitas vezes

(1) Théophyle de Bordeu o pai da hidrologia, nascido em 21 de Fevereiro de 1722 em Zeste, entre Pau e Eaux Bonnes, Anatómico e cirurgião, Fisiologista e médico, foi o primeiro a experimentar a virtude das águas sobre o homem são e no homem doente, o primeiro a aperfeiçoar a aparelhagem das estações termais e foi o primeiro a observar cuidadosamente os frequentadores das águas termais de Luchon, Cauterets e Eaux-Bonnes.

(2) De aere, locis et aquis (éd. de Genève, 1657).

se cita o velho adágio de Cícero: «*Quandiu ad aquas fuit, nunquam est mortuos*» (enquanto se vai às águas não se morre).

No século XVI impera a moda: as pessoas reais frequentam as estações de águas, mas o empirismo continua dominado pela ignorância.

A hidrologia química nasce em 1670 com Clos e Bourdelin, que procederam a análises então rudimentares.

A química hidrológica, reconhecendo mais tarde a insuficiência dos seus meios, associou as suas investigações às dos físicos, dos geólogos, dos meteorologistas, etc.

A química quis dominar por muito tempo a hidrologia, mas caiu do seu trono, porque águas de composição química análoga ou idêntica tinham efeitos bem diversos. Porquê? Influência do tal ambiente, do meio, de um conjunto de factores bem difícil de definir.

Aos meteorologistas cabe o estudo do ambiente, muito complexo, porque abrange a totalidade de vários factores que exercem influência sobre o organismo.

Seja como for a *Hidroclimatoterapia* que de longe vem é de todas as terapêuticas a mais antiga e a que menos modificações sofreu no decurso da evolução científica. Todos os métodos têm a sua época e passam. Só a *Hidroclimatoterapia* ficou estável nos seus princípios e evoluiu progressivamente na sua técnica.

O recurso terapêutico às termas é o mais constante de todos os tempos, e através de todas as idades os homens continuaram sempre a ir às águas, como já dizia Seneca, afirmando ainda que «as águas minerais salvaram muitos incuráveis». Plínio escrevia «*Medicina aquarium perfugio uitur*» o que quer dizer «as águas são o refúgio dos doentes abandonados pelos médicos».

Embora Carrère publicasse em 1785 os títulos de 252 livros consagrados às águas medicinais de França, o que quer dizer que o termalismo teve desde longe os seus cultores, é certo que as ciências médicas, sem bases sólidas, por muito tempo só tiveram conhecimentos muito imperfeitos das virtudes das águas termas, sem noções sérias, mantendo o empirismo o seu predomínio.

Apesar de tudo Landouzy afirma ainda: «A medicina hidromineral é a medicina mais importante de que podemos dispor, a avaliar pelo lugar que ocupa desde séculos e que todos os dias se alarga na prática com grande benefício para aqueles que a ela recorrem».

No entanto pode dizer-se que o termo-climatismo vive até ao século XIX em pleno empirismo. Na época contemporânea, os progressos são notáveis, pois ao empirismo sucedem-se estudos clínicos e científicos, base duma era nova. À fé, à moda, ao empirismo sucede uma nova ciência, assentando em bases científicas e em investigações de químicos, de físicos, de geólogos, de meteorologistas, com a descoberta da rádio-actividade, dos gases raros, da conductibilidade eléctrica, da isotomia, da biologia, da investigação experimental e da clínica, esta sempre rica e fecunda nos seus estudos e nas suas descobertas. É assim se verifica ainda que o recurso terapêutico ao termalismo é o mais constante e é de todos os tempos.

Dizia bem Moreau: «uma água mineral é uma droga muito complicada e estamos ainda longe de desfazer aquele ditado: «o mistério termal é o que há de mais certo no problema hidromineral», e acrescentava que «as águas minerais são tão difíceis de reproduzir artificialmente como o perfume delicado duma flor...».

Pondo em paralelo os conhecimentos que o empirismo trouxe até nós com os da ciência nova, verdadeiramente científicos, podemos dizer que em boa verdade persistem ainda muitos mistérios e muitos problemas a solucionar.

É portanto preciso que com afinco prossigamos no intento de desvendar estes mistérios e resolver tantos e tantos problemas com estudos sérios e a colaboração de todos os competentes.

Armaman em 1895 escrevia que as águas minerais têm alguma coisa de orgânico, de vivo que escapa às nossas investigações dos laboratórios. As mais fracamente mineralizadas podem ter acções mais poderosas do que outras ricas em sais variados.

Daí vem a dificuldade do seu estudo porque, matéria viva, a água termal longe da origem perde mais ou menos depressa as suas propriedades, e quando o químico tenta a sua análise

não faz muitas vezes mais do que dissecar o seu cadáver (Chaptal).

Sobre muitos destes problemas há vasta literatura estrangeira. Mas ousou dizer que julgo necessário fazer uma ciência portuguesa, bem nossa, visto que, a *Hidrologia* e a *Climatologia* com os seus adjuvantes, de cura, muito diferem de país para país, de região para região.

Permitam-me, pois, que esboce ou enuncie alguns desses problemas ou temas que submeto à meditação dos nossos confrades na viva esperança de que pelos novos — e o momento é dos novos — sejam resolvidos ou pelo menos esclarecidos.

Não quero deixar de frisar a minha estranheza pela maneira do aquista hoje se comportar antes, durante e depois dum tratamento hidromineral, em antítese com as regras observadas de outrora em que havia mais respeito pelas prescrições médicas.

Em meu sentir penso que se em muitas práticas antigas houve exageros e abusos, hoje se passou a exageros e abusos opostos e talvez mais nocivos à saúde.

Por isso sou levado a perguntar se todas as práticas, todas as velharias, todas as regras que a tradição trouxe até nós vindas do empirismo devem ser abolidas, esquecidas, ridicularizadas. Creio bem rue não.

Começo por uma dessas velharias — a *prévia preparação para ir tomar as águas*.

#### DEVE A CURA SER PREPARADA?

Os médicos do século XVII e XVIII e ainda os da primeira metade do século XIX <sup>(1)</sup> assim o pensavam. Eu ainda assisti a vestígios dessa precaução. Impunha-se a *preparação interna* ou *purificação*. Era hábito o doente limpar as vias digestivas (*Arte vel natura*). Purgantes, supositórios, clísteres — tudo se usou. Tomar um purgante e ter uns dias de repouso antes de iniciar o tratamento, *depurar o organismo*, era de tão grande importância que em todas as termas se prescreviam, antes da cura, cuidados por vezes excessivos e abusivos.

Assim em 1769 escrevia a condessa de Vichy a seu filho, o marquês Abel de Vichy «Je me suis purgée et saignée à Avogues et j'ai pris les eaux de Vals pour me préparer à celles-ci» (Eaux de Saint Alban).

Boileau escrevia ao seu amigo Racine — «Purguei-me e sangrei-me, cumpri todas as formalidades necessárias para uso das águas. A medicina que hoje tomei enfraqueceu-me de tal maneira que não posso aguentar-me em pé».

Destes cuidados, exagerados por vezes é certo, passou-se ao extremo oposto, e seria útil averiguar se não conviria recomendar certa preparação.

É verdade que hoje muitos julgam até inútil recorrer a um médico para seguir as práticas banais de banhos de imersão, duches, inalações, uns copos de água medicinal, etc. Ouvem os amigos, consultam-se nos hotéis uns aos outros, etc. e depois admiram-se de não tirarem os resultados esperados.

O que se pensa hoje a este propósito? Vai-se às águas para veranear.

Não será para considerar a transição brusca e brutal de uma actividade intensa intelectual ou física, para um repouso absoluto que lhe é imposto e inversamente?

Não conviria divulgar conselhos educativos a este propósito?

Eis um problema que submeto à vossa apreciação.

#### DA EFICÁCIA DAS ÁGUAS SEGUNDO AS ESTAÇÕES DO ANO

Outro problema trago ao seio dos estudiosos e competentes.

(1) Devo dizer que ainda sou desse tempo. Meus pais frequentavam, anualmente, certas termas da Beira Alta, onde havia apenas dois tanques. Num mergulhavam simultaneamente uns seis a oito homens, e noutro, seis a oito mulheres. Ao fundo havia uma pia alongada para morfeicos. Pois o purgante, como previa preparação, era da praxe.

Diz-nos a tradição que os tratamentos nas estações balneares se devem fazer de Junho a Outubro (1).

É assim? Já li que as águas estão mais quentes e mais sulfurosas nessa época.

Claro é que não falo no pleno inverno nem no período das canículas, mas afirma-se que a escolha do mês tem importância sob o ponto de vista médico, pois a diversos meses correspondem diversas temperaturas das águas.

Mas a temperatura exterior tem influência na composição das águas medicinais e na sua acção terapêutica?

E essa influência é a mesma em todas as águas medicinais, seja qual for a sua natureza e composição?

Se é preciso evitar os malefícios dos grandes calores, deve dizer-se que as águas de diurese são melhor digeridas com o calor. Todavia, nestas curas de diurese, à parte a influência que a temperatura exterior exerce nesta função, certamente a estação do ano não deve ter grande importância.

Baccius afirma que o inverno entorpece a força das águas como as do corpo e Paul Dubé diz que as águas se encontram mortas e desprovidas de todas as forças naturais e sem o seu espírito fundamental (Suo spirituo architectonico viduae).

Nos países húmidos como a Inglaterra, devem utilizar-se os meses mais quentes.

\*

Entre nós temos também de atender às férias escolares, às férias judiciais, comerciais, etc. — Julho, Agosto e Setembro. Todavia, certos estudos provam que no inverno as águas são mais fortes que no estio, e a clientela de inverno tende actualmente a formar-se nalgumas termas.

Penso que é problema a ventilar entre nós.

#### VIDA DIÁRIA

O horário e programa de tratamento, o regime da vida diária, devia ser traçado ao banhista ou aquista pelo médico hidrologista na sua primeira visita.

Em cada estação termal ou em todas há preceitos comuns que deviam constar de cartazes afixados por toda a parte. Por outro lado o cliente apreciará — e esse sentir contribue para a cura — que o médico *individualise* as prescrições que em verdade só ele tem autoridade para ditar.

O repouso no 1.º dia é de recomendar para se habituar à mudança do ar e do meio, como antigamente era de rigor.

O sossego físico e moral é indispensável para a eficácia da cura.

O exercício violento, mesmo o médio, não deve ser permitido; a marcha moderada deve ser a principal distracção. Nada mais prejudicial do que a sedentariedade ou a longa permanência nos casinos, ou nas salas dos hotéis.

O abuso dos passeios de automóvel — com a sua trepidação e deslocamento de ar — é prejudicial, essencialmente em certas doenças.

Bem sabemos que muitos banhistas e aquistas, sacrificados pelo trabalho durante muitos meses seguidos e não dispondo de outros meios de distracção, procuram uma dupla utilidade nas termas — divertimento e tratamento.

Claro é que não são condenáveis as distracções que indis-

cutivelmente são úteis, mas não devem usar-se em detrimento do tratamento hidro-mineral.

Será assim?

#### BANHOS DURANTE O PERÍODO CATAMENIAL?

Outro problema ponho aos competentes: Podem-se tomar banhos nas estações balneares durante o período catamenial?

O que nos dizem os nossos médicos hidrologistas?

Vejamos alguns depoimentos.

O Dr. Symon de Villeneuve, da estação balnear de Van-André, Lamballe (Côtes-du-Nord) perguntava à população feminina da região o que devia responder à interrogação feita frequentemente por senhoras e raparigas: «podemos tomar o nosso banho ordinário durante as regras»? Responderam sem hesitação «nem nós, nem as nossas amigas, interrompemos os nossos banhos por esse motivo, e não sentimos o menor inconveniente».

«Adhuc sub iudice lis est».

O Dr. Edgar Depasse em várias praias — Dunquerque, Calais e Bourgogne — via mulheres de todas as idades ir ao mar pescar todos os dias sem interrupção. Fez um inquérito e verificou que todas se riam a propósito dessa pergunta, pois invariavelmente respondiam que precisavam ganhar a vida e não se prendiam com ninharias.

Na sua experiência de 45 anos pode afirmar que nunca viu qualquer caso que revelasse prejuízo ou inconveniente na aplicação de douches ou uso de banhos durante as regras normais.

A *emoção* — se há medo — essa é que pode explicar qualquer incidente.

O Dr. Emile Pujol, de Ussat-les-Bains, afirma que tomar ou não tomar banho durante o período catamenial é uma questão de superstição ou credice, segundo a educação. Assim, conhece mulheres que tomam banho no rio, ou tina, ou fazem as suas lavagens íntimas, ao passo que outras não ousam tocar com as mãos em água fria.

Basta sim uma *emoção forte* para suprimir um fluxo menstrual. Todos os médicos têm observado menstruações suprimidas — mesmo definitivamente — em consequência de uma emoção violenta — perigo de incêndio, perda de ente querido, iminência de um perigo, etc., É um fenómeno de inibição.

À estação balnear de Ussat concorrem muitas metrorrágicas e menorrágicas, cujas perdas se prolongam por 15 a 20 dias e não poderiam as mulheres esperar por tão longo intervalo. Os banhistas não põem dificuldades. O Dr. Pujol é de opinião que os clientes devem fazer o que quiserem. Admite que as regras, como a respiração e a circulação, como todas as funções de origem simpática, não devem contraindicar a balneação, a menos que o medo ou receio da doente a iniba.

Ver sobre esta questão — Revue des traditions populaires 1894, 494) 5; 1895, 14-15; 1907, 12.

Pelo meu lado devo dizer que encontrei clientes com cuidados excessivos, outras que não ligavam a menor importância ao período catamenial.

Têm a palavra os meus ilustres colegas.

#### USO INTERNO DAS ÁGUAS MEDICINAIS ONDE E COMO TOMAR AS ÁGUAS? DOSES E POSIÇÃO A TOMAR

O uso interno das águas minerais foi muito posterior aos banhos. Segundo alguns autores é relativamente recente o hábito de *tomar as águas*; todavia encontram-se nos arquivos da Ordem de Cister do século XII registo de licença a Monges para se ausentarem a fim de beber as águas (Causa potionum).

Mas o uso desordenado do seu uso interno, levou alguns autores, entre eles, Jean Duclos, no século XIV a formular regras, estabelecendo uma posologia racional, quer dizer, começar por fracas doses, aumentando-as progressivamente, «*prout procedit tolerantia ex assuefactione*». Depois, caiu-se no abuso da «*cura da lexivia*», e bebia-se demasiadamente, parecendo que o aparelho digestivo era apenas um tubo, um canal lavável. «Quanto mais se bebe, mais proveito se tira, com tanto que a água se elimine».

Mas no século XVI reconhece-se que tal método só podia prejudicar o estômago e o intestino e por isso se procurou variar as doses segundo o temperamento, a estação e a qualidade: «a doenças diferentes, a temperamentos diversos, quantidades variáveis».

(1) Lembremos, por curiosidade histórica apenas, que Plínio (na carta VIII) e Juvenal (Sátira III) registaram que a estação indicada para o tratamento nas águas era Junho a Setembro, mas Plutarco prefere à primavera o outono para se evitarem os rigores da canícula. Diz-nos Daremberg que já nos tempos de Galeno se fazia uso das águas termas em duas estações — primavera e outono, como outrora faziam dos *preventivos* — purgativos, purificativos, vomitórios, enfim, *preventivos*.

A indicação da *primavera e do outono*, como as duas estações das águas, encontra-se nos escritos dos dois primeiros hidrologistas Guintherin (Commentaires sur les bains 1536); Bartholomaeo A. Clivolo (Lyon) (1552); Bacci, médico de sixte-Quint (1662)...

No livro mais antigo de Lurbey, Bordeaux, 1593, fala-se também da velha crença das duas estações, Setembro e Maio.

Nenhum destes autores fala ou explica a exclusão do verão sobretudo segundo os climas. Possível é, segundo autores, que sejam vestígios de velhas superstições célticas.

Mais recentemente na Revue d'Hydrologie Pyrénéenne (1884) n.º 17 e 18, M. Frank, erudito parisiense, analisando o prólogo do *Heptameron* refere-se às duas épocas das estações termas e à preferência de 11 de Setembro em diante relativa a Cauterets.

Só o médico pode prescrever as doses para cada doente, e hoje triunfou o sistema das doses moderadas, e ainda rigorosamente medidas em centímetros cúbicos.

### PRECEITOS PARA USO INTERNO DAS ÁGUAS

É certo não ser indiferente tomar as águas junto da nascente ou a distância.

Bebidas mesmo junto da nascente as águas parecem mais saborosas no dizer dos poetas, alheios certamente a princípios científicos, mas em verdade os homens de ciência vêm confirmar as vantagens reais deste preceito. Com efeito alguns químicos tiveram a ideia de colher na nascente um certo número de garrafas de águas medicinais que analisaram sucessivamente com uma hora de intervalo e os resultados foram diferentes, o que levou Chaptal ao dito bem conhecido: «Quando analisamos as águas a distância, nós não temos senão o cadáver».

Teorias antigas e modernas ainda não explicam o problema da *caducidade* das águas. Até há pouco a *radioactividade* pretendia explicar esta caducidade, mas experiências recentes de Filatow mostram que alguns gases raros e estimulantes biogêneos de certas águas nascem na obscuridade e morrem à luz.

Em tempos foi discutida a intervenção da *electricidade* considerada como a causa principal da acção das águas minerais sobre o organismo. Em 1864 o professor Scoutetten publicou o seu livro «*A electricidade considerada como a causa principal da acção das águas minerais sobre o organismo*» afirmando aí que todas as águas mesmo as dos rios reagem sobre o corpo do homem, produzindo acções eléctricas.

Da *electricidade* passou-se à *radioactividade* depois dos estudos de Pierre Curie.

Mais tarde falou-se do poder *catalítico das águas* e por volta de 1920 referências decisivas se fizeram quando foi estudado o pH das águas minerais. No entanto graças aos estudos da farmacologia hidromineral de 1927 a 1929 descobrem-se as propriedades zymosthenicas, ago e anagocíticas, anagotóxicas e filáticas. Seja como for, não se põe em dúvida a vantagem de tomar as águas na origem.

### E A MANEIRA DE AS BEBER?

De um trago?

«Hastu uno sine respiratione ulla» — de que nos fala Griesbach?

Aos goles?

Entre nós já a um médico higienista ouvi dizer que a *água devia ser mastigada*.

Sob Luís XV, como se pode ler no «*Mercure de France*», até se levou a aconselhar que as águas se deviam beber como os soldados bebem nos regatos «qui lingua lambuerunt aquas sicut solent canes lambere...» (beber com a língua à maneira dos cães).

Ninharias ou ridículos para muitos?

Não foi o exemplo do que se passava com os animais que se descobriu a acção terapêutica das águas nas doenças da pele?

Não foi o exemplo do que se passava com os animais que se chegou à descoberta do efeito medicinal de certas plantas em Fitoterapia?

Plínio cita muitos destes casos e Herodoto nos diz que pela observação do efeito do helebore nos animais descobriu a sua acção purgativa.

Vemos ainda os animais, em cada uma das suas próprias *enfermidades* buscar o seu remédio: O Tordo, por exemplo, busca a Murta, a Póipa a Avenca, o Corvo o Dictamo, a Codorniz a Grama, o Cisne a Urtiga, o Sapo a Sarralha, o Gato a Navêda.

Em vez do sorriso enfatuado ou humorístico, por que não estudo comparativo entre o que se passa nos animais naturalmente e o capricho da moda?

### ÁGUAS TRANSPORTADAS

Se assim é, o que valem as águas medicinais transportadas a distância?

No entanto sempre as águas medicinais foram artigo de exportação.

São curiosas as instruções publicadas por Carrère (1785)

que no final do seu interessante trabalho para engarrafamento, transporte e uso destas águas, instruções em 15 preceitos, os reduziu a 5. Citarei só o último — «não aquecer as águas antes de as beber, ou então amorná-las ligeiramente a banho-maria» o que, deve dizer-se, já Madame de Sévigné fazia às águas de Vichy, aquecendo-as num poço termal de Bourbonne, onde veraneava.

\*

Terá alguma influência o material de que é feito o copo usado para tomar as águas? Todos conhecem o que o Dr. Alquier de Vichy nos diz quando aconselha o uso do seu copo de *vidro integral*.

### PASSEAR AS ÁGUAS

Por curiosidade vos digo que, no meu tempo de meninice, acompanhava meus pais a certas termas, e era aí de rigor *passar as águas*. Apontavam-se os perigos da sedentariedade após a ingestão das águas e citavam-se os casos de fortes cólicas e até se apontavam outros de morte de aquistas que não passaram as águas e ficaram assentados ou se deitaram.

Em autores antigos encontro duas opiniões opostas — uns aconselham o repouso, deitado; outros aconselham um pequeno passeio a pé ou a cavalo, mas a passo.

Desta exposição resultam três problemas que ousou expor aos meus colegas, mestres hidrologistas:

*Devem passear-se as águas?*

*Deve repousar-se depois da ingestão?*

*É preferível tomá-las na posição deitada?*

Conhecem-se as experiências feitas em Evian com o uso das águas aquecidas e tomadas de manhã em jejum no leito, em varias doses.

Há entre nós estudos análogos ou idênticos?

### REGIME ALIMENTAR

O regime alimentar deve merecer especial atenção ao aquista *seja qual for a enfermidade e o tipo das águas termais*.

Ora quantos aquistas libertados das suas preocupações quotidianas não sabem refrear um excessivo apetite e deixam-se arrastar a desvios graves dos bons preceitos alimentares?

Diz Monin — «os 21 dias de cura correspondem a 42 refeições fora de casa, e circunstância agravante, a 42 refeições consecutivas». Daí um agravamento por sobrecarga do trabalho hepático.

Nem todos sabem que o uso das *mesas pequenas* em hotéis e restaurantes, sucessoras da chamada *mesa redonda* que vinha dos tempos homéricos, teve a sua origem nas estações termais, para que os aquistas submetidos a regime alimentar especial não se tentassem com outras iguarias.

Problema delicado este, visto que a sua solução depende das prescrições do médico, dos interesses dos hoteleiros e do domínio da vontade do aquista, três elementos difíceis de conciliar.

Compete ao médico hidrologista formular as regras higiénicas da alimentação, dando assim o exemplo do seu dever cumprido.

Os outros que cumpram os seus.

Por curiosidade, registo que em algumas termas da Grécia antiga a gastronomia mereceu muita atenção e assim não era permitido servir vinho às refeições mais do que uma vez.

### DURAÇÃO DO TRATAMENTO

A tradição marca 21 dias. Herodoto foi o primeiro a fixar este número. Porquê 21 dias? É este número imutável?

Dizem uns que na fixação deste período há uma razão prática — o período intermenstrual, quer dizer, um motivo de comodidade feminina. Outros ligam este período a uma fase lunar, quer dizer, uma razão astrológica. Finalmente outros vêem um reflexo da teoria pitagórica, o predomínio do valor do número 7, multiplicado por 3 (3 septenários).

Não haverá razões mais sérias que mereçam o nosso estudo?

Para Billard são precisas 3 semanas para se dar a reacção antianaafilática. É este lapso de tempo que marca a tolerância do

# P V R

## Imunoterápia não específica associada à Penicilina

### COMPOSIÇÕES

#### *Injectável*

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G . . . . .	600.000 U.
Penicilina G Procaínica . . . . .	300.000 U.
Penicilina G Potássica . . . . .	100.000 U.
Soro imunizante não específico de antígenos lipo- -proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas . . . . .	5 c. c.

#### *Supositórios*

##### **1.000.000 U.**

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G . . . . .	600 000 U.
Penicilina G Procaínica . . . . .	300.000 U.
Penicilina G Potássica . . . . .	100 000 U.
Suspensão imunizante não específica, preparada com albuminóides, gorduras animais e sais biliares.	0,3 grs.
Quinina básica . . . . .	0,120 >
Gomenol . . . . .	0,001 >
Eucaliptol . . . . .	0,001 >
Cânfora . . . . .	0,001 >
Vitamina A . . . . .	30 000 U.
Vitamina D <sub>3</sub> . . . . .	3 000 U.
Manteiga de cacau q. b. p. . . . .	3 grs.

##### **500.000 U.**

Metade da dose da composição anterior.

### INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Terapêutica e profilaxia dos resfriados e, duma maneira geral, em todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

### APRESENTAÇÃO

Um frasco contendo a associação antibiótica e uma ampola de 5 c.c. de soro imunizante não específico, para injeção extemporânea.

Em embalagens de 1 e 2 supositórios de 500.000 U. e de 1.000.000 U.



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

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



**PRODUTO ORIGINAL, NUMA EMULSÃO PASTOSA, DE GÔSTO AGRADABILÍSSIMO!**

COMPOSIÇÃO	}	CÁLCIO ORGÂNICO . . . . .	0,80 gr %	
		FÓSFORO ORGÂNICO . . . . .	0,50 » %	
		FERRO ORGANICO . . . . .	0,03 » %	
		ARSÊNIO ORGÂNICO . . . . .	0,03 » %	
		MANGANEZ ORGÂNICO . . . . .	0,03 » %	
		MALTE DE CEVADA GERMINADA . . . . .	15,00 » %	
		CONCENTRADO VITAMÍNICO DE ÓLEO DE GADUS MORRHUA, L. . . . .	{ Vitamina A — 50.000 U. I. % Vitamina D — 20.000 U. I. %	
		VITAMINAS DO COMPLEXO B: . . . . .		{ Vitamina B <sub>1</sub> — 5.000 U. I. % Vitamina B <sub>2</sub> — 3.000 gam. % Vitamina PP — 0,025 gr. %

Distribuidor para Portugal, Ilhas e Colónias  
**M. RODRIGUES LOUREIRO**  
 RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA



tratamento. Passados vinte e cinco dias manifesta-se uma intolerância que se traduz por certo desgosto pelas águas. O que é certo é que por vezes aparecem fenómenos de saturação no fim de 15 a 18 dias o que justifica a duração média de três semanas. Por vezes, o uso prolongado das águas, torna as pessoas edemaciadas, asmáticas, etc.

Compreende-se que no reumatismo, na gota, nos fracamente nervosos, nas crianças linfáticas, na traumatologia termal, etc., se exija um pouco mais de tempo, cerca de 4 semanas. Este tema merece ser versado pelos nossos hidrologistas conjuntamente com outro que vou enunciar: *A crise das águas*.

Na prática, a duração da cura deve ser marcada individualmente e só o médico hidrologista assistente tem autoridade para persuadir o cliente a suspender ou prolongar o tratamento.

\*

Entre as credices existe a de que é necessário acabar em número ímpar.

### CRISE DAS ÁGUAS

Ainda durante o período do tratamento, outro problema pode surgir — a crise das águas.

O que vem a ser a «crise das águas»?

Não conheço na literatura médica portuguesa qualquer trabalho sobre o assunto, por isso ponho o problema.

Antigamente muito se falava da crise das águas.

Bastante se tem escrito e discutido acerca da sua origem. Em verdade é muito polimorfa a sintomatologia dessas crises segundo as estações e as fontes termais: diurese abundante, fadiga ou euforia, estimulação do apetite, manifestações cutâneas exacerbadas, agravamento de afecções reumatismas, congestão acentuada das mucosas respiratórias, melhoria funcional da maior parte dos órgãos, sedação ou excitação do sistema nervoso, por vezes temperaturas elevadas, abaixamento da tensão arterial, etc.

Uma cliente minha em uso das águas do Gerês, contou-me que ao 8.º dia sentia sempre má disposição, inquietação, febre alta, e logo depois óptima disposição. Como que limpava — dizia ela.

Reacção termal, indicativa de interromper, afrouxar ou intensificar o tratamento?

Seja qual for a explicação: choque anafilático, reacção de Herxheimer, reactivação das afecções, reacção endócrina como queria Leopoldo Levy, a que não corresponderia necessária eliminação e portanto acção tóxica, aumento das combustões orgânicas, saturação das águas, etc., importa o estudo deste complexo. Seria interessante averiguar as perturbações sanguíneas correspondentes a estes períodos: formas leucocitárias, modificações da sedimentação, etc., etc., devendo também considerar-se os factores electrolíticos. Parece averiguado que ao contacto do organismo, o complexo hidromineral sofre certa dissociação.

Segundo as estatísticas do professor Delore, de Lyon, parece que o aparecimento da «crise das águas» é de bom prognóstico e deve ser tido, como tanta vez eu ouvi dizer correntemente entre aquistas populares, como correspondendo a efeito favorável do uso da águas.

Enfim, merece estudo profundo nas suas causas, nos seus efeitos, este síndrome bizarro, conhecido por crise termal, problema de campo vasto que cabe aos médicos hidrologistas esclarecer.

### POST CURA

#### DEVE HAVER UMA CURA SUPLEMENTAR?

A poucos doentes deveria ser permitido retomar logo depois do tratamento, a sua vida habitual. O tratamento hidromineral, provoca uma modificação profunda da nutrição, das secreções glandulares e do sistema nervoso, a que deveria seguir-se um período de calma e repouso.

Actualmente, terminado o tratamento, em geral o aquista parte em digressão com desvios de uma boa higiene. Graves consequências podem advir sobretudo depois de um tratamento hidromineral em doenças do aparelho digestivo ou respiratório, de partir em digressão em automóvel, por aqui e por acolá, em andanças, sem parança, devorando quilómetros, tomando refei-

ções em restaurantes vários com irregularidades de horas, mudanças bruscas de temperatura, de comodidades, e ainda com o perigo de uma possível coincidência com a crise ou reacção termal tardiamente manifestada.

Não será problema digno do nosso estudo fazendo propaganda que nos traga, para o nosso grémio, a atenção e o interesse do público?

*Uma post-cura climática* correspondendo a uma *convalescência termal*, é, a meu ver, para aconselhar, sobretudo se há *crise das águas*. O ideal seria um repouso fora da estação termal em região climática calma e tranquila.

### Curas sucessivas e associadas

Muitas vezes está indicado um tratamento associado — quer dizer — tratamento seguido em estações diferentes, com indicações particulares. Em meu entender uns dias calmos em águas de diurese actuando sobre os rins completariam o tratamento das águas sulfurosas. Será assim?

### O TRATAMENTO EM ANOS CONSECUTIVOS DEVE SER O MESMO?

Existe a crença de que o uso de umas termas pela primeira vez implica a necessidade de voltar durante três anos, mesmo que não se sofra. Outros pensam que as águas medicinais devem ser consideradas como um remédio qualquer — uma vez a doença curada, cessa o medicamento.

Seja como for, o tratamento em anos seguidos nas mesmas termas deve ser sempre o mesmo?

Então o tratamento no primeiro ano ou anos seguintes não modificou em nada o organismo?

«Faça o mesmo que fez o ano passado» não será ligeireza excessiva e conselho desprestigiante para o médico das termas?

Com efeito, no intervalo dum tratamento para o outro, justamente como consequência do ou dos tratamentos anteriores, podem modificar-se as reacções do organismo.

A direcção do tratamento em cada ano cabe ao médico. Muito mal procede aquele que segue o tratamento que fez no ano anterior, que ouve no hotel o vizinho ou o antigo cliente da estação, sem consultar previamente o médico.

Quer dizer — em *Crenoterapia*, como afinal em toda a terapêutica, convém *individualizar e actualizar*. O médico assistente deve sempre aconselhar o cliente a apresentar-se ao médico das termas, sendo portador do seu parecer, com as análises laboratoriais e radiografias feitas antes e no intervalo dos tratamentos com todos os elementos que possam esclarecer o médico hidrologista.

Assim o médico termal adquire mais autoridade no aquista.

### ADJUVANTES DA CURA TERMAL

Em primeiro lugar é certo que as condições climatéricas têm grande importância que se podem aproximar, se não igualar, ao tratamento termal. Não podemos desligar a *Hidroterapia* da *Climatoterapia*.

Já Michelet dizia «cada clima é um remédio» e até Febus-Apolo acumulava as atribuições do «deus sol e deus da saúde» atestando assim que para os Grego-Romanos as duas coisas eram inseparáveis.

Readem em 1767 recomenda para certas doenças as florestas das coníferas.

O potencial eléctrico do ar tinha sido falado no século XVIII por Lemonnier.

Não é preciso alongar-me no que respeita à altitude e semi-altitude, à proximidade e protecção das montanhas e das florestas, pluviosidade, ventos, insolação, etc., enfim o clima, melhor, o ambiente.

Como adjuvantes da cura, além do clima, ainda poderíamos referir-nos às curas de terreno em caminhos balizados com precisão.

Não quero deixar ainda de lembrar a

### TALASSOTERAPIA

Muito haveria a dizer sobre banhos de mar e sol. A *Talassoterapia* é capítulo importante que deveria merecer a atenção

da nossa Sociedade tais são os desmandos a que estamos assistindo na sua prática desvairada e no campo da *Helioterapia*.

Grande serviço prestava a nossa Sociedade se abrisse uma campanha salutar neste capítulo que interessa os frequentadores das nossas praias, onde tantos e tantos vão adquirir graves doenças e arruinar a saúde.

Igual interesse merecia divulgar entre os nossos consócios o que entre nós se faz no capítulo da *Fangoterapia*.

### A HIDROTERAPIA NAS DOENÇAS DA PELE E DAS MUCOSAS

Temos posto até aqui quesitos ou temas de ordem geral. E como esta palestra já vai longa, ligeiras palavras direi sobre a especialização das águas termais em certas doenças com escassa literatura na Hidrologia médica portuguesa.

Começemos pelas doenças de pele. Tanto em Portugal como no estrangeiro a lenda, a tradição, a história, afirmam que muitas vezes animais ovinos, bovinos, equinos e outros, têm sido verdadeiramente os primeiros clientes de certas águas termais.

\*

Seja como for, é certo que muitas das nossas águas termais são usadas no tratamento de doenças de pele e creio não me enganar afirmando que nesse uso paira muito de empirismo.

Ora são muito complexos os problemas dermatológicos — dada a natureza, sede e extensão das lesões e afecções cutâneas: dermatoses irritáveis, pruriginosas, infecciosas, parasitárias, keratoses, seborreicas, acnes, etc.

Apesar da diversidade de opiniões sobre as indicações e tratamento hidromineral nas diversas dermatoses é certo que tem uma importância considerável em razão da cronicidade frequente destas doenças e dos resultados terapêuticos obtidos, por vezes brilhantes, com este método.

Por muito tempo o empirismo dominava o tratamento hidromineral nas dermatoses. Hoje as indicações são baseadas na sua patologia estabelecida por Brocq e assim temos as *entidades mórbidas verdadeiras*, nas quais o agente é bem conhecido e é preciso combater, como por exemplo no impetigo e no lúpus, e as *reações cutâneas*, isto é, localizações sobre a pele duma perturbação de estado geral, como a urticária no hepático, ou o eczema do diabético.

No entanto, o clínico geral e o dermatologista devem lembrar-se que a uma *entidade mórbida verdadeira* pode juntar-se uma *reação cutânea*, não só como consequência do terreno, como por disposição tegumentar.

Creio que são muito complexos estes problemas da dermatologia e hidrologia e bem mereciam investigações meticolosas. Quero prestar homenagem aos estudos feitos no Gerês pelo nosso prestigioso consócio, professor Celestino Maia, que, com rara meticolosidade e espírito científico, nos tem dado bibliografia portuguesa muito valiosa neste capítulo.

Não seria conveniente convidar os dermatologistas a virem até nós ou nós irmos até eles, já que os estatutos desta Sociedade lhes fecham as nossas portas?

### DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

Quanto às doenças do aparelho respiratório todos sabemos como estão no domínio do tratamento hidroterápico.

Ao ler os trabalhos do nosso ilustre colega Ary dos Santos, em meu sentir, tão proficientemente orientados, eu pergunto se o assistente das termas apropriadas pode ao mesmo tempo ser um bom dermatologista, um bom otorrinolaringologista e simultaneamente especialista das doenças dos aparelhos respiratório e circulatório, visto que as mesmas termas estão indicadas nestas especialidades.

Há aqui qualquer coisa de desconcertante e que de pronto se verifica que não está certo.

Será por má ventura defensável, prescrever invariavelmente e sem mais pormenores *inalações* para as diferentes enfermidades das vias respiratórias superiores (laringites, faringites, hipertróficas ou atróficas), parastésias da faringe, hipertrofias amigdalíneas, rinites, hipertróficas ou atróficas, sinusites, surdez rinogénea, etc., e para as doenças dos brônquios e pulmões — bronquites crônicas, secuelas de congestões pulmonares, asma

ou melhor asma, catarros com atrofia ou hipertrofia da mucosa, etc., etc.?

Com efeito, tenho assistido a coisas pouco edificantes para o prestígio da medicina hidrologica: o doente entra numa sala de nebulização e faz o que vê fazer aos outros, ou, então, o que muito bem lhe apetece.

Modernamente há uma nova modalidade na técnica e na prática da nebulização — os Aero-sois. Por este processo há uma extrema divisão dos elementos de água termal, que vai aos últimos limites da ultra-pulverização, um micro-nevoeiro. O doente para beneficiar completamente dos Aero-sois termais tem de se submeter a um *protocolo rigoroso*.

O ano passado desloquei-me a certas termas estrangeiras para experimentar este novo agente terapêutico e colher ensinamentos sobre a sua prática e a sua técnica.

Do que se passa no nosso país, apenas sei que o nosso antigo consócio Dr. Ary dos Santos alguma coisa já fez numa estação termal, mas encontrou impecilhos nas disposições oficiais da Inspeção das Águas que embaraçaram a sua iniciativa. Oxalá que todas as dificuldades se aplanem em breve, pois é quase vergonhoso não haver ainda em Portugal, uma instalação condigna, para se aplicar convenientemente este agente terapêutico.

\*

Bem querereria falar de tantos outros problemas que decorrem de inúmeros factores que se podem agrupar sob o rótulo de *adjuvantes da cura*, e tantos são — desde os que mais insignificantes parecem e que, por vezes, são de capital importância — como seja a indumentária nas diferentes modalidades da técnica no tratamento das doenças do aparelho respiratório, a natureza dos tecidos a usar em contacto com a pele, nas doenças cutâneas e outras — até aos que só podem ter solução por estudos coordenados de investigadores em laboratórios bem organizados.

Outros problemas aqui mereciam ser versados por dermatologistas, gastro-enterologistas, otorrinolaringologistas, ginecologistas, neurologistas, especialistas do aparelho circulatório e respiratório e tantos outros.

*Mas é forçoso terminar.*

Um tema para meditar: *todos os problemas da Crenoterapia podem ser resolvidos apenas pelos médicos hidrologistas e só por si?*

As curas termais são na verdade *curas mistas* em que intervêm elementos cujo estudo exige a colaboração de muitos e variados cientistas.

Reunidos, coordenados e trabalhados todos os elementos fornecidos pelos cultores das ciências subsidiárias, organizados os laboratórios de biologia aplicada à clínica, junto das estações termais e climáticas, é sempre certo que ao médico caberia a última palavra, visto que só ele pode e deve ser juiz dos resultados terapêuticos.

Que no seu afã, olhando alto para um ideal supremo — a saúde do povo português — saibamos chamar a nós todos os que cultivam as ciências subsidiárias — químicos, meteorologistas, geólogos e outros — e criemos um numeroso grupo em que todos irmanados com espírito científico nos abracemos e trabalhemos para o bem comum.

Porque não abrir largamente e imediatamente as portas a todos os médicos especialistas acima citados?

Porque não abrir largamente as portas a todos os médicos de saber e de boa vontade?

Os horizontes da medicina alargam-se cada vez mais e com o desenvolvimento e rapidez das comunicações e meios de transporte abrem-se novos caminhos à Hidrologia e à Climatologia.

Teremos em medicina capítulos estanques?

Podemos fazer em medicina a política do isolamento?

Criemos antes uma força que pela profundidade e seriedade dos seus estudos a todos se imponha.

A união faz a força.

(Comunicação apresentada durante a reunião, no Porto — em 19 de Dezembro de 1953 — da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica).

# Sympatol

Quando existe uma  
alteração no equilíbrio circulatório,  
o Sympatol,  
mercê da sua  
acção cárdio-vascular,  
desempenha uma função  
reguladora da circulação,  
aumenta o débito  
cárdiaco e normaliza  
a tensão arterial.

Apresentação:  
Liquidum 10%  
Ampolas  
a 0,06 g



C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN

Representantes para Portugal e Ultramar:

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, LDA. · R. Actor Taborda, 13 · LISBOA-N.

NOVO



pelo



ácido diacetil pirocatecol 3 carboxílico



# MOVIRENE

- Três vezes mais activo
- Nitidamente melhor tolerado  
que o salicilato de sódio

UNION CHIMIQUE BELGE, S. A.  
DIVISÃO FARMACÉUTICA  
BRUXELAS BÉLGICA

Representantes  
COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE  
Rossio, 59-2.º Esq.º  
LISBOA

# Síndrome geral de adaptação e hibernação artificial

AIRES DUARTE

Os primeiros trabalhos de Selye, de patologia experimental, que de alguma forma abriram caminho à sua teoria da «stress», foram publicados em 1936. Daqui por diante vai seguir-se um labor incessante e pertinaz, a fazer e refazer as mais variadas experiências «in anima vili», a anotar os resultados dessas observações, a publicar, em centenas de artigos e monografias, as impressões colhidas, e a registar todos os comentários que essas publicações iam produzindo na imprensa médica mundial. Por fim, em 1950, quando o material acumulado lhe pareceu suficiente para basear uma interpretação plausível dos factos conhecidos, Selye compendiou, em volume profusamente documentado, toda a sua teoria da doença.

A explicação que propõe para os fenómenos patológicos tem o mérito de procurar um carácter fundamental comum a todas as doenças e, sob esse aspecto, não há dúvida que representa um progresso notável, pois integrou numerosos conceitos parcelares que andavam dispersos. Mas, firmada principalmente na anatomia patológica e na fisiologia experimental, falta-lhe a verificação minuciosa da clínica e não é rematada por indicações terapêuticas de igual universalidade. Pode mesmo afirmar-se que as soluções que nesta matéria ela deixava entrever não resultaram em aplicações práticas nem teóricamente formam um esquema de amplitude proporcional à vastidão dos factos patológicos estudados.

Quaisquer que sejam o merecimento científico e o futuro dos trabalhos de Selye, a verdade é que se dirigem mais aos investigadores do que aos médicos e o seu valor para a clínica é diminuto comparado com o seu interesse especulativo.

Já o mesmo não pode dizer-se da doutrina de Laborit, conhecida por hibernação artificial. Embora se inspire nas noções mais recentes acerca da fisio-patologia do sistema neuro-vegetativo, a hipótese de Laborit é susceptível de múltiplas aplicações práticas e, se bem que postulada há somente dois ou três anos, começa a difundir-se nos mais variados meios hospitalares <sup>(1)</sup>, sendo que nalguns (especialmente franceses) já se acreditou como rotina.

Ocupando-se primacialmente das doenças agudas, ambos os investigadores admitem o carácter geral, inespecífico, dos mecanismos de defesa orgânica movimentados pela agressão patogénica. Ambos aceitam a tese de Claude Bernard da «constância do meio interior». Ambos, enfim, estabelecem as regras que ordenam a sucessão natural dos actos defensivos, cujo desenrolar se processa em fases consecutivas mas distintas.

Esta é a semelhança ou sobreposição dos dois conceitos. No mais abre-se entre eles uma divergência que se acentua progressivamente até à oposição franca das soluções propostas.

## DEFESA DE COMANDO HORMONAL?

Para Selye todas as alterações bioquímicas, celulares, metabólicas, hemodinâmicas, etc. ocorridas após a fase de choque da reacção de alarme tendem a restaurar a constância do meio interior, e resultam de acções hormonais promovidas pela hipófise e executadas principalmente pelas supra-renais. Qual seja a via conducente do estímulo ou o «primum movens» que leva à hipófise a ordem de batalha, é problema que aquele autor não pôde elucidar e, por isso, deixou provisoriamente em suspenso.

A esta acção hormonal tão vasta e intensa, de ponto de partida hipofisário, só se furta a medula supra-renal que é estimulada — e desde início — pelo simpático.

Hormonas do cortex supra-renal e adrenalina, agindo umas vezes em sinergia outras em antagonismo, vão agora reger todos

os fenómenos catabólicos e anabólicos necessários ao dispêndio enorme de energia nas primeiras fases da luta e, em seguida, à reparação das estruturas anatómicas e à restauração dos valores normais das constantes bioquímicas.

Desta forma a vida é assegurada pela manutenção dum meio interior constante. Por sua vez, este é função dum mecanismo essencialmente endócrino. E todas as imperfeições desse funcionamento (defeito, excesso, ou falta de sincronia) traduzem-se pela derrota do organismo ou pelo aparecimento de adaptações imperfeitas, que são outras tantas *doenças de adaptação*. Quere dizer: há a possibilidade de a defesa se tornar numa segunda agressão.

Sob o ponto de vista prático esta hipótese teria um interesse incalculável se dela decorresse uma atitude terapêutica que, corrigindo as anomalias da defesa endócrina, ou reforçando uma defesa normal, desse ao clínico os meios correlativos de dominar a doença ou, pelo menos, o que há de doença nas diversas doenças.

Infelizmente, sabemos que não é assim. À parte poucas excepções, o problema terapêutico das grandes síndromes agudas não foi transformado pelos estudos de Selye. Esta quebra de rendimento prático dum hipótese sedutora, provirá dum interpretação talvez insuficientemente profunda de factos milhentas vezes observados. Mas pode também resultar de se ter apoiado mais em experiências nos animais de laboratório do que na observação meticulosa do homem doente.

## COMANDO NEURO-VEGETATIVO?

Ao contrário de Selye, para quem a constância do meio interior é condição *sine qua non* de vida e saúde em circunstâncias normais e principalmente em caso de agressão patológica, Laborit pensa que a conservação dessa constância durante o período agudo da doença é já por si um factor de perturbação grave.

Em seu parecer, a defesa do organismo frente aos agentes patogénicos é orientada pelo sistema neuro-vegetativo.

A uma fase de *choque imediato* (idêntica à fase de choque da reacção de alarme de Selye), expressão pura dos estragos directamente produzidos pelo agente patogénico, seguem-se as acções defensivas, agrupadas em duas fases: a primeira, catabólica, de intenso predomínio simpático, adrenérgico; a segunda anabólica, dirigida pelo para-simpático.

As alterações dos valores normais do meio interior produzidas na segunda fase opõem-se às da primeira, de modo que oscilam segundo uma sinusoide. Enquanto a amplitude dessas variações couber nas possibilidades do organismo e ao mesmo tempo for bastante para enfrentar a agressão, diz-se que a reacção é *oscilante harmoniosa*. Mas, se por violência da causa ou exígua capacidade de resposta a reacção for insuficiente ou excessiva, é então classificada de *desarmónica*. E Laborit propõe-se corrigir a desarmonia e restabelecer a oscilação normal dentro dum amplitude conveniente.

À primeira vista é o esquema de Selye com terminologia diferente. Na realidade, porém, o caso é bem diverso.

## ADAPTAÇÃO OU REACÇÃO?

Observando os seus doentes e recorrendo à experimentação animal sempre que a clínica não bastava ao esclarecimento dos problemas, Laborit convenceu-se de que a constância do meio interior representa uma espécie de liberdade ou luxo de aquisição recente no desenvolvimento das espécies, a distinguir o homem e alguns animais superiores da restante criação. Verificou também que resistem melhor às contingências do meio externo os animais que a elas *se adaptam* do que os outros, que

(1) Beltrão Júnior, Eduardo—A hibernação artificial (O Médico, IV-119; 1011-1024).

*reagem*. Tal adaptação seria a regra nos animais cuja inervação vegetativa é do tipo para-simpático exclusivo. E concluiu que o simpático, aperfeiçoamento necessário à conservação do meio interior, é capaz de realizar as suas funções dentro de exigências limitadas, mas também é susceptível de se converter em obstáculo à defesa imediata, e ocasiona graves desarranjos quando provocado por forças hostis exageradas.

Deste conjunto de noções, que fundamenta, Laborit extrai um critério de acção que a prática parece confirmar amplamente: subtrair o organismo à influência tantas vezes nociva do sistema neuro-vegetativo, mediante o uso de medicamentos neuroplérgicos, ganglioplérgicos, adrenolíticos, para-simpáticolíticos anti-histamínicos, analgésicos e curarizantes. Entregue deste modo a si mesmo, esta espécie de animal celular sofreria sem dano de maior a incidência das causas patológicas. Poucado aos excessos contraproducentes do sistema neuro-vegetativo que, à parte o choque imediato, são quase toda a doença, o organismo poderia suportar e reparar mais facilmente os estragos produzidos directamente pelo agente patogénico.

Aqui, ainda, há laivos de semelhança com a *stress*, que Selye define como o estado de tensão resultante da oposição das forças curativas às agressivas. Mas, enquanto Selye considera a *stress* inevitável e mesmo necessária no processo de cura, Laborit pretende evitar o conflito — e parece que o conseguiu.

Em resumo: Para Selye a adaptação é um conjunto de fenómenos destinados a conservar constante o meio interior. No caso de doença, o esforço suplementar que essa adaptação exige, pressupõe um capital de energia de adaptação necessariamente limitado, e que pode esgotar-se antes de terminada a luta. Laborit pensa, ao contrário, que a esse comportamento deve dar-se o nome de *reação*, reservando o de *adaptação* para significar exactamente o que é: ajustamento do meio interior às variações do meio ambiente, processo muito mais económico, que só exige a supressão dos impulsos adrenérgicos e atenuação dos colinérgicos.

Esta distinção assinala a diferença fundamental entre as duas doutrinas, não só no aspecto meramente conceptual, mas também nas suas consequências práticas.

### AS IDEIAS PERANTE OS FACTOS

O estudo dos fenómenos vasculares do choque mostra bem a justeza das afirmações de Laborit. Enquanto compensado, caracteriza-o uma vaso-constricção periférica adrenérgica que tem como objectivo combater a hipotensão e assegurar a oxigenação dos centros nervosos superiores. A mesma finalidade tem a abertura das comunicações arteriolo-veinulares concomitante. De momento, o fenómeno é útil. Mas, do mesmo passo que proporciona condições de vida aos órgãos principais, origina um estado de anóxia dos tecidos, que acabará numa vaso-dilatação atónica, com todas as consequências: choque descompensado, quando não irreversível. Assim, o simpático pode compensar a anoxemia inicial à custa duma anoxia tecidular que gera e agrava um círculo vicioso.

Perante o dilema, Laborit encontrou a terceira solução: reduzir o consumo de oxigénio, em grande parte dependente do simpático, até ao nível das disponibilidades.

Para esse efeito ensaiou várias drogas adrenolíticas, e a breve trecho verificou que o resultado desejado se obtinha mais facilmente quando se associavam diversas dessas drogas. Foi esta a origem dos famosos «cocktails líticos».

Minimizada assim, na sua duração e intensidade, a fase catabólica, Laborit vai em seguida acelerar e fortalecer a fase de regeneração tecidular e orgânica, mediante o emprego de substâncias anabolizantes como a testosterona, a desoxicorticosterona e a somatotrofina.

Aperfeiçoando constantemente este critério terapêutico e dispondo de medicamentos cada vez mais eficientes (que a química farmacêutica francesa ia fornecendo) Laborit e colaboradores depressa alcançaram uma fase já muito satisfatória na solução de problemas tão delicados como são os do choque, da neuro-cirurgia, da cirurgia torácica, da grande cirurgia abdominal, da psiquiatria e neurologia, das toxi-infecções malignas, das queimaduras graves, da eclâmpsia, da recuperação de prematu

ros, da exsanguino-transusão a recém-nascidos, etc. E, em plano de menos relevo, puderam beneficiar a dermatologia e as complicações menores da cirurgia geral.

A composição dos «cocktails» é variada consoante o efeito que se pretende obter. Na maioria dos casos convém a inibição adrenérgica total com leve predominio da inervação para-simpática. Noutros, é esta que se há-de anular. Uma vez, a técnica de Laborit deve provocar um estado de hibernação semelhante à verdadeira hibernação, que poderá ter de se manter por 12 dias. Outras vezes basta um grau mais superficial e mais breve desta desconexão nervosa. Sendo a técnica substancialmente a mesma, os pormenores diferem conforme se pretende dominar um estado grave de choque ou simplesmente preparar o doente para a anestesia.

Entre os medicamentos destes «cocktails» destaca-se, pela riqueza e variedade da sua farmacodinamia, o 4560 R. P. ou Largactil. Dotado de várias acções líticas, é saliente o seu poder de potenciar todos os outros componentes, de forma que, em última análise, as doses empregadas ficam sempre longe das doses tóxicas.

### RESULTADOS PRÁTICOS

Com uma técnica adaptada a cada caso é fácil conseguir.

1. Diminuição do consumo de oxigénio por abaixamento do metabolismo basal (20 % em média). Não há cianose ou anoxemia, o que nem sempre sucede na hipotensão provocada pelos metónios.

2. Hipotermia com insensibilidade completa ao frio. O abaixamento da temperatura central depende de vários factores e, em grande parte, das doses empregadas. Sendo necessário, pode-se favorecê-lo pela refrigeração das zonas onde os grandes vasos são superficiais. Em regra a temperatura obtida pela neuplegia oscila entre 32 a 35 graus, e é quase sempre suficiente.

3. Respiração calma, regular, profunda, eupnéica, por vezes bradipnéica. Desnecessários e contra-indicados os analépticos. Secura das mucosas das vias aéreas superiores. Afastada a possibilidade de atelectasia por causa local ou nervosa. Boa hematose.

4. Pulso regular constante, «estabilizado», geralmente a 80 por minuto.

5. Hipotensão arterial (máxima: 10-7; mínima: 7-5). Tensões estacionárias suportando sem alteração apreciável hemorragias do campo operatório. Quando a hemorragia é grande, as tensões conservam-se inalteráveis durante o tempo suficiente para instalar uma transfusão.

6. Diurese de boa qualidade, entre 200 e 600 c.c.. Necessidade de cateterismo. Não obstante o pequeno volume, a taxa de ureia sanguínea mantém-se baixa pela moderação do catabolismo. Igualmente as alterações electrolíticas são de pouca monta.

7. Ausência de meteorismo, com recuperação espontânea do trânsito intestinal.

8. Ausência de vômitos, dores ou soluço post-operatórios.

9. Redução da hemorragia habitual do campo operatório a metade ou terça parte.

10. Possibilidade de obter uma analgesia ou anestesia suficientes com quantidades mínimas de anestésico ou mesmo sem ele («anestesia potenciada», anestesia sem anestésico»).

11. Cicatrização mais rápida e sólida da ferida operatória o que, combinado com a ausência de distensão abdominal, afasta o risco de evisceração.

Estes são os resultados imediatos mais importantes na maioria dos casos. Mas conhecem-se outros e certamente não-de vir a conhecer-se mais, que justificam plenamente todo o interesse que a hipótese de Laborit está a despertar.

E a-propósito: nem sempre interesse significa simpatia ou acordo. Alguns fisiologistas levantaram querelas por causa do emprego da expressão «hibernação artificial». Segundo eles a desconexão neuro-vegetativa não é hibernação. Verdade seja que nenhum conseguiu definir hibernação autêntica em termos de geral entendimento. Entretanto, Laborit, para evitar questões deste vulto, decidiu passar a designar a sua técnica pelo nome de hibernoterapia, esperando assim contentar os mais exigentes.



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 INTELECTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCENÇAS

AGORA... **UM grama** DOSES DIÁRIAS

CLORIDRATO DE **Aureomicina** CRISTALINA

**lederle**



*Empregada até ao presente em mais de 10.000.000 de casos clínicos, são superiores a 7.000 as comunicações que sobre a Aureomicina se publicaram, provenientes de todos os campos da prática médica mundial. Desde 1949 que a tendência destes estudos vem confirmando a eficácia na aplicação de doses mais reduzidas de Aureomicina, o antibiótico de espectro verdadeiramente amplo e actividade absolutamente uniforme.*



... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

Dose	Peso aproximado do paciente	Quantidade a administrar	Número de doses cada 24 horas
0,1 g. diário	8 quilos	Uma dose de 50 mg. duas vezes por dia, depois de comer.	2 doses
0,5 g. diário	40 quilos	Uma dose de 250 mg. duas vezes por dia, depois do almoço e do jantar.	2 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 3 ou 4 horas, depois das refeições.	5 doses
		Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,0 g. diário	80 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 4 horas, excepto durante 8 horas de noite.	4 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,5 g. diário	120 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 3 horas, excepto durante 6 horas de noite.	6 doses

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**  
*AMERICAN Cyanamid COMPANY*  
 30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N. Y.



**Embalagens:** CÁPSULAS — frascos de 8 e de 10, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPERSOIDS (PÓ DISPERSÍVEL) — frasco de 75 g. PASTILHAS — frascos de 25, c/ uma com 15 mg. POMADA — tubos de 14,2 e de 28,4 g. com 30 mg. por grama. OFTÁLMICA — Colírio — frascos conta-gotas com 25 mg.; Unguento — tubos de 3,5 g. a 1%. \* INTRAVENOSA — frascos de 100 mg. com diluente de leucina. NASAL — frascos de 10 mg. FARINGETAS — caixas de 10 com 15 mg. c/ uma. PASTA DENTAL — boiões de 5 g. CONES DENTAIS — tubos de 12 com 5 mg. c/ um. ÓTICO — frascos de 50 mg. \* PÓ VAGINAL — frascos de 5 g. a 200 mg. por g. \* SUPOSITÓRIOS VAGINAIS — frascos de 8. \* PÓ CIRÚRGICO — fr. 5 g. com 200 mg. por g.

\* A introduzir brevemente.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar:  
**ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.**  
 Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA  
 Rua de Santo António, 15 — PORTO



# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### Dietética da hipertensão

*Em Paris, no Hospital da Pitié, reuniram-se, nos dias 12 e 13 de Fevereiro de 1952, sob a presidência do Prof. Richet (titular da cadeira de «Problemas da alimentação», na Faculdade de Medicina daquela cidade), numerosos nutricionistas franceses e alguns belgas e suíços. O êxito destas primeiras «Jornadas de Dietética» levou os seus participantes a confiarem à Suíça a organização dum Symposium, que se realizou em Zurique e em Basileia, nos dias 27 a 30 de Setembro último. Três revistas prontificaram-se a publicar os textos dos relatórios, cabendo à «Praxis» (de Berne), o que se refere à dietética da hipertensão; publicamos, a seguir, resumos sobre este último assunto, que apareceram em «Medecine et Hygiene».*

#### Os lipídeos na dietética da hipertensão

M. COPPO e G. P. VECCHI  
(Modène)

A importância do factor lipídico na ração alimentar é difícil de interpretar, porque é necessário avaliar: 1) a quantidade e a qualidade das gorduras ingeridas; 2) o teor em *protídeos* da ração e a qualidade dos aminoácidos. O excesso de lipídeos, absoluto ou relativo, tem, deste modo, um significado fisiopatológico que é diferente segundo os casos.

A Escola de Modène, nestes últimos anos, tem-se ocupado das consequências do eventual excesso lipídico alimentar em relação ao conteúdo lipídico e às estruturas hipoprotídicas do plasma. Conhecem-se as fases elementares das repercussões hemáticas da refeição gorda. As nossas observações mostraram-nos a possibilidade de modificações dos complexos lipoproteicos do plasma, depois do estabelecimento duma dieta com excesso de colesterol, no coelho.

Tem-se designado por «estado hiperlipidémico», o aumento nítido e permanente da lipemia total ou das suas fracções: o «estado hiperlipidémico», pode estabelecer-se somente com o concurso de factores familiares, constitucionais e dietéticos.

Consideramos essencial para a persistência da hiperlipidemia o seu fornecimento exógeno. As manifestações clínicas do «estado hiperlipidémico» são diversas e numerosas; algumas são aparentemente reversíveis, outras têm uma grande importância em patologia humana. Nas nossas observações, a hiperlipidemia e a hipercolesterolemia associam-se com uma frequência significativa, a lesões cutâneas ou córneas de origens xantomatosas (xantomas de diversos tipos e xantasma), e o arco córneo no homem, o «estado hiperlipidémico» associa-se ou ao arco córneo ou a lesões ateroscleróticas coronárias ou periféricas. Na mulher, pelo contrário, o «estado hiperlipidémico» associa-se, de preferência, ao xantasma e a alterações hepato-biliares.

A importância dos lipídeos e do colesterol, sobretudo na patogenia da arteriosclerose, é geralmente aceite. As opiniões diferem quanto à modalidade do efeito dos lipídeos; todos lhes atribuem uma parte importante na patogenia da lesão inicial aterogénica.

A importância do regímen na patogenia da hipertensão já é conhecida desde longa data, sendo confirmada pelas investigações fisiopatológicas recentes, e verificado exactamente na história da medicina.

Parece-nos que a redução nítida e permanente do componente lipídico da dieta e a exclusão total, tanto quanto possível dos lipídeos animais, do colesterol, em especial, constituem princípios dietéticos fundamentais para o hipertenso.

Além disso, geralmente, o componente lipídico substitui, em parte, o componente protídico, a dieta ideal do hipertenso vai tornar-se, devido a uma série de adaptações, às condições económicas e ao gosto, muito semelhante à dieta do ulcerado.

#### O papel dos minerais na dietética da hipertensão

HUGUES GOUNELLE  
(Paris)

A. O teor do regímen em Cl Na torna-se dominante na ração do hipertenso.

1) O primeiro período é o da demonstração dos efeitos benéficos do regímen sem sal. Este é o grande mérito da escola francesa que o estabeleceu desde 1905 pelo estudo, que se tornou histórico, de Ambard e Beaujard.

Estes trabalhos, durante muito tempo desconhecidos no estrangeiro, tiveram uma influência que ainda se mantém em França e explicam que os médicos franceses, há cerca de 50 anos, consideraram como de primeira importância restringir o sal no hipertenso.

2) O segundo período é o de Allen (de 1920 a 1925) época em que se faz acentuar o uso do sódio, enquanto que a atenção dos primeiros observadores convergia para o cloro. Mas Allen é pouco seguido mesmo no seu país.

3) O terceiro período inicia-se em 1944 com a publicação de Kemper que preconiza um regímen descloretado estrito, à base de arroz, frutas, açúcar, compreendendo 2.000 calorias, 20 grs. de protídeos e 5 grs. de lipídeos, menos de 200 mgrs. de cloro e de 150 mgrs. de sódio. Este regímen é objecto de estudos e de críticas, donde resulta que a sua actividade reside primordialmente no seu teor mínimo em sódio.

#### RESULTADOS E APLICAÇÃO

Os trabalhos destes três períodos demonstram o bom efeito do regímen sem sal sobre o valor tensional. Mais de um terço dos doentes encontram-se melhorados, como o exprime a regressão da sintomatologia vascular funcional e física: dispneia, volume do coração, electrocardiograma, sinais retinianos. Todavia, é necessário reconhecer que, excepto na prática hospitalar, a submissão a um regímen descloretado é aceite muito raramente.

B. A depleção sódica somente, não saberia explicar tudo.

Apesar dum regímen bastante salgado, há casos em que se assiste a uma baixa das tensões.

O período de privações em França, de 1941 a 1945, foi demonstrativo. Todos os médicos observaram uma menor elevação das cifras tensionais e uma diminuição da frequência dos accidentes de hipertensão.

O régimen de então, energéticamente fraco (para 1.800 calorías), era muito pobre em protídeos e lipídeos tendo por base, sobretudo os glucídeos. Os numerosos alimentos de substituição, como as sopas, cujos consumidores usavam largamente para saciar a fome, eram sempre bastante salgados. Apesar desta inundação hídrica e cloretada, a hipotensão era geral.

### C. Esquema de orientação dietética nos estados hipertensivos.

A dupla noção precedente, da eficácia da carência sódica e da ração escassa incita-nos às seguintes conclusões que aplicamos nos nossos doentes:

— Régimen de arroz estricto, durante 3 a 4 semanas;

— Desde que melhoram os sinais funcionais, alargamento da ração para um *regímen vegetariano descloretado* (mas condimentado), e calóricamente fraco (1.800 a 2.000 cal.). Este régimen pode tolerar-se vários meses.

— Em caso de *emagrecimento* excessivo, de *anemia protei-priva* ou de carência cloretada, completa-se a ração precedente com a de carne, de peixe ou de sal (pesado) durante 3 a 4 dias.

— Certos alimentos ricos em sódio devem ser afastados da mesa do hipertenso.

Actualmente, admitimos como régimen-tipo do hipertenso um *regime descloretado estricto, interrompido por curtos intervalos de determinado peso de sal*, fracamente calórico, com predomínio hidrocarbonado, de teor azotado, permitindo cobrir as necessidades mínimas azotadas e largamente desprovido de lipídeos.

## Resultados práticos do tratamento dietético da hipertensão

F. VIVANCO  
(Madrid)

(Não é a mesma coisa tratar a hipertensão ou tratar doentes hipertensos. No segundo caso, o tratamento dietético constitue um factor fundamental de terapêutica, muito útil para regularizar as bruscas oscilações de tensão produzidas por excessos de vária espécie, e para evitar as complicações.

### I. REGÍMENS POBRES EM SÓDIO E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A HIPERTENSÃO

Foi desde a introdução do régimen de arroz por Kemper, em 1944, que se desenvolveu a ideia de que os hipertensos poderiam melhorar o seu estado, com um régimen pobre em sódio.

#### a) *Regímen de Kempner.*

Não há dúvida que a *tensão baixa* na maior parte dos casos, se bem que ela não chegue a números normais. A experiência adquirida no serviço do Prof. Jiménez Diaz, em Madrid, mostra que, quando a dieta se prolonga mais de duas semanas, obtém-se regularmente abaixamentos de pressão, mas, por vezes, os doentes não melhoram o seu estado geral. Quanto aos efeitos sobre outros sintomas observa-se, sobretudo, uma grande melhoria circulatória mas que não é superior à que se obtém com outras dietas pobres em sódio. Não só estas modificações são objectivas (ortodiagrama, E. C. G.), como também a dieta de arroz tem curado hipertensos que tinham sido submetidos a intervenções cirúrgicas (simpaticectomia) sem nenhum resultado.

Mas a dieta de arroz e de frutos é uma *dieta anti-fisiológica*, que não satisfaz as necessidades diárias do indivíduo. Isto leva-nos a concluir que, se o efeito da *tensão* é devido, exclusivamente, ao seu fraco teor em sódio, o régimen de Kempner não deve ser empregue durante muito tempo, visto que produz, sistematicamente grandes perdas de peso, podendo levar a um coeficiente azotado negativo, e é recusado pelos doentes como não sendo nunca agradável.

Parece-nos perigoso inutilizar esta dieta em casos de hipertensão acompanhados de insuficiência renal crónica, e insis-

timos na escolha dos hipertensos que devem ser submetidos a um tratamento dietético deste género.

#### b) *Dietas pobres em sódio, mas mais equilibradas*

A certeza de que o factor activo na dieta de Kempner é o seu fraco teor em sódio, os perigos que comporta esta dieta, empregada durante muito tempo, e o pouco sucesso que ela experimenta entre os doentes, tem levado numerosos autores a experimentar *outras espécies de regimens, que são igualmente pobres em sódio, mas ao mesmo tempo melhor equilibrados.*

As dietas pobres em sódio e equilibradas quanto aos restantes componentes, podem ser úteis em certos casos de hipertensão com a condição dos doentes seguirem estritamente a prescrição dietética. Actualmente, trabalha-se activamente, nos diferentes países, a fim de procurar nos hipertensos diversos regimens que, seguindo as regras precitadas procurem o maior número de variações possíveis.

## II. RESTRIÇÃO CALÓRICA NOS HIPERTENSOS OBESOS

Neste ponto, penso que há unanimidade absoluta. Quando se faz emagrecer um obeso hipertenso, a sua tensão e seus sintomas melhoram.

A *correlação que existe entre a obesidade e a hipertensão* é de todos conhecida, sobretudo a partir duma certa idade (35 a 40 anos). Por consequência, tudo o que nós fazemos para diminuir o seu peso representará um tratamento dietético profiláctico ou paliativo da hipertensão.

## III. OUTROS FACTORES: LIPÍDEOS E PROTEÍNAS

Os lipídeos ou as proteínas da dieta exercem um efeito nulo sobre a hipertensão. Pelo contrário, no tratamento prático dos hipertensos, convém lembrar que, em todos os casos em que existe uma insuficiência renal acentuada, será prudente diminuir as proteínas da ração a um mínimo fisiológico (50 grs.).

Quanto à gordura, ela terá somente importância como fonte de calorías.

## O papel dos protídeos na dietética da hipertensão arterial

J. DELFOSSE, P. OSINSKI e F. STEIN  
(Lowain)

O que torna difícil qualquer conclusão neste domínio, é a multiplicidade dos factores patogénicos evocados na etiologia da hipertensão arterial (H. A.).

### 1 — *Influência dos protídeos sobre os factores renais.*

O estudo de numerosos trabalhos experimentais e clínicos permite chegar às seguintes conclusões:

— O mecanismo da produção da H. A. é diferente nos ratos por um lado, nos cães e no homem por outro lado. Com efeito, a administração em ratos dum régimen rico em proteínas parece determinar uma elevação da tensão arterial (T. A.), enquanto que este mesmo régimen não tem qualquer influência sobre a T. A. do cão e do homem.

— Nos ratos há uma relação directa entre o teor do régimen em proteínas, a produção de A. C. T. H. e as variações da T. A.

— *Se o régimen rico em proteínas não provoca no homem normal, nem aumento da T. A., nem lesão renal grave, o mesmo régimen pode agravar, em certos casos, o estado dum rim doente ou uma hipertensão de origem renal.*

Nos H. A. de origem renal, o funcionamento hepático desempenha igualmente um papel importante: parece ter importância saber se, com um fígado funcionalmente perfeito, se pode instalar uma H. A., e qual é a substância segregada pelo fígado que seria responsável pela manutenção desta hipertensão.

### 2 — *Influência das proteínas sobre os factores humorais.*

As hormonas, certamente, tomam parte essencial na regulação da tensão arterial (T. A.).

Com efeito, o régimen rico em proteínas facilita a produ-

# BEDOZE MIL

TRATAMENTO  
DE  
ESCOLHA  
DAS  
AFECÇÕES  
NEUROLÓGICAS

VITAMINA B<sub>12</sub>

MIL MICROGRAMAS  
AMPOLAS

PRONTO ALÍVIO  
DAS  
NEVRITES DO TRIGÊMIO  
CIÁTICAS  
POLINEVRITES  
NEURALGIAS CÉRVICO-BRAQUIAES  
CEFALEIAS REBELDES

ALÍVIO SINTOMÁTICO NAS  
ÓSTEO-ARTRITES

# BEDOZE GOTAS

FACTOR  
PRINCIPAL  
DO  
DESENVOLVIMENTO  
SOMÁTICO  
•  
FACTOR  
LIPOTRÓPICO

## INDICAÇÕES DO BÊDOZE-GOTAS

Estados de desnutrição em todas as idades (por carência alimentar, por doenças consumptivas, etc.).  
Crianças nascidas prematuramente.

Crianças distróficas (por desvios alimentares, por debilidade congénita, etc.).

Nanismo.

Muitos casos de astenia e anorexia.

Hepatopatias (cirroses, hepatites agudas, etc.).

Dermatoses seborreicas e várias outras afecções cutâneas.

Lactentes alimentados artificialmente. (A vitamina B<sub>12</sub> aumenta a tolerância para o leite completo e dum maneira geral para as gorduras).

FRASCO CONTA-GOTAS DE 10 C. C.  
15 MICROGRAMAS POR C. C.



# NEO-FLORESIL

CREME HIDROSSOLÚVEL ANTIFLOGÍSTICO, ANTIÁLGICO E TERMOGÊNIO, ISENTO DE GORDURAS

MENTOL  
 GOMENOL  
 GUAIACOL  
 CÂNFORA  
 EUCALIPTOL  
 ÁCIDO SALICÍLICO  
 CREOSOTA  
 ESSÊNCIAS DE WINTERGREENN,  
 HORTELÃ PIMENTA  
 TOMILHO e ROSMANINHO  
 EM VEÍCULO FÁCILMENTE PENETRANTE.

APLICAÇÃO CÔMODA, PRINCIPALMENTE EM PEDIATRIA, POR FRICÇÃO, NAS BRONQUITES,  
 PNEUMONIAS, BRONCOPNEUMONIAS, ARTRALGIAS, MIALGIAS, NEVRITES, ETC.

BISNAGAS DE 20 E 40 GRS.




TERAPÊUTICA PELA BACITRACINA, COM

## *Noviltricina*

A MAIS RECENTE E EFICIENTE ASSOCIAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

BACITRACINA LEOFILIZADA . . . . .	10.000 U. I.
SULFATO DE DIHIDROESTREPTOMICINA 0,5 GRS. EXPRESSO EM BASE	
PENICILINA PRODURAL . . . . .	400.000 U. I.
SOLVENTE UMA EMPOLA DE . . . . .	3 CC.

BLÉNORRAGIA E FURUNCULOSE EM TODAS AS SUAS EVOLUÇÕES. ENDOCARDITE LENTA, PNEUMONIAS, MENINGITES, INFECÇÕES GONOCÓCICAS, INFECÇÕES MIXTAS E EM TODAS AS SITUAÇÕES DE PENICILINO-RESISTÊNCIA, SÍFILIS.

apresentado pelos laboratórios 

ção de A. C. T. H. e a hipertrofia do cortex suprarrenal, nos ratos submetidos a diferentes estimulantes.

No domínio clínico, tem-se visto desenvolver uma H. A., após o estabelecimento dum regimen sem proteínas animais, em que, provavelmente, o hiperfuncionamento do cortex suprarrenal intervinha no mecanismo patogénico.

### 3—*Influência dos protídeos sobre os factores neurológicos.*

Conhece-se a influência de certos ácidos aminados, como o ácido glutâmico, sobre o sistema nervoso e sobre o seio carotídeo.

De todas as vezes tem sido difícil estabelecer neste domínio, a correlação entre os trabalhos experimentais e clínicos.

### 4—*Influência dos protídeos sobre os factores hereditários.*

Parece que os factores hereditários não são influenciados pelo regimen.

### CONCLUSÕES

As experiências em animais por um lado, os ensaios clínicos por outro lado, mostram que é limitado o papel dos protídeos na dietética da H. A.

A restrição de protídeos, nos H. A. de origem renal, bem estabelecida, é justificada. Na hipertensão de origem humoral, mesmo que os ácidos aminados possam contribuir para a síntese, *in vivo*, de substâncias hipertensoras, a influência nefasta das proteínas dietéticas parece ser insignificante. A restrição das proteínas é, porém, inútil nas hipertensões de origem nervosa ou hereditária.

## RESUMOS DE COMUNICAÇÕES FEITAS AO CONGRESSO DE CIRURGIA DE LISBOA

(Setembro, 1953)

(Continuação)

Coligidos do «Journal International de Chirurgie»,  
por amável deferência do Secretário Geral do  
Congresso.

### Regeneração dos tecidos

#### Problemas cirúrgicos — Traumatismos

WILLIAM GISSANE

(Accident Hospital, Birmingham, England)

Uma lesão pode danificar, separar ou destruir qualquer tecido por acção directa sobre o próprio tecido, sobre a sua vascularização ou sobre ambos os factores. Após a acção do traumatismo aparece imediatamente uma reacção não só local, mas quando se trata de lesões extensas ou quando estas afectam órgãos de importância vital, associa-se uma reacção geral de todo o organismo que pode ser fatal, se não for controlada.

Uma demora no tratamento da lesão local ou das reacções gerais tem sempre efeitos cumulativos. O papel da acção cirúrgica é de controlar os efeitos da lesão com um duplo objectivo: a regeneração do corpo como um todo e a regeneração dos tecidos lesados.

Os princípios da cirurgia dos traumatismos são claros: evitar todas as complicações post-traumáticas, especialmente o shock, infecção e cicatrização.

Todas estas consequências são mais fáceis de prevenir do que de curar, e uma vez estabelecidas influem desfavoravelmente sobre a regeneração local e geral.

Portanto, a eficiência do tratamento cirúrgico reside na oportunidade de tratar o ferido antes que estas complicações tenham tido o tempo suficiente para se desenvolver.

O shock de lesões provenientes de queimaduras pode, em grande parte, ser evitado com a aplicação adequada de plasma antes que a perda plasmática tenha alcançado um nível perigoso.

O shock derivado da perda de sangue causado por traumatismos (e por operações que se tornam necessárias para a sua reparação rápida) pode também ser eficazmente reparado por transfusões de sangue. O plasma e sangue dados a tempo e em quantidades suficientemente grandes não só ajudam o paciente a aguentar as consequências perigosas, mas têm também uma influência favorável sobre o processo da reparação dos tecidos.

Em todos os traumatismos graves a cirurgia não deve somente dirigir a sua atenção para a lesão local, mas também para as medidas de ressurreição. Qualquer falta de coordenação entre as actividades da «equipe de shock» e da «equipe cirúrgica», pode ter consequências graves para o fim proposto a ambas. Os tratamentos cirúrgicos do ferido devem ser começados cedo e a vigilância deve ser constante até à cura completa.

A prevenção de infecções nas feridas abertas depende,

em grande parte, do momento da intervenção assim como dos detalhes cirúrgicos aplicados nela. É necessário notar que a infecção tem grande influência sobre as lesões dos tecidos.

Miles e os seus colegas provaram recentemente que a circulação vascular na área lesada, dentro das primeiras horas, constitue um dos factores mais importantes para evitar a infecção da mesma, pois uma circulação activa durante esse período permite o fornecimento necessário de leucócitos e antitoxinas específicas para a eliminação de bactérias contaminantes.

Esta capacidade de defesa natural dos vasos sanguíneos acentua não só a urgência da intervenção cirúrgica mas também o seu principal objectivo, o de melhorar o fornecimento de sangue na área lesada. Demoras no tratamento, um juízo cirúrgico errado e falta de técnica neste sentido, podem agravar o traumatismo e aumentar o perigo da infecção.

O maior progresso na regeneração dos tecidos após traumatismos poderá talvez ser conseguido no momento em que sejamos capazes de controlar o processo cicatricial dos tecidos e reduzi-lo ao mínimo necessário.

Pelo conhecimento das particularidades da anatomia traumática em casos de lesões, sejam elas abertas ou fechadas, já se tem conseguido muito no sentido de controlar a formação do tecido cicatricial, e assim pode compreender-se com precisão quais são os tecidos que estão rasgados, em que pontos eles estão mais amplamente separados, a melhor maneira de os abordar sem infligir novas lesões e como repará-los com um mínimo de formação cicatricial.

Novamente, o momento em que estas feridas são fechadas é importante.

Imediatamente após o trauma, os tecidos estão imersos em sangue líquido e cada componente da ferida pode ser facilmente identificado e encontra-se em condições para ser reparado. Demoras arrastam a aparição de edema e levam a uma coalescência de todos os tecidos que para uma completa regeneração devem ter a possibilidade de deslizar uns sobre os outros. Um atrazo prolongado pode, às vezes, transformar tudo numa massa sólida de tecido fibroso avascular que torna difícil ou impossível a dissecação dos tecidos sãos.

As decisões sobre o modo de tratar feridas fechadas, tais como fracturas ou luxações, devem ser tomadas imediatamente para que o processo de regeneração se realize nas melhores condições possíveis.

A decisão deve ser baseada sobre conhecimentos detalhados da natureza das feridas traumáticas. Seria errado tratar todas as feridas por manipulação, como tratá-las todas pelo método cruento.

O tratamento pelo método manipulativo pode deixar uma separação tão considerável entre os tecidos importantes, que a

reparação não é possível sem que se forme uma grande massa fibrosa com conseqüente perda de todos os movimentos de deslize. A redução cruenta pode ser responsável pelo atraso na consolidação óssea e pela excessiva formação de tecido cicatricial causada por uma operação mal encaminhada.

Só um claro conhecimento da anatomia traumática de todas as lesões — fechadas ou abertas — permite ao cirurgião decidir sobre o método que oferece a melhor possibilidade para a regeneração do tecido.

Exemplos de anatomia traumática e de tratamentos operatórios de emergência com resultados típicos serão demonstrados por dispositivos juntamente com métodos operatórios de urgência para a prevenção de infecções de feridas.

## Aneurismas

### Considerações gerais

GEZA DE TAKATS e CONRAD L. PIRANI

(Chicago)

*Introdução.* O diagnóstico e o tratamento dos aneurismas pertencem aos mais antigos métodos médico-cirúrgicos. Nesta introdução tentaremos não invadir o campo daqueles a quem as soluções dos aspectos particulares do problema têm sido confiadas. No entanto, para oferecer uma ampla visão da patogenia, patologia e das manifestações clínicas dos aneurismas, uma certa concessão nesse sentido é inevitável.

Em primeiro lugar faremos breve menção de certos aspectos da histologia, histoquímica e dinâmica da árvore circulatória, que estão ligados ao tema em discussão e cujo conhecimento pode ser útil para a compreensão do mecanismo da formação do aneurisma.

A) — *Aneurismas congênitos.* É impossível compreender as manifestações clínicas de anomalias vasculares congênitas sem referir-las ao seu período de detenção do desenvolvimento. Os diferentes períodos de desenvolvimento correspondem bem às entidades clínicas de angioma capilar, aneurisma cirsoideo e fístula arteriovenosa múltipla. O quadro histológico do vaso primário indiferenciado tem sido identificado em material clínico. A visibilidade destas massas vasculares por meio de raios X na árvore circulatória cerebral, pulmonar e periférica representa uma grande ajuda para o plano terapêutico.

B) — *Aneurismas traumáticos.* Se bem que a patogenia deste tipo de aneurismas esteja bastante clara, as conseqüências fisiológicas numa bolsa vascular localizada serão diferentes, quer se trate de um aneurisma arterial, um falso aneurisma (hematoma pulsátil) ou um aneurisma arterio-venoso.

Além das balas, as fracturas, as luxações, as feridas das partes moles e as intervenções cirúrgicas podem ser a causa de aneurismas. Citaremos alguns casos.

Dão-se alguns dados sobre a frequência dos aneurismas e de fístulas arterio-venosas no exército americano dos E. U. durante a segunda guerra mundial.

O seu tratamento compara-se com a terapêutica actual seguida com os feridos da Coreia e no «vascular Center» da Armada dos E. U.

A frequência e significado das lesões associadas, em especial das lesões nervosas, serão discutidas.

C) — *Aneurismas inflamatório-infecciosos.* Serão estudadas as lesões histológicas que predispoem à debilidade, dilatação e ruptura da parede arterial, como as causadas pelas lesões inflamatórias. Será descrita a evolução espontânea do aneurisma luético da aorta torácica. Mostrar-se-ão os aneurismas micóticos que aparecem nas endocardites bacterianas, assim como os pequenos aneurismas que se encontram na panarterite nodosa.

#### *Aneurismas arterioscleróticos*

Devido ao aumento da vida média da população, esta forma, especialmente na aorta abdominal, bulbo carotídeo e artéria poplítea tem importância clínica. Os aspectos histofísicos e histoquímicos da lesão serão brevemente expostos em relação aos problemas clínicos, assim como as tentativas realizadas para a obliteração do lume vascular, apoio das «camadas» externas e excisão com reconstrução do lume vasal.

#### *Aneurismas dissecantes.*

Descrever-se-ão os fundamentos histopatológicos, o mecanismo e os efeitos fisiológicos deste tipo de aneurismas diferenciando-os dos infartos do miocárdio e das embolias periféricas agudas.

#### *Degeneração quística de Medei.*

Esta lesão descrita por Erdheim merece provavelmente menos atenção do que lhe tem sido concedida no passado. O seu mecanismo de produção permanece ainda obscuro.

Estas considerações gerais servem como introdução ao simposium sobre aneurismas. Não se tentou fazer aqui uma revisão bibliográfica deste tema, mas sim indicar os pontos nos quais se têm conseguido recentes progressos e as falhas no conhecimento dos mesmos que devem ser sanadas. Os trabalhos que se seguirem preencherão, indubitavelmente, muitas destas lacunas.

## Princípios fundamentais para o tratamento dos Aneurismas arteriovenosos traumáticos

EMILE HOLMAN

(San Francisco)

O tratamento dos aneurismas arterio-venosos depende em grande parte das características do trauma que causa a lesão e das circunstâncias do acidente.

Uma ferida accidental, um corte limpo, uma facada ou uma ferida por arma branca podem produzir uma comunicação directa entre artéria e veia com uma mínima hemorragia externa facilmente controlável. Se é grande, pode formar-se um hematoma pulsátil progressivo que requiere intervenção imediata com a ajuda duma hemostase circular, quando for possível, ou debaixo dum contróle cuidadoso da artéria e da veia por cima e por baixo da lesão. Sempre que seja possível, deve fazer-se a sutura das perfurações em ambos os vasos.

As feridas contusas produzidas pelos estilhaços de granadas criam um problema diferente. Convém fazer um desbridamento e expor os vasos, se o paciente é assistido rapidamente e antes que comece a infecção. Os vasos devem ser mobilizados e isolados, e deve cerrar-se a abertura da artéria, e até reforçá-la por meio de sutura da veia, ou de um pedaço da mesma, aplicada sobre a fenda arterial. Para isso tem que se fazer uma dupla laqueação do tronco venoso por cima e por baixo da lesão, seguida de excisão.

Quando a extirpação da parte lesada da artéria se julga necessária, e se as condições operatórias o permitem, o enxerto venoso é aconselhável. Nestes casos deve actuar-se com o apoio local e geral dos antibióticos. O enxerto venoso deve ensoapar-se em heparina associada a penicilina e estreptomicina antes de aplicá-lo no lugar correspondente.

Quando a reconstrução da artéria não é aconselhável ou é impossível, faz-se uma dupla laqueação da artéria e da veia, com secção completa. O bloqueio do simpático lombar está indicado quando a lesão afecta os vasos da extremidade inferior. Convém cuidar da restauração do volume sanguíneo dado que a melhor garantia para a sobrevivência do membro é um volume normal do sangue em circulação.

Quando se pode realizar o tratamento imediato da ferida e o resultado é satisfatório, mas persiste a fístula, o seu tratamento deve ser adiado seis meses para assegurar a presença de suficiente circulação colateral e para poder fazer-se a laqueação da artéria. Atoraz é justificado também pela possibilidade de que os tecidos se recuperem e que a fístula feche espontaneamente.

Em geral aceita-se que uma fístula que persiste mais de 6 meses deve ser suprimida pelo perigo de: a) dilatação cardíaca; b) dilatação e debilitação da parede arterial contígua.

Quando uma fístula se tem mantido vários anos ou mais, pode aparecer uma grande dilatação cardíaca com descompensação completa. Se a parede arterial está calcificada ou alterada profundamente, a reparação da artéria seria imprudente. Neste caso está indicada a quádrupla laqueação com excisão do trajecto fistuloso.

(Continua)

**SUPLEMENTO****VI CONGRESSO INTERNACIONAL  
DE LEPROLOGIA**

(MADRID — 1953)

A. SALAZAR LEITE e F. DA CRUZ SOBRAL

Com a concorrência de representantes de 41 Nações, efectuou-se em Madrid, entre 3 e 10 de Outubro passado, o VI Congresso Internacional de Leprologia cujos 379 membros efectivos enchem diáriamente a vasta Sala de Actos da Faculdade de Estomatologia onde tiveram lugar as sessões conjuntas.

Reunindo aos nove delegados portugueses a brilhante representação brasileira constituída por quarenta e quatro leprólogos verifica-se que os congressistas de língua portuguesa formavam um numeroso grupo, apenas excedido pelo de língua espanhola.

Compreende-se o interesse que suscitava este Congresso se recordarmos que o recente aparecimento de novos métodos de tratamento, bem como a relativa modificação dos conceitos de profilaxia, contagiosidade, higiene social, etc., alteraram profundamente as ideias clássicas sobre o Mal de Hansen.

Ora se muitas destas alterações já tinham sido presentes no Congresso de 1948, em Havana, fora a partir dessa data que a sua expansão se fizera de uma forma efectiva, ou pelo menos sistematizada, e só portanto agora se tornava possível verificar os resultados obtidos, comparar as estatísticas dos investigadores de diversos países e procurar assim o melhor caminho a trilhar para o fim que todos anseiam: a extinção deste secular flagelo.

Outros assuntos havia ainda de especial interesse tanto para leprólogos como para dermatologistas e mesmo para clínicos gerais, como, por exemplo, a classificação das formas de Lepra e principalmente a posição da tão discutida «borderline».

A expectativa não foi falseada e realmente o presente Congresso marcou um apreciável avanço na soma dos nossos conhecimentos e muito principalmente teve o mérito de ordenar e precisar algumas facetas dos problemas que até aqui tinham sido encarados superficialmente ou talvez mesmo propositadamente esquecidos.

Evidentemente que nem tudo está definitivamente arrumado ou esclarecido, nem mesmo o pode ser, pois se trata de uma parcela de ciência médica e esta não é, nem será nunca, estática. Há mesmo certas resoluções tomadas que estão sujeitas a críticas e que muito natural-

mente poderão, e deverão, ser modificadas por ulteriores estudos. Mas parece-nos que o mais fundamental começa a criar base sólida na comprovação clínica e laboratorial.

Da importância de todos estes factos compenetrrou-se muito bem o Governo de Espanha, Nação em que, tal como entre nós, a Lepra é um problema encarado de face, ao conceder todo o seu patrocínio à realização do Congresso, dando-lhe o carácter de uma manifestação oficial e subsidiando totalmente as suas despesas. Este valioso auxílio moral e material permitiu que tudo fosse modeladamente organizado, decorrendo as sessões e as visitas de estudo aos Sanatórios de Fontilles e Trillo e aos Preventórios de Chapineria e Fuencarral, bem como todas as manifestações integradas no programa, de uma forma perfeita e digna de registo.

A orientação dos trabalhos foi assumida pela Comissão Organizadora Espanhola (Palanca, Contreras, Alvarez, Guilen, etc.), pelo Presidente do Congresso (Gay Prieto) e pela Direcção da Associação Internacional de Lepra cujos membros se encontravam todos presentes (Wade, Muir, Sousa Araújo, Dharmendra, Cochrane, Agrícola, Latapi, Frazer, Chaussinand, etc.).

Tendo sido adoptadas como línguas oficiais o espanhol, francês, inglês e português, estava montado um serviço de tradução simultânea nestas línguas que funcionou muito satisfatoriamente.

Os temas oficiais escolhidos foram:

- I — *Revisão da classificação.*
- II — *Tratamento da Lepra.*
- III — *Imunologia da Lepra.*
- IV — *Epidemiologia, contróle e assistência social.*

Esta escolha fora feita com o evidente intuito de permitir a revisão de todos os problemas que se encontram em nítida evolução e sobre os quais é conveniente chegar a um acordo para um plano de trabalho mundial conjunto.

Afim de permitir um mais rápido e completo estudo de cada um destes temas o Congresso na sua primeira reunião nomeou uma série de comissões que se encarregaram de coligir e ordenar as várias opiniões e trabalhos sobre cada um dos assuntos apontados e elaborar uma conclusão depois sujeita à apreciação da assembleia final.

Desta forma constituíram-se as seguintes comissões:

*Comissão de classificação* — Basombrio, Cochrane, Gay Prieto, Kitamura, Rabelo, Wade, Vegas, Latapi e Khanolkar.

*Comissão de terapêutica* — Davison, Floch, Orbaneja, Lowe, Rodriguez, Sousa Lima, Wolcott, Santos Silva e Schujman.

*Comissão de Imunologia* — Chaussinand, Fernandez, Ross, Sousa Campos, Martinez Dominguez, Gaté, Bechelli, Vilanova e Weiss.

*Comissão de epidemiologia e contróle* — Agrícola, Couvit, Cordero Soroa, Doull, Guinto, Ross Innes, Orestes Dinis e Rock.

*Comissão de aspectos sociais* — Arnold, Burgess, Contreras, Maldonado Romero, Kleiser, Montestruc, Pitt e Salazar Leite <sup>(1)</sup>.

Quando necessário estas comissões recorriam à opinião de outros congressistas. Aos relatórios por eles elaborados faremos referência mais adiante.

Pelas nove sessões conjuntas efectuadas à média de duas por dia, foram distribuídos os numerosos trabalhos apresentados, agrupados consoante o tema a que diziam respeito. Assim as duas primeiras sessões foram dedicadas a comunicações sobre o tratamento da Lepra; no segundo e terceiro dias discutiu-se a imunologia e alguns assuntos gerais; no penúltimo dia foram apresentados os trabalhos sobre epidemiologia, contróle e aspectos sociais e, finalmente, na última sessão tratou-se especialmente da classificação.

Cada autor não podia falar mais de 10 minutos, e apenas deveria ler um dos seus trabalhos. As intervenções eram agrupadas no final da exposição de uma série de comunicações e cada interventor dispunha de 5 minutos para as suas obser-

(1) Os membros portugueses presentes no Congresso foram os seguintes: Salazar Leite, Cruz Sobral, Sotto Mayor Ricou e Rui Morgado, em representação do Ministério do Ultramar e os dois primeiros igualmente do Instituto de Medicina Tropical, Castro Soares e Santos Silva em representação do Ministério do Interior, Mário Trincão e Artur Leitão, da Faculdade de Medicina de Coimbra e Jorge Falcão, de Lisboa.

vações; para a réplica o autor tinha apenas um total de 5 minutos.

\*

Nas sessões dedicadas à *terapêutica* numerosas foram as comunicações apresentada sobre os vários métodos de tratamento actualmente adoptados, sua comparação com os processos clássicos, avaliação dos resultados pela clínica e pelo laboratório, tentativas de interpretação do mecanismo de acção, etc.

Quase todos os investigadores estão de acordo sobre o valor das tiosemicarbazonas e das sulfonas, em particular da 4-4'-diaminodifenil sulfona, apenas diferindo nas doses ou em certas particularidades de aplicação, muitas vezes condicionadas pela situação geodemográfica da população com que lidam. Desta forma os médicos trabalhando em regiões equatoriais de difícil acesso preferem a aplicação das substâncias em veículo que permita espaçar o contacto com o doente, ainda que à custa de uma ligeira diminuição da eficácia, ao passo que aqueles que dispõem de um contróle mais fácil e frequente se inclinam para doses mais repetidas. Assim Laviro & col. empregam uma injeção quinzenal de 1,25 grs. de D.D.S. em 5 cc. de chaulmoograto de etilo e verificam níveis sulfônicos sanguíneos suficientes durante quinze dias, o que lhes permite obter resultados satisfatórios nos seus doentes africanos.

A hidrazida do ácido isonicotínico, que suscitou tão grande interesse, não correspondeu às esperanças dos investigadores (por exemplo Basombrio já abandonou por completo o seu emprego após o resultado nulo obtido em alguns doentes) e mesmo aqueles que inicialmente foram seus defensores somente continuam a empregá-la em limitado número de casos visto que a sua acção, ainda que benéfica para o estado geral e permitindo mesmo uma marcada regressão de alguns sintomas agudos e subagudos, é de tal forma transitória que, em regra, passados um a três meses já se não obtém qualquer resposta favorável.

O grande defensor da estreptomycinina foi Ramos e Silva que referiu na sua comunicação ter obtido 100 % de sucessos em 27 casos de lepra tuberculóide.

Alguns trabalhos foram também apresentados sobre cortizona, quer como terapêutica das reacções leprosas quer como resolutive dos grandes lepromas por infiltração local (Gay Prieto e col.) e também das lesões oculares (Aparizi e outros).

Gaté e colaboradores referiram-se aos resultados obtidos com um antigéneo preparado a partir da tão discutida estirpe do bacilo isolado pela Irmã Maria Suzana, mas o número de casos e o tempo de observação não permitem formar um critério seguro sobre o real valor desta nova terapêutica.

As comunicações relacionadas com a *imunologia* despertaram marcado interesse pois delas faziam parte trabalhos sobre a *calmetização*. Sendo a tendência moderna admitir que, em regra, a primoinfecção leprosa se dá nos primeiros anos

de vida (Floch, Contreras, Gay, etc.) compreende-se bem a atenção que merece a possibilidade de obter uma mais rápida e melhor resistência dos organismos atreitos ao contágio. Apesar da maioria dos trabalhos apresentados mostrar a influência do B. C. G., na viragem da lepromino-reacção, houve contudo a comunicação de Paulo de Sousa, Ferraz e Bechelli em que estes autores demonstram que as viragens espontâneas apresentam valores percentuais idênticos aos obtidos pela inoculação vacinal, em condições experimentais iguais. Necessitando este assunto um estudo muito mais pormenorizado ficou-se contudo com a ideia que a calmetização condiciona a viragem imediata pelo que o seu uso não deve ser abandonado, tanto mais que a larga escala em que tem sido empregada nalguns territórios (Brasil, por ex.) demonstra exuberantemente a sua quase absoluta inocuidade.

As sessões em que se discutiram os trabalhos relacionados com a *epidemiologia, contróle e assistência social* mostraram bem o desenvolvimento e importância que estes assuntos adquiriram mercê da possibilidade que a terapêutica agora oferece de recuperar numerosos doentes.

Mas, por outro lado, as estatísticas de vários autores demonstram infelizmente que a abundância de leproso em todo o mundo é ainda tal que a afecção continua a ser um verdadeiro flagelo cuja importância é necessário não menosprezar. Há mesmo territórios em que a observação leva a crer que a Lepra se encontra em franca expansão.

Finalmente no último dia de trabalho, terminada a leitura de algumas comunicações sobre a classificação e assuntos vários, foram apresentados ao Congresso os relatórios das várias Comissões de estudo, os quais, após rápida discussão e ligeiras alterações do texto, foram aprovados pela assembleia como conclusões do Congresso. Nesta última sessão plenária ficou ainda estabelecido que a próxima reunião se efectue em 1958, na Índia, muito provavelmente em Bombaim.

Descrito assim muito sucintamente o que se passou nas várias sessões vejamos agora o que se nos oferece sobre as *conclusões do Congresso*:

## I — CLASSIFICAÇÃO DA LEPROSA

O quadro aprovado foi o seguinte:

### Tipo lepromatoso — L —

variedades — macular  
difusa  
infiltrada  
nodular  
nevriticã pura (duvidosa)

### Tipo tuberculóide — T —

variedades — macular  
tuberculóide menor  
micropapulóide  
tuberculóide maior  
nevriticã pura

### Grupo indeterminado — I —

variedades — macular  
nevriticã pura

### Grupo dimorfo (borderline) — D ou B —

variedade — infiltrada

Vemos pois que se mantém; nas linhas gerais, a classificação do Congresso de Havana, tendo-se apenas reconhecido a individualização do grupo dimorfo.

Também, pela primeira vez, se apresenta uma definição o mais claro possível dos vários aspectos da doença:

*Tipo* — é um conjunto de casos com caracteres clínicos e biológicos bem definidos, com nítida estabilidade e incompatibilidade mútua.

*Grupo* — reúne os casos em que os caracteres comuns são menos definidos, de menor estabilidade e evolução incerta.

*Variedade* — corresponde à dominância de certos aspectos secundários como localização, morfologia, evolução, etc.

Nesta ordem de ideias:

*Tipo lepromatoso* — é a forma maligna, estável, em que bacteriológicamente se observam numerosos bacilos, cujas lesões cutâneas têm um aspecto infiltrado, a lepromino-reacção é negativa e há invasão mais ou menos simétrica dos troncos nervosos.

*Tipo tuberculóide* — é a forma habitualmente benigna, igualmente relativamente estável, com baciloscopia excepcionalmente positiva, lepromino-reacção positiva e cujas manifestações cutâneas são na maior parte dos casos elementos eritematosos, total ou marginalmente elevados; é também frequente a invasão dos troncos nervosos periféricos. É justamente a intensidade e extensão da infiltração das lesões bem como a inclusão na doença dos troncos nervosos que condiciona a distinção das variedades: maior, menor e micropapulóide. (Tt, Tm e Tp).

*Grupo indeterminado* — incluem-se neste grupo os casos benignos, relativamente instáveis, podendo evoluir no sentido tuberculóide ou lepromatoso, com baciloscopia raramente positiva, cuja lepromino-reacção pode ser positiva ou negativa e em que as manifestações cutâneas são lesões planas, hipocrômicas ou eritematosas. Nos casos muito antigos é frequente a existência de nevrites. O grupo é pois constituído essencialmente pelas «formas maculares simples».

*Grupo dimorfo (Borderline)* — casos malignos, muito instáveis, com baciloscopia positiva em regra e lepromino-reacção geralmente negativa. Mesmo quando a pesquisa no muco nasal é negativa, o exame histológico revela em geral abundantes bacilos. Estes casos podem provir do tipo tuberculóide por reacções sucessivas evoluindo para o tipo lepromatoso. Morfológicamente as lesões cutâneas (placas, faixas ou nódulos, etc.), têm uma distribuição apenas distinta da lepromatosa pela assimetria e um aspecto suculto mas com as margens em declive (distinção do tipo tuberculóide cujos limites marginais são bem nítidos) e uma consistência mole; a sua superfície é lisa,





IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD.

WILMSLOW, MANCHESTER



### Depois da tempestade a bonança

**“MYSOLINE”** é o novo anticonvulsivo que em ensaios clínicos feitos em todo o mundo mostrou ser extraordinariamente eficaz no tratamento da epilepsia.

Uma nova série de publicações recentemente aparecidas confirmam a favorável opinião emitida pelos primeiros trabalhos publicados; a sua notável acção no grande mal foi de novo posta em relevo, e é evidente que pode igualmente ser benéfica na epilepsia psicomotora.

Os trabalhos, embora escassos, referentes à acção de **“MYSOLINE”** no pequeno mal, são animadores.

#### Vantagens:

- Baixa toxicidade.
- Ausência de efeitos hipnóticos.
- Boa tolerância à dose terapêutica.
- Efeitos benéficos do estado geral e do comportamento, e maior sociabilidade.

Os comprimidos de **“MYSOLINE”** (0,25 grs.) estão postos à venda em embalagens de 100 e 1.000.

# “MYSOLINE”

(5 - etil - 5 - fenil - hexahidropirimidina - 4 : 6 - diona)

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

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

brilhante e de cor violácea, ainda que nos indivíduos de pele branca possa revestir uma tonalidade acastanhada.

#### EPISÓDIOS REACCIONAIS

Todas estas formas podem apresentar no decurso da sua evolução episódios de reacção ou reactivação dos quais três merecem particular atenção:

*Lepra lepromatosa reaccional* — pode ainda revestir dois aspectos:

1 — *reacção leprosa* — em que há um agravamento das lesões cutâneas preexistentes acompanhando um surto febril;

2 — *eritema nodoso leprótico* — de prognóstico mais favorável consiste no aparecimento de nodosidades subcutâneas, eritematosas e dolorosas, com marcada alteração febril. Como variante desta forma é descrita na América Central e México o «fenómeno de Lúcio» que sobrevem nos casos de lepra lepromatosa difusa e que consiste num eritema nodoso necrótico.

*Lepra tuberculóide reaccional* — traduz-se por um surto infiltrativo das lesões tuberculóides preexistentes que revestem um aspecto suculento, ou então pela súbita aparição de elementos novos idênticos ou de nódulos subcutâneos de origem hematogénea. Os troncos nervosos são também interessados na reacção podendo-se observar a formação de abscessos ou fenómenos necróticos localizados. Em regra não há febre nem sintomas gerais, a não ser a diminuição de intensidade da leprominoreacção durante a crise.

*Reacção dos casos dimorfos* — caracteriza-se pelo intenso edema e descamação das lesões que podem mesmo ulcerar-se profundamente e em cujo exame bacteriológico se observam abundantes bacilos; quase sempre os nervos são incluídos na reacção tornando-se extraordinariamente dolorosos e provocando marcadas alterações funcionais. A lepromino-reacção mantém-se negativa e a baciloscopia nasal é francamente positiva.

Como se verifica o critério que dominou nesta classificação foi essencialmente o clínico e a própria Comissão diz: «o estudo científico de um caso, utilizando o critério imunológico e histológico, serve para completar a classificação primária e colocá-lo em determinado grupo ou variedade; só quando estes dois últimos processos de diagnóstico não concordarem com a classificação clínica deve ser revista a posição do caso tendo em consideração a sua ulterior evolução. Todos os doentes devem sempre ser classificados de acordo com os factos observáveis, no momento do exame, ainda que este faça suspeitar que os elementos se encontram em evolução».

Aprovada por larguíssima maioria esta classificação suscitou logo discussão que estamos convencidos irá continuar até ao próximo Congresso. Ela tem contudo o mérito de procurar bem definir alguns factos e principalmente de colocar ao alcance do médico prático, trabalhando isolado em condições tantas vezes difíceis e sem recursos laboratoriais, uma

ordenação dos aspectos clínicos bem patentes no lepromatoso.

De entre as críticas que se levantam as mais consistentes parecem ser aquelas que se referem à inclusão de variedades maculares nos tipos lepromatoso e tuberculóide, pois evidentemente o aspecto clínico é aqui insuficiente para se chegar a este diagnóstico e os outros critérios adoptáveis estão sujeitos à discussão, havendo mesmo autores que negam terminantemente a existência destas variedades.

Há também discordância na manutenção do grupo indeterminado cuja designação talvez menos confusa seria «maculo-anestésico»; numerosos são também aqueles que preferiam destacar deste grupo as formas estáveis (maculo-anestésicas e polinevriticas) em contraposição



## COMPLEXO B

	Tubo de 25 comprimidos	12\$50
Série fraca —	Caixa de 12 ampolas	22\$50
	Frasco de 50 comprimidos	28\$00
Série forte —	Caixa de 6 ampolas de 2cc.	32\$00
Xarope —	Frasco de 170 cc.	27\$00
Reforçado —	Tubo de 20 comp.	35\$00



LABORATÓRIOS

DO

**INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA**

às outras que representam talvez apenas a evolução natural da doença no sentido polar lepromatoso ou tuberculóide.

São contudo observações que não invalidam as directrizes tomadas e parece-nos que, nas suas grandes linhas, a classificação adoptada satisfaz plenamente no momento actual a maioria dos leprologistas e permite a obtenção de dados uniformes nos censos ora em curso e nos vários estudos aconselháveis.

#### II — TERAPEÛTICA DA LEPRO

O período que medeia entre o V e o VI Congressos constitui aquele em que, felizmente, maior quantidade de substâncias activas antileprosas se evidenciaram. De acordo com as decisões da reunião de Havana intensificou-se a aplicação do tratamento sulfónico e actualmente é possível indicar um certo número de regras básicas para a sua aplicação bem como para a de outros medicamentos.

*Sulfonas* — Segundo a expressão da Comissão: «12 anos de experiência demonstram que as sulfonas constituem o melhor tratamento até agora utilizado e por isso devem ser consideradas como a base da nossa acção antileprosa, ainda que continue em suspenso a razão íntima da sua forma de actuar que, contudo, parece ser essencialmente bacteriostática».

Apesar dos numerosos compostos mono e disubstituídos ensaiados com o fim de se obter uma menor toxicidade e melhor eficácia, não existe qualquer indicação segura que algum seja preferível a outro e chega-se à conclusão que todos são eficazes quando empregados em doses convenientes. Atendendo à menor dosagem necessária e ao contróle mais fácil das quantidades absorvidas é preferível o emprego da 4-4'-diaminodifenilsulfona (D. D. S.).

Comprovadas profundas diferenças não só na tolerância individual como na sensibilidade rática às sulfonas a dosificação tem que ser adoptada a cada caso clínico. Admite-se que os limites da eficácia e inocuidade estão compreendidos entre 300 e 1.200 mgrs. por semana, cuja administração pode ser feita pela divisão em doses diárias, trisemanais, bissemanais ou mesmo semanais. A preferência da maioria dos autores vai para a via oral, mas a parentérica, intramuscular ou venosa, é também utilizada em larga escala.

É de aconselhar iniciar o tratamento com doses reduzidas para a adaptação do organismo; estas doses devem ainda estar em relação com o estado geral do doente: assim nos indivíduos robustos pode-se começar o tratamento com 1/4 da dose prevista, mas nos debilitados ela deverá baixar para 1/6 ou mesmo 1/8. O aumento da dose administrada deverá ser lento e progressivo, devendo, em regra, levar-se 6 a 8 semanas para atingir a quantidade desejada.

Comprovou-se que a administração de doses mais elevadas que aquelas que apontamos não só não oferece vantagens clínicas apreciáveis como aumenta desnecessariamente os perigos de intoxicação.

Ainda que não seja regra absoluta é vulgar intercalar períodos de repouso no decurso do tratamento, mas a administração ininterrupta não tem mostrado qualquer inconveniente.

Qualquer que seja o método adoptado não foi ainda demonstrado que sobrevinha bacterio-resistência durante o tratamento sulfónico.

Por razões de ordem vária efectuaram-se numerosas experiências com diferentes terapêuticas associadas às sulfonas — P. A. S., estreptomina, chaulmoogra, etc. — mas os resultados obtidos não são de forma nenhuma concludentes e não levam a aconselhar como mais útil qualquer forma de tratamento misto. Exceptua-se, evidentemente, a medicação geral empregada com o fim de melhorar as condições de resistência individual: tónicos, antianémicos, vitaminas, etc.

A acção tóxica das sulfonas tem-se evidenciado por reacções variadas das quais as principais são as seguintes: foxidermias, psicoses, anemia e hepatite; as duas primeiras são as mais graves, mas, qualquer delas obriga logo que se verifique o seu aparecimento à redução das doses suspensão temporária da medicação ou mesmo o seu abandono total.

São também frequentes os surtos de reacção leprosa no decurso do tratamento que igualmente condicionam a modificação do esquema terapêutico adoptado, pelo menos durante algum tempo.

Os resultados obtidos manifestam-se rapidamente, não só pela acentuada melhoria do estado geral mas também pela atenuação dos sintomas específicos; a regressão bacteriológica apesar de acompanhar a melhoria clínica é contudo mais lenta a manifestar-se.

O tempo necessário para a cura clínica varia com o tipo da lesão e não existe qualquer uniformidade nas estatísticas apresentadas. Estas até parece estarem condicionadas também por factores ráticos e geográficos. De uma forma geral o período de cura para a maioria das observações está compreendido entre 3 e 5 anos, mas os estudos mais recentes levam a admitir que a doença pode reverter uma forma latente em que todos os

exames são negativos, sendo possível, em qualquer momento, uma reactivação devido a factores que ainda nos escapam. Por isso é de aconselhar uma vigilância prolongada dos «casos curados», ou melhor: o prolongamento da terapêutica como «cura de consolidação», tanto mais que a simplicidade da administração oral não torna este método complicado, e permite a indispensável segurança médico-social.

De entre as outras medicações a clássica *chaulmoogra* mantém ainda os seus adeptos e é um facto que não deve ser retirada, por enquanto, do nosso arsenal terapêutico pois na dose de 15 a 50 c.c. semanais leva a resultados comparáveis aos obtidos com as sulfonas. Por outro lado ela é ainda indispensável nalguns casos de intolerância às outras drogas, bem como nos métodos alternantes.

Em virtude contudo da sua acção se manifestar muito mais lentamente que a das sulfonas, a maioria dos autores abandonou o seu emprego sistemático.

*Tiosemicarbazonas* — de entre elas a *paracetamidabenzilaldeidotiosemicarbazona* — T. B. 1 — é a mais largamente empregada e a experiência demonstra que a sua eficácia se aproxima muito da das sulfonas.

A dose máxima admitida é de 300 mgrs. por dia no adulto, mas a maioria dos autores concorda em que se não deve exceder 150 a 200 mgrs. diários. Mesmo com esta dosagem são frequentes acidentes tóxicos (anemia, hepatite e agranulocitose) principalmente no decurso das primeiras semanas da instituição do tratamento.

Atendendo a estes factos o Congresso achou preferível que o T.B. 1 seja apenas utilizado nos casos em que é imprescindível substituir a sulfonoterapia por outra medicação.

*Cortizona e ACTH* — é nas manifestações alérgicas e tóxicas da medicação antileprosa que estas hormonas têm a sua principal indicação bem como no tratamento tópico das lesões oculares.

O seu emprego nas reacções agudas ou subagudas conduz apenas a melhorias fugazes, às quais se pode mesmo seguir um agravamento pelo que não é de aconselhar a sua administração na grande maioria dos casos.

selhar a sua administração na grande maioria dos casos.

*Estreptomina* — a menor toxicidade da dihidroestreptomina permitindo o seu emprego durante largos períodos de tempo (até 1 ano e mais) conduziu a resultados brilhantes em certos casos de lepra, principalmente do tipo tuberculóide. A preferência da maioria dos investigadores vai para o uso alternado de estreptomina e sulfonas e também para a sua administração simultânea; raros são os que a utilizam como medicação exclusiva. A dose habitual é a de 1 gr., em injeção intramuscular, três vezes por semana.

Tendo ficado igualmente demonstrado o valor deste antibiótico nas fases agudas da doença onde muitos vezes consegue sustar rapidamente crises intensas e apesar de não haver ainda suficiente experimentação para conclusões seguras, o Congresso opinou: «a dihidroestreptomina é uma substância antileprosa que não é de desprezar, mas o seu uso deve ainda ser olhado como na fase experimental».

As terapêuticas *cirúrgica e fisioterápica* foram também largamente discutidas e é evidente que actualmente a sua indicação é cada vez mais frequente para auxiliar à readaptação dos numerosos doentes cujas moléstias foram dominadas pelos outros tratamentos. Este papel cabe principalmente à cirurgia estética e à mecanoterapia, bem como aos processos destinados a atenuar os sofrimentos das nevrites pós-leprosas.

### III — EPIDEMIOLOGIA E PROFILAXIA

Apesar de as estatísticas apresentadas demonstrarem enorme disseminação da doença através do Mundo e ainda que se verifique mesmo que em alguns territórios ela se encontra em expansão, o aspecto geral do problema não se torna desolador pela certeza que há-de poder-se empregar meios de combate cuja eficácia está comprovada.

Por vezes a comparação de estatísticas anteriores com as actuais, para um mesmo território, parece evidenciar um

NA GOTA, REUMATISMOS, MIALGIAS,  
ESPONDILITE ANQUILOSANTE

# POLIARTRINE

DRAGEIAS

(fenilbutazona + o-Oxibenzoilamida + cloridrato de tiamina)

Na POLIARTRINE encontra-se o farmaco de MAIOR ACÇÃO ANTI-REUMÁTICA desde que em 1949 a cortizona e o ACTH foram introduzidos na TERAPEUTICA ANTI-REUMÁTICA

LABORATÓRIO FIDELIS

enorme acréscimo de casos, mas na realidade tal não sucedeu e isto traduz apenas o conhecimento popular da eficácia dos nossos meios, pois uma elevada percentagem de doentes que se mantinham ocultos acorrem agora aos serviços médicos, cientes das possibilidades de cura actuais.

Verificada contudo a real extensão do mal de Hansen e tendo as experiências imunológicas demonstrado a vantagem do uso do B.C.G., o Congresso aconselhou as seguintes medidas:

1 — Recenseamento cuidadoso de leprosos e conviventes.

2 — Educação e treino de pessoal especializado em número suficiente.

3 — Campanha de propaganda mostrando ao público e aos doentes o estado actual do problema bem como as reais possibilidades de cura.

4 — Protecção e vigilância dos conviventes principalmente por meio de:

a) — calmetização o mais larga possível;

b) — observação rigorosa e permanente dos indivíduos que permaneçam lepromino-negativos;

c) — vigilância aturada dos contactantes com doentes infectantes, mesmo quando lepromino-positivos.

5 — Isolamento selectivo dos contagiantes em Sanatórios apropriados.

6 — Tratamento aturado, em régimen ambulatório, nos Dispensários, dos casos tuberculóides e indeterminados que se verifique serem susceptíveis de uma rápida negatificação bacilífera.

7 — Internamento em Preventórios das crianças sujeitas a contágio, as quais deverão ser vacinadas pelo B.C.G., quando necessário, e submetidas a uma observação cuidadosa durante o tempo indis-

pensável para se confirmar que estão indemnes de lepra.

#### IV — ASSISTÊNCIA SOCIAL

O notável avanço da eficácia terapêutica antileprosa e os mais recentes conceitos da epidemiologia desta afecção tiveram como consequência imediata um acréscimo dos problemas relacionados com a reintegração ou adaptação do leproso curado ou em tratamento ambulatório ao meio social que lhe é ancestralmente hostil.

Foi justamente sob este ângulo que a Comissão de Assistência Social focalizou a doença propondo algumas soluções tendentes a minorar a angústia e as dificuldades dos seus doentes e dos seus familiares. Muitas das medidas sugeridas, contudo, só poderão ser exequíveis com o auxílio ou patrocínio dos Governos, mas, felizmente, a maioria deles (entre os quais se coloca de há muito o Português) já tem realizado, ou está em via de executar, uma obra notável neste sentido.

De entre as recomendações do Congresso destacam-se:

— a montagem de escolas ou oficinas anexas aos Sanatórios, pela vantagem que representa a reeducação profissional de certos doentes;

— a conveniência de interferir o menos possível na vida dos leprosos não contagiantes e que são susceptíveis de tratamento ambulatório;

— a necessidade de auxílio moral e material aos dependentes de doentes incapacitados de trabalhar ou obrigados a isolamento sanatorial;

— a vantagem da existência de uma legislação que faculte aos doentes considerados curados o acesso a

determinados cargos ou, pelo menos, lhes conceda primazia em funções compatíveis com o seu estado.

\*

Relatado, muito sucintamente, o que se passou neste VI Congresso Internacional de Leprologia e feitas algumas considerações sobre o mesmo, verifica-se, em suma, que houve notáveis progressos em todos os capítulos discutidos e, muito principalmente, naqueles que mais interessam ao doente e ao médico, e até ao público em geral: o tratamento e a profilaxia.

Com efeito o advento das medicações referidas e o melhor conhecimento da epidemiologia modificaram, de tal forma o conceito dos métodos clássicos que a maioria dos pacientes deve hoje em dia ser tratada em régimen ambulatório e, portanto, terminou, ou melhor, atenuou-se grandemente, um dos maiores pavores que a doença suscitava: a segregação!

Por outro lado a calmetização junta à diminuição do número de focos de contágio, torna possível antever uma redução substancial da quantidade de casos novos.

Tudo se conjuga pois, para que no VII Congresso a efectuar em 1958 seja possível verificar que o flagelo está dominado, encontrando-se a doença em franca regressão em todos os países e mesmo talvez já extinta em alguns.

Estamos esperançados que, mais uma vez, Portugal será uma das Nações que neste capítulo poderá apresentar resultados dos mais favoráveis.

Lisboa, Novembro de 1953.

### Sociedade Portuguesa de Neurologia

Realizou-se no dia 14 de Janeiro, no hospital Miguel Bombarda, uma sessão solene, para inauguração do biénio académico de 1954-1955, da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria. Ao acto, a que assistiram numerosos médicos, presidiu o Prof. Correia de Oliveira, ladeado pelo Prof. Almeida Lima e pelos Drs. João Santos e Corino Andrade.

O Prof. Correia de Oliveira, na oração inaugural, falou acerca da evolução das ciências neurológica e psiquiátrica e dos seus progressos. Começou por evocar os nomes dos grandes mestres da psiquiatria portuguesa, como Miguel Bombarda, Júlio de Matos e Sobral Cid, após o que analisou o resultado do 5.º Congresso Internacional de Neurologia, realizado em Lisboa, em 1953, durante o qual homens dos mais eminentes tiveram palavras de admiração para a ciência portuguesa e para o nosso País.

Depois de várias considerações sobre a psiquiatria e neurologia, o Prof. Correia de Oliveira terminou dizendo que em face do grande e rápido progresso daquelas duas ciências, espera que, com as novas descobertas, venham a alcançar grande desenvolvimento num futuro próximo.

## MICRIL COMPLEXO

### COMPLEXO B BARRAL

FORNECE AO ORGANISMO OS MÍNIMOS NECESSÁRIOS DE CADA ELEMENTO DO COMPLEXO B, ACTIVANDO AS OXIDAÇÕES E ACELERANDO OS FENÓMENOS DO METABOLISMO

#### APRESENTADO SOB 3 FORMAS:

**INJECTAVEL** — SOLUTO INJECTÁVEL DE VITAMINAS B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, PP E PANTOTENATO DE CÁLCIO — CAIXAS DE 5 e 10 AMPOLAS DE 2,2 c. c.

**XAROPE** — AS MESMAS VITAMINAS COM EXTRACTO DE MALTE EM XAROPE DE CASCAS DE LARANJA, DOTADO DE SABOR AGRADÁVEL — FRASCOS DE 125 c. c.

**DRAGEIAS** — CADA DRAGEIA EQUIVALE A 10 c. c. DE XAROPE — FRASCOS DE 40 DRAGEIAS.

### LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

REPRESENTANTES NO PORTO: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.<sup>DA</sup>

# 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 Injetável)

**Gripe**

**Traqueítes**

**Bronquites**

**Congestões pulmonares**

**Pneumonias**

**Broncopneumonias**

# PROPULMIL

INFANTIL

**Bial**

SUPOSITÓRIOS

Caixas de 1 e de 6

**Perfeita tolerância**

**Rápida e poderosa eficiência terapêutica**

# HA CINQUENTA ANOS

## A contribuição portuguesa de Dezembro de 1903 para o progresso das Ciências Médicas

V

Todos os jornais médicos portugueses, em Dezembro de 1903, se referiram, sentidamente, à perda do doutor António Augusto da Costa Simões, lente jubilado e decano da Faculdade de Medicina de Coimbra, que foi também reitor da Universidade da mesma cidade, presidente da câmara dos deputados e par do reino, eleito pelos estabelecimentos científicos. Como professor, era considerado uma glória nacional. Consagrou-se à histologia e à fisiologia, numa época em que estas ciências eram ainda como que uma novidade no País. E conseguiu que fossem criados em Coimbra os Laboratórios daquelas ciências, onde passaram a ser obrigatórios os trabalhos práticos para alunos e professores em todas as disciplinas do curso médico. Como administrador dos Hospitais da Universidade, realizou uma obra notável.

— Na Academia das Ciências de Lisboa, foram eleitos para a 1.<sup>a</sup> classe: presidente, Virgílio Machado, Silva Amado, vice-presidente, Almeida Lima, vice-secretário e Bombarda, Serrano e Nery Delgado, membros do conselho administrativo.

— A Sociedade das Ciências Médicas teve, neste mês, apenas uma sessão, a que assistiram somente 10 sócios, contando com os membros da mesa e os comunicantes, para ouvirem Virgílio Baptista sobre «sífilis e cacodilato iodo-hidrargírico», cujos resultados deste medicamento — afirmou — é o primeiro a reconhecer; Zeferino Falcão, que falou também sobre sífilis; Xavier da Costa, igualmente sobre o tratamento da sífilis com injeções da mesma droga e Sabino Coelho acerca do «Prolapso completo do recto e calopexia».

— «A Medicina contemporânea» inseriu um estudo de A. J. Ferreira da Silva, sobre «A análise química e o aguamento dos vinhos» e um artigo, «Amigdalotomia», de Leite Valadares.

Sobre a falsificação dos vinhos publicou o «Movimento médico» um trabalho de Serras e Silva. E Alberto Nogueira Lobo deu-nos, no mesmo jornal, «Algumas experiências da verificação do processo de Chantemesse para a pesquisa do bacilo tífico nas águas».

Na «Medicina contemporânea, refe-

re-se Azevedo Neves às instalações Finsen em Berlim e Dresde. Bombarda dá-nos no referido jornal uma lição da sua cadeira de fisiologia geral e histologia, sobre excitantes e condições de vida, um estudo médico-legal — «Epi-

lepsia, Crime de deserção», e um artigo, «Leis contra ciência»; Sabino Coelho publica a comunicação que fez na Sociedade das Ciências Médicas, que acima citamos; e Peres Rodrigues faz a história de um caso de tétano.

Augusto Monjardino estuda, no «Boletim do Hospital de S. José e Anexos» o «Tratamento das fístulas recto-vaginais, complicadas de rectite crónica hipertrofica».

— A comissão municipal de Lisboa, foram apresentadas as bases de estudo sobre uma proposta de Morais Carvalho para a instalação de um balneário na capital. Os preços seriam de 80 e de 40 réis com fornecimento, ou não, de lençol e sabão — o que foi aprovado. A respectiva instalação estava orçada em sete contos de réis.

E, assim, terminou a contribuição portuguesa de 1903 para o estudo das Ciências Médicas.


BARROS E SILVA

### Médicos condecorados

O embaixador da França, sr. Gilbert Arvengas, entregou no dia 12 de Janeiro no Palácio de Abrantes, no decurso de uma cerimónia íntima, as insígnias de cavaleiro da Legião de Honra ao Prof. Carlos Larroudé e ao Dr. Abreu Loureiro, além das de oficial da mesma Legião, entregues ao Prof. Matos Romão, antigo director da Faculdade de Letras de Lisboa.

O sr. Gilbert Arvengas, que se encontrava rodeado dos seus principais colaboradores, sublinhou, numa expressiva alocação, o significado das distinções conferidas, lembrando, a propósito, o carinhoso interesse que, em todas as circunstâncias, no exercício das suas actividades profissionais os agraciados demonstraram para com a França.

Assistiram ao acto as esposas dos homenageados, bem como várias entidades universitárias portuguesas, entre as quais os Profs. Gustavo Cordeiro Ramos, director do Instituto de Alta Cultura, e Gonçalves Rodrigues, director da Faculdade de Letras de Lisboa, e Dr. João de Almeida, director do Ensino Superior e das Belas Artes.




**ALGINEX**

ANALGÉSICO  
DE USO EXTERNO

apresentado em forma de stick  
com excipiente especial

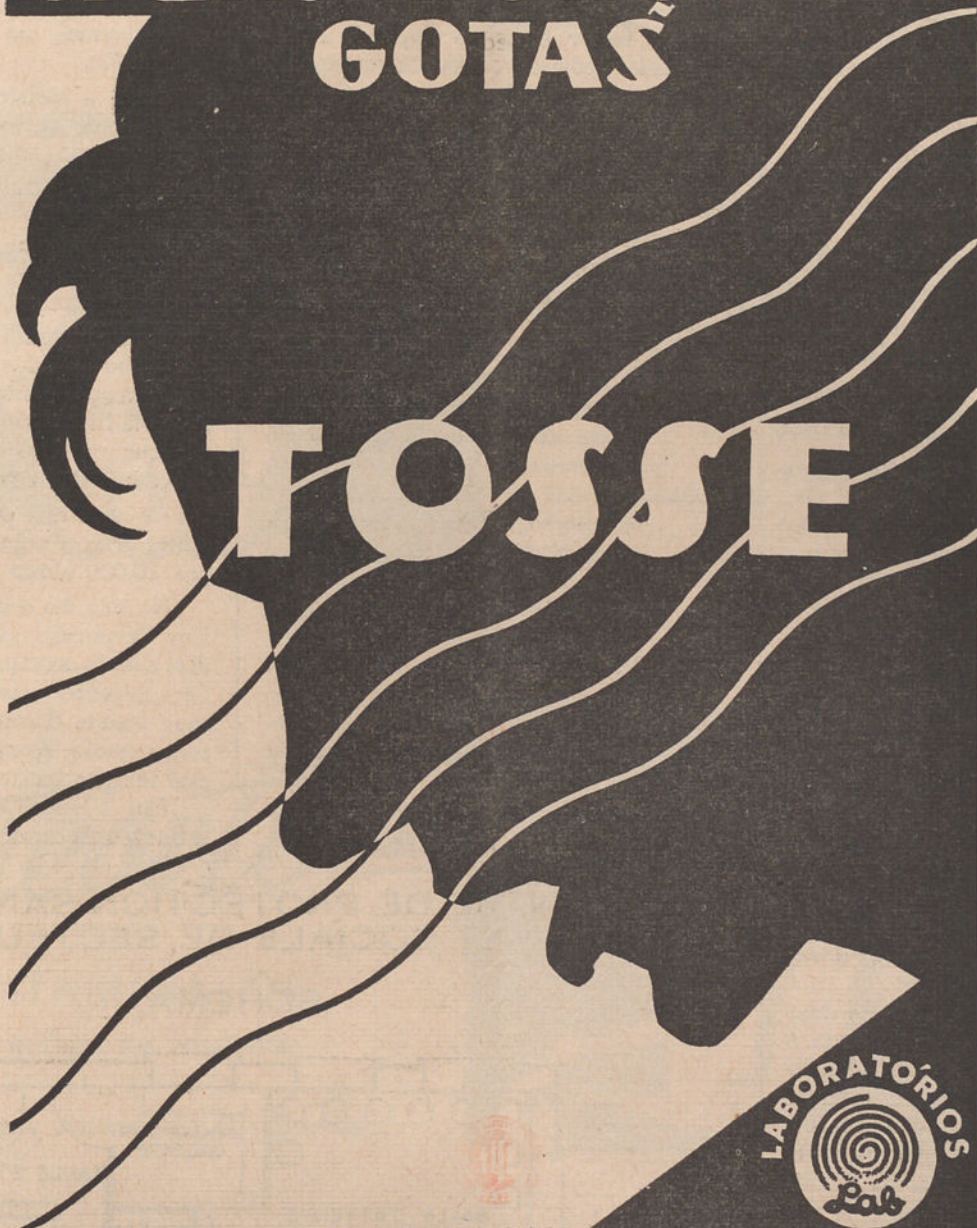
DE ACÇÃO INTENSA  
E R Á P I D A



LABORATÓRIOS  
DO  
**INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA**

LISBOA      PORTO      COIMBRA

**transbronouina  
GOTAS**



**TOSSE**



**DIR. TEC. DO PROF. COSTA SIMÕES**

# ASPECTOS DO EXERCÍCIO DA MEDICINA, EM MEIO RURAL

BERNARDINO DE PINHO

(Inspector Superior de Saúde e Higiene  
da D. G. S.)

(Continuação)

## V

### Em França

Os departamentos de saúde são, em França, os organismos de execução local.

Correspondem, na escala administrativa, às nossas Delegações de Saúde Distritais.

São dirigidos por médicos de saúde pública, pertencentes ao quadro da inspecção do Ministério da Saúde Pública e da População e trabalhando à *plein temps*.

Nos Pirinéus Orientais, é *Mr. le Dr. Fonroget* que exerce as funções de director departamental de saúde, para o que dispõe de uma magnífica instituição, denominada Centro Departamental de Pro-cabendo-nos a honra de chefiar o grupo e Perpilhão, sede do departamento.

Aí estivemos em 1952, com os nossos colegas *Dr. Beattie* (Inglaterra), *Dr. Bergmann* (Suécia), *Dr. Kock* (Alemanha), *Dr. Modric* (Jugoslávia), acompanhados pelo *Dr. Rijkells* (O. M. S.), cabe-nos a honra de chefiar o grupo e de relatar os seus trabalhos.

Além da repartição de higiene pública, que compreende a luta anti-epidémica, o «contrôle» sanitário de fronteiras, a salubridade de habitações e estabelecimentos, etc., há actualmente no centro, os seguintes serviços médico-sociais:

- secção de luta antituberculosa;
- secção materno-infantil;
- secção de luta antivenérea;
- consultas sobre higiene mental e sobre cancro (*consultations avancées*).

Há também um laboratório, com duas secções, a de bacteriologia e serologia e a de química. A cada secção está adstrito um médico, à *plein temps* e um assistente.

Para orientar cada uma das secções, há ainda os médicos-conselheiros, que, nalguns casos, são professores da Faculdade de Medicina da região — a de *Montpellier*.

Assim, o Professor *Lemarque* orienta as «*consultations avancées*» de luta contra o cancro, e o Professor *Cazal* os problemas de hematologia.

Só o médico director do departamento de saúde, o seu adjunto, um empregado e a dactilógrafa são pagos pelo orçamento do Estado.

O resto do pessoal ou recebe da prefeitura ou das caixas de assistência social ou ainda por verbas de outras origens.

Pelo que diz particularmente respeito ao nosso tema — medicina rural — a acção do centro departamental de saúde projecta-se até às vilas e às aldeias, directamente ou por intermédio dos centros de circunscrição e de sector.

O departamento está dividido em 19 sectores, havendo uma assistente social em cada sector, o que corresponde a uma densidade média de 12.000 habitantes por assistente social. Mas pensa-se em abaxiar esta densidade para 6.000 habitantes, nas regiões mais afastadas dos centros populacionais ou mais difíceis por qualquer outra razão.

A instalação mínima de um centro de sector compreende:

- Uma sala de espera.
- Uma sala de exames médicos, provida de instalação eléctrica e os meios de obscurecimento para aparelho de radioscopia, em montagem do «*service itinérant*» antituberculoso.
- Sala das assistentes sociais, para os interrogatórios, as medidas de peso, altura e outras, e para a colheita de produtos destinados a reacções e análises — sangue, exsudatos, etc.
- Vestiários, abrindo directamente na sala de exames médicos e na sala das assistentes, por um lado, e na sala de espera, por outro.

Na planta junta se pode ver a posição relativa de cada um destes compartimentos.

cebem 30 francos; e por cada vacinação antidiftérica 60 francos, etc.

Estivemos no centro de sector de *Ile-sur-Tet*.

Aqui, a assistente social é paga pela mutualidade agrícola.

Os médicos especializados dos serviços médico-sociais — materno-infantil, tuberculose, etc., — que trabalham no centro departamental, vêm periodicamente de Perpilhão.

Além do serviço social da mutualidade agrícola, a enfermeira visita todos os recém-nascidos, elabora os ficheiros, etc. Nas suas visitas dá conselhos às mães e indica-lhes a conveniência de consultar os seus médicos ou de ir às consultas do centro de sector.

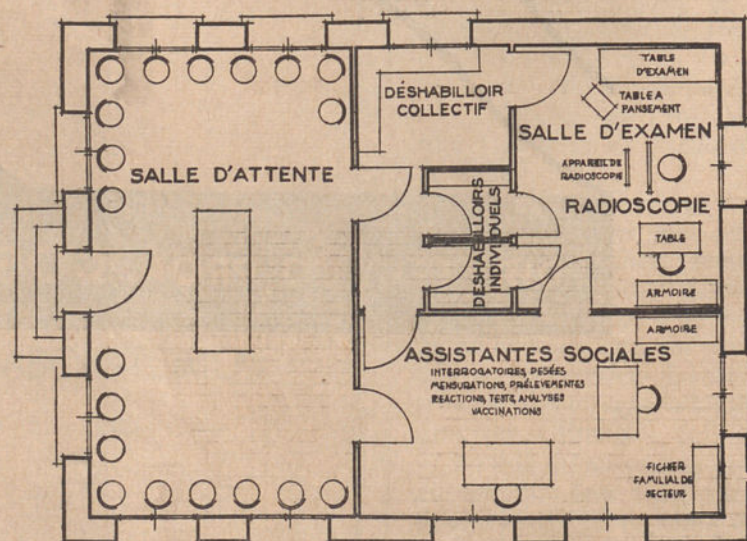
*Ile-sur-Tet* é uma vila de 5.000 habitantes, mas a população da comuna anda por 10.000 almas.

Na vila, há 4 médicos de clínica livre. Em Perpilhão, onde estagiamos alguns dias e onde acompanhamos o nosso colega *Dr. Argelliès* nas suas consultas e nas suas visitas domiciliárias, a famílias de zonas rurais, cerca de 90 % da população está inscrita na *Securité Sociale*.

Em França, esta organização compreende três escalões — a Caixa Nacional,

### CENTRE DE PROTECTION SANITAIRE ET SOCIALE DE SECTEUR

#### SCHEMA



São os médicos de clínica livre que efectuam normalmente as vacinações, trabalho que lhes é pago *par acte*.

Por cada vacinação antivariólica re-

a Caixa Regional e a Caixa Primária ou Departamental.

Para os trabalhadores de campo, uma mutualidade agrícola está organizada, e a

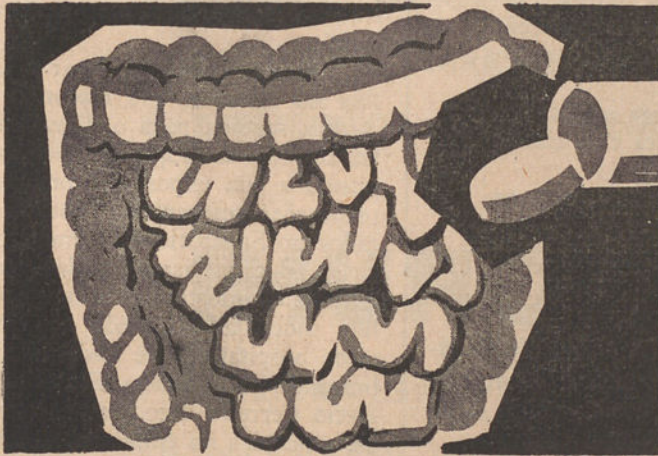
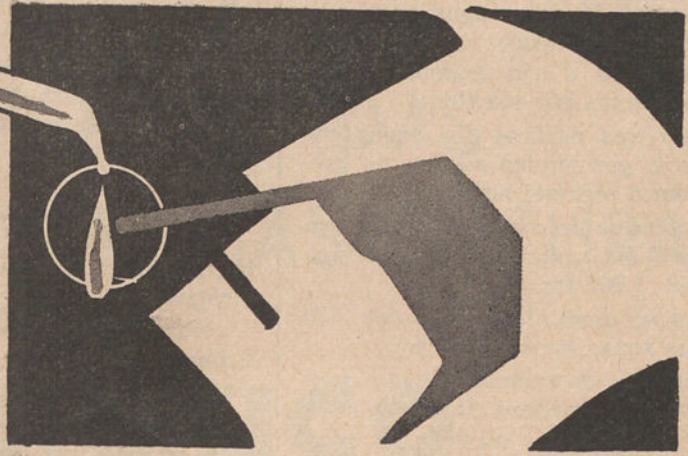


# Teninalbal

## Tópico nasal

Penicilina G potássica - Efedrina natural  
Gomenol - Eucaliptol

Infecções das vias respiratórias primárias.



# Carifosquadrina

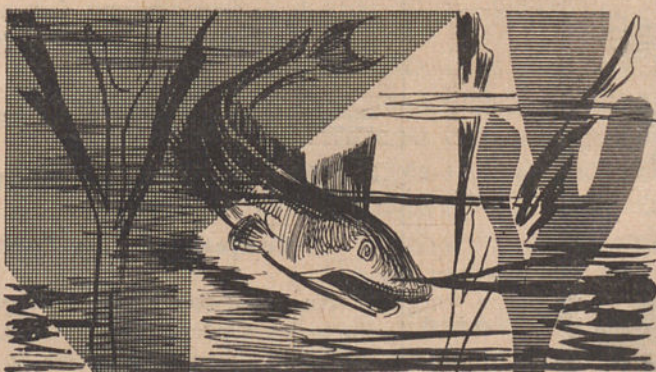
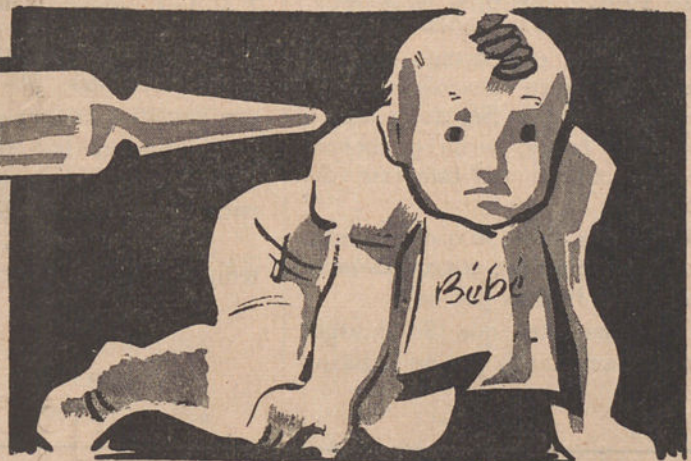
Poderoso anti-espasmódico  
Cólicas gastro-intestinais, he-  
páticas, renais, menstruais, etc.

Apresentação { tubo de 20 pilulas queratinizadas  
caixa de 6 supositórios

# Osteovit

VITAMINA D<sub>2</sub>  
1 milhão de unidades

Raquitismo - Avitaminose D - Dentição



# Adexil

Vitamina A+D

VITAMINA A 300.000 U. I.  
VITAMINA D 300.000 U. I.

Regulador do crescimento ósseo - malformações  
dentárias - aumento das defesas orgânicas.  
(Substitui o óleo de fígado de bacalhau).

também em escala nacional, regional e departamental. Mas, por agora, esta mutualidade abrange apenas os trabalhadores assalariados e não engloba os que exploram a terra por sua conta.

Os serviços médicos são pagos *par acte*, isto é, por serviço médico, de harmonia com a seguinte tarifa:

*No gabinete de consulta* (dia de trabalho), 300 frs.; (dia feriado), 650 frs.; (de noite), 1.000 frs.

*Visita no domicílio* (na cidade), 450 frs.; (nas zonas rurais), 400 frs.

Orgulhosos do exercício de uma profissão livre, os médicos franceses mantêm-se fiéis às regras clássicas do exercício da profissão.

Não compreendem o pagamento de serviços clínicos por meio de salário.

Os doentes pagam directamente ao médico as consultas ou as visitas e, do mesmo modo, os medicamentos ao farmacêutico.

Eles, os doentes, são reembolsados em seguida, pela caixa primária ou departamental, de 80 % da despesa.

Ficam 20 % a seu cargo, para evitar abusos, constituindo esta percentagem o que se denomina «*ticket modérateur*».

Os outros actos ou serviços médicos são pagos por uma tabela de base e uma série de coeficientes estudados para cada intervenção médica — lancetar um abscesso, fazer um pneumotórax, operar uma apendicite, etc.

Os médicos nem sempre respeitam a tarifa de honorários, do que resulta uma sobrecarga para o cliente e, ao mesmo tempo, motivo de reclamações.

Se uma pessoa está doente durante seis meses, um médico «*contrôleur*», empregado das Caixas de Seguro e trabalhando à *plein temps*, visita o doente, podendo este entrar na categoria de doente crónico.

Depois de três anos, se o doente não está curado, pode ser-lhe concedida uma pensão de 5.000 francos por mês.

Para os transportes, que são encargo das caixas, há uma tarifa por quilómetro.

Embora o camponês goste de ser tratado em sua casa, a hospitalização alargase, dia a dia.

Nas comunas, há muitos hospícios, que são sobretudo casas de velhos. Mas há sempre algumas camas para doentes. Visitámos um desses hospícios, em *Arles-sur-Tech*, com 45 leitos, que custou 23.000.000 de francos à comuna.

A hospitalização faz-se principalmente em centros hospitalares departamentais.

Nos Pirinéus Orientais, esse centro é Perpignano, que faz parte, por sua vez, do centro regional de Montpellier.

A cada faculdade ou escola de medicina corresponde, em regra, um centro regional.

O Centro hospitalar departamental dos Pirinéus Orientais, com sede em Perpignano, que agrupa uma misericórdia e outras instituições, compreende os seguintes serviços:

- 5 serviços de clínica médica;
- 5 serviços de clínica cirúrgica;
- 1 serviço de fisiologia;
- 1 serviço de doenças contagiosas;
- 1 serviço de otorrinolaringologia;
- 1 serviço de oftalmologia;
- 1 serviço de pediatria;
- 1 serviço de radiologia.

Tem 1.278 leitos. A população da cidade de Perpignano é de 80.000 habitantes. Mas o centro departamental serve uma população de 230.000 pessoas.

Todos os doentes pagam a sua diária, sem descontos.

Não há hospitalização gratuita. Se o doente está inscrito nas caixas de assistência social, seja no seguro social, seja nas mutualidades agrícolas ou outras ainda existentes, são estes organismos que pagam a hospitalização.

Se o doente não está no seguro e não pode pagar, a hospitalização constitui encargo do Estado ou das Comunas.

A diária (*prix de journée*) era, ao tempo, de 2.000 francos.

(*Continua*)

## Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa

No dia 14 de Janeiro, realizou-se uma sessão científica da Sociedade Médica dos H. C. L., a qual teve extraordinário interesse e numerosa assistência. Presidiu o Dr. Cordeiro Ferreira e foram apresentadas duas importantes comunicações.

Na primeira, os Drs. Martins da Fonseca e Décio Ferreira, respectivamente, cardiologista e cirurgião do Sanatório do Lumiar, falaram da «*Nossa experiência na cirurgia das cardiopatias congénitas e adquiridas*» e o Prof. Diogo Furtado e os Drs. Vasconcelos Marques e Moradas Ferreira, director e assistentes do Serviço de Neurologia do hospital dos Capuchos, apresentaram, na segunda, um trabalho sobre «*Angioma cavernoso epidural*».

Falou em primeiro lugar o Dr. Martins da Fonseca que traçou a conduta médica seguida para o diagnóstico e selecção das cardiopatias operáveis, ilustrando a sua exposição com numerosas projecções referentes a doentes já operados no Sanatório do Lumiar. Ao referir-se ao cateterismo cardíaco como método de diagnóstico, acentuou a sua absoluta inocuidade, citando os vários serviços hospitalares de Lisboa e de Coimbra onde ele se pratica. Em seguida o Dr. Décio Ferreira descreveu as técnicas por ele utilizadas no tratamento cirúrgico do aperto mitral e das doenças azuis, apresentando, a terminar, os seus resultados, em todos os aspectos comparáveis aos dos Centros estrangeiros da especialidade. Assim, em quinze operados de aperto mitral, sem nenhum caso fatal, e apenas duas mortes nos doentes azuis, dois casos muito graves de tetralogia de Fallot, e óptimos resultados nos restantes casos operados desta última doença.

Seguiu-se a comunicação do Prof. Diogo Furtado e Drs. Vasconcelos Marques e Moradas Ferreira, apresentada pelo último. Tratava-se de um caso muito raro de angioma cavernoso epidural de localização espinal, com compressão medular e sem lesões ósseas. A propósito deste caso, operado com êxito, os autores fazem a revisão das diversas formas de angiomatose do sistema nervoso, em particular dos cavernosos, referindo uma classificação que há tempo propuseram e que voltam a defender. Aludindo à patogenia daquelas lesões, declaram aceitar a ideia de se tratar de uma forma particular de displasia, com diferentes potenciais evolutivos.

## Dr. Amílcar Moura

### Conferência no Porto

Na sede do Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos, realiza, no dia 13 do corrente, pelas 22 horas, o Dr. Amílcar Moura uma conferência com o título «*Medicina psico-somática — orientação da escola do Prof. Harold Wolf, de Nova Iorque*». No final, é admitida controvérsia.

MARTINHO & CIA. Lda

Tudo o que interessa na  
medicina e cirurgia

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

# 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

## A MEDICINA EM S. BENTO

## O AVISO PRÉVIO DO PROF. CID DOS SANTOS

*Com o começo da publicação, na íntegra, da exposição do aviso prévio feita pelo Prof. Cid dos Santos na Assembleia Nacional, damos hoje início à reportagem — que continuará nos números seguintes de «O Médico» — de tudo que se tem passado nas memoráveis sessões nas quais foram debatidos problemas de grande interesse para a classe médica.*

### As responsabilidades que impendem sobre o apresentante do «aviso prévio».

Senhor Presidente: O Aviso Prévio constitui dentre as várias actividades da Assembleia o processo que mais responsabilidade envolve para quem levanta uma questão e para a própria Assembleia que pode vir a pronunciar-se sobre ela.

Uma dessas responsabilidades que pesa sobre o autor do Aviso é a de colocar a Assembleia em condições de poder conscientemente pronunciar-se.

Constituiu para mim uma constante preocupação, este aspecto da questão. O problema que vou analisar hoje é complexo, delicado e sob muitos pontos de vista — técnico.

É meu desejo não colocar ninguém na situação de não saber o que fazer por se ver obrigado a julgar sobre a matéria que ultrapassa o seu campo de conhecimentos e a sua cultura geral. Se o não conseguir, não foi por falta de vontade mas por incapacidade pessoal.

*Introdução Geral*—A matéria deste Aviso Prévio trata do nosso primeiro e grande passo para encetar a remodelação dos problemas do Ensino Médico e dos Hospitais em Portugal, materializado pelo enorme edifício da Faculdade-Hospital de Lisboa, que agora esboça os primeiros sinais de vida.

O que se pretendeu ao idealizar esta grande obra, Foram essencialmente três os fins em vista:

1.º Reunir num todo homogéneo o centro dos estudos médicos da Universidade de Lisboa de modo a permitir um melhor aproveitamento do tempo para os alunos no mais fácil intercâmbio entre os diversos sectores da organização constituída pela Faculdade de Medicina com os seus Institutos, Serviços Clínicos e Serviços anexos.

2.º—Dar a todos esses sectores uma instalação apropriada, sem luxo, mas realizando as condições mínimas indispensáveis para o seu bom funcionamento nos campos do ensino, da investigação e da clínica, numa atmosfera própria e nas condições higiénicas necessárias.

3.º—Contribuir com a utilização das suas 1.500 camas para a solução do problema da hospitalização na área de Lisboa e da zona sul do País.

Para compreender bem este enorme edifício que tanto impressiona todos os que o contemplam é indispensável saber-se como se encontravam e se encontram ainda distribuídos os diversos sectores da Faculdade de Medicina de Lisboa até agora.

No edifício do Campo de Santana funcionavam os Institutos não clínicos tais como a Anatomia, a Histologia, a Fisiologia e Química Fisiológica, a Farmacologia, a Anatomia Patológica e a Medicina Operatória com os seus laboratórios, as suas bibliotecas, os seus anfiteatros. No mesmo edifício encontravam-se também os centros da direcção e da administração, a biblioteca central e a Associação Académica

No Hospital de Santa Marta, que dispõe de 500 camas em superlotação, funcionam os serviços clínicos que lá foi possível instalar — os dois grandes serviços de Clínica e Patologia Cirúrgica, e os pequenos serviços de Propedéutica Médica, Tisiolo-

gia, Neurologia, Pediatria, aos quais estão anexos um Centro de Radiologia e outro de Agentes Físicos. Os Institutos Bacteriológico, de Oftalmologia, de Medicina Legal e de Higiene constituem organizações independentes anexas à Faculdade, onde é ministrado o ensino, das respectivas cadeiras. Enfim, pelos diversos Hospitais da rede dos H. C. L. e pelo Hospital Júlio de Matos é ministrado o ensino das cadeiras e cursos restantes pelos professores que só o podem fazer por serem simultaneamente, como tem sido nossa tradição, médicos, cirurgiões ou especialistas dos Hospitais. A nova Faculdade-Hospital contém pois reunidos os serviços contidos no Edifício do Campo de Santana, no Hospital de Santa Marta, nos H. C. L., um forte anexo do Instituto de Oftalmologia, toda parte pedagógica do Instituto Bacteriológico, ficando de fora os Institutos de Higiene e de Medicina Legal. Se pensarmos agora que os serviços transferidos de Santa Marta foram instalados numa área maior do que a que possuíam para alguns muito maior como sucede com a Pediatria, e que dos novos serviços, alguns constituem grande unidade, de modo que o número total de camas passou das 400 oficiais de Santa Marta para 1.500; e que os serviços gerais, anexos, depósitos, alojamentos, tomaram proporções que nunca lhes foram reconhecidas até agora nem eram de resto possíveis, será fácil compreendermos que não é para admirar que a reunida de tantos sectores se materialize num edifício tão vasto que mais vasto lhe parece a quem o vê do exterior porque não sabe da existência dos grandes pátios interiores e imagina uma espessura útil maior do que a real. E além de tudo isto é preciso contar com o espaço reservado a corredores, escadas e patamares exigidos pelas circulações especiais, e cuja soma deve representar uma área não utilizável de dimensões insuspeitadas.

É esta acumulação de funções num edifício cuja capacidade útil é mais reduzida do que se julga, que explica o modo mesmo tempo a sua amplidão e a escassez de espaço reservado a muitos dos seus sectores, o que tem desencadeado muitos sorrisos incrédulos ou iras excitadas.

Imaginado há mais de 20 anos para ser inaugurado passados três anos, passou esta questão por várias vicissitudes que a arrastaram até hoje, quando, já inaugurada, ainda não está terminada.

Porque se todos vêm o edifício, se nele já viveram Congressos, é indispensável não se esquecer o essencial constituído pela organização. Organização significa as pessoas que actuam no edifício o modo como actuam, onde e com que actuam. Não preciso insistir mas parece-me bom apontar para este aspecto que contém em si todo o problema.

*Reunião dos problemas Faculdade e Hospital-Faculdade.*—Ora a Faculdade de Medicina, os seus Institutos e ainda mais, os seus Serviços Clínicos encontravam-se muito mal instalados, quer por falta de espaço, quer por falta de qualidade e número das instalações necessárias. Um grande número de serviços clínicos não existiam e encontravam-se dispersos pelos diferentes Hospitais de Lisboa. Por outro lado se as instalações não eram satisfatórias, o pessoal docente, médico auxiliar e todo o pessoal não docente têm pecado muitas vezes pela falta afritiva de número, pela sua falta total ou pela baixa qualidade da enfermagem. Além disso, muitos qua-

dros não tinham de ser considerados por existirem (embora com as mesmas restrições) os da organização (geralmente os H. C. L.) onde têm funcionado os centros clínicos Escolares inexistentes em Santa Marta.

Constrói-se então a Faculdade-Hospital para suprir todas essas faltas e assim conter todos os sectores absolutamente necessários ao ensino da Medicina instalados em departamentos bem ordenados e bem apetrechados e com o pessoal próprio.

Se olharmos agora para as plantas, não para o edifício, verificámos rapidamente que além do que existia disperso por Lisboa, aparecem os departamentos cuja existência estava prevista mas que não possuem ainda quadros e outros que não só não possuem quadros mas nem estavam previstos.

Eis porque eu tive de agregar o problema da Faculdade de Medicina ao do Edifício da Faculdade-Hospital.

Impossível, só pelas razões apontadas, tratá-los separadamente.

Além disso, o grande aspecto da Faculdade-Hospital, o que lhe dá uma feição particular é o de constituir o primeiro grande passo que já tem um antecedente no Instituto Português de Oncologia, para se sair do ciclo de mediocridade em que tem vegetado a assistência e o ensino médico e sobre o qual todos têm estado de acordo:

- a) Pessoal escasso e insuficientemente preparado.
- b) Falta de elementos de direcção e orientação competentes.
- c) Insuficiência de verbas.
- d) Instalações velhas e insuficientes. Isto tem sido repetido à sociedade.

Mas se quisermos sair francamente da situação de atraso em que nos encontramos em matéria de assistência com a respectiva repercussão sobre o ensino temos de reconhecer claramente onde está o mal e procurar arrancá-lo. Isso só se consegue seguindo um plano bem gizado e que se aplica progressivamente. Porque reformas desta importância em que se pretende transformar condições materiais, pessoal e mentalidade, não se realizam revolucionariamente de uma só vez, e nada se consegue com pequenas medidas dispersas que logo são afogadas pelas dificuldades encontradas e pelo mar dos defeitos pré-existent e profundamente fixados.

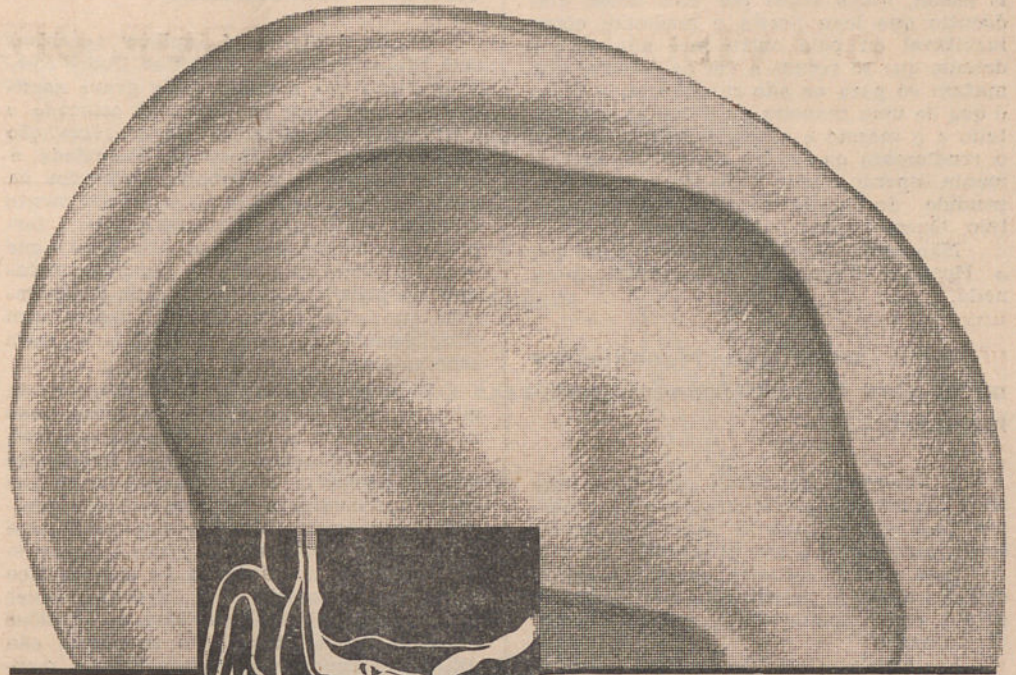
É por isso que a intenção revelada pelo Governo ao publicar o plano de reorganização hospitalar do País e mais concretamente neste momento pela conclusão do edifício do Hospital-Faculdade de Lisboa precisa não ser em grande parte anulada pela forma como essa intenção se vai materializar.

Se tudo se anunciasse bem, pergunto a mim mesmo que razão justificaria a minha presença nesta tribuna e o abandono temporário da minha actividade normal.

É claro que vou tratar do que me parece estar mal e não do que está bem. E vou fazê-lo para que se não diminua o muito que há de bom nesta iniciativa e para que se não comprometa o seu valor como factor do ressurgimento da Assistência Médica no nosso País.

Ora entre nós confunde-se constantemente e, por vezes intencionalmente, a crítica construtiva com a maledicência que também é um defeito muito nacional.

Responde-se constantemente a qualquer crítica, justificada ou não, que nada pode ser perfeito e com um tal lugar co-



Apresentando

# CHLOROMYCETIN tópico

um progresso notável  
no tratamento das

**INFECÇÕES DE FERIDAS  
E DOS OUIDOS**

A apresentação do Chloromycetin Tópico permite uma utilização mais vasta do conhecido espectro de actividade bacteriana deste anti-biótico. O Chloromycetin Tópico recomenda-se no tratamento da otorreia crónica, otite média supurativa e infecções de fenestração, assim como nas intervenções operatórias em mastoidites; a lavagem de queimaduras, abcessos e outras feridas infectadas mostrou-se igualmente eficiente.

Obtêm-se ainda resultados satisfatórios nas infecções provenientes de intervenções de cirurgia plástica.

#### REFERÊNCIAS:

Lewis, R. S. & Gray, J. D.

«O Tratamento do otorreia crónica e o Chloromycetin»

Brit. Med. J., 2:939, 1951.

Flint, M. H., Gillies, H. e

Reid, D. A. C.

«Aplicação local do Chloromycetin em feridas infectadas»

Lancet,

1:541, 1922.



O CHLOROMYCETIN TÓPICO

(cloranfenicol B. P., 10 0/0, em Glicol Propilénico)

é apresentado em frascos de 5 cm<sup>3</sup>

com conta-gotas

**Parke, Davis**

& COMPANY, LIMITED Inc. U.S.A.

HOUNSLOW, próximo de LONDRES

Representada em Portugal pela

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

LISBOA



num e estado de espírito destroem-se, por vezes, as acções mais bem intencionadas. E assim, umas vezes por este nosso mal doentio que logo aceita o mediocre como inevitável ou pelo outro mal não menos doentio que se recusa a ver os defeitos que matam só para os não reconhecer, o facto é que de uma maneira ou de outra o resultado é o mesmo e as obras não produzem o rendimento que delas se deveria logicamente esperar e uma parte do esforço despendido do capital invstido fica improdutivo. Quem perde?—Nós todos.

Não venho dizer a esta Assembleia que o Hospital-Faculdade não presta para nada...

### Vinte benefícios reconhecidos numa obra «verdadeiramente revolucionária».

O Hospital-Faculdade constitui uma obra tão revolucionária entre nós que, mesmo mal aproveitado e mal organizado, constituirá sempre um progresso.

Com efeito, os seus benefícios indiscutíveis e que se verificarão, mal o edificio entrar em funcionamento, podem enumerar-se assim:

1— Existência de um edificio especialmente destinado aos fins a que se destina.  
2— Excelentes instalações de muitas secções importantes (Blocos Operatórios, Serviço de Sangue, Esterilizações, Laboratórios dos Institutos, Serviço Central de Raios X e de Agentes Físicos).

3— Condições gerais higiénicas apropriadas.

4— Fácil ligação entre os diversos sectores da Faculdade.

5— Apetrechamento novo, abundante e excelente.

6— Extraordinária melhoria das instalações para os doentes.

7— Criação de novos serviços, cuja falta constituía uma grave lacuna.

8— Aquecimento e água quente por toda a parte. Rede telefónica interna e externa.

9— Serviços sanitários modelares.

10— Sistema de cozinha e copa eficiente.

11— Consultas das especialidades bem apetrechadas e com boas condições.

12— Bons anfiteatros e condições para reuniões científicas nacionais e internacionais..

12 A — Possibilidades didácticas muito ampliadas.

13— Criação do Serviço de Cirurgia Experimental (luta de cinquenta anos!).

14— Bom sistema de depósitos e armazéns..

15— Boas instalações para quartos particulares.

16— Circulações limpa e suja bem estabelecidas.

17— Multiplicação dos pequenos centros de Raios X.

18— Serviços de isolamento para contagiosos bem ideados.

19— Boas instalações para pessoal interno, etc.

El poderia prolongar esta enumeração.

Mas estes benefícios que devem encher de contentamento aqueles cuja vida vai estar relacionada com a nova obra, doentes, médicos e alunos, não podem de modo algum justificar que se não olhe para as deficiências patentes ou fáceis de prever e que podem abaixar sensivelmente o nível da instituição e retirar-lhe grande parte do seu significado, função e eficiência.

Dos defeitos irreparáveis e das situações definitivas não vale a pena occupar-mo-nos pois que o mal está feito.

Mas se existem ou se antevêm realmente deficiências ou erros que podem ser corrigidos ou evitados e se com isso se torna possível colocar a instituição no nível que lhe compete, então todo o silêncio é cúmplice e toda a defesa do «statu quo» dum concepção puéril das realizações é um receio injustificado da capacidade de compreensão do País.

### Explicação das coisas sem subterfúgios nem sofismas.

O que é preciso é explicar as coisas sem subterfúgios nem sofismas. Todos compreenderão que é muito mais grave sacrificar a um amor próprio mal colocado o alto espírito de uma política de renovação representada pelo Hospital-Faculdade e que a despesa e o trabalho utilizados na correcção dos erros e no estabelecimento de uma organização bem concebida é largamente compensada pelos resultados a que uma tal orientação só pode conduzir. Estamos no principio. As obras e as organizações que se seguirão poderão nascer logo simultaneamente mais perfeitas e mais económicas.

Mas antes de entrar no ponto vivo da questão, não posso deixar de dizer duas palavras sobre a minha posição pessoal.

Quero declarar a V. Ex.<sup>a</sup> sr. Presidente que me encontro totalmente isolado e que não trago comigo a representação de qualquer força ou organização relacionada com o ensino ou a assistência. Nem o Conselho da Faculdade de Medicina de que eu faço parte, eu represento aqui. Isso quer dizer que a orientação das questões, as opiniões expostas, as críticas e as propostas são da minha exclusiva responsabilidade, mesmo quando elas coincidam com critérios ou propostas semelhantes feitas por outrém.

Julgo que esta falta de apoio é compensada pela liberdade de que disfruto neste momento.

Como compromissos, um só: aquele que tomei perante o meu País de olhar para os problemas com independência, objectividade e espírito de compreensão; o de nada me deter na crítica; o de procurar conseguir a realização prática das necessidades verificadas, não permitindo na medida das minhas poucas forças, que tudo seja levado pelo vento ou fique apenas arquivado no papel.

Todos sabemos que a liberdade pura não existe. A minha, encontra-se condicionada ao meu compromisso.

De outra coisa quero avisar-vos sr. Presidente. O estudo crítico a que tive de proceder conduziu-me frequentemente até às pessoas que serão forçosamente atingidas directa ou indirectamente pelas minhas críticas ou as minhas propostas. Conheço suficientemente o nosso meio para saber com que facilidade se atribuem as opiniões emitidas por um crítico aos efeitos das suas amizades ou inimidades pessoais. Por isso, me senti várias vezes tentado em não tocar em certos pontos ou a fechar os olhos perante situações que poderiam desencadear esse espírito do publico. Senti o peso do encargo que tomei e vacilei muitas vezes perante a necessidade de o levar por diante. Foi então que o meu compromisso publico revelou toda a sua força, e decidi encarar esses problemas mais delicados como encararei quaisquer outros, embora sabendo que as minhas opiniões e os meus sentimentos correm o risco de ser mal interpretados. Nenhuma dessas críticas resulta de um improviso. Todas foram pesadas e julgadas por mim repetidas vezes. Evitei todas as que se não revelaram absolutamente indispensáveis. Assim me encontrarei de vez em quando favorecendo ou opondo-me ao amigo e ao que não o é. Mas não foi de ânimo leve que me decidi. Espero ser compreendido nas minhas intenções. Uma só coisa me tranquiliza: não dei um passo para procurar a posição que occupo.

Neste inquérito pelos Serviços Clínicos, Institutos e Serviços anexos deste Hospital-Faculdade, e pelos organismos que actualmente o orientam, cada sector está sob a direcção de homens que todos conhecemos melhor ou pior. Devo advertir que ao considerar os diversos sectores do Hospital-Faculdade nas suas distribuições e proporções relativas, atendi primeiramente às suas funções, importância e necessidades gerais sem me preocupar com os seus actuais dirigentes. Num Hospital-Faculdade em que o espaço útil não abunda, os valores relativos entre as diversas secções têm, antes de

mais nada, de ser atendidos. Os Serviços e Institutos com as suas funções, obrigações e responsabilidades são perenes e devem antes de mais nada, poder apresentar as condições mínimas de trabalho aos diversos homens que sucessivamente as dirigem. Isto quer dizer, para exemplificar, que dentro do espaço de que dispõe, não se podem alargar ou reduzir sectores na medida do interesse ou desinteresse dos seus proprietários, quando esses aspectos pessoais — certamente respeitáveis — estejam em desacordo com os valores relativos correspondentes a cada sector.

Segui por natureza durante muitos anos, sem o saber, o preceito de Marco Aurélio que nos diz: «Não te sirvas da vida que te resta para imaginar o que fazem os outros a menos que te proponhas qualquer fim útil à comunidade».

Encontro-me hoje na situação de tratar de uma obra cujo fim é ser útil à comunidade e, por isso, tive de olhar para o que os outros fazem e como o estão a fazer.

Como já tive ocasião de dizer, apenas vou olhar para as coisas como estão, criticá-las e procurar uma solução para elas.

Não terei portanto, que me referir ao passado, senão muito excepcionalmente. Deixo para outros a história deste empreendimento que conheço muito mal. Preocupa-me apenas o desejo de o ver atingir o fim para que foi destinado.

*Hospital-Faculdade e os Organismos que actualmente a orientam.* — Disse há pouco como estavam (e ainda estão) dispostos os diversos sectores em que se divide a Faculdade de Medicina e como eles ficarão unidos na sua maioria no Hospital-Faculdade.

Parece-me agora indispensável expor perante a Assembleia o sistema de Comissões e Ministérios, entidades e personalidades que intervêm directamente nesta última fase de preparação do Hospital-Faculdade.

1) O Ministério da Educação Nacional rege tudo quanto diz respeito aos quadros docentes, aos quadros do pessoal não docente dependente exclusivamente da Faculdade, e ao material de ensino propriamente dito.

Não existe qualquer Comissão especial ou qualquer ligação particular com o Conselho da Faculdade nesta matéria.

2) A Comissão Técnica dos Hospitais Escolares de Lisboa e Porto, cujo presidente, o professor Francisco Gentil, foi recentemente exonerado a seu pedido, e cujas funções consistem em orientar a construção dos Hospitais Escolares das duas capitais e a prestar a sua colaboração à nova Comissão Instaladora a que me vou referir mais adiante.

Esta Comissão Técnica, formada em grande parte pelos vogais da Comissão Administrativa dos Novos Edifícios Universitários, mas orientada por dois professores (hoje só um, o professor Hernâni Monteiro), trata com a Comissão Administrativa dos Novos Edifícios Universitários e directamente com os Ministros. Desde a exoneração do professor Francisco Gentil esta Comissão deixou praticamente de actuar sobre a vida do edificio de Lisboa.

3) A Comissão Administrativa dos Novos Edifícios Universitários, constituída por engenheiros, está encarregada de todas as obras e apetrechamento do edificio. Trata directamente com o Ministro das Obras Públicas.

4) A Comissão Instaladora e Administrativa do Hospital Escolar de Lisboa, é constituída por dois representantes do Ministério do Interior, um dos quais presidente e um representante do Ministério da Educação.

Esta Comissão, pelas funções de que está investida, tem uma acção predominante na resolução dos problemas deste momento.

Assim, compete-lhe:

Distribuir o material existente,  
Completá-lo.

Propor sobre todos os problemas pendentes, incluindo os que dizem respeito aos locais dos diversos sectores, adaptações

**forças combinadas**

**para dominar**

**as infecções**

**bacterianas**

**mistas**

# COMBIOTICO\*

COMBINAÇÃO DE PENICILINA - DIHIDROESTREPTOMICINA

- *Para uma acção sinérgica contra agentes patogénicos Gram-positivos e Gram-negativos.*
- *Possibilidades mínimas de aparecimento de estirpes resistentes.*
- *Simplifica a terapêutica antibiótica combinada.*

**Fórmula de 1 g:**

Uma dose simples (3 cc.) contém:—

300.000 unidades de penicilina G procainica cristalina

100.000 unidades de penicilina G sódica cristalina amortecida

1,0 g de sulfato de dihidroestreptomicina

frasco de 1 dose.

**Fórmula de 0,5 g:**

Uma dose simples (2 cc.) contém:—

300.000 unidades de penicilina G procainica cristalina

100.000 unidades de penicilina G sódica cristalina amortecida

0,5 g de sulfato de dihidroestreptomicina

frasco de 1 dose.

*Unicos Distribuidores:*

**NÉO-FARMACÊUTICA, LIMITADA**  
AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21, R/C. — TEL. 51830  
LISBOA

*Representantes de*

**Pfizer**

FUNDADA EM 1849

MARCA REGISTRADA DA CHAS, PFIZER & CO., INC.

*O maior Produtor de Antibióticos do Mundo*

e transferências, e modificações, incluindo os da zona não hospitalar.

- Elaborar regulamentos;
- Elaborar quadros;
- Contratar pessoal;
- Estabelecer os orçamentos.

Depende exclusivamente do Ministério do Interior, despachando directamente com o Ministro.

5) O Conselho da Faculdade de Medicina ou os professores individualmente, cuja função tem consistido em responder às perguntas e propostas formuladas pela Comissão Instaladora mas cuja acção é meramente consultiva e eventual.

6) Os três Ministros, das Obras Públicas, do Interior e da Educação, individualmente, cujos poderes lhes permitem interferir directamente e activamente na questão.

7) O Ministro do Interior como coordenador das indicações e propostas fornecidas pela Comissão Instaladora em contacto com os Ministros das Obras Públicas e da Educação.

8) A Comissão nomeada pelo sr. Ministro das Obras Públicas para se tomarem decisões quanto ao sistema de laboratório do Hospital e problemas anexos, trata com o sr. Ministro das Obras Públicas.

De todo este conjunto sobressaem três elementos, cuja acção é predominante, embora não exclusiva, como se viu.

- a) A Comissão Instaladora e Administrativa do Hospital Escolar de Lisboa.
- b) O sr. Ministro do Interior.
- c) A Comissão das Obras.

Julgo que podemos abordar finalmente e directamente a questão.

*Faculdade de Medicina, funções, quadro* — Não é possível estabelecer uma separação entre os problemas da Faculdade e os do Hospital, de tal modo eles se encontram unidos. Mas para conveniência da exposição, vou estudar aqui os aspectos que dizem respeito mais directamente às necessidades gerais do ensino e aos quadros docentes.

Em primeiro lugar, julgo indispensável explicar à Assembleia qual a noção que hoje devemos ter de um curso de Medicina. Como sempre e em toda a parte, as ideias estabelecidas e a significação dos termos ultrapassam por muito tempo o período em que tiveram a significação que se lhes dá. As próprias leis — e nisso o processo parece-me excelente — só atendem uma concepção nova, geralmente muito tempo depois dessa concepção se ter revelado e fixado.

E por isso que a ideia de um curso de Medicina e de uma Faculdade, ainda estão muito relacionados com a tradição do século passado. Segundo essa concepção, que correspondia à realidade, a Faculdade destinava-se exclusivamente a ministrar o ensino da Medicina durante os anos correspondentes ao curso médico. Uma vez formado, o novo doutor iniciava imediatamente a sua actividade profissional, no campo da prática clínica, a não ser que as suas excepcionais qualidades e o brilhantismo do seu curso o conduzissem rapidamente a lente. O intercâmbio entre a Faculdade e os países era mínimo e as funções investigadoras bastante circunscritas. No decurso destes 50 anos, as coisas evoluíram muito. O campo de estudo da Medicina alargou-se extraordinariamente, os métodos tornaram-se cada vez mais numerosos e complexos, as despesas sofreram um aumento global formidável, o intercâmbio tomou proporções nunca vistas, a investigação tornou-se uma banalidade, talvez mesmo se investigue hoje em excesso.

Desta maneira o curso de Medicina perdeu a sua significação primeira. Ao terminar o curso ninguém se encontra, hoje, com a possibilidade de exercer a prática clínica com consciência. E os seis anos de ensino não podem completar humanamente a matéria que teoricamente deveria ser exposta e apreendida. O curso de Medicina actual, apenas pode ser considerado como a base essencial, mas insuficiente, para a

preparação do médico. E o verdadeiro curso de Medicina estende-se hoje por muitos mais anos, variáveis segundo o ramo a que se dedicou cada um, e que constituem aquilo a que se pode chamar A Carreira Médica. Deste aspecto não vou ocupar-me agora.

Mas se falei nele, foi para poder ser entendido, quando digo que as funções de uma Faculdade de Medicina abrangem, hoje, além dum ensino básico, uma boa parte do chamado ensino complementar, sob a forma de cursos especiais de toda a espécie e de estágios de médicos no início da carreira e de homens já mais amadurecidos que vêm refrescar os seus conhecimentos ou estudar especialmente um problema. A função de Institutos e sobretudo clínicas, abrange pois, um campo muito vasto e importante e a sua frequência — que significa educação — será tanto maior quanto maior for a sua eficiência.

O quadro das Cadeiras e dos Professores terá de ser remodelado na atribuição e no número, tendo estes, princípios em vista.

O número de assistentes e auxiliares médicos terá de sofrer um aumento sem cair nos exageros. Não se pode deixar de considerar o lugar inexistente de Chefe de Clínica que constitui o auxiliar directo e categorizado do Professor. As próprias funções de cada um, terão de ser reconsideradas, pois no que diz respeito a professores e assistentes, por exemplo, continua a ser apenas considerado o número de horas destinado ao ensino directo dos alunos, como se de um Liceu se tratasse, sem que o trabalho necessariamente muito maior da actividade nos laboratórios e, sobretudo, nas clínicas (estudo dos doentes, preparação das exposições, actividade clínica) assim, como todo o tempo — por vezes tão longo — dedicado à investigação, entrem em linha de conta.

Mas no que diz respeito à remodelação do quadro da Faculdade, a primeira coisa que se impõe consiste na criação dos lugares de professores correspondentes a cadeiras ou cursos fundamentais e que ainda não têm existência oficial. Para alguns desses lugares, já existem os serviços no Hospital-Faculdade. Assim, por exemplo, os cursos de Otorrinolaringologia, de Urologia, cujos serviços já existem no novo edifício, não têm quadro nem está previsto o seu modo de funcionamento, nem a categoria dos seus professores, nem as suas dependências com as cadeiras do mesmo grupo. Actualmente os dois primeiros cursos estão sendo regidos por professores agregados (título platónico) mas só podem ser considerados oficialmente como primeiros assistentes.

No quadro actual, existem incongruências que se torna indispensável eliminar. Assim a Propedéutica Médica é uma cadeira regida por um catedrático e a Propedéutica Cirúrgica, um curso regido por um professor extraordinário. A Tisiologia, que já tem o seu serviço no novo edifício, deixou de ser considerada no actual quadro da Faculdade. Não se pode deixar de reconsiderar também os quadros dos serviços de Raios X e de Agentes Físicos.

Parece-me evidente que todas estas criações e regulamentos não podem demorar mais e que já deviam ter sido estabelecidos. Que eu saiba, nada constou no Conselho da Faculdade quanto a esta remodelação e ao modo como a ela se vai proceder, nem qual a entidade competente que a vai elaborar.

### Análise da instalação dos serviços em relação à planta do edifício.

Se olharmos agora para a planta do edifício, verificamos que o seu exame levanta vários problemas que se relacionam directamente com os quadros e as funções pedagógicas da Faculdade. Quero referir-me aos serviços sem dono, e que não correspondem a cursos oficiais, às duplicações, e aos serviços com dono mas cuja existência se não explica.

- a) *Serviços sem dono* — Encontra-se

nessas condições a Consulta Externa de afecções dos dentes, a Secção Cirúrgica incluída no sector da Tuberculose Pulmonar e o serviço de Cirurgia Infantil. O problema da consulta de afecções dos dentes põe mais uma vez em evidência a grave lacuna que constitui em Portugal o ensino da Estomatologia. Quem vai dirigir esta consulta que vai ter enorme movimento e que possui uma excelente aparelhagem pesada? e qual o seu quadro? e como vai ser recrutado? Além disso, não me parece possível conceber hoje uma consulta de Estomatologia sem a existência de pelo menos uma secção para internamento de doentes para cirurgia maxilo-facial, especialidade que escapa aos cirurgiões gerais.

A inclusão numa secção cirúrgica no sector da tuberculose pulmonar tem a sua justificação. Mas nada está estabelecido quanto à equipa cirúrgica que nela vai actuar.

Enfim, o serviço de cirurgia infantil toma um aspecto mais delicado pois já não é uma simples secção, mas um pequeno serviço, e encontra-se encravado em pleno serviço de pediatria médica. Este serviço não estava previsto nas necessidades da Faculdade e parece-me difícil justificar a sua existência, fora da justificação muito geral que pode explicar a existência de um serviço de qualquer ramo da Medicina. A cirurgia infantil não constitui uma especialidade e está sob o domínio da cirurgia geral e das cirurgias das regiões ou aparelhos e caracteriza-se apenas pela sua delicadeza. Mas a secção operatória já está instalada com a sua sala e anexos completos, e julgo preferível não desarrumar demais onde já tanto há que arrumar. Mas fica por resolver a quem se deve atribuir a direcção e qual o quadro deste serviço que não podem evidentemente ser comuns à parte médica.

Ainda existe um quarto serviço numa situação muito particular — ora terá um dono ora não o terá, e não quero deixar de me referir a ele, embora, como verão, não constitui, por agora, motivo para inquietações.

O serviço de Neuro-Cirurgia não pode ser considerado senão como uma simples dependência do serviço de Neurologia. Ora o professor de Neurologia não é geralmente um neuro-cirurgião, mas um neurologista puro. Quando, como agora, o professor de Neurologia é um neuro-cirurgião tudo correrá no melhor dos mundos, mas poderá não suceder o mesmo se o professor for um internista pois que pela força das coisas o neuro-cirurgião encontrar-se-lhe-á sujeito e isso conduzirá muito facilmente a conflitos. O problema está posto. Mas teremos todo o tempo para o solucionar e por agora podem ficar as coisas como estão.

*As duplicações* — Com a abertura do Hospital-Faculdade, cria-se para alguns, poucos, casos a situação de acumulação: encontram-se nessas condições a Bacteriologia, a Oftalmologia e Psiquiatria, mas os seus aspectos variam muito. Assim, a Bacteriologia não põe qualquer problema pois que toda a actividade do professor continua a ter lugar no Instituto Câmara Pestana e apenas se previram locais para o ensino dos alunos no edifício novo. Aqui não há propriamente duplicação, há divisão de trabalho.

Mas já na Oftalmologia, existe uma duplicação de serviços e de consultas, embora o serviço do Hospital-Faculdade não seja muito grande. E na Psiquiatria a duplicação com o Hospital Júlio de Matos ainda é mais acentuada pois já é considerado o número de doentes internados no Hospital-Faculdade em condições, aliás, excelentes. Uma pequena duplicação, pouca ou nenhuma importância tem. Não é a palavra que me preocupa. Mas a duplicação em escala apreciável constitui sem dúvida alguma um problema. Não foi encarado até agora, mas não poderá deixar de o ser o modo de solucionar estas situações.

(Continua no próximo número)



## NA UNIVERSIDADE DO PORTO

## HOMENAGEM AO PROF. AMÂNDIO TAVARES

Foi no domingo, 24 de Janeiro último, que os membros docentes da Universidade do Porto renderam homenagem ao Prof. Amândio Tavares, catedrático de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina, pela passagem do oitavo aniversário em que iniciou a sua reitoria.

Raras vezes se terá atribuído com tanta propriedade, ao Reitor, a designação tradicional de *Magnífico*.

A sua carreira profissional tinha já, pelos seus méritos, conferido ao Prof. Tavares o grande renome que pela sua categoria científica disfrutava nos meios médicos. A reitoria serviu para mostrar a estranhos as múltiplas facetas da sua rara personalidade: inteligência viva, simplicidade de trato, generoso acolhimento, com natural distinção; raro equilíbrio de conduta e porfiada vontade de trabalho fizeram dele um diplomata, um político, um triunfador, numa só palavra, um reitor.

Não cabe no âmbito desta simples notícia historiar o seu passado na cátedra, no Instituto para a Alta Cultura e na Reitoria. Por hoje ficamos no nosso parabém ao Amigo e Colaborador, a quem tanto devemos, pela homenagem feita pelos seus pares com a solene inauguração do seu retrato na galeria dos reitores da Universidade do Porto.

As saudações que daqui lhe enviamos são as de todos os que trabalham em «O Médico» e dos que escrevem e os que o lêem.

\*

A sessão realizou-se na Sala Nobre da Faculdade de Ciências com a presença das mais destacadas individualidades civis e militares, científicas e sociais da vida portuense.

Em lugares de honra, tomaram lugar os srs. Dr. Domingos Braga da Cruz, Governador Civil do Distrito; general Cotta Morais, comandante da I Região Militar; engenheiro José Albino Machado Vaz, presidente da Câmara Municipal do Porto; director das Faculdades de Ciências, Medicina, Farmácia, Engenharia e Economia, professores catedráticos, etc. Dos antigos reitores da Universidade, viam-se presentes os Profs. Alfredo de Magalhães e Sousa Pinto, não tendo comparecido o Prof. Adriano Rodrigues por motivos de saúde.

A galeria dos retratos, agora inaugurada, colocada à frente e profusamente iluminada por tubos fluorescentes, é constituída pelos seguintes reitores que desde 1911 — ano em que a junção das antigas Escola Médico-Cirúrgica e Academia Politécnica do Porto, formou a Universidade — passaram por aquele estabelecimento de ensino superior: Profs. Gomes Teixeira, Cândido de Pinho, Augusto Nobre, Alfredo de Magalhães, Sousa Pinto, Desembargador Alberto Plácido, Profs. José Pereira Salgado, Adriano Rodrigues e Amândio Tavares, reitor actual. Estes retratos, a óleo, foram pintados pelos pintores Abel

de Moura, Joaquim Lopes, Carlos Carneiro e Agostinho Salgado.

O primeiro orador a usar da palavra foi o engenheiro Manuel Correia de Barros, director da Faculdade de Engenharia, que dissertou largamente acerca da função educadora das Universidades. Analisou os diferentes conceitos da função universitária, o humanístico, o profissional, o técnico e o corporativo, deten-



*Prof. Amândio Tavares*

do-se mais demoradamente na apreciação deste último.

Louvou a acção desenvolvida pelo reitor da Universidade do Porto e a coadjuvação que lhe vem prestando o vice-reitor, salientando os benefícios das iniciativas à Universidade ligados e a cooperação da Câmara Municipal, sem esquecer a contribuição valiosa dada pela Associação Comercial que, com a criação dos seus cursos de estudos económicos e financeiros, algo contribuiu para a criação da Faculdade de Economia.

Concluiu afirmando: — que a presença destes retratos seja a recompensa para os que trabalham e um estímulo para os que continuam a trabalhar.

Seguiu-se no uso da palavra o Prof. Almeida Garrett, director da Faculdade de Medicina. Referindo-se aos vários reitores que serviram a Universidade, teve para cada um deles, algumas palavras de justiça para a memória dos que já faleceram e de viva admiração para os que, felizmente, ainda vivem. Salientou, no número destes, a presença ali do sr. Prof. Alfredo de Magalhães, a quem a Universidade — e a cidade do Porto — tanto e tanto devem. A assistência, sentindo bem a justiça daquelas palavras, prestou ao Dr. Alfredo de Magalhães uma carinhosíssima ovação, saudando, também, com nova salva de palmas, o Prof. Sousa

Pinto, seguidamente mencionado pelo orador, que falou, também, da acção desenvolvida pelo Prof. Adriano Rodrigues — ausente por doença — e pelo actual reitor, Prof. Amândio Tavares.

Proseguindo nas suas considerações deteve-se, o Dr. Almeida Garrett, a analisar o panorama universitário, afirmando que já antes da Universidade, professores como Gomes Teixeira e Ferreira da Silva, na velha Academia Politécnica, e Alberto Aguiar e Maximiano de Lemos, na velha Escola Médico-Cirúrgica, se devotaram no campo das ciências em pesquisas, estudos e investigações de elevado mérito. Sem dúvida, muito se fez, também, depois da criação da Universidade e só lamenta que nesta, tantas arestas prejudiquem, ainda, o seu bom rendimento.

Encerrando a sessão falou ainda o vice-reitor, Prof. Fernando Magano, que, afirmando ser a Universidade um campo de acção espiritual, fez uma curiosa síntese da evolução da Universidade do Porto, pondo em relevo o esforço dispendido para o seu progresso, engrandecimento e aperfeiçoamento por todos os reitores e professores que por ela passaram desde a sua fundação, esforço que o actual reitor e vice-reitor, bem como todo o restante corpo docente, procuram continuar e os vindouros não deixarão de continuar, também.

O Prof. Dr. Amândio Tavares foi, no final, cumprimentado e felicitado pelos representantes das autoridades, directores das Faculdades, corpo docente da Universidade e numerosas outras personalidades presentes à sessão.

---

## Dr. Almerindo Lessa

O Dr. Almerindo Lessa, médico-chefe do S. T. S. dos Hospitais Cíveis de Lisboa, foi nomeado para, na qualidade de secretário-geral do Bureau Internacional de Sangue e da comissão executiva dos Congressos de Hematologia e Transfusão, que se realizam em Paris no mês de Setembro próximo, tomar parte na reunião que a referida comissão executiva levou a efeito naquela cidade, de 17 a 24 do corrente mês, a fim de definir os planos daqueles congressos e as respectivas participações internacionais

---

## Hospitais Cíveis de Lisboa

### Concurso para internos do Internato Geral

Foram nomeados para constituírem o júri do concurso para internos do internato geral dos H.C.L. os seguintes assistentes daqueles Hospitais: Dr. Luís de Sousa Adão; Dr. Fernando Pais de Vasconcelos; Dr. João Rafael Casqueiro Belo Morais; Dr. Frederico Júlio Correia Madeira; e Dr. Rafael Adolfo Coelho.

# V I D A M É D I C A

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 1 a 7 de Fevereiro)

**Dia 1** — É concedida a verba de 750 contos à Comissão de Construções Hospitalares para pagamento dos encargos com os estudos e elaboração de projectos de obras de construção de hospitais subregionais.

2 — Inicia-se na Assembleia Nacional a generalização do debate sobre o aviso-prévio do Prof. Cid dos Santos. O primeiro orador é o Prof. Almeida Garrett que defende o princípio de que a direcção de um hospital escolar deve ser entregue a um professor de medicina e a um director administrativo, que com este viva em íntima ligação («O Médico» dará, com o devido relevo, notícia circunstanciada desta e outras intervenções na Assembleia Nacional).

— Também na Assembleia Nacional discursa o Dr. Santos Bessa que defende o princípio de subordinar todos os hospitais escolares ou não, ao Ministério do Interior, devendo serem dirigidos por um alto funcionário que não deve ser médico e muito menos professor. Pede a criação de um Ministério da Saúde.

— Em Lisboa, na Casa de Saúde do Telhal, com a assistência do Subsecretário de Estado da Assistência, em representação do Ministro do Interior, inaugura-se, um pavilhão destinado à Escola de Enfermagem Psiquiátrica da Província Portuguesa dos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus.

Realiza-se uma sessão solene, a que assistem, além do Subsecretário da Assistência, os Dr. Agostinho Pires, director geral da Assistência; Dr. Pedro Polónio, director daquela Escola; todos os médicos que fazem parte do corpo clínico e alunos do Curso de Enfermagem. Usam da palavra os Prof. Pedro Polónio e Dr. José Furtado Mateus.

— O Dr. Ribeiro Queirós, Subsecretário da Assistência despacha os subsídios e participações para a gerência de 1954, concedidos a estabelecimentos particulares e oficiais de assistência.

3 — O Prof. João Porto discursa na Assembleia Nacional a propósito do aviso-prévio sobre o Hospital Escolar e aborda largamente o problema da enfermagem.

No mesmo debate fala o Dr. Urgel Horta e termina pedindo a criação do Ministério da Saúde.

4 — Na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa tem a sua primeira assembleia geral a Sociedade Portuguesa de Esterilidade presidida pelo Prof. Neves e Castro, ladeado pelo Drs. Pedro Monjardino e Ferreira Vicente. É aprovado, por unanimidade, o regimento interno da colectividade. Depois são eleitos para a direcção o Prof. Freitas Simões, vice-presidente Prof. Novais e Sousa, de Coimbra, Prof. Moraes Frias, do Porto, e Dr. João Manuel Bastos de Lisboa, secretário geral Dr. Pedro Monjardino, secretários adjuntos Dr. Ibérico Nogueira, de Coimbra, e Rolando Vanzeler, do Porto, e Dr. Ferreira Vicente do Ervedosa, tesoureiro Dr. Francisco Félix Machado, comissão de reuniões científicas Prof. Alfredo Neves e Castro, Drs. Fernando Almeida e Jorge Brás; Comissão de Publicações Drs. Eliseo Montargil e Ferreira Simões.

— O Prof. Cerqueira Gomes, fala na Assembleia Nacional discordando de alguns pontos do aviso-prévio em discussão e elogiando a obra do Governo em matéria de assistência, pedindo a criação do Ministério da Saúde.

Sobre o mesmo aviso prévio se pronunciaram os deputados Drs. Melo e Castro e Rebelo de Sousa, que terminaram pedindo a criação do Ministério da Saúde.

— Na Academia de Ciências, sob a presidência do Prof. Egas Moniz, discute-se a actual linguagem científica portuguesa, com o fim de possível uniformização.

5 — No Porto, no Hospital de Santo António, no seu salão nobre, realiza-se, pelas 21,30 horas a passagem de filmes científicos «Tratamento conservador das lesões dos discos da coluna vertebral pelo Dr. G. Kaganas», e «Tratamento esclerosante das varizes pelo Dr. K. Sig» destinados à classe médica.

— Em Lisboa, na Assembleia Nacional, o Prof. Cid dos Santos discursa após o debate motivado pelo seu aviso prévio, esclarecendo os seus pontos de vista, agradecendo as críticas e o modo como, com excepção de uma, foram feitas e reafirmando pontos de vista emitidos naquele aviso-prévio.

Finalmente foi aprovada por unanimidade a seguinte moção:

«A Assembleia Nacional, diante do debate sobre o aviso prévio do sr. deputado Cid dos Santos e do intuito construtivo que animou a sua efectivação:

a) Reconhece e aprova os esforços desenvolvidos pelo Governo no campo da organização hospitalar em geral e no da sua aplicação ao ensino;

b) Admite a possibilidade de existirem erros de pormenor a corrigir ou lacunas a preencher.

Chamã por isso a atenção do Governo para o debate e convida-o a que, considerando este, busque os meios de dar satisfação a tudo o que parecer razoável».

Esta moção é assinada pelos deputados Drs.: Mário de Figueiredo, João Afonso Cid dos Santos, António de Almeida Garrett, João Maria Porto, Manuel Cerqueira Gomes, Joaquim de Moura Rêlvás, José dos Santos Bessa, Urgel Abílio Horta, Baltazar Leite Rebelo de Sousa e José Guilhermê de Melo e Castro.

6 — Informam de Armamar que o falecido Manuel Cardoso Pereira instituiu um legado de cinquenta mil contos destinados à construção de um hospital e para outros melhoramentos naquela vila.

— Em Lisboa, o Ministro das Obras Públicas e engenheiro Maças Fernandes, da comissão de Construções Hospitalares, e outros técnicos daquele departamento visitam as obras de ampliação do Hospital D. Estefânia, São recebidos pelos Drs. Emídio Faro e Rafael Ferreira, respectivamente, enfermeiro-mór e administrador dos Hospitais Cívics.

— Com início às 15 horas, realiza-se, na Faculdade de Medicina do Porto, a segunda reunião científica do corrente ano, sendo apresentadas as seguintes comunicações: «Sobre os tumores grânulo-celulares», pelo Dr. Daniel Serrão; «Aspectos morfológicos das anastomoses artério-venosas da parede gástrica», pelo Dr. Amarante Júnior; «Variações bruscas do nível da pressão arterial e sua relação com fibrilação ventricular», pelo Dr. Bragança Tender.

— Chega a Lisboa, o Prof. José Alix, secretário-geral da XIII Conferência da União Internacional contra a Tuberculose, que se realizará em Madrid, no próximo mês de Setembro.

O Prof. Alix desloca-se ao nosso País a fim de trocar impressões sobre aquela reunião científica com o Prof. Lopo de Carvalho.

— O Governador Civil de Braga torna pública a relação das instituições de assistência distrital que recebem subsídio pela Direcção Geral da Assistência e pelo Fundo do Socorro Social.

7 — Em Lisboa, os Ministros da Marinha e Economia inauguram o Posto de Depuração de Ostras do Tejo.

## AGENDA

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Para o provimento de vagas de médico-cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Angola.

— Para o provimento de uma vaga de médico fisiologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas de Macau.

— Está aberto concurso, nos Hospitais Cívics de Lisboa para o lugar de assistente de neurocirurgia.

— Está aberto concurso para a vaga de preparador de anátomo-patologia do Laboratório e Farmácia do Hospital do Ultramar em Lisboa.

Em Lisboa, na Sociedade Portuguesa de Esterilidade, nos dias 17 e 18 realizam-se sessões científicas naquela colectividade pelos Drs. Ferreira Simões, que tratará do tratamento cirúrgico da esterilidade e pelo professor da Universidade de Filadélfia Dr. J. P. Greenhill que se ocupará de «O que há de novo em obstetrícia e ginecologia».

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 28-1-54 a 4-2-54)

30-1

Dr. João Alfredo Cunha, médico — contratado para prestar serviço no quadro complementar dos cirurgiões e especialistas da província de Angola, no cargo de médico estomatologista, indo o contratado ocupar a vaga resultante da criação do lugar, pelo n.º 2 do artigo 7.º do Decreto n.º 38.499, de 8 de Novembro de 1951, e ainda não provido.

— Dr. Joaquim César Correia Pinto — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Moçambique, na vaga resultante da promoção à classe imediata do Dr. Narciso de Almeida Faria.

— Dr. Alfredo Jorge dos Santos — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Angola, na vaga resultante da passagem à licença ilimitada do Dr. Carlos Gago da Silva.

— Dr. Luciano Vieira — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Angola, na vaga resultante da promoção à classe imediata do Dr. Raul Jorge Palma de Figueiredo.

— Dr. João Gaioso Henriques — nomeado, precedente concurso, médico radiologista, com prática de radioterapia, do quadro complementar de cirurgiões e especialistas de Angola, indo ocupar o lugar criado pela alínea b) do artigo 5.º do Decreto n.º 38.980, de 8 de Novembro de 1952, e ainda não provido.

— Dr. Tito Serras Simões, primeiro-tenente médico — dada por finda a comissão de serviço, como médico-cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Angola.

4-2

A Câmara Municipal de Portimão declara que para o provimento do lugar vago de médico municipal do partido com centro em Mexilhoeira Grande, foi nomeado o Dr. Luís dos Santos Patrício.

# O MÉDICO SEMANARIO

DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Moraes Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA  
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Alu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudú, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmiento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotica do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Fisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António, José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO  
Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

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

Portugal Continental e Insular — 160\$00 Ultramar — 210\$00

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

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

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

# BISMUCILINA

Bial

## INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

## SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

## BISMUCILINA INFANTIL

### SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

