

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

VII ANO — N.º 261  
30 de Agosto de 1956

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

Red. Adm.: AV. DOS ALIADOS, 41 — PORTO — TELF. 24907 / LISBOA: R. da Misericórdia, 92-2.º — Telef. 368920 / Prop. da SOPIME-Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, Lda  
Ver condições de assinaturas e outras indicações na última página

Composto e impresso na Tipografia Sequeira, Lda — PORTO — R. José Falcão, 122 — Telef. 24664

NOVO!

# PROTICERIL

PROTEOLISADO DE CASEINA COM EXTRACTO DE MALTE VITAMINADO

ALIMENTO  
RECONSTITUINTE  
PRÉ-DIGERIDO

ACIDOS AMINADOS OBTI-  
DOS POR HIDRÓLISE EN-  
ZIMÁTICA DA CASEINA + EX-  
TRACTO DE MALTE RICO EM  
VITAMINAS DO COMPLEXO B  
E EM DIASTASES ACTIVAS



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

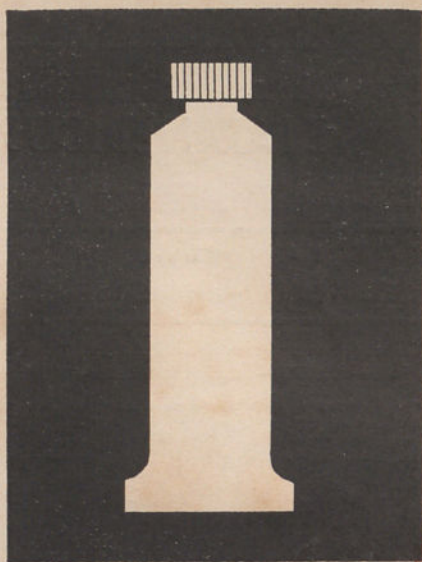
## SUMÁRIO

	Pág.
A. CRUZ E SILVA — A angiografia no estudo da arterioesclerose, trombozes e hemorragias .....	909
FRANCISCO VALENTE ROCHA — Diagnóstico dos factores vulvo-vaginais e coítais. Técnica sexual .....	911
LUÍS AUGUSTO CORTE-REAL CAYOLLA DA MOTTA — Desinfecção e Desinfestação .....	916
MOVIMENTO MÉDICO — EXTRACTOS E RESUMOS — A utilização dos colinérgicos em gastro-enterologia .....	923
RESUMOS da imprensa médica .....	925

## SUPLEMENTO

	Pág.
Algumas notas de psicologia clinica — HENRIQUE GREGÓRIO PEREIRA	589
Ecos e Comentários .....	596
Noticiário diverso	

Preço, avulso : 5\$00



CONJUNTO ANTIBIÓTICO  
DE LARGO ESPECTRO

# DERMO - SINERGE DERMO - SINERGE

COM HIDROCORTISONA



ANTI-INFECCIOSO E CICATRIZANTE  
DAS LESÕES DÉRMICAS

POLIMIXINA B + BA-  
CITRACINA + NEOMI-  
CINA + VITAMINA A  
+ VITAMINA D + HI-  
DROCORTISONA



A MARCA FARMACÉUTICA  
PORTUGUESA DE MAIOR  
EXPANSÃO MUNDIAL

# A angiografia no estudo da arterioesclerose, trombozes e hemorragias



A. CRUZ E SILVA

(Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa)

As breves palavras que temos para dizer acerca de certas perturbações circulatórias do cérebro, representam um dos capítulos da patologia vascular que mais ensinamentos obteve com a angiografia cerebral.

Muito embora esteja feita a história da sua descoberta e universalmente reconhecido o seu valor, não deixaremos de recordar a época em que dispunhamos apenas da radiografia simples do crânio e da ventriculografia de Dandy, como meios auxiliares de diagnóstico. Só assim avaliaremos, os grandes ensinamentos obtidos quer no campo neuro-cirúrgico quer na neurologia médica.

Foi a partir desta nova época no estudo da neurologia que se esclareceram muitos diagnósticos de doenças vasculares do cérebro e se definiram os seus quadros clínicos obtendo a própria terapêutica uma orientação mais satisfatória.

Visualizados os vasos cerebrais verificou-se como estas lesões eram mais frequentes do que se pensava quer sobre a forma de arterioesclerose, quer de trombozes, aneurismas e angiomas, não esquecendo que as hemorragias intra-cerebrais e sub-durais, muitas vezes são postas em evidência com a angiografia cerebral.

E logo de início se verificou aparecerem estas lesões em cerca de 1% dos casos radiografados num período em que a angiografia não estava orientada no diagnóstico das doenças vasculares, mas sim dos tumores intracranianos.

Por consequência apareceram casualmente alguns casos de doenças vasculares de 1927 a 1931 e só a partir desta data entra na literatura médica a descrição de um novo quadro clínico relativo às trombozes da carótida, até então ignorado por falta de elementos objectivos para o seu diagnóstico.

Coube-nos dizer algumas palavras acerca da arterioesclerose, trombozes e hemorragias, doenças todas descritas por EGAS MONIZ nos seus trabalhos e dos quais respigámos estes rápidos apontamentos como preito de justiça à sua memória, já que, na literatura médica, o quadro clínico das trombozes cerebrais anda muitas vezes divulgado com nome alheio ao seu.

Começaremos por apresentar uma arteriografia normal já projectada e que servirá para termo de comparação com as que se seguirem; nessa arteriografia merecem referência apenas os vasos mais importantes quer da carótida interna quer da carótida externa.

Em 1927, aparece na clínica o primeiro caso de suspeita de hipertensão intracraniana; trata-se de um doente de 47 anos, referindo: cefaleias, vômitos, perda de visão e epilepsia lateralizada à esquerda. Exames laboratoriais de sangue, urina e liquor, normais; tensão arterial máxima 30, mínima 18; atrofia óptica secundária.

O exame angiográfico revela um processo de arterioesclerose (Fig. 1): vasos dilatados, alongados, sinuosos descrevendo curvas tão caprichosas que seriam incompatíveis com a presença de um tumor intracraniano.

O doente faleceu na clínica com uma hemorragia do quarto ventrículo; o exame anátomo-patológico confirmou o diagnóstico verificando-se: grupo Sívico à direita, tronco basilar e vertebrais, apresentavam numerosas placas de calcificação.

Pouco tempo depois encontra EGAS MONIZ, um caso de arterioesclerose associado a processos de trombose (Fig. 2). Trata-se de um doente de 41 anos referindo queixas de hipertensão acompanhadas de perda progressiva de visão do olho direito, levando-o à cegueira, e a uma hemianópsia temporal do olho esquerdo.

O exame angiográfico revelou: processo de arterioesclerose acompanhado de trombozes de duas artérias do grupo sívico; artéria da prega curva e da temporal posterior; o doente faleceu na clínica, encontrando-se no exame-patológico estas trombozes

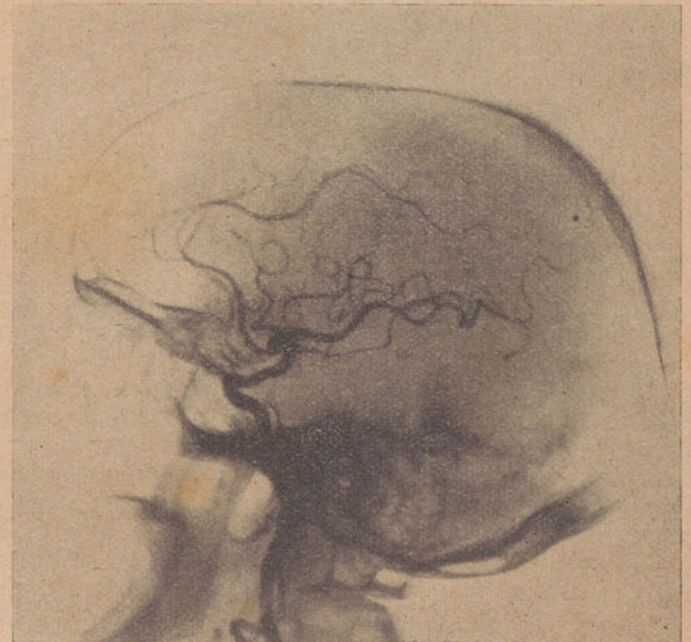


Fig. 1 — Arterioesclerose cerebral

associadas a um foco de amolecimento da região correspondente a essas artérias.

Mas conforme acentuei foi a partir de 1931 que as trombozes começam a ser motivo de estudo mais detalhado.

Por essa época surge uma arteriografia em que apenas se consegue visualizar a carótida externa e seus ramos; EGAS MONIZ

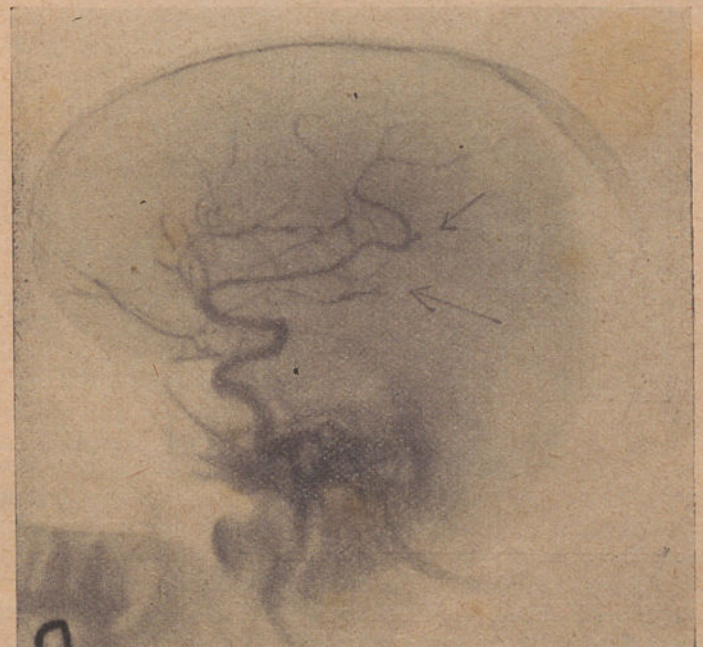


Fig. 2 — Trombose da artéria da prega curva e temporal posterior

fica na dúvida se haveria ou não uma trombose da carótida interna e recomenda que de futuro se passe a radiografar crânio e pescoço de forma a apanhar a bifurcação da carótida primitiva.

De facto, decorridos 5 anos, aparece o primeiro caso nítido e indiscutível de trombose da carótida interna 1 centímetro acima da bifurcação da carótida primitiva (Fig. 3); lesão desconhecida na clínica, nunca descrito na literatura médica, apenas encontrada nos exames anátomo-patológicos.

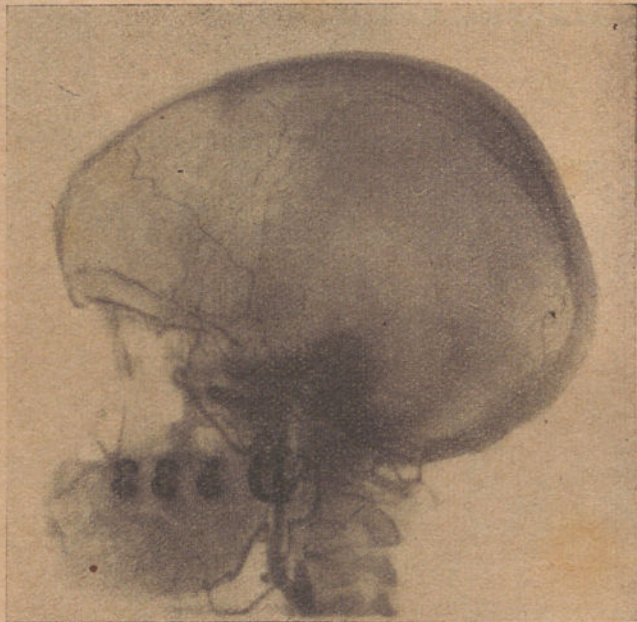


Fig. 3 — Trombose da carótida interna 1 cm. acima da bifurcação da carótida primitiva

Tratava-se de um doente com uma doença medular de etiologia luética acompanhada de cegueira: o doente fizera uma tentativa de suicídio alojando-se a baía junto ao ramo montante do maxilar inferior, à direita; alguns anos depois sintomas de hipertensão intracraniana que motivaram o exame angiográfico descrito.

E desde então apareceram muitos mais casos, uni e bilaterais nos pontos mais variados do sistema carotídeo, sempre

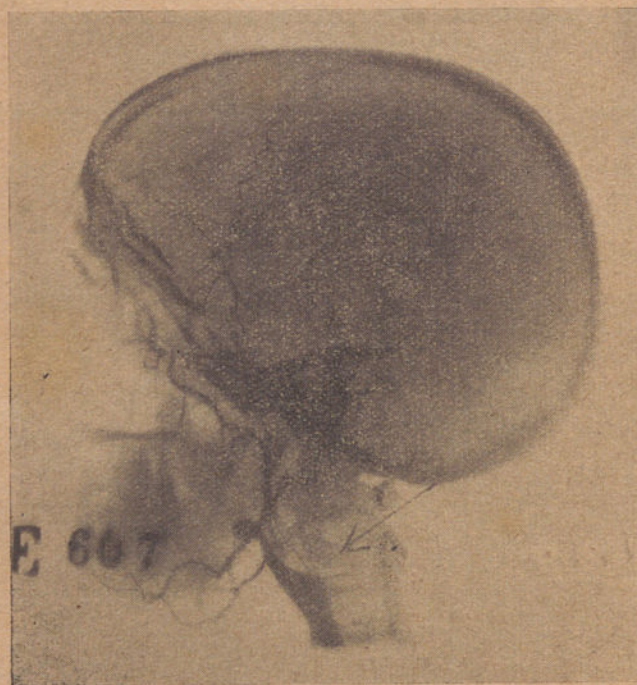


Fig. 4 — Trombose da carótida interna junto à bifurcação

acompanhados de pseudo-hipertensão intracraniana levando EGAS MONIZ a descrever o quadro clínico destas lesões de que falaremos mais adiante.

Aproveitaremos agora a oportunidade para projectar uma pequena série dessas trombozes que todos os Arquivos de Neurologia devem contar por centenas.

— Um caso de trombose da carótida interna à esquerda logo a seguir à bifurcação da carótida primitiva (Fig. 4).

— Um outro semelhante a este em que se vê a carótida interna cortada cerce junto à bifurcação.

— Outro em que se vê ainda um pequeno coto da carótida interna, semelhante ao primeiro.

— Outra de obstrução ainda mais alta em que se vê ainda o desenho do sifão carotídeo; subindo sempre, encontramos trombozes do grupo Sívico como vêm nestas projecções (Fig. 5): e, finalmente, nas artérias da prega curva e temporal posterior que constituem os dois primeiros casos que já projectamos.

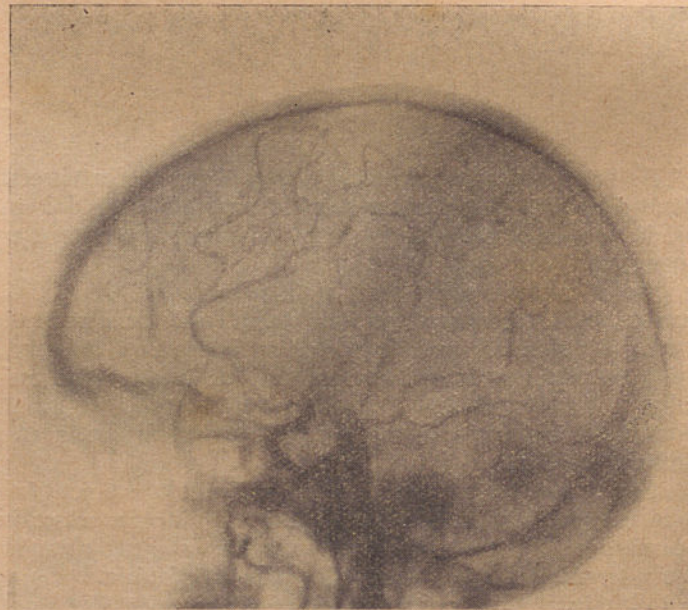


Fig. 5 — Trombose do grupo Sívico

Mas se estas arteriografias são já bastante elucidativas, muito mais surpreendem casos como o que vou referir:

Um doente tem aos 20 anos uma febre tifóide; no decurso da doença instala-se uma hemiparesia esquerda acompanhada de epilepsia lateralizada. Mesmo hemiparético, o doente faz mais tarde a sua vida até que em consequência da sua epilepsia sofre uma queda de um eléctrico e é conduzido ao hospital onde durante o seu internamento é submetido a exame angiográfico.

As radiografias revelaram: trombose incompleta da carótida interna à esquerda, associada a uma trombose da carótida externa do lado oposto; outro caso relacionado também com uma doença infecciosa em que se via: trombose da carótida interna à direita e da carótida externa à esquerda.

Creio que além do interesse angiográfico destes casos os acompanha o interesse clínico revelando-nos o aparecimento destas trombozes no decurso de doenças infecciosas.

Mas as trombozes podem ainda desorientar mais o clínico, quando revestem este aspecto relatado pela literatura médica japonesa: trombose da carótida interna à direita e trombose da carótida interna à esquerda, sendo por punção da vertebral que conseguiram visualizar a rede vascular intracraniana fazendo-se a circulação através das comunicantes posteriores. Em condições normais a injeção na vertebral não visualiza mais do que os vasos da fossa posterior devido à pressão sanguínea da circulação anterior.

Foi pelo estudo e observação cuidada destes doentes que EGAS MONIZ pôde traçar o quadro clínico destas lesões que resumindo consistem em:

— Aparecimento de cefaleias muito antes das perturbações motoras; parestesias fugazes; crises passageiras de parésias começando pelo membro superior; convulsões; alterações da sensibilidade; crânio doloroso à percussão; nas lesões à esquerda perturbações afásicas, mais acentuada a afasia sensorial do que a motora; finalmente instalam-se francas hemiplegias.

— Estado psíquico alterado, indiferença pela doença por vezes euforia.

Quanto ao prognóstico tem importância o calibre da comunicante anterior, muito variável conforme o demonstrou o estudo detalhado feito pelo Dr. Fernando de Almeida; a idade do doente, o estado das artérias e a rapidez com que se formar o trombo permitindo ou não que a circulação colateral cubra esse déficit circulatório.

Entre as causas mais prováveis destas trombozes encontram-se: a arterioesclerose, os tóxicos, infecções e traumatismos.

E para terminar falta-nos fazer referência à contribuição da angiografia no diagnóstico de algumas hemorragias cerebrais, em especial, nos hematomas sub-durais.

Nestes casos nem sempre de diagnóstico fácil tem a angiografia revelado imagens inconfundíveis que muitas vezes surpreendem pelo aparecimento inesperado.

Vêm-se nestes casos (Fig. 6) o rebaixamento da cerebral anterior e seus ramos, assim como do grupo Sívico; entre a

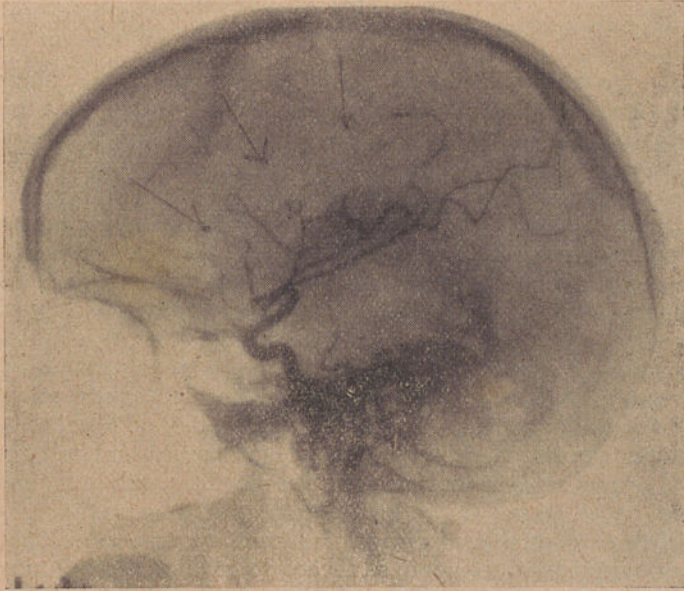


Fig. 6 -- Hematoma sub-dural

calote e estes vasos uma zona sem irrigação, vendo-se, ainda, alguns vasos que têm a sua direcção ascendente alterada, encurvando-se para a linha média intracraniana.

E com este pequeno trabalho nos associamos na homenagem prestada ao eminente investigador e saudoso Mestre, Professor EGAS MONIZ.

## RESUMO

Foi em 1927 que Egas Moniz fez a descoberta da angiografia cerebral.

Este meio auxiliar de diagnóstico consiste na visualização dos vasos cerebrais e trouxe larga contribuição para o estudo de certas doenças do fóro neurológico, como sejam, os tumores intracranianos e as doenças vasculares do cérebro.

Até então dispondo-se apenas da radiografia simples do crânio e da ventriculografia de Dandy, nunca fora possível um diagnóstico de certeza nos casos de aneurismas e trombose dos vasos cerebrais, assim como, certos casos de hemorragias intracerebrais e sub-durais.

Entre as projecções, que efectuamos vimos os aspectos inconfundíveis e surpreendentes de obliterações vasculares que podem aparecer desde a carótida primitiva até aos mais pequenos ramos da carótida interna e seu ramo carotídeo.

Ao saudoso Mestre nos associamos nesta homenagem pondo em foco quanto a neurologia médica e cirúrgica lhe ficou devendo no diagnóstico e tratamento relativo ao capítulo da patologia vascular do cérebro.

## RÉSUMÉ

C'est en 1927 que Egas Moniz a fait la découverte de l'angiographie cérébrale.

Cette méthode auxiliaire de diagnostic consiste à voir les vaisseaux cérébraux, laquelle a largement contribué à l'étude de certaines maladies d'ordre neurologique, telles que les tumeurs intracrâniennes et les maladies vasculaires du cerveau.

Jusqu'à là on ne disposait que de la radiographie simple du crâne et de la ventriculographie de Dandy et on ne pouvait jamais obtenir un diagnostic exact dans les cas d'aneurismes et de trombozes des vaisseaux cérébraux, ainsi que dans certains cas d'hémorragies intra-cérébrales et sub-durales.

Parmi les projections que nous avons effectuées nous avons vu les aspects indubitables et suprenants d'oblitérations vasculaires, qui peuvent apparaître depuis la carotide primitive jusqu'aux plus petites ramifications de la carotide interne.

Nous nous associons à l'hommage fait au maître regretté en mettant en relief ce que lui doivent la neurologie médicale et la chirurgie, ainsi que le traitement concernant le chapitre de la pathologie vasculaire du cerveau.

## CURSOS DA ESTERILIDADE FEMININA

# Diagnóstico dos factores vulvo-vaginais e coitais. Técnica sexual

FRANCISCO VALENTE ROCHA

São citados, como causas principais de esterilidade feminina, os desequilíbrios funcionais, o infantilismo dos órgãos genitais, as alterações causadas por cervicites e as oclusões tubárias.

No primeiro grupo classificado como desequilíbrios funcionais há a considerar dois tipos completamente diferentes: os desequilíbrios endócrinos, metabólicos, enzimáticos, humorais, etc., de que não tenho que ocupar-me e os de carácter mecânico, alguns dos quais responsáveis pelo que os anglosaxões chamam «non adjustment» ou seja a falta de harmonia nas relações sexuais. Neste grupo de factores estão os que conduzem à esterilidade por impedirem ou dificultarem o encontro do espermatozóide com o óvulo. Aqui estão incluídas, em primeiro lugar, as grandes mal-formações dos órgãos copuladores da mulher, a vulva e a vagina, com frequência concomitantes de outras mal-formações do aparelho genital. Estas mal-formações encontram explicação nos desvios do desenvolvimento embrionário. Assim a ausência ou oclusão da vagina resulta, pelo que se refere aos 2/3 superiores, da falta de desenvolvimento dos canais de Müller após a sua união para baixo do cruzamento com os ligamentos de Hunter para dar origem ao útero e esta parte da vagina e pelo que se refere ao 1/3 inferior, a desvios do desenvolvimento cloacal. Esta mal-formação, como é óbvio, causa uma esterilidade absoluta e definitiva se não for removida por meio de uma

intervenção cirúrgica que segundo Crossen, precisa ser bem ponderada atendendo a todas as circunstâncias para que não resulte para a mulher maior infelicidade por poderem estabelecer-se condições que diminuam as suas respostas às excitações sexuais e causem incómodos locais e sem se obter a finalidade desejada por haver concomitância com outras mal-formações irremovíveis. Esta mal-formação conquanto de fácil diagnóstico pode passar despercebida até à puberdade e mesmo até ao casamento. Menos raras são as atrépsias da vagina representando um grau menos acentuado da mal-formação anterior e não sendo causa obrigatória, de esterilidade absoluta. Não são igualmente sempre causa de esterilidade absoluta as vaginas duplas por septamento longitudinal resultante da falta de fusão dos canais de Müller e bem assim a presença de diafragmas. Frequentemente as mal-formações descritas coincidem com idênticas anomalias do útero. As mal-formações vulvares resultam dos desvios do desenvolvimento cloacal em que numa primeira fase se dá o tabicamento que separa o ânus do seio uro-genital e depois o segundo septamento que vai separar definitivamente os aparelhos urinário e genital. Estas imperfeições do desenvolvimento embrionário ocasionam o ânus preternatural que pode ser vaginal ou vestibular conforme se situa na vagina ou no vestíbulo, os hipospádias e epispádias, as anomalias de tipo intersexual em que os órgãos sexuais externos da mulher tomam o aspecto de masculinos e as imperfurações do hímen

que ao chegar a menarca produzem os hematocolpos e hematométrios.

Expostas a largos traços as mal-formações vulvo-vaginais como causa absoluta ou relativa de esterilidade, vejamos agora, também rapidamente, o papel que neste sentido desempenham as doenças destes órgãos. As doenças dos órgãos copuladores da mulher quando causadoras de esterilidade são-no em geral apenas temporariamente. Começando pelas neoplasias digamos que não são muito frequentes. Quanto às benignas temos os moluscos, fibromas da pele, de origem dérmica e os miomas e lipomas vulvares que quando volumosos dificultam ou mesmo impedem o coito ou, como os endodromas do clitoris que pela tendência que têm a ossificar-se são sede de dores durante o acto sexual. Na vagina são de considerar os papilomas e fibromas e mais vulgarmente os quistos não glandulares visto que a vagina não tem glândulas mas formados a partir de restos embrionários volfianos, dos canais de Gartner. No grupo das neoplasias malignas temos o carcinoma da vulva que como primitivo representa à volta de 3 % de todos os carcinomas do aparelho genital feminino e o da vagina que como primitivo também, é, como aliás o das trompas, dos mais raros do aparelho genital da mulher; a sua frequência anda pelos 50 anos e não tem grande interesse no caso de que me ocupo não só pela sua raridade mas também porque aparece quando está no fim ou já passou a idade sexual da mulher. Os sarcomas e melanomas vulvares, muito raros, são de extrema malignidade. Têm mais interesse os sarcomas da vagina por aparecerem em idade juvenil. No grupo dos tumores malignos tem interesse especial o corion-epitelioma, não como tumor primitivo mas pelas suas metástases de preferências vaginais e pelo seu aparecimento justamente na idade da procriação obrigando às exéreses largas que deixam a mulher definitivamente estéril.

As hérnias pudendas, menos vulgares que as crurais na mulher, os hematócelos e hidrócelos vindo por vezes avolumar e causar dores num grande lábio, podem ocasionar incómodos quando das relações sexuais e daí coitos raros, incompletos ou mesmo abolidos.

Passando agora em rápida revisão as doenças inflamatórias vemos que elas quando causadoras de esterilidade pelos impedimentos que trazem ao coito, ou por alterações produzidas no meio vaginal se são causa absoluta, são-no temporariamente, se relativa da mesma forma cessam quando sobrevém a cura. Uma bartolinite aguda, uma doença de Nicolas-Fabre, as ulcerações venéreas, tuberculosas, traumáticas, as proliferações devidas a estases linfáticas de variada etiologia, etc., pela disparêunia que causam, a vulvite diabética pelo prurido que produz e que o atrito exacerba, são tudo causas que impedem, dificultam ou tornam o coito se não desagradável pelo menos não procurado e como tal são causa temporária de esterilidade. O mesmo papel desempenham os condilomas especialmente os acuminados que são muito dolorosos e a este propósito ocorre-me um caso que mostra bem como lesões desta natureza actuam como agentes de esterilidade. Tratava-se de uma senhora de 27 anos, bem conformada, em cujos antecedentes genitais apenas havia a mencionar um ligeiro corrimento vaginal. Casou em Julho de 1954; o desfloramento foi extremamente doloroso e como passado um mês cada vez tivesse mais dores a cada tentativa de coito sempre acompanhada de perdas de sangue, acorreu à consulta. Num primeiro exame apenas notei algumas escoriações da vulva e as lacerações do hímen mostravam-se cicatrizadas. O toque vaginal se bem que feito com a maior brandura foi bastante imperfeito por muito doloroso e o exame ao espéculo também não me permitiu uma observação razoável. Fiquei com a impressão de que a intensa disparêunia era causada pelas escoriações vulvares ou que se tratava de um vaginismo psíquico por efeito da sua primeira experiência sexual. Passados dois meses volto a examinar a senhora que mantinha as mesmas queixas e relatava perdas de sangue frequentes, por vezes de certa abundância, mesmo fora das tentativas de coito que estava quase abandonado. Neste exame verifiquei que na vulva e períneo se tinham desenvolvido numerosos condilomas e no exame ao espéculo, muito doloroso, notei que eles se estendiam pela mucosa vaginal em grande extensão. Depois de várias sessões de electrocuagulação a doente encontrou-se curada e a partir de Março começou a

ter relações sexuais normais, engravidando no mês seguinte, tudo levando a crer, portanto, que houve uma esterilidade de nove meses cuja única causa foram os condilomas.

No grupo das lesões tróficas mencionarei as ulcerações — *ulcus rodens* — relacionadas com perturbações endócrinas e que reagem bem aos estrogéneos e a kraurose e leucoplasia vulvares, esta última de pouca importância dada a idade em que aparece.

As cicatrizes em geral provenientes de partos, são por vezes causa de acentuada disparêunia.

### *Disparêunia*

As disparêunias têm bastante importância no diagnóstico de esterilidade feminina porque são causa de coitos imperfeitos ou mesmo da recusa completa da mulher a este acto. Dickinson encontrou em 4.100 mulheres casadas 161 casos de disparêunia ou seja 4 % das quais 3 % apresentavam uma causa física. Revendo as causas de disparêunia encontramos: aderências do prepúcio muitas vezes com retenção de esmegma, cicatrizes vulvares e perineais, inflamações do meato urinário, meatos deslocados para traz para a parede anterior da vagina, hímenes pequenos, não elásticos, espessados ou inflamados, espasmos dos músculos do solo pélvico, vaginas curtas, estreitas ou inflamadas, deslocamentos do útero e anexos, anexites, cervicites, parametrites sobretudo as posteriores, aderências de antigos processos inflamatórios, desproporções entre o pénis e a vagina. Há portanto, além das doenças vulvo-vaginais a cujo papel já me referi e cuja cura traz a cessação da disparêunia, a considerar disposições anatómicas quer congénitas quer adquiridas, como a situação do meato, certos tipos de hímenes e vaginas, posições do útero e anexos especialmente para traz. Segundo Dickinson as causas físicas de disparêunia são 50 % inflamatórias e 50 % anatómicas. As causas físicas necessitam ser pesquisadas com minúcia porque por vezes são inaparentes como as aderências do prepúcio e a situação do meato. As aderências do prepúcio actuam por repuxamento do clitoris durante a erecção e as suas excursões no acto do coito. Os meatos urinários situados um pouco para traz são comprimidos durante as relações sexuais entre o pénis e o ligamento sub-púbico muito rijo e delgado no bordo livre e assim traumatizados acabando por se inflamarem. Os hímenes pequenos, não elásticos, espessados, mesmo depois da desfloração mantêm-se por muito tempo sede de dores no acto do coito obrigando por vezes ao tratamento por incisões. Quanto aos espasmos dos músculos pélvicos quer sejam ocasionados por arco reflexo com ponto de partida de um ponto doloroso, quer de origem psíquica, são por vezes tão intensos que causam um vaginismo tal que a penetração do pénis se torna completamente impossível o que é perfeitamente compreensível se tivermos em conta que estes músculos, especialmente o levantador do ânus, são músculos poderosos destinados à contenção das vísceras abdominais que dada a posição erecta do homem, sobre eles pesam e cujo peso se acentua com os esforços e ainda a que são destinados a encerrar as três aberturas, uretra, ânus e vagina. Disparêunias desta natureza que por vezes não cessam após a cura da lesão inicial ou quando se não encontra mesmo lesões que as expliquem, passam ao foro psiquiátrico sobretudo naqueles casos em que basta a ideia do coito ou mesmo qualquer outra excitação erótica para se desencadarem.

### *Pruridos*

Tal como as disparêunias, os pruridos são outro flagelo que tira à mulher todo o interesse pelo acto sexual. São múltiplas as suas causas e podemos citar entre elas as doenças pruriginosas da pele, os corrimentos em especial os devidos a tricomonas, as migrações de oxiuros, estes de exacerbação nocturna, os provenientes duma causa geral como os das diabéticas que quando localizados aos órgãos genitais são muito intensos, os de causa alérgica, etc. Nestes casos uma vez diagnosticada a causa fica indicado o tratamento. Mais importantes que estes que acabam quase sempre por ceder ao tratamento, estão os idiopáticos em que se não consegue descobrir uma causa e são de uma extraordinária renitência ao tratamento local e geral, por vezes resistindo ou só cedendo

temporariamente à anestesia local e às injeções de álcool e obrigando a secções e ressecções nervosas.

### Coito

O coito é o primeiro acto de que depende a procriação natural. Pode residir nele a causa exclusiva de esterilidade conjugal. Dele depende em grau bastante elevado a felicidade do casal. Tem portanto todo o interesse que este acto se realize em condições normais. São numerosas as mulheres que consultam directa ou sobrepticamente por motivos coitais e as queixas neste sentido são: o coito é doloroso (disparêunia), o coito não traz as devidas sensações quer deixando a mulher completamente insensível (frigidez absoluta) quer não tendo um orgasmo completo (frigidez relativa). Dickinson, num estudo de 310 mulheres verificou que mais de 1/4 nunca tiveram orgasmo, 14 % raras vezes e só menos de 61% tinham orgasmo completo ou seja por cada cinco mulheres duas não têm, 1 raras vezes e duas têm. Verificou ainda que a duração do climax é de 12 a 15 segundos, raras vezes vinte ou mais e só excepcionalmente é múltiplo. No estudo do coito tem o maior interesse além do exame da vagina, o da vulva com o fim de diagnosticar as causas da disparêunia, da frigidez e das dificuldades. Já me referi ao que diz respeito à disparêunia. Quanto à frigidez ela é muitas vezes causada pela disparêunia como bem se compreende, outras vezes por causas psíquicas mas em numerosos casos a causa mantém-se indeterminada. Segundo Narjani tem importância neste sentido a relação do meato urinário com o clitoris pois encontrou num exame de 200 mulheres que aquelas em que a distância do meato ao clitoris era menor do que 2,5 cm tinham sempre o climax no orgasmo ao passo que naquelas em que esta distância era maior nunca o tinham; o primeiro caso dava-se em 69%. Estas conclusões tão radicais não foram confirmadas por Dickinson. Importa também a situação da vulva que pode ser mais anterior ou mais posterior e consequentemente apresentar maior ou menor dificuldade à intromissão do pênis. Parece averiguado que as raças primitivas e as orientais têm a vulva em situação mais posterior o que a aproxima do ânus e, segundo Klatz, isto representa uma hereditariedade animal. Estas situações posteriores da vulva, devem estar relacionadas com a prática primitiva do coito por detrás. No entanto, em circunstâncias normais, isto é, fora da gravidez e de lesões cicatriciais, a relação da vulva com a pelve óssea parece ser bastante constante, de modo que as situações anteriores ou posteriores dependem essencialmente da inclinação da bacia. A situação da vulva e disposição do intróito têm para o acto coital uma importância real, porque na posição em que este vulgarmente se realiza as situações anteriores ou posteriores encaminham o pênis em direcções indesejáveis quer em direcção ao meato que em casos de intensa masturbação pode apresentar abertura que chega a simular a entrada da vagina, quer pelo contrário em direcção posterior para a fúrcula e, quando a fossa navicular é bem acentuada, as insistências repetidas chegaram num caso citado por Dickinson ao ponto de durante anos o coito ser assim mantido. Estão citados 18 casos deste género em que mulheres casadas se mantiveram virgens entre um e dez anos supondo o casal ter relações sexuais normais. Com a devida vénia citarei, aqui, o caso observado pelo Dr. Mello do Rego, na consulta de esterilidade do nosso serviço, em que foi mantido durante cinco anos o coito labial supondo os dois cooperadores que tinham relações sexuais normais.

Do que acabo de expor resulta uma técnica sexual que em dados casos convém ser bem explicada inclusivamente com o auxílio de gravuras mostrando as diferentes atitudes em que o coito pode e deve ser realizado consoante os dados da observação e das conclusões a que podemos chegar pelo que se sabe da fisiologia do coito. Neste sentido direi apenas que a melhor posição para um melhor contacto do colo uterino com o esperma é com a mulher deitada de costas com uma almofada debaixo das nádegas, as coxas flectidas sobre o abdómen e as pernas sobre as coxas.

Não é ainda totalmente conhecida a fisiologia do coito. O papel das glândulas de Bartholin sabe-se bem que é o de lubrificante que facilita a penetração do pênis, e, por isso, elas entram em secreção pelas excitações eróticas. Quanto às

glândulas do colo do útero já o fisiologista Gley afirmava que durante o orgasmo entram em intensa actividade secretória intermitente a que chamou ejaculação de mulher e cuja finalidade seria a produção de muco de melhor qualidade mais propício para a ascensão dos espermatozóides. Não está completamente provado, mas admite-se que durante o orgasmo da mulher se dão movimentos de contracção e de relaxamento do músculo uterino que facilitarão por aspiração a subida dos espermatozóides. As excursões do pênis, segundo Chiner e Ballester, produzindo uma aproximação das paredes da vagina do colo do útero, fariam com que por expressão deste, fosse expulso o rolhão mucoso e substituído por muco mais adequado e tornando-se mais íntimo o contacto do esperma com o colo. Marion Sims que fez exames logo após o coito, alguns apenas 50 a 60 segundos depois, notou que a parte mais alta da vagina estava colapsada, contendo grande quantidade de esperma submergindo o colo e estando o útero descaído sobre o recto, como que exausto, para empregar a sua expressão. Pelos exames a que procedeu, concluiu que os espermatozóides podem entrar no colo como que súbitamente, admitindo que o mecanismo seja o de uma compressão pela glândula que obrigaria à saída do conteúdo do canal cervical e como as partes em contacto se relaxam o útero voltaria à posição normal, produzindo-se assim uma aspiração que compara ao que sucede com uma pera de borracha apertada debaixo de água e abandonada. Nas ante e retroflexões do útero não se encontram tão rapidamente espermatozóides no canal cervical porque a aspiração se não pode dar. Este autor pensa que o colo é encurtado no sentido do eixo durante o orgasmo, quando a posição do útero é normal. Por outro lado a parede posterior da vagina contrai-se gradualmente e enruça-se vindo encostar-se ao colo. Mundé, durante um climax de orgasmo visualizado, diz ter visto o orifício externo abrindo e fechando ligeiramente e sair muco. No entanto, Dickinson diz que não está provada a acção de bomba aspirante que, como vimos, é admitida por outros autores. O facto é que estes mecanismos para muitos admitidos como consequência do orgasmo feminino não são essenciais porque as mulheres frígidas engravidam sem diferença apreciável das que não são. O que se sabe é que o espermatozóide caminha, em meio apropriado e a temperatura conveniente, à razão de três mm por minuto e que a extensão que pode percorrer é grande, como se prova em casos de gravidez com depósitos de esperma fora de hímenes não penetrados. Quanto à acção da hialuronidase contida no espermatozóide, segundo Botella Llusíá, só tem acção na penetração da zona pelúcida do óvulo e não como creem alguns, como auxiliar da mobilidade no muco cervical. Em cada ejaculação cujo volume em média é de 4,5 c.c., ou seja, uma colher de chá, conquanto estejam citados volumes até 31 c.c., encontram-se 200 a 300 e até, segundo alguns autores, 500 milhões de espermatozóides contidos principalmente no primeiro quarto emitido. Este número e o volume variam com a frequência das ejaculações e Botella Llusíá verificou que um homem que ejacule diariamente torna-se hipofértil pelo quinto ou sexto dia e se torna progressivamente estéril. Apesar de ser tão grande o número de espermatozóides em cada ejaculação, só alguns chegam junto do óvulo e em regra só um o penetra. As perdas são, portanto, muitíssimo importantes e por este facto é que a oligospermia tem tanta importância. Estas perdas dão-se logo no final do coito porque a saída do pênis arrasta para fora uma certa quantidade de esperma. Estas perdas chegam a ser quase totais quando a mulher se levanta. Conheço um caso em que duas únicas gravidezes ocorreram as duas únicas vezes em que a mulher ficou deitada após o coito. A perda seguinte dá-se à penetração do colo e por isso é que nem sempre basta que o orifício externo tenha um superficial contacto com o esperma o que praticamente sempre acontece mas que fique banhado nele. As perdas seguintes que sucessivamente se vão dando ao longo do percurso estão fora do âmbito deste estudo.

De tudo quanto disse pode concluir-se que os factores vulvo-vaginais e coitais contribuem raras vezes para a esterilidade absoluta e definitiva, algumas vezes para a esterilidade relativa e mais frequentemente para a esterilidade temporária absoluta ou relativa. Estes factores contribuem, portanto, para dificultar a reprodução humana que é das mais

difíceis quando comparada às diferentes formas de reprodução na escala animal, que vai desde a reprodução assexuada por simples cissiparidade, aliás insuficiente para a continuação da espécie que se extinguiria após um certo número de gerações se não intervesse a reprodução sexuada seja ela isogâmica, como nos protozoários, passando pela reprodução gemolar como é frequente nos celentrados, pelo hermafroditismo aliás mais anatómico que fisiológico, dada a maior parte das vezes, a necessidade de dois indivíduos, como nos vermes e pela escala zoológica acima, até culminar nos mamíferos com o aparecimento do corpo amarelo no ovário.

#### RESUMO

Entre as causas de esterilidade feminina, os factores vulvo-vaginais são representados pelas malformações que impedem ou dificultam o contacto do espermatozóide com o óvulo, pelas doenças que impedem ou dificultam o coito mecânicamente e pela dispareunia, que originam ou ainda tornando o meio vaginal agressivo para o espermatozóide.

A fisiologia do coito não está completamente conhecida e as opiniões não são absolutamente concordes quanto à aspiração do sêmen e modificações de posição do útero.

A frigidez da mulher não tem papel pelo menos importante como factor de esterilidade.

Do diagnóstico dos factores vulvo-vaginais e coitais de esterilidade, resulta que em determinados casos convém indicar uma técnica sexual apropriada.

Conclue-se que os factores vulvo-vaginais e coitais contribuem raras vezes para uma esterilidade absoluta e definitiva, algumas vezes para a esterilidade relativa e mais frequentemente para a esterilidade temporária absoluta ou relativa.

#### RÉSUMÉ

Parmi les causes de la stérilité féminine, les facteurs vulvo-vaginaux sont représentés par les malformations qui empêchent ou dificultent le contact du spermatozoïde avec l'ovule et par les maladies qui empêchent ou dificultent la copulation, mécaniquement, par la dispareunie qui occasionnent ou, encore, faisant le moyen vaginal agressif pour les spermatozoïdes.

La physiologie de la copulation n'est pas entièrement connue et les opinions ne sont pas concordantes quant à l'aspiration du semen et aux modifications de position de l'utérus.

La frigidité de la femme n'a aucun papier important comme facteur de stérilité.

Du diagnostic des facteurs de stérilité, vulvo-vaginaux et de la copulation, il résulte que, en certains cas, il convient indiquer une technique sexuelle appropriée.

On conclue que les facteurs vulvo-vaginaux et de la copulation rarement contribuent pour une stérilité absolue et définitive, quelques fois pour une stérilité relative et souvent pour la stérilité temporaire absolue ou relative.

(Lição do 1.º Curso de Aperfeiçoamento Ginecológico realizado pelo Curso de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Lisboa).

## Desinfecção e Desinfestação

### Bases práticas, Métodos actualizados e Normas de interesse Clínico e Médico-Sanitário

LUIZ AUGUSTO CÔRTE-REAL CAYOLLA DA MOTTA

(Médico dos Serviços Técnicos de Profilaxia das Doenças Infecciosas e Sociais da Direcção Geral de Saúde — Médico Higienista do Hospital de Santa Maria (Hospital Escolar de Lisboa) — Ex-Interno dos Hospitais Cívicos de Lisboa)

(Continuação do número anterior)

#### 6º) PULVERIZAÇÕES, BRUMIZAÇÕES, VAPORIZAÇÕES E NEBULIZAÇÕES OU «ATOMIZAÇÕES» («EM AEROSÓIS»)

Já atrás se tem falado, por diversas vezes, em pulverizações e em nebulizações de solutos de substâncias germicidas, utilizadas, principalmente, para a desinfecção de quaisquer superfícies. Entretanto, nesta alínea, apenas serão consideradas as pulverizações e nebulizações de substâncias germicidas para desinfecção do ar ambiente, visto ser este o assunto tratado nesta secção.

Essa desinfecção do ar ambiente, a partir de solutos de substâncias germicidas, pode efectuar-se por meio de: 1) — pulverizações—que consistem na dispersão de um soluto, ou de uma emulsão, em finas partículas líquidas, visíveis macroscopicamente e que caem, por acção da gravidade, quase imediatamente após a sua dispersão, sob forma de fina chuva; ou de 2) — brumizações — que consistem na dispersão (de um soluto, ou emulsão), em partículas mais finas, que formam um nevoeiro húmido, não persistente, que cai mais ou menos rapidamente; ou de 3) — atomizações, nebulizações, ou aerosolizações—dispersão de partículas invisíveis, extremamente finas (de dimensões compreendidas entre 0,1 $\mu$  a 2 $\mu$  — de 0,5 $\mu$  em média —), que não molham as superfícies expostas, criando um «nevoeiro seco» e persistente (como o fumo do tabaco, por ex.) e que têm tendência para rapidamente se espalhar e ocupar o maior espaço possível, permanecendo em suspensão no ar e sem tombar sobre o solo, durante, pelo menos, 24 horas — isto, evidentemente, em qualquer sala não arejada —; a água ou qualquer soluto aquoso nebulizado em um bom aparelho nebulizador («aerosolizador»), não deve molhar qualquer espelho que se exponha à sua acção, assim como o petróleo, idênticamente nebulizado, não se deve inflamar, na presença de qualquer chama; ou de 4) — vaporizações —

que consistem na simples evaporação de um líquido qualquer e que podem, conforme a quantidade evaporada, o tipo da emulsão ou do soluto empregado, a humidade relativa local, etc., dar origem a verdadeiras nebulizações, ou, apenas, a brumizações.

Através de qualquer destes métodos de aplicação, muitas substâncias desinfectantes, sob forma líquida—quer em soluções, quer em suspensões, quer em emulsões—, têm sido usadas na desinfecção do ar ambiente, como, por exemplo: a água oxigenada, o ozono, o cloro, o ácido hipocloroso, diversos hipocloritos alcalinos, algumas cloraminas, o ácido fénico, o fenol, alguns cresóis, o timol, o resorsinol, o hexilresorsinol, o ortofenilfenol, algumas essências de origem vegetal, alguns éteres do glicol (especialmente o propileno-glicol e o trietileno-glicol), o «O. P. Z.», o formaldeído em solutos aquosos, simples ou compostos, a cloropicrina e outros gases germicidas, o álcool etílico, a glicerina, os S. Q. A., o ácido láctico, etc.. Note-se, entretanto, que, para a desinfecção permanente, ou contínua, do ar de um compartimento qualquer, mas que esteja habitado, só muito poucos daqueles desinfectantes estão indicados, isto porque só muito poucos de entre eles conseguem não ser tóxicos para o homem nas concentrações em que permitem uma razoável desinfecção do ar ambiente de qualquer compartimento que não esteja calafetado e que possa ser habitado, ou, pelo menos, transitado, sem qualquer perigo para os indivíduos expostos. Nestas condições, apenas se encontram raros desinfectantes, nomeadamente o hexilresorsiol, o ortofenilfenol, o O. P. Z., o ácido láctico e, sobretudo, o propileno-glicol e o trietileno-glicol.

a) — Pulverizações e Brumizações — Daqueles quatro processos de desinfecção química do ar ambiente, os dois primeiros são os mais grosseiros e, hoje em dia, o seu emprego não se aconselha, habitualmente, para a dispersão de solu-



tos germicidas com o fim de desinfetar o ar ambiente e, muito menos, para a chamada «desinfecção permanente, ou contínua, do ar». Na realidade, as pulverizações — *sensum strictum* — e as brumizações apenas se devem empregar para desinfecção de superfícies, ou para dispersão de solutos, emulsões, ou suspensões de insecticidas e outros desinfestantes (adiante estudadas no Capítulo Segundo). Entretanto, aqueles métodos, que foram muito usados antigamente, ainda hoje se podem empregar, quando se pretende obter a desinfecção do ar de um compartimento, a partir da dispersão de um soluto, emulsão, ou suspensão germicida, e não é, todavia, possível recorrer-se a outro método mais adequado (como nebulizações, ou vaporizações).

A *água oxigenada* (ver I Parte: alínea B<sup>1</sup>) 2)), os solutos aquosos de *cloro* e os de *ácido hipocloroso* (I Parte: alíneas B<sub>2</sub>) 1) e 2)), *alguns hipocloritos alcalinos e algumas cloramínas* (I Parte: alíneas B<sup>2</sup>) 3) e 4)), o *formol*, ou «*formalina*» do comércio (I Parte: alínea B<sup>11</sup>) 1)), o *ácido fénico do comércio e o fenol* (I Parte: alínea B<sup>12</sup>) 3)), foram das primeiras substâncias que se empregaram em *pulverizações* e em *brumizações*, para aquele fim, sobretudo em salas de operações. Mais tarde, passaram a empregar-se, também, para o mesmo fim, *algumas essências de origem vegetal e diversas misturas dessas essências* (entre si e com outros desinfestantes), de que algumas já foram atrás citadas (ver I Parte: alínea B<sup>16</sup>) 1)). Contudo, a acção germicida destas últimas misturas e dessas essências é muito fraca e irregular e, geralmente, inferior à dos outros germicidas acima referidos.

Os *solutos aquosos de formaldeído*, simples (como o *formol*, ou a «*formalina*», os quais contêm cerca de 40% de formaldeído) e compostos (como, por ex., o «*formocloro*», o «*holzéne*», o «*gliceroformol*» e o «*formacetone*»), foram, também, muito empregados em *pulverizações* e em *vaporizações*, na desinfecção do ar ambiente e das superfícies expostas, em compartimentos fechados, mas não se podem utilizar para a desinfecção permanente do ar de compartimentos habitados, visto serem tóxicos para o homem e para os animais (ver mais pormenores sobre «*formolizações*» na I Parte: alínea B<sup>11</sup>)).

Mais recentemente, têm-se ainda empregado *brumizações* de solutos de *timol*, a 0,2%, para a desinfecção, por impregnação, de superfícies e do ar ambiente de certos compartimentos (como salas de operações e outras). Impregnado em diversas superfícies, o seu poder antisséptico pode conservar-se durante cerca de 3 meses. Estabilizado em *óleo de pinheiro* e em *terpineol*, aquele seu poder pode prolongar-se, inclusivé, por 5 anos.

Tem sido muito empregada, sobretudo em França, para a desinfecção do ar ambiente e das superfícies expostas de salas de operações, após a sua lavagem comum, a *brumização* de uma mistura em que entra timol — a chamada *mistura de Santy*: timol 20 g. + salol 2 g. + terpinol 250 g. + querosene 730 g. —, mistura esta que se espalha, por intermédio de um pulverizador, ou brumizador, centrífugo, à altura de 4-5 metros do solo e à razão de 3-4 c. c. por cada m<sup>3</sup> de espaço a tratar. Após a brumização, a sala é fechada até ao dia seguinte, podendo verificar-se, então, que o número de colónias de bactérias e fungos presentes, por c. c. do ar ambiente, cai, geralmente, de cerca de 12 para cerca de 2 colónias por c. c., apenas com este tratamento.

Mais recentemente ainda, têm-se utilizado para o mesmo fim *pulverizações* de solutos diluídos de *S. Q. A.* (ver, na I Parte, a alínea B<sup>15</sup>)), isolados ou associados a outros germicidas e ou a outros detergentes. Referem-se algumas fórmulas dessas *misturas germicidas e detergentes à base de S. Q. A.* nas alíneas B<sup>14</sup>) 3) c) c'') e B<sup>15</sup>) 2.) 6) c), da I Parte. Os solutos de *S. Q. A.* que se têm utilizado em pulverizações para desinfecção do ar ambiente, são, principalmente, os solutos de *cloreto de benzalcónio* a 1/5.000 (isto é, a 0,02%), de *cloreto de benzetónio* a 0,025%, ou de *brometo de lauril-dimetil-benzil-amónio* de 0,025% a 0,050% (ver I Parte: alínea B<sup>15</sup>)).

Têm permitido ainda melhores resultados as *pulverizações e brumizações* de *ortofenilfenol* (ver I Parte: alí-

nea B<sup>12</sup>) 7) a)), em solutos a 2%-5%, especialmente quando este germicida se encontra associado a substâncias emulsionantes e estabilizantes, como no preparado comercial «*O-Syl*». Obtêm-se ainda melhores resultados com a nebulização dos solutos, ou emulsões, à base de ortofenilfenol, muito particularmente quando este método se associa a vaporização contínua de trietilenoglicol (ver adiante a alínea Q) 6) 6'') b) b'')), segundo o *método de «desinfecção total» dos compartimentos*, de Lester e Dunklin.

Ainda mais recentemente, ensaios feitos na China e nos E. U. A. com pulverizações de solutos de *ácido láctico* a 2%, mostraram que este produto constitui um excelente desinfestante do ar, desde que a H. R. seja da ordem dos 65%-70% e a temperatura entre os 20° e os 30° C.. Em nebulizações, a sua acção germicida sobre bactérias e virus, presentes no ar dos compartimentos, é ainda mais activa, conforme adiante se dirá.

Muitos outros processos, produtos e misturas se têm usado, em pulverizações e em brumizações, para a desinfecção do ar ambiente. Contudo, na sua maioria, não têm, hoje em dia, grande interesse sanitário, pelo que se não citam, visto se terem referido acima os principais, como sejam o *ácido láctico*, o *ortofenilfenol*, os *S. Q. A.*, o *timol* e o *formol*, que são os únicos que hoje se recomendam sob a forma de pulverizações, ou de brumizações, para desinfecção superficial do ar ambiente. Note-se, contudo, que qualquer destes produtos é mais activo — como desinfestante do ar —, quando aplicado em nebulizações, ou aerosolizações — como adiante se dirá —, do que em pulverizações, ou brumizações.

b) — *Nebulizações* («*Atomizações*», ou «*Aerosolizações*») e *Vaporizações*. *Desinfecção permanente, ou contínua, do ar ambiente*. — As nebulizações têm muito mais interesse, do que as pulverizações, como métodos de desinfecção do ar ambiente. — As nebulizações têm muito maior interesse, expansão e de longa permanência das diminutas partículas (de cerca de 0,5 $\mu$ , em média) dos solutos germicidas «atomizados» no ar dos compartimentos a beneficiar. É por isso que, hoje em dia, apenas se recomendam as nebulizações (ou atomizações, ou aerosolizações) e as vaporizações — e não as pulverizações, nem as brumizações — quando se pretende conseguir a desinfecção do ar ambiente e, muito particularmente, sempre que se deseje realizar a chamada «*desinfecção permanente, ou contínua do ar ambiente*», a partir de solutos germicidas apropriados.

De uma maneira geral, os germicidas empregados em «aerosóis», ou em vapores, actuam, não só pela sua acção germicida própria, como também pela propriedade que habitualmente têm de dessecar, rapidamente, os germens em suspensão no ar.

Importa que os solutos que se empregam para a desinfecção do ar ambiente não sejam tóxicos, quando se encontram em suspensão no ar, nas concentrações eficazes, muito especialmente se se destinam à desinfecção do ar de compartimentos habitados (enfermarias, salas de espera de consultas, salas de aulas, repartições, teatros, cinemas, escritórios, restaurantes, etc.) e, principalmente, se se pretende que aquela desinfecção se mantenha por bastante tempo (*desinfecção contínua, ou permanente, do ar*).

Têm-se empregado diversos solutos para esse fim, mas aqueles que são mais indicados, que mais frequentemente se têm empregado e que ainda hoje mais se aconselham para desinfecção permanente do ar ambiente, são o *hexilresorciol*, o *ortofenilfenol*, os *éteres do glicol* (especialmente o *propilenoglicol* e o *trietilenoglicol*), *alguns S. Q. A.* e, mais recentemente, o «*O. P. Z.*» (*2-oxipropilciclohexanol*) e o *ácido láctico*. Todavia, faz-se, a seguir, uma breve menção, não só destes como também de outros germicidas que se têm utilizado para a desinfecção permanente do ar ambiente, embora hoje em dia só aqueles primeiros se recomendem e muito particularmente o *trietilenoglicol*, o «*O. P. Z.*» e, talvez, também o *ácido láctico*.

b<sup>1</sup>) — *Hipocloritos alcalinos e alcalino-terrosos*, especialmente o *hipoclorito de sódio*, que parece ser eficaz,

mesmo quando «atomizado» em baixas concentrações, de emprego muito económico: 5 c. c. de uma solução de 0,5 % a 1 % de hipoclorito de sódio, por cada 1.000 «pés» cúbicos (cerca de 2.837 c. c., ou seja, perto de 3 litros) da capacidade a tratar, ou 1 c. c. de um soluto a 5 % para cada 1 m<sup>3</sup> da capacidade a beneficiar. O hipoclorito de cálcio — nebulizado à razão de 1 c. c. de um soluto aquoso a 1 % para cada 1 m<sup>3</sup> da capacidade a tratar — exerce uma acção semelhante. Entretanto, o emprego dos hipocloritos de sódio e de cálcio para desinfeção do ar ambiente está hoje posto quase de parte, pelo uso dos éteres do glicol, muito mais activos para esse fim (ver, mais abaixo, a alínea b<sup>7</sup>).

b<sup>2</sup>) — *Ácido hipocloroso*, ainda talvez mais eficaz do que o hipoclorito de sódio. Ele é, entretanto, mais tóxico do que este, motivo por que se não recomenda, presentemente, para a desinfeção do ar de compartimentos habitados. Antigamente empregava-se, para esse fim, na dose de 5 c. c. de um soluto aquoso a 0,5 %-1 %, por cada 28 dm<sup>3</sup> da capacidade a tratar.

b<sup>3</sup>) — *Cloramina-T*, a 5%, preferivelmente em soluto hidroalcoólico (com 40 % a 50 % de álcool etílico), ou em emulsão ou soluto hidro-glicero-alcoólico (com cerca de 50 % de álcool etílico e 0,5 % de glicerina), geralmente associada, ainda, a uma pequena quantidade de um emulsionante orgânico (com, por exemplo, o ácido oleico sulfonado), a fim de permitir uma boa emulsão de cloramina. Esta emulsão deve ser nebulizada até se produzir um «nevoeiro seco», que, além de propriedades germicidas, tem, também, notáveis propriedades desodorizantes. Contudo, o seu emprego é actualmente restricto, especialmente desde que se divulgou o uso dos éteres do glicol.

b<sup>4</sup>) — *Água oxigenada*, hoje já quase abandonada, para este fim, por ser cara e de acção muito incerta.

b<sup>5</sup>) — *Resorcinol*, germicida activo que se tem aplicado, para desinfeção do ar, em solução aquosa supersaturada, com cerca de 0,5 % de glicerina. Tal solução deve ser nebulizada até à saturação do ambiente a tratar — isto é, até ao aparecimento de um ligeiro «nevoeiro seco» no local. É, contudo, mais tóxico, mais irritante e menos eficaz do que os éteres do glicol.

b<sup>6</sup>) — *Hexilresorcinol*, ainda mais activo do que o produto anterior, quando aplicado em idênticas concentrações. Para ser mais eficaz, as partículas em que é nebulizado devem medir de 0,5 a 1 $\mu$ . A solução mais adequada para a sua «atomização» é aquela que contém 10 % de hexilresorcinol e 0,5 % de glicerina, em propilenoglicol (consulte-se a alínea b<sup>7</sup>), a seguir). Nesta solução, o dissolvente contribui, poderosamente, para a acção germicida do conjunto, como adiante se diz.

Quando utilizado isoladamente, a sua acção germicida é muito menor, conforme acaba de ser claramente demonstrado pelos últimos ensaios realizados no Reino Unido e em que ficou cabalmente provada a superioridade dos éteres do glicol, sobre o hixilresorcinol, na profilaxia de infecções agudas das vias respiratórias.

b<sup>7</sup>) — *Éteres do glicol*, especialmente o etileno-glicol, (E. G.), o propileno glicol (P. E. G.), o trietileno-glicol (T. E. G.) e o trimetileno-glicol (T. M. G.). Estes éteres do glicol oferecem a curiosa particularidade de possuir uma acção germicida muitíssimo superior no estado gasoso (como vapores), ou quando «atomizados» no ar ambiente (como «aerosóis»), do que em solução. Já na I Parte (ver a alínea B<sup>10</sup>) 7) da I Parte) se fez referência à notável acção germicida destes éteres de alcoóis superiores, quando nebulizados («atomizados», ou «aerosolizados»), ou quando

vaporizados, característica esta que se tem aproveitado como eficaz método de desinfeção contínua do ar ambiente. O emprego de vapores, ou de «aerosóis», de quaisquer solutos daqueles éteres do glicol, rivaliza, em acção e em eficácia, com o emprego e a acção germicida das radiações ultra-violetas, na desinfeção, ocasional ou contínua (permanente), do ar ambiente, em um certo número de circunstâncias e, muito particularmente, em enfermarias e cubículos («boxes») de pediatria, ou de infecto-contagiosos, e em salas de esperas de consultórios e de hospitais, embora o método se possa aplicar igualmente a outros compartimentos habitados, nos quais se pretenda diminuir, ao mínimo, o número de casos de infecções cruzadas das vias respiratórias superiores (salas de aula, escritórios e repartições, cinemas e outros locais públicos de diversão, restaurantes, meios de transporte colectivo, etc.).

Trata-se de substâncias que não são tóxicas para o homem, nem para os animais superiores, nas concentrações eficazes, mesmo quando empregadas por muito tempo, inclusive durante dias seguidos. O propilenoglicol e o trietileno-glicol não são, sequer, tóxicos para bebés recém-nascidos, ou prematuros, mesmo quando empregados, continuamente, durante alguns dias seguidos. Na realidade, o seu emprego comporta, habitualmente, ainda menos riscos do que o das radiações ultra-violetas.

Inicialmente, utilizou-se, sobretudo, o propileno-glicol (ou P. E. G.), o qual, em concentrações de 1 g. por cada 2.000.000 a 3.000.000 c. c. de ar, consegue proteger ratinhos contra doses mortais de vírus da influenza, nebulizado nas caixas em que se encontram aqueles animais.

Pouco depois, passou a utilizar-se o trietileno-glicol (ou T. E. G.), que consegue os mesmos resultados na proporção de 1 g. para cada 100.000.000 c. c., ou mesmo para cada 200.000.000 c. c. de ar, proporção esta que mostra bem a sua enorme actividade germicida (virucida, neste caso especial), quando actua sob a forma de aerosol nebulizado no ar a desinfectar.

Qualquer destes derivados do glicol, desde que aplicado sob a forma de vapor seco, ou nebulizado em partículas de 0,1 a 2-(3) $\mu$  de diâmetro, e desde que actue em presença de um certo grau de humidade relativa do ar ambiente (geralmente entre (30 %)-35 % e 55 %-(60 %) de H. R.), revela notáveis propriedades germicidas, não só contra bactérias, como também contra vírus, protozoários e fungos, o que tem sido claramente demonstrado em numerosas experiências, quase todas elas bem conduzidas, e realizadas, sobretudo, nos E. U. A., mas também na Europa. Por vezes, essa acção germicida dos vapores, ou dos «aerosóis», do P. E. G. e do T. E. G. tem-se revelado, inclusive, superior à acção germicida das radiações ultra-violetas (atrás estudadas na alínea Q) 5) ).

Assim, por exemplo, foi possível concluir-se, após uma experiência realizada, durante 9 anos consecutivos, em um certo número de escolas dos E. U. A., que, enquanto que as radiações ultra-violetas conseguiam uma redução de cerca de 40 % do número total de bactérias do ar das salas de aula a elas expostas, as nebulizações, ou vaporizações, contínuas de T. E. G., em salas semelhantes, conseguiam uma redução da ordem dos 60%.

Nebulizado no interior dos autocarros das escolas, o T. E. G. conseguiu uma redução de 30%, aproximadamente, sobre o número total de bactérias do ar do interior dos autocarros, apesar de nestes se estarem abrindo, constantemente, portas e janelas, com grande renovação de ar e perda apreciável do T. E. G. nebulizado.

A acção germicida das nebulizações do P. E. G. e do T. E. G., sobre os microorganismos em suspensão no ar dos compartimentos, pode ser reforçada por pulverizações de outros solutos germicidas sobre as paredes, superfícies de móveis, roupas e outros artigos dos

compartimentos a beneficiar por meio daquelas nebulizações. Recentemente, os solutos germicidas mais indicados para tais pulverizações em quartos nebulizados com éteres do glicol, são os solutos de *ortofenilfenol* de (1%) -2% a 4%-(5%), preferivelmente associado a solubilizantes e emulsionantes apropriados — como, por ex., no preparado comercial «O-Syl» —. Aquela associação permitiria, segundo alguns autores (como Lester e Dunklin), a realização integral de um programa de desinfectação total de qualquer «ambiente», em qualquer compartimento a beneficiar.

O *trietilenoglicol* é, como se sabe, mais eficaz do que o *propilenoglicol*, como desinfectantes do «ar ambiente». Reduzem, respectivamente, de 97% e de 71%, em média, o número de bactérias em suspensão na atmosfera de compartimentos por eles tratados. O *trietilenoglicol* oferece, portanto, a vantagem de se poder empregar em menores concentrações. Por este motivo, só se fará, de futuro, referência ao *trietilenoglicol*.

*Trietilenoglicol ou T. E. G.* (ver mais pormenores na alínea B<sup>10</sup>) 7) da I Parte) — Como já acima se disse, o T. E. G. consegue marcada acção bactericida, fungicida e virucida sobre os microorganismos do ar, quando é nebulizado na concentração de 1 g. para 100.000.000 a 200.000.000 c. c. de ar, em qualquer espaço fechado.

Na prática sanitária, ele emprega-se por meio de nebulizações (aerosolizações), ou por intermédio de vaporizações, efectuadas sob determinadas condições, a partir de solutos aquosos de T. E. G.

São muito numerosos os factores que influem na acção germicida dos vapores, ou dos «aerosóis», de T. E. G. sobre os microorganismos do ar, mas têm particular importância, principalmente, a saturação do T. E. G. no ar ambiente, a ventilação local, a humidade relativa local e a temperatura local.

A taxa máxima da sua acção bactericida obtem-se quando a concentração do seu vapor ultrapassa 5% do seu grau de saturação no ambiente a tratar, o que corresponde, aproximadamente, a uma dose de (1)-2-3-4,5-5-(10) g. por cada litro de ar do espaço, ou espaços, a tratar. Quando se começa a ver uma névoa, ou nevoeiro discreto, no compartimento a tratar, é porque a taxa de saturação se aproxima, ou já atingiu os 100% e, então, convém parar momentaneamente ou, simplesmente, diminuir o débito do aparelho que estiver a produzir os vapores, ou os «aerosóis», de *trietilenoglicol*. A sua acção germicida é máxima quando a saturação ambiente atinge, precisamente, os 75%.

A ventilação do ambiente influi também na acção germicida dos «aerosóis» de T. E. G., como é óbvio. Se, por exemplo, no compartimento a tratar se estiverem sempre a abrir e a fechar portas e janelas, a sua acção germicida dilui-se e desaparece rapidamente. Convém, portanto, que a sua aplicação se efectue apenas em compartimentos fechados, embora não seja necessário que estejam hermeticamente cerrados, assim como a sua acção não é muito perturbada sequer pela saída ocasional de um ou de outro indivíduo, desde que se abram e se fechem rapidamente as portas e desde que se continuem produzindo, sempre, os vapores, ou «aerosóis», de T. E. G..

Na desinfectação permanente, ou contínua, do ar ambiente, os vapores ou «aerosóis» de T. E. G. devem estar a ser continuamente produzidos, a fim de compensarem as fugas para o exterior, que sempre se verificam em qualquer compartimento não hermeticamente fechado. Deve proceder-se da mesma forma sempre que o T. E. G. (ou o P. E. G.) se empregue em «aerosóis».

A maior eficácia dos vapores de T. E. G. verifica-se em presença de (20%-30%)-35%-50%-(55%-60%) de humidade relativa ambiente. Abaixo, ou acima, daqueles limites, a sua acção germicida é muito menor, quando não nula. De uma maneira geral, a H. R. não deve ser inferior a 35%, nem superior

a 50%-60%, nos compartimentos em que se pretenda aplicar o T. E. G. (ou o P. E. G., ou mesmo qualquer outro produto que actue de forma mais ou menos semelhante, como o O. P. Z., ou o ácido láctico).

A temperatura local também influi na acção germicida dos «aerosóis», ou dos vapores, de T. E. G.. Entre 12°C. e 30°C., quanto mais elevada for a temperatura, tanto mais intensa e mais rápida será a acção dos vapores de *trietilenoglicol* (a sua acção germicida aumenta para cerca do dobro, por cada aumento de 8°-8,5°C., verificado entre aqueles limites). Abaixo e acima daquelas temperaturas, a sua acção é mais irregular.

Nas concentrações eficazes, os vapores de T. E. G. são invisíveis, inodoros, sem sabor e completamente atóxicos para homens e para animais. Diversos animais, vivendo, durante mais de 6 meses, em atmosfera saturada de vapores de T. E. G., não revelaram, no seu comportamento, nem na autópsia a que foram, mais tarde, submetidos, qualquer sinal de toxicidade. Aqueles vapores podem, sem perigo, empregar-se inclusivamente em cubículos («boxes») de prematuros recém-nascidos.

Os vapores, ou os «aerosóis», de T. E. G. não têm, também, qualquer acção sobre as paredes, nem sobre os móveis. Não são inflamáveis e não comunicam qualquer gosto à comida.

Conseguem reduzir de (60%)-70% a 95% (e, por vezes, inclusivamente, de 100%) o número presente de germens patogénicos, em suspensão no ar ambiente.

Está igualmente provado que os vapores, ou «aerosóis», de T. E. G. conseguem reduzir, em proporções que variam entre 40%-60% e 97%, a incidência de um grande número de infecções adquiridas por via respiratória, devidas a bactérias, fungos e vírus, quando criteriosamente aplicados, em certas colectividades, tais como enfermarias, serviços de pediatria, salas de espera de consultas, dormitórios, barracas do exército, escritórios e repartições públicas, escolas, certos meios de transporte colectivo, etc..

O T. E. G., sob a forma de vapores, ou nebulizado em partículas de 0,5 a 1-3  $\mu$  de diâmetro («atomizado»), é, quando empregado nas condições acima indicadas, o desinfectante de emprego mais simples, mais económico e mais inócuo (para o homem e animais superiores), de entre os diversos agentes desinfectantes químicos eficazes que se conhecem, para a desinfectação do ar ambiente. O seu emprego constitui, certamente, o processo mais eficaz, hoje conhecido, para a desinfectação contínua, ou permanente, do ar ambiente, estando particularmente indicado em enfermarias e cubículos de doentes infecto-contagiosos em hospitais e casas de saúde, muito especialmente se se trata de crianças (principalmente nos cubículos, ou «boxes», de lactentes e de prematuros) e em salas de espera de doentes (em hospitais, em clínicas, etc.). Como acima se disse, o seu emprego pode estender-se ainda a outras situações e conhecem-se já muito bons resultados pela sua aplicação em casernas e barracas de campanha de soldados, escolas, liceus, escritórios e repartições públicas, em teatros, cinemas e outros locais de diversão colectiva, em certos meios de transporte colectivo, em restaurantes, em asilos, creches, sanatórios, etc..

As radiações ultra-violetas podem conseguir a esterilização total do ar, o que só excepcionalmente poderia ser conseguido pelos vapores de T. E. G.. Mas, enquanto que a acção esterilizadora daquelas só se pode fazer sentir até uma curta distância do seu foco de emissão, ainda com os inconvenientes das radiações serem muito absorvidas por numerosas superfícies e de não poderem abranger todos os locais, do compartimento a tratar, que não estejam, directamente, no seu caminho de propagação rectilínea, os vapores de T. E. G., pelo contrário, atingem, rapidamente e absolutamente por igual (e sempre em igual concentração),

todos os locais do compartimento a tratar, não são absorvidos por nenhuma superfície e conseguem penetrar e difundir-se por todos os espaços e cantos, dentro do compartimento, ou compartimentos, em questão. Além disso, as radiações ultra-violetas têm, ainda, o inconveniente de poder lesar a pele e os olhos dos indivíduos expostos, se não se tomam as precauções necessárias e se não se limita o seu emprego a certas «zonas de ar» dentro de cada compartimento a tratar (como atrás se disse, na alínea Q) 5), o que não sucede com as nebulizações de T. E. G., ou de P. E. G. (ou de similares, como o O. P. Z. e o ácido láctico, adiante mencionados).

Em resumo, cada um destes processos de desinfeção do ar tem as suas particulares indicações, as quais dependem de numerosos factores, que se não podem considerar todos em pormenor, a fim de não alongar demasiadamente estas normas gerais de desinfeção do ar ambiente.

De uma maneira geral, pode dizer-se que: a) quando se pretende uma esterilização apenas temporária do ar ambiente, como, por ex., em uma sala de operações, ou em laboratórios de bacteriologia, ou de colheita de sangues, etc., então, as radiações ultra-violetas são de preferir (a propósito, deve salientar-se que o T. E. G. não deve nunca ser utilizado em laboratórios de bacteriologia, dado o seu grande poder de difusão, quando vaporizado, ou nebulizado, o que pode levar à destruição de todas as culturas ali existentes; b) as radiações ultra-violetas também podem estar aconselhadas, como eventual medida de protecção individual, em certos cubículos (*boxes*) de doentes infecto-contagiosos, ou à roda das camas dos doentes, especialmente em casos de infecções por vírus mais resistentes e mais altamente contagiantes; c) elas são igualmente as mais aconselhadas para frigoríficos, armazéns de géneros e outros locais não habitados, mas onde interesse manter-se a maior pureza possível do ar ambiente; d) pelo contrário, em enfermarias de doentes infecto-contagiosos, especialmente em enfermarias de pediatria, quando se pretende conseguir e manter uma desinfeção contínua, ou permanente, do ar ambiente, em época de epidemias transmitidas por via respiratória, então, parece preferível o emprego de vapores, ou de nebulizações, do T. E. G..

A escolha final, dependerá, em última análise, das condições locais e do fim em vista, devendo estudar-se a melhor solução para cada caso e ainda para cada ocasião.

Existem numerosos modelos de *aparelhos vaporizadores e nebulizadores* («atomizadores», ou «aerosolizadores») de solutos de T. E. G., para a «desinfeção contínua» do ar ambiente.

O modelo mais pequeno e mais comum desses

aparelhos, consiste em uma pequena máquina portátil, funcionando a corrente eléctrica alterna, que permite tratar um volume de 300 m<sup>3</sup> de capacidade, nas condições normais de habitação. Consegue atingir a concentração eficaz de T. E. G. ( (0,002)-0,003-0,004-0,005 mg./litro de ar) em menos de 1 hora (em cerca de 45 minutos) e, mantêm-na, em seguida, desde que continue a trabalhar ininterruptamente, isto apesar das pequenas trocas naturais de ar com exterior, que sempre se verificam quando se não trata de compartimentos herméticamente calafetados. O recipiente de T. E. G. deste aparelho (recipiente esse, de fácil e rápida substituição, mesmo com o aparelho a funcionar), permite a desinfeção de 1.500 m<sup>3</sup> de ar fresco. O aparecimento de uma ligeira névoa no ambiente, indica que se ultrapassou o ponto óptimo de saturação (cerca de 75 %) e que se atingiu, ou que se está prestes a atingir, o grau de saturação total (100 %) de vapor de T. E. G. na atmosfera do compartimento a tratar, o que mostra que se deve baixar, um pouco, o débito do aparelho, até que se não veja já qualquer «nevoeiro».

Existem muitos outros modelos de maior capacidade, que não é, contudo, possível referir nesta alínea, já demasiado longa. Todavia, os Serviços Sanitários estão aptos a fornecer informações mais detalhadas acerca destes e de outros aparelhos, de diversas marcas, para produção de vapores, ou de «aerossóis», de éteres do glicol, associados, ou não, a outros germicidas e a outras substâncias, assim como podem fornecer indicações a propósito de muitos outros aparelhos produtores de radiações ultra-violetas e de ozono, além daqueles já anteriormente mencionados, visto ser impossível estar a referir aqui as características e as indicações de todos os diversos aparelhos hoje existentes no mercado para a realização da desinfeção contínua do ar ambiente de certos compartimentos e de alguns meios de transporte colectivo.

Não quer, finalmente, terminar-se esta alínea, consagrada à desinfeção permanente do ar pelos éteres do glicol, sem que, mais uma vez, se mencione, ainda que muito brevemente, o *método da «desinfeção total» do «ambiente»* de Lester e Dunklin, em que se associam, às nebulizações de T. E. G. (ou de P. E. G., ou de O. P. Z., etc.) — para desinfeção do ar —, as pulverizações de solutos ou emulsões de ortofenilfenol de (1 %)-2 % a 4 %-(5 %) — para desinfeção das paredes, superfícies de móveis, roupas e outros artigos do ou dos compartimentos cujo ar se pretende desinfectar —. Ver mais pormenores acerca deste método na I Parte (alínea B<sup>10</sup>) 7) e B<sup>12</sup>) 7) a)).

(Continua no próximo número)

Nos estados  
diarreicos



# Tanalmicina

FRASCOS DE 90 GRAMAS

Tanal + Estreptomina em emulsão de sabor agradável

# MOVIMENTO MÉDICO

(Extractos e resumos de livros e de artigos publicados em revistas—Outros trabalhos publicados—Bibliografia)

## EXTRACTOS E RESUMOS

### A utilização dos colinérgicos em gastro-enterologia

JEAN GUERRE

#### BASES FISIOLÓGICAS DO TRATAMENTO

Dá-se o nome de colinérgicos às substâncias que actuam como a acetilcolina, quer dizer, vagomiméticas. Sabe-se, com efeito, que o parasimpático actua pela libertação desta hormona ao nível da terminação das fibras post-ganglionares.

O vago tem uma acção exito-motora sobre todo o aparelho digestivo: quer se trate do estômago, das vias biliares ou do intestino, aumenta o tónus e o peristaltismo e, pelo contrário, abre os esfínteres permitindo assim a progressão do bolo alimentar.

Tem, por outro lado, uma acção secretória bem conhecida sobre o estômago, mas os trabalhos recentes de Glass e Boyd e de Morton e Stavaky mostraram a complexidade do problema dos mediadores químicos. Segundo estes autores, a histamina excita electivamente a secreção do ácido clorídrico enquanto que a acetil-colina provoca o aparecimento dum suco muito rico em muco protector da parede e pobre em ácido.

A mesma complexidade encontra-se se se quer aprofundar o mecanismo da motilidade cólica. O cólon é um órgão automático e à observação mostra movimentos rítmicos de contracção e de descontração prolongados.

Pode-se provar que o intestino isolado de toda a inervação extrínseca sintetiza a acetil-colina: extrai a colina dos fosfo-amino-lípideos e possui radicais acetílicos pelo catabolismo glucídico favorecido pelo coenzima A, a cocarboxilase, a adenosina-trifosfato e a adrenalina. Uma colina-ecetilase, que foi isolada, realiza a sua síntese. A parede do órgão é pois o lugar de reacções complexas incessantes e tem-se querido explicar a ritmicidade do intestino pela alternância das reacções de síntese e pela hidrólise da hormona colínica (Mintz). Seja como for, o pneumogástrico não pode ter aqui senão uma acção de controle e actua não pela libertação de acetil-colina, que já está presente em quantidade apreciável, mas, sem dúvida, por uma cadeia de reacções de síntese.

Não é fácil transportar estas noções para a clínica: não se pode ter qualquer prova do mau funcionamento destes mecanismos delicados e as acções farmacodinâmicas que provocarmos serão muitas vezes brutais e ultrapassarão muitas vezes o seu fim.

#### PROCESSOS TERAPÊUTICOS

Vejamos, em primeiro lugar, os produtos que a farmacopeia põe à nossa disposição; há dois grupos: a acetil-colina e seus derivados e os anticolinesterínicos.

1—A acetil-colina é a substância fisiologicamente melhor, mas praticamente não é utilizável porque a sua hidrólise no organismo é muito rápida e nas doses necessárias para desencadear o peristaltismo tem acções secundárias mais importantes: hipotensão, vaso-dilatação periférica, etc.

2—A carbominoicolina, éster carbónico da colina, é, pelo contrário, duma grande estabilidade e a sua actividade é ligeiramente mais forte que a de acetil-colina; actua em doses mais fracas mas a sua toxicidade é mais importante e as suas acções secundárias são também importantes. Foi também actualmente abandonada.

Um grande processo foi realizado com o emprego dos ésteres da  $\beta$  metilcolina.

3—A acetil- $\beta$ -metilcolina é relativamente estável e sobretudo desprovida de acções secundárias.

O seu estudo no intestino isolado mostra que tem um efeito peristaltogéneo superior ao da hormona natural.

Utiliza-se por via parenteral, sob a forma de brometo na dose de 0,02 gr. por injeção, ou melhor pela boca sob a forma de sulfato de acetil- $\beta$ -metilcolina e de magnésio, associada ao ácido glutâmico e ao pantotenato de cálcio na dose de 0,15 a 0,40 gr. por dia (2 a 6 comprimidos).

4—A carbaminoil- $\beta$ -metilcolina é também activa e mais estável que o produto precedente. É 30 vezes menos tóxico que a carbaminoicolina. A posologia diária «per os» é de 0,08 gr. (2 a 8 comprimidos); não se nota qualquer incidente secundário prejudicial.

5—O chefe de fila dos anticolinesterásicos é a eserina, mas é perigosa porque a dose tóxica é demasiadamente próxima da dose útil. Contudo, em fracas doses, associada ao brometo pode prestar serviços.

6—A geneserina é a mais manejável.

7—A neostigmina é um produto sintético correntemente utilizado em injeção (ampolas de  $\frac{1}{2}$  mgr.) ou por via oral (3 a 5 comprimidos de 15 mgr.). A sua acção sobre o peristaltismo é poderosa, por vezes demasiadamente, e de curta duração.

8—Enfim, recentemente apareceu um derivado vizinho do precedente, a piridostigmina, 5 vezes menos tóxico e somente 2 vezes menos activo.

Administrado por via parentérica, e entérica, na dose quadrupla da da neostigmina, tem uma melhor acção e mais prolongada.

#### APLICAÇÕES CLÍNICAS

As indicações dos colinérgicos são quase exclusivamente as perturbações da motilidade cólica.

1—Com efeito, no que diz respeito ao estômago, uma indicação teórica seria a atonia gástrica com ptose correspondendo ao clássico síndrome da dispepsia hiposténica. Actualmente, sabe-se que este síndrome é muito discutível e tende a ser dividido a favor das gastrites. Contudo a associação brometo-eserina pode ser útil, mas não é necessário contar com os colinérgicos para excitar a secreção clorídrico-péptica.

Uma indicação muito mais interessante foi dada recentemente por P. Hillemand: este autor trata o refluxo esofágico, com ou sem hérnia do hiato, pela Neostigmina com o fim de reforçar o tónus gástrico e particularmente do cárdia que se opõe ao fenómeno anormal; os resultados são encorajadores e a pirose é melhorada. Do mesmo modo Kruser tratou a pirose da gravidez pela neostigmina, ou melhor, pela piridostigmina, com excelentes resultados, sem acção secundária nefasta sobre a gestação.

Enfim, no plano diagnóstico, pode-se utilizar a acetil- $\beta$ -metilcolina para provocar a secreção mucosa durante a tubagem gástrica, mas estes estudos não estão senão no início e não podem ainda ter aplicações práticas.

Novo medicamento para:

FERIDAS ■ ÚLCERAS VARICOSAS ■ QUEIMADURAS ■ AFECÇÕES CUTÂNEAS



# NEOPANTOL

(Etilmercuritiosalicilato de sódio + Alcool pantenílico + Vitamina A)

POMADA

O NEOPANTOL tem grande acção anti-séptica, cicatrizante e calmante da dor

*Laboratório Fidelis*

2 — Entre os síndromas biliares, Chiray tinha realçado a colecistatonia; este síndrome é, com efeito, quase sempre secundário a uma anomalia da região infundíbulo-cística justificável, pelo contrário, de anti-espasmódicos. Se é primitivo, os colinérgicos deverão ser tentados; contudo, aqui, como para a patologia gástrica, somos muitas vezes embaraçados pela acção peristaltogênea destes compostos sobre o cólon o que obriga, em certos casos, a cessar a terapêutica.

3 — É porque a indicação maior da terapêutica vagomimética continua a ser a atonia cólica. É na atonia cólica post-operatória que a neostigmina tem o maior sucesso: a sua administração parentérica, a discreção dos efeitos secundários, a sua rapidez e intensidade de acção fazem dele o medicamento de escolha; meia a uma hora após a injeção, o doente sente cólicas e emite gases e fezes. Actualmente a piridostigmina parece tão activa, melhor tolerada, provocando menos dores e eficazmente mais tempo.

Deverá ser evitado um erro nos doentes que apresentam um íleo post-operatório: é o de desconhecer uma hipopotassemia. O potássio é, com efeito, absolutamente indispensável à acção da hormona colínica; a acetil-colina não tem qualquer acção sobre o intestino isolado num líquido privado deste catião. Este íleo só cede com a correcção do déficit em electrólito e resistirá à terapêutica colinérgica.

O megacolon é a segunda indicação clássica, mas também aqui é necessário agir com discernimento. Hillemand distingue os megacólons secundários a uma estenose parcial e a doença de Hirschprung ou megacolon congénito: dilatação monstruosa do cólon a montante dum obstáculo funcional situado na junção sigmoideia, por agenesia dos plexos nervosos murais e os megacólons funcionais sem obstáculo visível.

No primeiro caso, a intervenção impõe-se e será curadora; para tratar a doença de Hirschprung, Swenson propôs uma intervenção análoga: a ressecção do segmento anormal; esta intervenção é seguida de excelentes resultados, mas perante a sua gravidade, alguns continuaram a tratar a afecção com os derivados da  $\beta$ -metil-colina e os resultados são muitas vezes bons apesar do ilogismo desta terapêutica.

Qualquer que seja a causa primitiva invocada para explicar o megacolon funcional, a perturbação principal é uma atonia cólica com ausência de peristaltismo: é aqui que a acetil ou a carbaminoil- $\beta$ -metilcolina, a neostigmina e sobretudo a piridostigmina trazem uma melhoria espectacular e estes doentes, cujo abdómen era sempre doloroso e dilatado por gases e fezes acumuladas durante dias, têm dejeções quotidianas e normais. Deve dizer-se que o tratamento colinérgico não será aplicado isoladamente: um regimen apropriado e modificadores do conteúdo cólico como o óleo de perafina e as mucilagens serão sempre associadas.

O tratamento da obstipação sem dilatação cólica é muito mais aleatório. Não podemos tratar aqui do mecanismo das obstipações: limitar-nos-emos a assinalar a distinção clássica entre obstipação atónica e espasmódica; a primeira, somente, será justificável do tratamento colinérgico, enquanto que a segunda será melhorada pelos anti-espasmódicos. Mas é praticamente impossível distinguir clinicamente o mecanismo em causa; ausência ou presença de dores, boa ou má tolerância, a existência de falsa diápnese desencadeada por laxantes tomados abusivamente, não tem nenhum valor.

Alguns, como Chiray e Stieffel, pensam que esta distinção é demasiado esquemática e falam de obstipação por disquinésia cólica ou associam espasmo e atonia. Parece-nos que, pelo registo gráfico das contracções cólicas, com a ajuda dum sonda colocado no sigmoide por rectoscopia, segundo a técnica de Charles Debray, era fácil distinguir os cólons que se contraem pouco ou nada, dos cólons hiper-espasmódicos. A. Cornet e Théron, na sua tese, mostraram o interesse deste método e o feliz efeito da acetil- $\beta$ -metilcolina sobre os cólons átonos. Mas esta explicação não está ainda, na prática corrente e, perante um obstipado, na prática, é necessário ensaiar, à sorte, um tratamento. A administração de colinérgicos numa obstipação espasmódica não é perigosa, mas o efeito será nulo e, muitas vezes mesmo, o estado do doente agrava-se; será bom preveni-lo lealmente desta eventualidade. Se se trate dum obstipado atónico, a melhoria será a regra, com um tempo de latência de alguns dias; a associação com óleo ou mucilagem será sempre útil. O tratamento deverá prosseguir longo tempo, vários meses, adaptando a dose. Com efeito, estes produtos não irritam a mucosa intestinal como os laxantes com fenoltaleína, mas podem surgir, se bem que raramente, doses cólicas que obrigam a reduzir a dose.

Assinalemos, para terminar, que na nossa tese, feita sob a direcção do Prof. Justin-Besançon e M.me Lamotte-Barillon, pudemos mostrar que o potássio é um excelente colinérgico actuando por intermédio da hormona colínica e pela própria acção sobre a fibra lisa do intestino. Doses da ordem de 1,5 gr. de cloreto de potássio, administradas antes das refeições, tiveram um efeito favorável tanto sobre os megacólons como sobre as obstipações atónicas simples e isto, muitas vezes, em doentes resistentes aos colinérgicos, como se existisse uma carência crónica de potássio. As duas terapêuticas podem também ser ultimamente associadas e veremos os seus efeitos reforçados.

A clínica tem pois à sua disposição toda uma série de produtos entero-motores, de actividade maior ou menor, mais ou menos rápida e é o estudo minucioso de cada caso particular que permitirá adaptar a melhor posologia e tratar uma frequente perturbação, tantas vezes incorrectamente tratada.

# RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA FORNECIDOS PELAS REVISTAS

(Seleção)

## Medicina geral

*J. Olmer, M. Mongin e M. Martin: INTERESSE DA ELECTROFORESE EM PAPEL NAS LEUCOSES*

L'étude systématique de l'électrophorèse dans les hémopathies nous amène à distinguer:

1° Des dysglobulinémies mineures, qui s'observent au cours des leucoses ou des réticulopathies malignes: il s'agit d'altérations modérées de l'équilibre protéique, variables au cours de l'évolution et difficile à schématiser à propos de chaque type d'affections. Une modalité nous a paru particulièrement fréquente, la baisse des  $\gamma$ -globulines, quelquefois associée à celle des  $\beta$ -globulines et à une élévation relative des albumines au cours des leucoses lymphoïdes chroniques. Cette anomalie se retrouve dans des affections voisines des leucoses où prédomine l'hyperplasie lymphoïde.

2° Des dysglobulinémies majeures, dont le type le plus fréquent est le myélome multiple où les altérations électrophorétiques sont bien connues. Il faut distinguer du myélome un syndrome dont l'individualité est bien établie, décrit par Waldenström, où s'observe une macroglobulinémie. Mais il existe, en outre, d'autres cas isolés encore imparfaitement définis. L'électrophorèse dans ces dysglobulinémies majeures ne permet souvent qu'un dépistage. D'autres procédés d'étude (ultracentrifugation, courbes de relargage) sont alors nécessaires.

(*La Presse Méd.* — 64 (6): 101-103; 1956)

*G. Andres e A. Farinella: O GENTISATO DE AMIDOPIRINA NA TERAPÊUTICA DAS AFECÇÕES REUMATISMAIS*

L'Auteur relate les résultats obtenus dans le traitement des affections rhumatismales par le gentisate d'amidopyrine.

Après avoir précisé que l'administration du médicament aux sujets sains ne provoque aucun symptôme objectif ou subjectif d'intolérance, l'Auteur conclut que la thérapeutique des sujets rhumatisés par le gentisate d'amidopyrine est à même de vaincre de la façon la plus complète et dans le délai le plus court la symptomatologie objective et subjective ainsi que le tableau humoral du malade.

Il est d'avis que l'activité du médicament doit être attribuée principalement à sa capacité de s'opposer valablement à la réaction antigène-anticorps ainsi qu'à la stimulation qu'il exerce sur l'axe hypophyse-surrénal.

(*Min. Med.* — 1 (3-4): 50-52; 1956)

*M. Girolami: TRATAMENTO DA CIRROSE HEPÁTICA POR DOSES FORTES DE TESTOSTERONA*

L'A. rapporte les résultats thérapeutiques du traitement à base de doses élevées de testostérone, qu'il a préconisé et appliqué à la cirrose hépatique de Morgagni-Laennec. Les cas traités jusqu'ici sont 24. Une vingtaine d'entre eux ont été suivis pendant 1 à 6 ans, les autres sont en traitement depuis quelques mois. Dans les cas favorables, l'état des patients redevient à peu près normal, donnant la sensation subjective de la guérison; l'ascite et les oedèmes fendent de même que disparaît la circulation veineuse superficielle collatérale de compensation. Ces résultats favorables ont été atteints chez 6 malades sur 10 si l'on tient compte de tous les cas; parmi eux il y en avait d'extrêmement graves et à un stade avancé au moment où le traitement a été entrepris. Si par contre on ne tient compte que des cas qui ont commencé le traitement à un stade non avancé de la maladie, les résultats ont été favorables dans la presque totalité des cas.

(*Min. Med.* — 1 (13): 411-413. 1956).

*R. Boeri: CEFALÉIA CAUSADA PELOS ESTROGÊNEOS E PROTEÇÃO HEPÁTICA*

L'A., se référant aux rapports étroits existant entre le métabolisme des oestrogènes et la fonction hépatique, décrit et commente les bons résultats thérapeutiques obtenus par les extraits hépatiques dans les céphalées vasculaires causées par les oestrogènes.

(*Min. Med.* — 1 (13) 428-431. 1956).

## Terapêutica

*Di Nola e col.: A CORTISONA NAS DOENÇAS INFECCIOSAS AGUDAS E NA FEBRE TIFOIDE EM PARTICULAR*

Après une rapide revue de la littérature concernant l'emploi thérapeutique de la cortisone, les AA. présentent 18 cas de fièvre typhoïde traités par l'association cortisone-chloramphénicol. Les résultats obtenus peuvent être considérés satisfaisants: auprès de quatre parmi les cas examinés, la cortisone a été administrée au cours des rechutes, sans qu'aucun effet secondaire désagréable se soit manifesté. Après avoir rappelé les inconvénients consécutifs à des administrations trop prolongées d'hormone, les AA. envisagent les mécanismes probables d'action de la cortisone. Ils sont d'avis qu'on doit les chercher parmi un ensemble de facteurs comprenant: l'action antipyrétique aspécifique, celle antipeptogistive, celle antiallergique et celle antistressante.

(*Min. Med.* 1 (18): 122-128. 1956).

## Ginecologia

*Alekander Mirkovic e col.: SOBRE O VALOR DOS ANTIBIOGRAMAS EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA*

Nous nous sommes basés sur les antibiogrammes dans le traitement par les antibiotiques des 139 femmes, qui étaient enceintes ou non. Nous avons réalisé un succès clinique dans 93% par les antibiotiques actifs, dans 68,5% par les antibiotiques d'une activité restreinte et dans 27% par les antibiotiques censés inactifs.

Nous n'avions par des insuccès thérapeutiques en utilisant les antibiotiques actifs d'après les antibiogrammes faits après la ponction. D'une façon générale nous avons évacué par des ponctions les collections suppurées ou séreuses et ce n'est que rarement que nous étions obligés d'intervenir chirurgicalement. Dans la plupart des cas nous avons pu arrêter par les antibiotiques actifs d'après les antibiogrammes faits du lait maternel les mastites puerpérales au début.

La pyélite au cours de la grossesse, la septicémie après l'avortement, l'état fébrile puerpéral et l'avortement fébrile ont été traités avec succès d'après l'antibiogramme de l'urine ou après le prélèvement de la sécrétion de l'utérus ou du col.

Les antibiogrammes faits de la sécrétion du col sont certainement un moyen très utile pour le choix de l'antibiotique actif correspondant pour le traitement efficace de la plupart des affections adnexielles aiguës ou de peri- ou paramétrites.

Cependant lorsqu'il s'agit des états chronique de ces organes, l'antibiogramme n'est pas un indicateur tout à fait sûr surtout s'il n'y a pas de signes cervicaux d'une infection secondaire.

Nous avons même obtenu une guérison clinique par les antibiotiques considérés comme inactifs d'après l'antibiogramme. En nous servant des antibiogrammes depuis 1952 nous avons pu raccourcir dans la plupart des cas la durée du traitement.

Chez les processus inflammatoires chroniques nous avons obtenu des résultats tout à fait satisfaisants en ajoutant à des antibiotiques actifs la vaccinothérapie.

Pendant ce temps-là nous avons eu chez un nombre très restreint de phénomènes allergiques sans une seule issue fatale.

Donc, l'antibiogramme doit devenir une méthode courante en gynécologie et obstétrique, parce qu'on peut sans peine obtenir le quoi faire l'examen bactériologique et par là éviter le gaspillage des antibiotiques.

A noter surtout que cette méthode nécessite la collaboration étroite entre le clinicien et le bactériologiste, le travail technique rigoureux et les indications thérapeutiques avec critères nécessaires.

(*Archives Serbes de Med.*: 83 (11): 1275-1287. 1955)

## Hematologia

*M. Díaz — Rubio e F. Segovia: A ELECTROFORESE EM PAPEL DAS PROTEÍNAS DO PLASMA NAS HEMOBLASTOSES*

Se estudia en una serie de enfermos de diferentes hemoblastosis la conducta de las proteínas plasmáticas por medio de la electroforesis en papel. Su conducta en las leucemias mieloides crónicas es inexpresiva, a diferencia de la constancia con que se ven alteraciones en la zona de la alfa en las leucemias linfoides. Tiene interés el que en todos los casos de sarcoma reticuloelular estaban las proteínas totales en los límites más altos de lo normal, debido a una elevación de la globulinemia; dentro de ésta existía un aumento de la alfa-2 y alteraciones en la zona de la gamma, traducidas por una elevación de ésta o por la aparición de una paraproteína.

NAS DOENÇAS INTESTINAIS

# GUANIBIOL

(Neomicina + Bacitracina + Sulfaguanidina + Vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub> e PP)

COMPRIMIDOS

ANTIBIÓTICO — SULFAMÍDICO VITAMINADO

*Laboratório Fidelis*



teína de movilidad eléctrica próxima. En la linfogranulomatosis, tanto se vió una conducta normal como un descenso o una gran elevación de la gamma. En un caso de panmieloptosis existía hiperproteinemia, inversión del cociente y aumento de la gamma y de la beta, con fusión de las alfas, en contraste con dos de panmielopatia, por inhibición medular esplenógena, en los que sólo se vió de anormal un aumento de la gamma. A propósito de un caso de plasmocitoma de gamma-globulina, se hace resaltar la existencia de hiperproteinemias en procesos de otra índole, ya por gran elevación de la gamma, como en un caso de linfogranulomatosis, o por extraordinario aumento de la beta, como en otro de leucemia linfoide.

Aunque algunas detales modificaciones se ponen en conexión con los mismos procesos, ante todo en el retotelsarcoma y en la leucemia linfoide, se hace responsable de las más de aquéllas a las complicaciones y agresiones, de orden infeccioso o tóxico y con o sin significación genética, además de a las alteraciones hepáticas terminados casos es expresiva de la falta de valor decisivo de coexistentes. La conducta normal que se ve, en ocasiones, en determinados casos es expresiva de la falta de valor decisivo de ciertas estructuras para la proteinopoyesis, y es opuesta a la importancia de la disproteinemia primaria para la génesis de ciertas hemoblastosis.

(Rev. Clí. Esp. — 60 (1): 16-23. 1956).

## Terapéutica

### G. Moretti e col.: O PÂNCREAS NAS CIRROSES ALCOÓLICAS

Les auters ont repris l'étude du pancréas dans les cirrhoses du point de vue biologique et histochemique.

De cette façon peut être établie l'image dynamique de cette glande.

L'atteinte du pancréas externe est précoce et constante. A la chute de trypsine, de la lipase et de l'amylase pancréatiques, souvent précessive de la cirrhose correspondent, outre des modifications banales du conjonctif, la pycnose et la dégénérescence atrophique d'assez nombreuses cellules acineuses, une diminution et une répartition inégale de l'ergastoplasme (une absence ou une diminution importante des grains de sécrétion).

A cette atteinte du pancréas s'oppose l'hyperplasie fonctionnelle des parotides.

L'étude du pancréas interne montre, outre une polynésie avec macro-anisonésie, une hyperplasie intra- et extra-insulaire des cellules A.

La signification de cette histophysiopathologie est discutée.

(La Presse Méd. — 64 (17): 376-379. 1956).

### O. Pace: ENSAIOS DE TERAPÉUTICA PELOS EXTRACTOS HEPÁTICOS COMBINADOS COM VITAMINAS E LIPOTRÓPICOS POR VIA ENDOVENOSA EM ALGUMAS HEPATOPATIAS

L'Auteur rapporte l'action thérapeutique de quelques facteurs lipotropes, de la fraction antitoxique de l'extrait hépatique, de la Vitamine B<sub>12</sub> et PP, administrés en même temps par voie intraveineuse. Après avoir brièvement analysé l'activité de ces médicaments, l'Auteur conclut que les hépatopathies considérées ont tiré un appréciable avantage de cette association médicamenteuse.

(Min. Med. — I (14): 458-461. 1956).

## Medicina geral

### L. Pierini e J. Borda: XANTOMAS CUTANEOS

*I Parte.* — La expresión «xantoma cutáneo» importa demostración de colesterol en células de tejido R. E. cutáneo (células espumosas). Los xantomas cutáneos tienen muy variada apariencia clínica.

Se propone una clasificación fundada en el 1) aumento ó 2) normalidad de la tasa de colesterol circulante; 3) la hiperlipemia caracterizaría otro grupo de xantomas; 4) el último, estaría integrado por diversos procesos dermatológicos definidos que accidentalmente pueden xantomizarse.

El grupo I comprendería: a) xantelasma; b) xantoma plano y tuberoso; c) xantoma de vainas tendinosas; d) cirrosis biliar xantomatosa; e) nevoxantoendotelioma; f) xantoma sarcoidirorme; g) colesterosis extracelular (?).

El grupo 2 tiene como expresión dermatológica el xantoma disseminado. El 3.º, el xantoma eruptivo. Finalmente el 4.º grado comprende fibromas, epitelomas, abscesos, lupus eritematoso, granulomas infecciosos o no, etcétera, que eventualmente se xantomatizan e incluso acusan presencia de células espumosas.

*II Parte.* — El xantoma disseminado, es decir, normocolesterolémico, era conocido desde antiguas descripciones pero recientemente se ha individualizado. Suele coexistir con distintas manifestaciones orgánicas imputables a xantomas viscerales (medula ósea, meninges, pulmones, ganglios, etcétera).

Las manifestaciones cutáneas del xantoma disseminado son eminencias de color amarillento o castaño que, confluentes o no, toman localización preferentemente, en grandes pliegues cutáneos. Las mucosas están afectadas.

Como contribución casuística, se refiere un interesante caso de xantoma disseminado con adenopatias múltiples y, concomitantemente, xantomas de mucosa nasal que obstruía fosas nasales.

(La Prensa Med. Arg. — 42 (35): 2675-2689. 1955)

### P. A. Buylly e J. A. Llavona: NOSSA EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO DA MENINGITE TUBERCULOSA COM A ASSOCIAÇÃO DAS HORMONAS ESTEROIDES A MEDICAÇÃO ESPECÍFICA

Se exponen los resultados obtenidos en 14 casos de meningitis tuberculosa con la asociación de hidrocortisona o ACTH a la medicación específica. Estos fueron buenos, sin que se observaran reactivación de focos tuberculosos ni signos de intolerancia.

(Rev. Clí. Esp. — 60 (1): 25-28. 1956).

## Neurologia

### F. Mulé e col.: DOIS CASOS DE POLIRADICULONEVRITE DEVIDO A VIRUS DO TIPO GRIPAL B.

Les AA. décrivent deux cas de polyradiculonévrite dont l'étiologie peut être rapportée au virus de la grippe du type B, car ce dernier a été isolé du sang des deux malades et du liquor d'un de ceux-ci. L'étude du comportement des anticorps de la grippe effectué sur le sang et sur le liquor a mis en évidence une augmentation des anticorps au cours de la maladie, ce qui souligne la possibilité d'une étiologie du syndrome découlant d'une forme grippale du type B.

(Min. Med. — I (14): 450-457. 1956).



## SUPLEMENTO

### ALGUMAS NOTAS DE PSICOLOGIA CLÍNICA

Resumo duma palestra proferida nos «Serões Médicos de Paredes», em 19-5-956.

HENRIQUE GREGÓRIO PEREIRA

Os médicos não são apenas «mecânicos» reparadores das avarias da saúde corporal do próximo.

A clínica é uma integração de conhecimentos e valores em progressivo crescimento e aperfeiçoamento.

Os sintomas da patologia «clássica» são, muitas vezes, apenas a projecção objectiva de perturbações muito mais vastas e profundas da existência emocional do Homem doente.

O passado e o presente perimundo de circunstâncias emocionais em que o Homem doente viveu e vive tem de ser sempre conhecido e valorizado pelo clínico.

Aí está o laboratório em que o médico rural tanto e tanto se valoriza como criador e aplicador da verdadeira medicina integral.

#### ALGUMAS NOTAS DE PSICOLOGIA CLÍNICA

Dizia Leonardo Coimbra, aquele grande que a morte colheu, numa curva da estrada, ali em Baltar:

«Se o homem é uma onda mais alta que no mar da vida se encaixa — deve ter, sobre o resto da vida, uma visão de conjunto que lhe permita dominá-la!»

Na verdade, como homens médicos que somos, acontece-nos, às vezes, ao longo e ao largo da nossa vida profissional, termos a sensação de que vemos e dominamos em toda a sua vastidão e profundidade, a doença do nosso semelhante.

Sem dúvida que tal sensação, quase sempre poderá ser cotada de miragem narcisista; mas também, sem dúvida, traduz muitíssimas vezes um natural impulso de libertação ascensional da monótona rotina técnica profissional.

Mesmo nesta era utilitarista — monetária! — em que vivemos, não creio que a alma do médico se contente apenas com a exploração dos êxitos económicos; e nos resignemos a ser meros mecânicos reparadores das avarias da saúde do próximo. Não! Nós não queremos ser só artífices, ou operários da saúde; também queremos ser artistas e cientistas criadores da medicina, do seu progresso e aperfeiçoamento.

Nestas considerações poderá talvez

encontrar-se uma das motivações psicanalíticas mais profundas para este fenómeno gregário, de classe, que são os Serões Médicos de Paredes.

Estes Serões são ainda quase infantis, para o conhecimento da população geral e do Governo do país; mas a sua ideia-mãe é tão grande e tão bela... que quase nos parece inexplicável, inacreditável.

A grande ilusão — quase crendice! — político-social dos nossos dias é a de que os números associativos, são por si só, pelo seu próprio peso, uma força, um poder de progresso!

Que engano! Basta-nos pôr os olhos na nossa «Ordem dos Médicos».

Cerca de 5.000 contribuintes... «malgré tout». Um corpo associativo volumoso, mas vazio de alma. Só número... e números.

E por mais que o Governo queira teoricamente prestigiá-la, como valor corporativo; por mais que umas dúzias dos seus dirigentes eleitos se esforcem pela sua vivificação prática — ei-la aí está a «nossa» Ordem, como um cheque sem cobertura, como um corpo sem alma, ou em coma anóxico.

(Falta-lhe o oxigénio da crença em si mesma, falta-lhe o entusiasmo, a devoção, a comunhão da vida, o verdadeiro e autêntico sentimento gregário dos seus associados).

Por isso, e em contraste, é tanto mais apreciável o milagre desta elite provinciana; a lição nacional deste Serão Médico concelhio!

E sem cotizações nem estatutos mas com o tesoiro e poder creador do grãozinho de semente que verdadeiramente germina e cresce.

Autêntica e boa semente!

Praza a Deus que ela venha a ser colhida e plantada nos outros concelhos de Portugal.

Assim se realizaria o verdadeiro corporativismo da nossa classe: o seu progresso, sem prejuízo e até com benefício das outras classes laborativas.

★

Tivesteis a ideia de me convidar a assistir a este vosso serão. Estou-vos profundamente grato.

O Colega Rangel é, para mim, duma simpatia cativante, imerecível.

Mas receio que tenha sido um pouco infeliz em escolher-me para... seroar medicina convosco.

Não fui um urso das bancas da Escola Médica; perdi alguns pruridos de erudição académica que, confesso, cheguei a ter aqui há uns 10 anos; e vejo-me agora apenas na saudade dos meus passos iniciais de clínico rural (6 anos em terras transmontanas) e presentemente, ali no Porto, entregue a uma inquietação assistencial e clínica alimentada de autodidactismo independente e talvez demasiado inconformista.

Vejo, pois, que é de agradecer o estímulo que me proporcionasteis para alinhar, estas despretenciosas notas de psicologia clínica que vou passar a apresentar-vos.

★

Há quase 30 anos levantou-se na minha vida de estudante de medicina, uma pequenina onda — uma lição magistral, das que não vêm nas sebetas nem se encontram nos tratados — que me rasgou um horizonte vastíssimo para o mundo da realidade clínica.

Perdoai-me que vo-la refira, sem cabimento académico (Deus nos livre dessa tinha), na deleitante comunhão afectiva deste serão médico, tão magnífica e magnificamente provinciana, a cuja lareira — mais do que simbólica! — também quisera reaquecer o meu coração resfriado na cidade; neste serão em cuja lareira purificante também queria cauterizar os meus pecados e reavivar as minhas crenças e entusiasmos profissionais.

Aí vai a minha pequenina história de crescimento, de desmame clínico.

Foi colhida directamente do falecido professor da Faculdade de Medicina do Porto — Pessegueiro — desse homem de compleição moral verdadeiramente magistral, pouco mais ou menos por estas palavras.

O Dr. Tiago de Almeida, uma tarde, acabava de examinar uma consulente de vinte e tal anos. Enquanto ela ainda

se ocupava, em combinação, dos retoques do seu toucado e maquilagem, o velho professor ia registando, na ficha, a sintomatologia: magreza, anorexia, suores nocturnos, febrícula vespertina, submacishez e murmúrio vesicular diminuído nos vértices pulmonares...

Nisto, a mãe da doente, insofridamente, dispara as perguntas da praxe:

«Então, Snr. Dr., como acha a minha filha? Está muito doente? Terá cura?»

Resposta do Mestre:

«Sua filha, minha Snr.<sup>a</sup>, está gravemente doente. A sua cura é muito difícil, talvez impossível.»

...E dizia o Pessegueiro:

Não pelo receituário médico que o Dr. Tiago então lhe prescreveu mas pelo sermão terrífico que a seguir lhes pregou a ambas (mãe e filha) pude ver a distância que vai do médico incipiente que eu era — só tinha apreciado a mera sintomatologia orgânica duma pré-tuberculose pulmonar — até ao mestre clínico que foi Tiago de Almeida quando reuniu, conjugou e valorizou, para além dessa pobre semiologia, o conjunto sindromático global, biopsíquico, daquela doente, em todos os seus gestos e atitudes, e em todos os seus modos e propósitos de existência.

A doente, de facto, um ano depois, estava gravemente doente de tuberculose pulmonar caseosa e evolutiva.

Como pôde o Dr. Tiago encontrar na tuberculose incipiente de 1 ano antes, o prognóstico duma forma progressiva caseosa, grave? Como é que a Clínica tinha podido ultrapassar a Medicina?

O velho Tiago tinha observado tudo:

As primeiras palavras da mãe, ao entrar no consultório, tinham sido para pedir desculpa de chegarem uma hora mais tarde do que a marcada.

...«Anteontem foi a quermesse da festa do Menino Deus, à noite o baile de caridade, acabou às 6 da manhã; hoje estávamos fatigadas e deitámo-nos a dormir só às 8 horas. Acordamos tarde demais. Perdõe...» O clínico traduziu no seu íntimo: esta mãe não está verdadeiramente preocupada com a saúde da filha, o baile esteve em primeiro lugar, na véspera da vinda ao médico! Esta gente vive na futilidade e para a futilidade dos prazeres humanos!

Segunda colheita espontânea:

«Sr. Dr. tenho corrido com minha filha muitos consultórios médicos; ela tem tomado muitos tónicos, mas está sempre fraca, sempre olheirenta, sem apetite, magra...»

(Tradução clínica: como hão-de os tónicos vencer as quermesses, os bailes de caridade? Como hão-de os médicos corrigir esta maneira de viver tão anti-higiênica, tão predisponente à T. P.?)

3.<sup>a</sup> nota:

Acabada a auscultação, ainda sem se vestir, desagasalhada, a consulente empenhou-se largos minutos a refazer a sua toilette...

Interpretação clínica:

Esta doente está gravemente doente do seu comportamento, da sua atitude perante a existência.

Só cultiva a vaidade, o bem parecer, a fatuidade; é má doente; não sabe reconquistar e merecer a saúde.

Mau prognóstico...

E não se tratava na verdade — como propedêuticamente parecia — dum caso de tuberculose pulmonar, incipiente ou benigna. — tratava-se, como a *clínica* viu, de uma tuberculose pulmonar progressiva, grave e incurável.

É que a propedêutica somática médica e cirúrgica não bastam para informar do estado patológico da pessoa doente. É sempre indispensável, imprescindível, a propedêutica psicológica. Até mesmo em medicina veterinária...

As doenças, os chamados processos patológicos, são como sempre todos temos notado, globais — atingem, abarcam todo o indivíduo, toda a pessoa.

Uma fractura óssea, uma febre tifóide, um furúnculo adocem cada homem duma maneira diferente de outro homem, e processam-se e evoluem de uma maneira própria a cada pessoa.

Já no IV Congresso de Saúde Mental que se realizou no México em 1951, tive ocasião de proferir estas palavras:

«Já que em, pelo menos, 2/3 de todos os doentes importa muitíssimo conhecer e meditar sobre a sua anamnese psicopatogénica — há necessidade de incluir no ensino universitário da medicina e cirurgia, as disciplinas de semiologia e propedêutica *psicopatológicas* de forma a que, por sistema e método, todos os clínicos gerais possam fazer observações e diagnósticos mais completos e humanos e tornar as suas terapêuticas mais conscientes e mais eficientes.

Proponho que neste sentido seja dirigida uma sugestão a todas as Universidades, Faculdades, Escolas ou Colégios do Mundo, encarregadas da formação de médicos ou melhor de clínicos gerais».

...A Universidade portuguesa apresenta na sua última reforma esse propósito.

★

Fala-se, muito, nos últimos anos, de Patologia antropológica, existencial, globalista, psicossomática... e outras redundâncias terminológicas. Algo de novo, descoberto nos laboratórios com os raios X, o microscópico, os reagentes, os galvanómetros?

Nada disso. Muito simplesmente a sistematização científica de verdades achadas pela velha clínica nos montes e vales da necessidade profissional que percorre através dos séculos.

Conhecimentos médicos que o convívio com o Homem doente nos levanta, ensina e impõe a cada instante.

Lain Entralgo — esse grande professor da Faculdade de Medicina de Madrid, há um mês afastado da cátedra por intercorrência política, descreve a seguinte passagem da vida de Ludolf Krehl, da escola de Heidelberg, quando

na guerra de 14/18 foi mobilizado como Director dum Hospital de Campanha:

«Krehl cumpre o seu novo dever com entusiasmo. Mas qual é, na verdade o seu dever? Agora já não tem, além da enfermaria hospitalar, o perene incentivo de um laboratório cheio de calorímetros, de galvanómetros, quimógrafos e alambiques. A enfermaria não é um átrio, mas sim uma meta. Agora está o médico só consigo próprio e com um punhado de doentes que exigem — e dos quais se exige — cura rápida e segura.

A subtileza «científica» do diagnóstico encontra-se rigorosamente subordinada à eficácia prática do tratamento...

Durante meses e meses Krehl está sozinho com os seus doentes — e com os seus pensamentos.

Pouco a pouco vão amadurecendo no seu espírito as interrogações iniludíveis.

Que sentido e que possibilidades tem o meu velho e rigoroso saber fisiopatológico perante as exigências da clínica?

Krehl descobriu assim, na própria realidade, e não mediante especulações críticas, que a fisiopatologia «tradicional» orientada pelas «fichas do Romantismo» e por Claude Bernard era essencialmente inválida para resolver, com plenitude, os problemas de clínica: ou, por outras palavras, que aquela fisiopatologia, não era senão uma sistematização artificial e insuficiente da realidade observável no doente».

Na verdade, Ex.mos Colegas, a fisiologia, a propedêutica e a patologia nosológica que a Escola e o Livro nos ministram, não passam de um esquema ordenativo, de uma espécie de gramática doutrinária, desta realidade profundamente vivida e vivente que é a medicina aplicada à nossa vida profissional.

★

A clínica é uma integração de conhecimentos e valores em progressivo crescimento e aperfeiçoamento. Assim como a gramática não é senão a sombra fria duma língua — assim também a semiologia e a fisiopatologia não conseguem ditar à clínica, eficiência e destino.

Andaram, andam e andarão sempre atrás dela, na eterna busca de explicações, experimentações e doutrinas normativas para mecanização ou tabeização dos seus conhecimentos científicos.

A clínica é uma arte, uma conquista, uma existência, um destino vivo.

Como estamos na Província... se não fosse o receio de ser tomado

**estimulante  
cerebral**



TEL 368064

**RECRESA**

UM PRODUTO DOS LABORATÓRIOS "ALBERT"  
WISBADEN — ALEMANHA

REPRESENTANTES  
PESTANA & FERNANDES, L. DA  
SECÇÃO DE PROPAGANDA  
RUA DA PRATA, 153-2.º — LISBOA

**NEURINASA**

BARBITAL E VALERIANA ASSOCIADOS

*provoca o  
sono natural*



**Insónia**  
Perturbações nervosas

Amostras e Literatura nos  
Representantes do Preparador:  
**PESTANA & FERNANDES, LDA.**  
Rua da Prata, 153-2.º — LISBOA

como mero dever de cortesia, caberia aqui um pouco do muito elogio que realmente merece o médico rural — pelo seu saber de experiência feito, pela sua capacidade de integrar a existência no conhecimento e na utilidade dos seus doentes.

O meio preito, óbvio, é para o... João Semana, que não vai sistematicamente pedir ao laboratório a «contrastaria» das suas prescrições, nem aos raios X a «muleta» para as suas intervenções — mas que faz a verdadeira, a boa clínica — como o Snr. Jordão fazia a prosa — muitas vezes sem saber que a faz. *Mas, sobretudo angustiado por não saber se a faz.*

É precisamente essa angústia — o que me diria o laboratório? O que me segredariam os raios X? — que o obriga a integrar o diagnóstico: valorizando e ponderando os factores hereditários e constitucionais, familiares e profissionais, ambientais e fortuitos que o internista da cidade, ou o médico especialista, não chegam a integrar.

★

Nas grandes cidades deste mundo, os chamados grandes médicos, da moda, exercem medicina mas... digamos: fazem em geral pouca clínica. Esboçam uma observação médica muito protocolar, requisitam análises biológicas, químicas e físicas, recebem simploriamente a anamnese que o doente, na ocasião, lhes apresenta «de bandeja» e salta, como que dum aparelho de relojoaria nosográfica, o diagnóstico organicista.

A pessoa do doente continua-lhe desconhecida.

O que passou pelo consultório ou pela enfermaria, foi um simples caso clínico...

O médico de aldeia, esse, não tem casos clínicos: tem doentes, tem pessoas que sofrem e lhe pedem remédio ou remedeio.

Pessoas que não podem ir «tirar» uma radiografia ou fazer uma análise de sangue; pessoas que não precisam de conhecer o diagnóstico do cartaz nosológico mas que necessitam, e muitas vezes urgentemente, de ser tratadas e... o mais importante ao fim e ao cabo, é que a sua cura muitíssimas vezes não está na farmácia, nem numa mesa de operações.

★

Há uns 2 meses, um dos maiores cirurgiões do Porto teve, como de outras vezes, a proibição de ver que não estava indicada a intervenção operatória num rapaz de 25 anos que lhe aparecera no consultório com provas radiográficas de «bulbite e possível úlcera duodenal».

Mandou-mo para estudar e tratar.

O cortejo sintomático era clássico:

desde as dores epigástricas tardias e periódicas até à hiperacidez gástrica; desde o espasmo até à estase alimentar.

A medicação anti-espasmódica e alcalina era eficiente: sintomaticamente.

Com a medicação barbitúrica, «calmante», acontecia o mesmo.

Mas a cura não sobrevinha. Suspensa a medicação, reaparecia o sofrimento. O diagnóstico, como dizia o cirurgião, estava por fazer.

Úlcera duodenal? Sim, talvez tivesse.

Mas qual a causa em que radicaria aquela úlcera?

De que mais sofria o doente? Qual



*DESENCADEAMENTO DO  
MECANISMO FISIOLÓGICO  
DA DEFECAÇÃO POR ESTIMULO  
MECÂNICO E QUÍMICO DO RECTO  
DEVIDO À LIBERTAÇÃO DE  
ANIDRIDO CARBÓNICO.*



**LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA**

era o seu sofrimento global fundamental?...

Era filho único de abastados lavradores, ainda de boa idade e saúde.

Rapaz de boa complexão intelectual e afectiva mas tímido e sexualmente incapaz de fazer a sua vida de moço sem as desinibições consagradas à sua idade e sem «sublimação» para o sentimento de inferioridade que lhe advinha do convívio com os outros rapazes.

25 anos, a mãe exigia-lhe e ele acatava a recolha a casa antes das 10 da noite.

A pequena roda social das pessoas amigas sugeriu-lhe a conveniência natural do namoro e casamento. Parece a solução ideal — curativa e profilática — para a timidez sexual do rapaz.

Este, de facto, enamorou-se e chegou a combinar o casamento, tendo a sorte (dizia ele) de a sua noiva agradecer aos pais.

O caso porém é que casar não é só ter solução para o chamado problema sexual: é, e sobretudo, conquistar o desmame familiar, atingir a autonomia e o valor social completo.

Quem casa quer casa. Ora os pais deste rapaz exigem que o futuro casal fique com eles.

O rapaz não se atreve a tentar directamente a conquista da sua casa própria perante os pais. («Se eles não podem viver sem mim...»). Chega a dizer à noiva para contra-ameaçar os seus pais de que se não ficassem independentes não casariam. Mas a noiva também não tem coragem... Este conflito afectivo, esta tensão emocional morbiliza toda a personalidade psíquica e orgânica do rapaz.

Por um lado precisa de se casar; por outro lado necessita de se «desmamar» dos pais (a mãe, apesar do rapaz ter um magnífico estado geral, continua, e cada vez mais, a sublinhar o seu afecto... maternal, confeccionando-lhe refeições especiais—«mamadas», é que é — um bife sistemático ao pequeno almoço, sistemáticas papinhas à merenda, etc.

O diagnóstico é evidente, embora não possa sintetizar-se numa daquelas palavras do dicionário da patologia clássica.

O diagnóstico é a situação existencial, vivencial. Este rapaz só tinha para saída, a doença; não podia encontrar senão a doença para justificar a sua humildade filial, a sua timidez sexual.

Preferia estar dependente da doença, da perturbação funcional, do que do estigma da sua hiposexualidade, do peso da tirania mimalhante dos pais, da invalidez social.

A terapêutica — e sobretudo a profilaxia duma nevrose de mau prognóstico somático — está, evidentemente, em criar nos pais deste rapaz a necessidade de lhe darem autonomia social e de o levarem a experimentar e viver a liberdade e responsabilidade dessa autonomia.

A terapêutica hormonal gonádica poderá ajudá-lo um pouco: não precisa

nem convém que seja demasiado substitutiva...

★

Estou a presenciar os vossos comentários: — «Isso não é clínica científica — é medicina de trazer por casa; não é uma história clínica — é uma novela barata de Madame Delly»; então as úlceras duodenais são devidas a problemas sexuais e tratam-se com bisbitolíticos de comadres?»

Vamos de vagar.

Eu poderia tratar essa vossa hipotética descrença com 2 páginas de estatísticas abalizadas, como as da Clínica Mayo.

Poderia indicar-vos a leitura do relatório do Congresso Luso-Americano de Psicossomática de 1954, em S. Paulo, quase todo dedicado à psicogenese da úlcera peptica.

Puderia ruminar aqui, perante vós, os densos e volumosos tratados de patologia psicossomática de Weizecker, Dumbar, Alexander, Weiss, Rof. Carballo e tantos, tantos outros mestres.

Limitar-me-ei, porém, a transcrever-vos certa passagem duma conferência que ainda há poucos meses veio proferir a Lisboa, nos Hospitais Civis, o grande e actualizadíssimo Professor Rof. Carballo. Disse ele:

«A orientação psicossomática na Medicina clínica é comparável a uma grande praça em que desembocam avenidas procedentes dos pontos mais diversos do horizonte.

Qualquer que seja o caminho que hoje se escolha, na investigação médica ou na observação dos doentes, de maneira inexorável, e com científica honestidade, vai-se sempre ter ao grande espaço aberto de considerar o doente como «unidade», como «totalidade», como «pessoa», isto é, ao campo psicossomático.

...Não é só pela grande avenida da reflexão crítica, do clínico sagaz, sobre a insuficiência das suas atitudes intelectuais para compreender o adoecer humano, que se tem chegado à grande praça da patologia psicossomática actual.

Outras das grandes avenidas tem sido a das investigações neuro-hormonais: o descobrimento das hormonas

hipofisárias supraordenadas a hormonas mais «periféricas», as conexões entre o hipotálamo e a hipófise, o chamado «cérebro visceral», etc.

Outra avenida são os caminhos da psicanálise. Quer se parta de uma consideração existencial, heideggeriana, da «unidade psico-física» (como faz Boss) — quer se continue, com rigor ortodoxo, o caminho de Freud, procurando explicar tudo pelas tendências subconscientes e as vivências infantis — sempre, ao fim e ao cabo, nos encontraremos no mesmo amplo recinto da actual Patologia Psicossomática.

Recordo, por exemplo, diz Carballo, o caso dum indivíduo com doença de Raynaud que vi, há pouco, na polí-clínica.

É empregado de um bar servido por criadas, onde, por protecção da dona, desempenha o cargo, mal pago, de gerente.

Tal cargo obriga-o a liquidar, sem intervenção da polícia, a resistência dos clientes morosos, que, a altas horas da noite e com um pouco de álcool no corpo, não deixam de ser frequentes.

Mas o nosso homem tem tendências pacíficas; o seu ideal seria deitar-se cedo e fazer uma vida doméstica.

Ainda há pouco tempo um seu colega foi apunhalado, num estabelecimento congénere, por um cliente algo bebido.

Assim o nosso homem, por detraz do balcão está especialmente atento a todo o cliente desconhecido e as suas mãos põem-se-lhe lívidas e crispam-se.

O médico do seguro que o examinou, considera que há um factor profissional coadjuvante da «Raynaud»: a circunstância de o doente ter que submergir constantemente, as mãos em água fria, durante o seu trabalho.

Para a consideração médica habitual trata-se duma doença em que nada mais há a investigar, pois é de patogenia misteriosa e, com esta observação de um «factor profissional», dá-se por satisfeita.

Mas as coisas são infinitamente mais complexas.

O que move profundamente a indignação do nosso encarregado de bar não é, no fim de contas, que o cliente pague ou não — mas sim o insulto

«Filho de Tal» que habitualmente recebe.

É que há, na vida do nosso doente, a circunstância dramática da sua mãe ter sido uma das pobres criadas que ganham a vida em locais similares.

O nosso doente emigrou durante a guerra civil, para França, e foi ali protegido por uma mulher maternal, de mais idade do que ele, como sempre lhe tem acontecido na sua vida.

Ao regressar a Espanha, sem emprego e abandonado, acaba por encontrar este seu actual emprego, devido à protecção da dona que é antiga colega da sua mãe, e à qual se sente entranhadamente obrigado.

Por último, há pouco tempo, contraiu matrimónio com uma mulher 12 anos mais velha, isto é, também com uma figura maternal.

★

Podíamos dizer que neste caso são simplesmente as tendências subconscientes reactivas, que desencadeiam o síndrome de Raynaud. De criança, fugiu muitas vezes de casa da sua mãe para a dos avós, por não poder tolerar a vida irregular da sua progenitora.

A sua agressividade foi-se desenvolvendo de maneira espasmódica, pouco harmoniosa, em estreita relação com as suas tendências insaciadas à dependência e a ser protegido.

Mas, por outro lado, vemos também que este homem foi realizando a sua existência dentro de uma certa liberdade de eleição, de forma singular. Como tantas crianças abandonadas, a sua vida repete um eterno «leit-motiv» — o da busca inconsciente e simbólica do amparo materno.

Voltou, como dirigido por um destino inexorável, ao mesmo teatro de vida, pouco grato para ele e cheio de ocasiões de violência como naquele em que se desenrolara a vida da sua mãe.

Como por atracção misteriosa, tem portanto de reviver, — pois ainda que na aparência o não faça, fá-lo subconscientemente — as fantasias infantis sobre a existência paterna.

Este homem leva a cabo a sua existência sob a tirania de tendências subconscientes, como tantos outros, por

NA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

**FTALIL-TIAZOL**

E

**FTALIL-KAPA**

Dois produtos de comprovada superioridade e desprovidos de acções secundárias

**LABORATÓRIOS "CELSUS"**

LISBOA

meio de uma aparência de liberdade de decidir.

Quando se lhe aconselha a mudar de profissão, vemos imediatamente a força com que se manifestam, sob racionalizações múltiplas, essas tendências tirânicas.

O internista não preparado em medicina psicossomática, passa ao lado de tudo isto com uma cegueira tal que, se pudesse saber o que ignora, ficaria profundamente envergonhado.

Por ignorância comete imprudências que agravam a doença. Assim um médico do Seguro, sem reparar em que com a sua atitude reactiva reforça a violenta agressividade reprimida do doente, — isto é, a *própria energia que lhe produz a doença* — nega-lhe um medicamento que o doente crê salvador.

A doença piora e o efeito obtido com a psicoterapia desmorona-se. O habitual é propor a estes doentes uma simpatisectomia da qual se alardeiam resultados sem ter presente que estes são apenas imediatos e, raras vezes, se mantêm».

Este caso clínico que o Rof. Carvallo, estudou e tantos outros que por todos nós têm passado, ensinam-nos que, muitas vezes, na prática médica, o sintoma fundamental do doente só se revela no curso do processo psicoterapêutico. Diz Carvallo:

«Muitos poucos internistas serão capazes de admitir, por falta de espírito psicossomático, que as queixas que trazem os doentes à consulta, são, muitas vezes, apenas a *projecção de outras perturbações muito mais fundas*: de uma angústia subconsciente, por uma nevrose obsessiva, por uma homossexualidade larvada ou por sentimentos de culpabilidade ou inquietação por fracassos das suas vidas...»

É a chamada «conversão e fixação organo-neurótica».

Ainda a propósito do mesmo caso de doença de Raynaud, Rof. Carvallo comenta:

«É preciso corrigir a visão hemianópsica que o internista tem do doente: ao observar-lhe apenas os órgãos. «*Ao médico organista escapa-se-lhe, pelo menos metade da realidade clínica dos seus doentes*».

Não se trata de hipóteses patogénicas que se podem admitir ou não, mas de uma *pura realidade*: de sintomas que não se vêem, de dados anamnésticos de evidente conexão com a doença, que não se recolhem. No caso mencionado, por exemplo, podem fazer-se estudos minuciosos de

velocidade circulatória, de capilaroscopia, de saturação de oxigénio no sangue arterial e venoso — tudo isso seria muito conveniente — mas não substituiria os dados anamnésticos tão demonstrativos da vinculação que existe entre as circunstâncias biográficas do doente e a sua afecção actual.»

★

Outra nota de psicologia clínica que eu aqui desejaria apresentar é a do objectivo terapêutico.

Já há mais de 30 anos Krehl dizia: «Contra o que tenho desejado e esperado durante metade da minha vida, a terapêutica não é uma consequência mas sim um complemento da fisiologia».

Freud foi talvez o primeiro a demonstrar que «a última entranha patogénica do processo mórbido só se esclarece no decurso do processo terapêutico».

Não me refiro «à prova dos nove» que a terapêutica é para o diagnóstico: quero referir-me à contribuição, não direi póstuma, mas digo evolutiva, daquela para este.

Haja em vista o que se passa por exemplo com a cirurgia: na Clínica Mayo verificou-se que cerca de 50% dos apendicectomizados continuavam a sofrer como anteriormente à intervenção operatória; as recidivas de úlcera gástrica são como sabemos muito frequentes; a nossa actual clientela está cheia de ovariectomizadas que continuam a sofrer...

Não podemos deixar de reparar na crescente fluidez ou individualização dos diagnósticos de reumatismos, de cardiovasculopatias, de dermatoses, de gastro-entropatias, etc., etc. — no decurso das terapêuticas pela ACTH e os neuro-hormónios vaso-simpáticos ou os ganglioplégicos, a acetilcolina, o electrochoque, a «hibernação» e a... psicoterapia.

É que como diz Rof Carvallo:

1.º — O diagnóstico não pode ser verdadeiro e fundo se não se afina, corrige e esclarece no decurso do processo terapêutico». «Já a velha clínica nos dizia que a receita não bastava — é preciso ver como responde e reage o doente à medicação».

2.º — «A missão do médico não termina com o diagnóstico nem tampouco com o tratamento da doença ocasional, por ex.: do ictus ou do infarto ou da anemia, mas tem de esten-

der-se ao longo da totalidade da vida pois que dessa totalidade de vida é que surge a doença cuja profilaxia compete ao médico estudar e aconselhar».

★

A Organização Mundial de Saúde tomou para si, como axioma e propósito, o conceito de que a Saúde não é só a ausência de doenças mas sim o estado de suficiente resistência a elas, às causas que as produzem.

Mais ainda, o clínico deve considerar o doente como ente colectivo.

Diz o mesmo autor que tenho vindo a referir:

«Para a medicina interna, clássica, o doente era somente esse doente que entra pela porta do meu consultório ou jaz na cama do Hospital.

A orientação psicossomática da clínica enriqueceu-nos com uma aquisição transcendente.

O doente, como homem, não é nunca um ser só, isolado.

Se o que nos importa é unicamente o seu rim ou o seu fígado ou a sua tiróide, naturalmente que o é; os seus parentes e conviventes não nos importam senão para os convencer da necessidade duma mudança de clima ou de uma intervenção cirúrgica. Mas se o doente é uma pessoa, a sua doença obedece em parte máxima ou mínima, mas sempre em certa parte, às suas inter-relações emocionais com o perimundo afectivo em que está encastado.

À nossa consulta chega, sob a forma de doente, somente um «pseudopodo» de um ente colectivo mais amplo: mãe, filhos, esposa, rivalidades profissionais, situação social, etc. e tudo isso tem responsabilidade no adoecer do nosso paciente».

★

É desse laboratório emocional, do ambiente e da circunstância vivencial do doente que o médico especialista, ou mesmo o clínico geral cidadão não dispõe.

É ele o que valoriza e põe acima de todos os outros colegas, o médico rural, que é, no fim de contas, o médico pessoal, familiar e social; o clínico e o sanitário; o médico verdadeiro e integral.

...Aquele que cria a verdadeira medicina e em quem ela verdadeiramente confia.



**APARELHO DIGESTIVO**  
Febres tifóide e paratifóide - Colites ulcerosas

**APARELHO RESPIRATÓRIO**  
Tosse convulsa - Pneumonias - Broncopneumonias

**INFECCÕES GÊNITO-URINÁRIAS**  
Pielites - Cistites - Uretrites - Salpingites - Vaginites

**INFECCÕES POR COCOS**  
Estafilocócicas - Estreptocócicas - Gonocócicas - Meningocócicas  
Pneumocócicas

**DERMATOLOGIA**  
Piodermites - Foliculites - Furunculose - Sicoses - Impétigos  
Eczemas infecciosos

**VENEREOLOGIA**  
Blenorragia - Granuloma inguinal - Linfogranuloma venéreo - Cancro mole

- CÁPSULAS**  
ADULTOS  
(Cloranfenicol levógiro sintético)
- COMPRIMIDOS**  
INFANTIL  
(Cloranfenicol levógiro sintético)
- SUPOSITÓRIOS**  
ADULTOS - INFANTIL  
(Cloranfenicol levógiro sintético)
- SUSPENSÃO ORAL**  
(Palmitato de cloranfenicol)

**CLOROFENINA**

**INSTITUTO LUSO-FÁRMACO**

Rua do Quelhas, 8 - LISBOA-PORTUGAL - Via Carnia, 26 - MILÃO-ITÁLIA

# ECOS E COMENTÁRIOS

## A PROPÓSITO DE UM PROCESSO DISCIPLINAR

**R**ECEBI hoje uma volumosa brochura enviada pela Ordem dos Médicos, em que o Conselho Geral dá conhecimento aos médicos do estranho e intrincado caso que complicou o simples processo disciplinar que a Ordem moveu a um clínico do Porto.

A leitura destes documentos não pode ser indiferente a nenhum médico e dá azo a sentimentos diferentes que registo, uns com agrado outros com profunda tristeza.

O processo móvido ao médico em questão nada tem de especial. É o caso do diplomado que é um misto de mentalidade psicopata, de aventureiro e de exibicionista. Os dislates que escreve são motivo por vezes de sorriso pela ignorância outras de comisseração pela confusão mental que revelam. Só os psiquiatras podem ter uma opinião firme sobre o grau de imputabilidade, ou seja, no fundo da questão se deve ser suspenso por perturbação mental ou se é responsável e deve ser castigado pelos dislates cometidos.

Foi a questão levada, ilegítimamente, para o Ministério das Corporações, aonde foi encarregado um Chefe de Secção de estudar o assunto, o que não será de estranhar grandemente.

Mais raro e mais curioso é o parecer do Chefe da 7.ª secção que vem complicar tão inexplicavelmente um processo tão simples e trazer consequências que poderiam ser gravíssimas para toda a classe se não fosse acabar por dominar a lógica e o bom senso.

O parecer é tão agressivo e tão desconexo que se fica na dúvida sobre o que pretende.

Encoberto por uma linguagem jurídica que, a quem não estiver metido na terminologia pode impressionar, contém uma série de irrelevâncias, erros doutrinários e faltas grosseiras de senso comum que são bem patenteadas e estigmatizadas nos doutos pareceres dos ilustres Professores Afonso Queiró, Marcelo Caetano e Palma Carlos.

Tratar-se-á de um parecer consciente e mostrando apenas ignorância? Será o caso de um funcionário se querer fazer notado numa atitude de exibicionismo, que embora sem utilidade é bem explicado nos compêndios de psicopatologia?

Tudo é possível e não nos parece que esse documento tivesse qualquer interesse e merecesse uma leitura integral se não

fosse o facto mais grave e triste da questão.

Esta é a oposição de um Concorde pela entidade responsável, o anterior Ministro das Corporações.

Creio que não é necessário fazer qualquer comentário.

Finalmente se é de lastimar terem que se disputar batalhas, alegremo-nos com o combate que a Ordem moveu ao terrível despacho.

A clareza da exposição do Prof. Cerqueira Gomes, aliado aos brilhantes pareceres que traz em anexo deixam uma sensação de conforto e de justiça que forçosamente teria que triunfar.

Assim o entendeu o actual Ministro das Corporações, com clarividência digna de todos os elogios.

Para maior alegria e compensação dos leitores, estes documentos são enviados no mesmo correio que os novos Estatutos da Ordem dos Médicos.

J. A. L.

## SOCIALIZAÇÃO

**O** relatório da National Health Service Inglês referente a 1954 ilustra-nos sobre múltiplos aspectos daquela experiência de socialização da Medicina. Retenhamos alguns pontos: o primeiro referente ao pequeno número de médicos disciplinarmente atingidos, a demonstrar a dedicação e a honorabilidade de que os colegas ingleses dão provas ao serviço de uma instituição de que na sua maioria mostraram não ser partidários; depois, o que se refere ao número de receitas passadas no decurso do ano referido que, apesar de ter diminuído de cerca de 1 milhão em relação ao ano anterior, foi ainda dum ordem de grandeza equivalente a 5 receitas anuais por cada habitante da Inglaterra

Para terminar, um capítulo novo, respeitante aos pedidos de indemnização apresentados em juízo contra os hospitais e as suas direcções. A tal respeito o relatório do National Health Service aponta, como uma das três causas fundamentais destes pleitos, o entibramento dos antigos sentimentos de amizade e familiaridade em relação aos hospitais. E o *British Medical Journal* que insere estes dados, conclue dizendo: «Não há já esta simpatia clássica em relação ao nosso hospital ou ao meu doutor, mas cada um se atira a qualquer coisa de impalpável, de impessoal, que se chama o Estado. Este não experimenta nenhum choque em ser atingido, não tem necessidade de deferência e é considerado apenas como uma bolsa sem fundo a explorar»...

Concluamos nós, também, acentuando esta nova consequência da socialização e perguntando se entre nós não vai havendo já fortes sintomas desta mudança de estado de espírito e de posição mental por parte dos beneficiários da previdência, quer quanto à pessoa dos médicos quer quanto às Caixas e se não será tempo de a remediar.

M. M.



## DORIDINA

ANALGESICO · ANTIPIRETIICO

Cada comprimido contém:

Isopropilfenazona . . . . .	0,15 g.
Paracetofenetidina . . . . .	0,25 g.
Cafeína . . . . .	0,05 g.
Pentobarbital sódico . . . . .	0,03 g.

Excipiente apropriado q. b.



Estados dolorosos, tais como: cefaleias, enxaquecas, neuralgias, odontalgias, mialgias, etc. Estados febris, tais como: gripe, constipações, resfriamentos, etc.



## LABORATÓRIOS

DO

## INSTITUTO

## PASTEUR DE LISBOA



# HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA

## O «Dia dos Hospitais»

Foi comemorado no dia 15 de Maio último o 464.º aniversário da fundação do Real Hospital de Todos-os-Santos, cujos serviços passaram para o edifício do que é hoje Hospital de S. José, depois do incêndio que o destruiu, em 1755. E porque aquele antigo estabelecimento foi o antecessor dos actuais Hospitais Civis de Lisboa, a data teve significativa comemoração.

De manhã, na capela do velho Colégio de Santo Antão, agora restaurada, rezou-se missa por alma do fundador e benfeitores da assistência hospitalar, tendo, na altura própria, o celebrante, rev. Victor Franco, pronunciado uma homília acerca do significado da data e da importância da missão caridosa da assistência aos doentes.

De tarde, o Dr. Trigo de Negreiros e o Eng. Saraiva e Sousa, respectivamente Ministro do Interior e Subsecretário de Estado das Obras Públicas, visitaram numerosas obras e melhoramentos efectuados, durante o ano, nos hospitais de Lisboa.

Depois de agradecer aos dois representantes do Governo a sua presença na comemoração do «Dia dos Hospitais», o Dr. Emílio Faro, Enfermeiro-mor, disse:

«No Hospital de Curry Cabral, além do prosseguimento da instalação de aquecimento, a que ainda falta a rede de distribuição de vapor, ampliou-se o acanhado Laboratório de Análises Clínicas com mais um andar e um anexo para a instalação dos animais indispensáveis àquele Serviço, o que, já permite vir a satisfazer as necessidades laboratoriais daquele Hospital, beneficiaram-se duas salas de internamento de doentes com tuberculose pulmonar, um pavilhão de infecto contagiosas e o mesmo se fez nas duas enfermarias e respectivos blocos operatórios do Serviço de Cirúrgica deste Hospital do Desterro.

Assim muito se melhoraram as condições de instalação dos doentes destes Serviços bem como as possibilidades de trabalho do Laboratório de Curry Cabral, e as do bloco operatório deste Hospital do Desterro, o que constitui o maior benefício funcional deste Serviço, que até aqui operava os seus doentes nas piores condições de instalação.

No amplo incremento que as construções hospitalares estão tomando em toda a parte, estas obras hoje inauguradas, estão longe, sem dúvida, do que é necessário e começa a ser urgente levar a efeito nestes Hospitais, mas compreendemos o grande esforço que o Governo vem fazendo desde há alguns anos na construção de novas instalações em sectores da assistência, superiormente considerados de maior necessidade. Além dos numerosos hospitais sub-regionais já construídos, estão à vista a Leprosaria Rovisco Pais, o Instituto do Cancro, os Sanatórios D. Carlos e D. Manuel, as Maternidades Alfredo da Costa e Júlio Diniz e os Hos-

pitais Escolares de Lisboa e Porto, para falar apenas dos de maior vulto.

Julgamos que estará chegada a nossa vez e porque estes Hospitais Civis, apesar das suas instalações melhoradas em grande parte nos últimos anos, continuam deficientes para o esforço que diariamente se lhes exige no tratamento do sempre crescente número de doentes que procuram estes Serviços.

Melhoraram-se as instalações dos doentes, que hoje e na maior parte dos nossos Hospitais têm condições muito mais satisfatórias de higiene e de conforto, melhoraram-se alguns blocos operatórios e o seu equipamento, bem como o da maior parte dos Serviços Auxiliares de diagnóstico e tratamento, mas isso não basta, porque esta beneficiação e este equipamento devem ser continuamente renovados e faltam-nos instalações para um grande número de Serviços e começa a faltar-nos o pessoal.

\*

Regista-se mais uma vez e com o maior agradecimento o largo e pronto auxílio prestado pelo Ministério das Obras Públicas na transformação e até alindamento de vários Serviços, levado a efeito na última década nesses Hospitais cujo custo atinge aproximadamente 20.000 Contos.

Julgamos, porém, que chegamos ao limite de obras deste género, dado que as paredes que enquadram os diversos Hospitais já não deixam espaço onde se possam levar a efeito a transformação ou a criação de Serviços novos que satisfaçam a exigência dos novos métodos de tratamento e atendam a crescente população de doentes.

Estão nestas condições, e por isso aqui se apontam o próprio Banco de S. José, as instalações das Consultas Externas, os Serviços de Raios X, de análises clínicas, de Farmácia, as cozinhas, etc. cujos locais e espaço onde funcionam, são já impossíveis de actualizadas adaptações de modo a corresponderem às modernas exigências clínicas e em especial às novas

técnicas que a ciência na sua progressiva renovação vai descobrindo e impondo.

Poderá perguntar-se:—mas se assim é, pode considerar-se proveitosa a verba gasta nestes Hospitais, sabendo-se além disso que alguns deles estão de há muito condenados a desaparecer?

Não hesitamos em afirmar peremptoriamente que as verbas foram gastas de maneira proveitosa. E por duas ordens de razões: 1.º — O respeito pela pessoa humana que impõe que todo o doente seja rodeado das condições mínimas indispensáveis de higiene e conforto, mesmo num hospital para demolir; 2.º — A imperiosa necessidade de criar condições ao Corpo Clínico e Auxiliar que lhe permitam tirar o máximo rendimento das equipas, o que terá como consequência a maior e mais profíqua eficiência assistencial.

Já tive ocasião de o afirmar em público, e não me sofre a paciência de repetir números que provam plenamente o que acabo de referir.

Em 1950 afluíram ao Banco de S. José 82.558 doentes; em 1955, trataram-se ali 106.571, ou seja, mais 24.000 doentes.

Em todos os Hospitais e durante o mesmo período, o número de radiografias passou de 119.500 para 204.000 e o das análises clínicas de 196.000 para 250.000.

Em 1950 a demora média nestes hospitais era de 28,96 dias; em 1955 baixou para 21,82. Isto permitiu, com o mesmo número de camas e pouco mais despesa, tratar mais 15.000 doentes, o que equivale ao pleno funcionamento de um grande hospital.

Estes resultados e estes números, na verdade esmagadores, se explicam por um lado as deficiências e atrasos inevitáveis e inerentes a um tal movimento, por outro são a demonstração do interesse e relevante categoria do Corpo Clínico e do pessoal dos Serviços Auxiliares destes Hospitais.

Daqui para diante, porém, julgamos impossível progredir mais sem largas obras de remodelação dos Hospitais que são de conservar e substituição por novos edifícios dos que há muito se consideram



E. TOSSE & C.<sup>ª</sup>

HAMBURGO

- DOENÇAS REUMATISMAIS
- ERITEMATODES
- ANGINA NÃO ESPECÍFICA
- SÍFILIS SERO-RESISTENTE

Aumento das possibilidades terapêuticas pelo

# A U - B I - O L

(combinação de ouro e bismuto)

ACTIVIDADE MAIS PODEROSA  
TOLERÂNCIA EXCELENTE  
RENDIMENTO ECONÓMICO

Frascos especiais e ampôlas

REPRESENTANTE GERAL — SALGADO LENCART — R. Santo António — 203 — PORTO  
SUBAGENTE: — A. G. ALVAN — Rua da Madalena 66-2.º — LISBOA

condenados, e sobretudo, sem uma ampla reorganização dos Serviços, com novos quadros e novas condições de trabalho, porque também nos começa a faltar pessoal que aceite as condições que podemos oferecer.

Temos a consciência do dever cumprido e damos por bem empregados os esforços gastos em prol dos nossos doentes, tanto mais que, e o exemplo vem do Governo, inegavelmente assistimos e vivemos um período de revigoramento dos moldes assistenciais.

Vai já adiantado o estudo da reorganização hospitalar de que a Comissão recentemente nomeada por Sua Excelência o Subsecretário de Estado da Assistência Social foi encarregada.

Não é só a parte da construção dos hospitais que nos preocupa, pois de há muito se sabe que um hospital, mais do que pelo seu edifício, vale pela sua organização, e por isso, no estudo a apresentar pela Comissão foi dada primacial relevância à preparação técnica e organização dos quadros do seu pessoal.

Ao Senhor Subsecretário das Obras Públicas, quero patentear o meu vivo agradecimento pela ajuda prestada por intermédio tanto da Direcção das Construções Hospitalares, como da Direcção-Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais, em cujo Director-Geral encontramos sempre leal e pronta colaboração sem esquecer os seus delegados Eng.º Pereira Gomes e Arq. Carvalho, aos quais se fica devendo, além da competência técnica a melhor boa vontade manifestadas em todas as obras aqui realizadas e em estudo nestes últimos anos.

Resta-me agradecer a V. Ex.<sup>a</sup> Senhor Ministro do Interior a orientação e amparo para governar tão importante Casa, mas, como recentemente dizia o Senhor Subsecretário da Assistência, são as lutas que se travam dia-a-dia e a vontade firme de enfrentar as dificuldades que são o índice real da vitalidade, para prosseguirmos à procura de mais e melhor e sempre a favor dos nossos doentes.

A V.<sup>as</sup> Excelências os meus renovados agradecimentos.

## POSSES

No dia 17 de Maio último, tomaram posse dos seus novos cargos cinco assistentes dos H. C. L. — os Drs. Sérgio Sabido Ferreira e Guilherme Silva Pereira, de clínica cirúrgica; Sousa e Faro, de oftalmologia; Egidio de Gouveia e Sérgio Carvalhão Duarte, de análises clínicas. A cerimónia realizou-se no gabinete do Enfermeiro-mor, Dr. Emílio Faro, e a ela assistiram numerosos colegas dos empossados e pessoal de todas as categorias daqueles estabelecimentos.

O Dr. Emílio Faro proferiu algumas palavras, em primeiro lugar, para felicitar os empossados e, em seguida, para colocar em evidência a importância das responsabilidades dos cargos que iam desempenhar.

Mais adiante, o Dr. Emílio Faro afirmou:

Mantem-se inalterável, felizmente, e com resultados que mais uma vez estão à vista, o sistema já tradicional de recru-

tamento do pessoal clínico destes Hospitais, através de concursos de provas públicas que a experiência de largos anos continua a mostrar ser ainda o processo mais aconselhável de fazer a selecção.

É por demais conhecido o duro trabalho que se exige para estas provas, mas, incontestavelmente, é através desta experiência que melhor se consegue estabelecer o critério selectivo, donde resulta o elevado nível do corpo clínico destes Hospitais, e consequentemente, a boa eficiência dos seus serviços.

Para qualquer destes concursos como para o de Medicina que está a correr houve candidatos em número muito superior ao das vagas e não é portanto o sistema de provas, mas outras as razões como se sabia e bem conhecidas, pelas quais alguns ficam desertos. Esperamos confiadamente que em futura reorganização estas causas sejam quanto possível atenuadas.

Apresento a V. Ex.<sup>as</sup> os meus sinceros cumprimentos e felicitações pelo brilhante resultado dos seus concursos, que por direito próprio, e sem favor, lhes deu acesso aos lugares do quadro clínico destes hospitais, em que acabam de ser empossados.

O lugar que a partir de hoje passam a ocupar envolve já largas responsabilidades para cada um, na orgânica hospitalar, quer como principais e directos colaboradores dos directores dos serviços onde estão colocados e nas suas ausências terão que substituir, quer para os novos cirurgiões, pelas importantes e tão delicadas funções de cirurgiões do Banco, cuja tradição, de justificada fama, lhes cumpre não só manter e prestigiar, mas ainda procurar melhorar sempre, organizando metódicamente o seu dia de serviço por forma a tirar o mais útil rendimento de cada um dos membros da sua equipe e ordenando escrupulosamente a precisa observação e tratamento de cada um dos numerosos doentes que ali acorrem.

É ao Corpo Clínico, sem dúvida, que cabe fundamentalmente o cuidado pelo tratamento de todos os doentes que procuram estes Hospitais e da sua dedicação e organização do serviço a seu cargo, depende fundamentalmente a eficiência assistencial desta grande Casa, a cujo Corpo Clínico, também, se deve merecidamente o mais alto nível que atingiu.

Pelo passado de cada um dos novos empossados e pela elevada competência de que deram sobejas provas, estou plenamente confiado que serão outras tantas unidades a manter e prestigiar as gloriosas tradições destes Hospitais procurando sempre melhorar a assistência e o tratamento dos nossos doentes.

Estão de parabens V. Ex.<sup>as</sup> pelo brilhante resultado dos seus concursos e pela posse que acaba de lhes ser conferida; está de parabens esta Instituição porque, desde hoje, o seu Corpo Clínico conta com mais cinco valiosos elementos para a sua progressiva eficiência e estou eu de parabens pelo feliz ensejo de lhes ter conferido esta posse.

A todos desejo as maiores felicidades. Em nome dos empossados, o Dr. Sérgio Sabido Ferreira agradeceu as pala-

avras do Enfermeiro-mor e disse que, tanto ele como os seus colegas, serviram, devotamente, os hospitais, lutando sempre pelo melhor aperfeiçoamento dos serviços. Terminou, afirmando que todos procurarão desempenhar as suas missões cada vez melhor, em prol do doente.

No dia 2 de Junho findo foram empossados, respectivamente, dos lugares de assistentes de clínica cirúrgica e de anestesia, os Drs. Cândido da Silva e Lopes Soares.

Depois de lido o respectivo auto pelo chefe da secretaria, Sr. Jorge Pinheiro e de prestado o compromisso de honra, o Dr. Rafael Ribeiro, Administrador dos H. C. L., em nome do Sr. Enfermeiro-mor, ausente, felicitou os empossados pelas brilhantes provas que prestaram e prometeu-lhes em nome da administração, toda a colaboração no desempenho das suas funções. Os empossados agradeceram e referiram-se a vários aspectos dos serviços agora a seu cargo.

## CONCURSOS

Terminaram no dia 24 de Maio último as provas do concurso do Dr. Machado Macedo, para cirurgião torácico dos H. C. L.

O júri, constituído pelos Drs. Luís Quintela, que presidia, e Filipe da Costa, Prof. Bello de Moraes, Dr. Mendes Ferreira e Prof. Jaime Celestino da Costa, aprovou o candidato.

O novo cirurgião — Dr. Manuel Eugénio Machado Macedo — tem 34 anos e formou-se em Lisboa, em 1946. Seguiu logo para Zurique, onde permaneceu um



Dr. Machado Macedo

ano, como assistente livre da Clínica Médica do Prof. Löffler. Regressado a Lisboa, concorreu ao internato dos H. C. L. e era, desde 1948, assistente de Propedêutica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Lisboa. Em 1952, como bolseiro do British Council, esteve na Inglaterra, a trabalhar em cirurgia torácica. Frequentou o Brington Hospital, onde fez o curso de doenças do torax. Em Janeiro de 1953 foi enviado, também como bol-

## Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria

Reuniu no dia 21 de Junho, último, sob a presidência do Prof. Almeida Lima, a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, para tomar conhecimento de duas comunicações.

Falou, em primeiro lugar, o Prof. Pedro Polónio, cujo trabalho se intitulava «A toxicomania e abuso dos barbitúricos». Depois de acentuar que os barbitúricos constituem hoje os hipnóticos e calmantes mais usados, disse que o uso indiscriminado daqueles produtos conduz ao perigo de intoxicação e à toxicomania. O Prof. Pedro Polónio terminou o seu trabalho com uma proposta no sentido de a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria se interessar junto das autoridades competentes no sentido de serem aplicadas rigorosamente as disposições legais em vigor quanto à venda dos barbitúricos, e junto da Liga de Higiene Mental, para se chamar a atenção do público para o perigo do uso dos barbitúricos. Falaram sobre a comunicação, concordando inteiramente com os pontos de vista nela postos, os Profs. Barahona Fernandes e Almeida Lima e Dr. Albuquerque de Freitas, sendo por fim aprovada a proposta.

Seguiu-se a comunicação do Dr. Mota Figueiredo, «Reacção cicloide de etiologia múltipla», que foi muito apreciada e sobre a qual usaram da palavra o Dr. Albuquerque de Freitas e Profs. Barahona Fernandes, Pedro Polónio e Almeida Lima.

\*

No dia 28 do mesmo mês, realizou-se uma sessão extraordinária daquela Sociedade, para prestar homenagem à memória do célebre neurologista alemão Prof. Kraepelin, por motivo da passagem do seu centenário.

Presidiu o Prof. Almeida Lima, que disse algumas palavras justificativas da homenagem e fez o elogio do Dr. António Subirana, de Barcelona, um dos conferencistas que se iam seguir.

O Dr. António Subirana, que falou depois, versou o tema «O prognóstico da afasia pós-apoplética em relação com a dominância hemisférica». Depois de historiar os fundamentos da afasia, descreveu os trabalhos dos diferentes autores sobre a dominância hemisférica, apontando em seguida, os seus conceitos pessoais, baseado em larga cópia de material clínico, que documentou com projecções.

O Prof. Almeida Lima agradeceu a

brilhante lição do Dr. António Subirana que, em seguida, foi eleito sócio correspondente da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria.

Falou, a seguir, o Prof. Pedro Polónio, que descreveu o panorama da psiquiatria, antes da era Kraepeliniana, da constelação social e das determinantes pessoais que lançaram Kraepelin na tarefa gigantesca da elaboração de um sistema completo da psiquiatria, baseado na observação clínica. A terminar, afirmou que o edifício construído pelo mestre tem

resistido aos combates do tempo e às críticas dos adversários, e constitui, ainda hoje, a base principal da psiquiatria clínica, em todos os países.

Por último, o Prof. Barahona Fernandes historiou a influência das obras do Prof. Kraepelin sobre a psiquiatria portuguesa, desde Júlio de Matos até à actual geração analisando, a seguir as principais contribuições daquele professor de Munique à medicina mental como seja o método clínico do estudo da evolução das doenças e a classificação das psicoses, cujos fundamentos ainda hoje são usados. O orador, descreveu a personalidade e obras de Kraepelin, comparando-as com as dos seus contemporâneos.

# RUTIODOL

— GOTAS —

RUTINA + METIONINA

iodo orgânico + NICOTINAMIDA

Tratamento racional da  
arteriosclerose e afecções  
degenerativas dos vasos  
sanguíneos

Fluidificante. Regulador da  
Permeabilidade. Lipotrópico.

LABORATÓRIO ÚNITAS

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

seiro, para o Leicester Chest Unit. Ao caducar esta bolsa foi convidado para «Senior House Surgeon» do mesmo serviço, pelo que ali ficou mais um ano, onde adquiriu a maior experiência de cirurgia pulmonar, cardíaca e torácica em geral.

O Dr. Machado Macedo é autor de numerosos trabalhos, publicados não só em Portugal como na Suíça e na Inglaterra.

# A V I D A M É D I C A

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 12 a 25 de Agosto)

*Dia 12* — Desempenha interinamente o cargo de Subdelegado de Saúde de Elvas, o Dr. José António Cabeças.

*15* — Chega a Lisboa, em missão de intercâmbio cultural e científico, o Dr. Atílio Zelante Floss, professor da Faculdade que, antes de seguir para Itália, onde vai de Medicina da Universidade de S. Paulo realizar conferências nas cidades de Roma, Florença, Bolonha e Milão, se demorará cerca de três semanas em Portugal, a fim de visitar as Faculdades e Centros Culturais, assim como os principais centros históricos portugueses.

— A base de licitação do concurso para a empreitada de fornecimento de móveis metálicos para o Hospital de S. João, do Porto, é de 2.010 contos.

— Segue para Colónia o Prof. Augusto Vaz Serra, director da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, que vai representar a sua Faculdade no Congresso Internacional de Doenças de Tórax que se efectua naquela cidade, devendo regressar no fim do mês.

*19* — É fixado de 15 a 30 de Setembro próximo, o prazo de inscrição dos candidatos ao exame para o curso de professores de Educação Física do I. N. E. F.. Podem requerer os candidatos, de ambos os sexos, que tenham completado o 7.º ano do liceu.

— É publicada no «Diário do Governo» a lista dos 49 médicos classificados no concurso para uma vaga do médico do quadro complementar do Ministério das Finanças.

— Dizem de Coimbra que, a fim de participar no Congresso Internacional dos Médicos Católicos que se vai realizar em Haia, no próximo mês, parte em breve para aquela cidade o Prof. João Porto, director dos Hospitais da Universidade.

— No Porto, prestam juramento de bandeira os novos alistados do 2.º Grupo de Ambulâncias das Formações Sanitárias da Cruz Vermelha Portuguesa. Além dos membros da direcção da Delegação estão presentes os oficiais médicos major Gonçalo Moura, tenentes Jorge C. Santos e Francisco Almeida; alferes Carlos Henriques e Jacinto Andrade.

No final da cerimónia são concedidas diversas condecorações por exemplar comportamento e grande assiduidade, procedendo-se à entrega dos referidos diplomas aos oficiais médicos, capitão Amaro de Oliveira, tenente Mário Moura Rocha e alferes Carlos Henrique e Arnaldo Silva; 1.º sargentos Mário Afonso e Augusto Cância; 2.º sargento Martins de Carvalho; 1.ºs cabos António Fontoura, Gomes Braga, José Silva, Xavier Alves, Américo Cardoso e Luís Reis; e soldados-maqueiros, Adriano Garcia Gonçalves, Serafim Silva, José Maria

Moreira, Manuel de Sousa, Silvino de Sousa e Alberto Barbosa.

*21* — Na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, realizam-se os exames finais das alunas do curso de enfermeiras-parteiras-puericultoras, que funcionou no último ano lectivo.

Ficam aprovadas 15 candidatas, as quais, após estágio de 6 meses, receberão o respectivo diploma.

*24* — Em Moçambique o Chefe do Estado inaugura o Hospital-Granja Namaíta, isolamento integrado nos Serviços de Combate à Lepra. Criados pelo diploma legislativo 1.199, de 28 de Junho de 1950, estes serviços, integrados na direcção dos Serviços de Saúde, têm por fim coordenar e dirigir todas as actividades da luta anti-lepra e orientar a assistência aos leprosus na provincia de Moçambique.

Este magnífico hospital destina-se ao isolamento e tratamento de contágio.

Está situado ao quilómetro 35 da estrada Nampula-Murrupula. Equipado com o mais moderno material, possui um dispensário regional, de onde partem brigadas móveis encarregadas de observação e vigilância sanitária dos doentes, do exame dos comunicantes, destes doentes e de doentes internados, da observação dos suspeitos e do apoio técnico aos dispensários da circunscrição e aos postos de tratamento, bem como as duas gafarias existentes nesta zona — a de Naueie e a de Louco.

Nos três distritos desta quadra existem 20 dispensários e 57 postos de tratamento.

No Hospital-Granja, o Presidente da República é aguardado pelo bispo de Nampula, D. Manuel Guerreiro, pelo director dos Serviços de Saúde de Moçambique, Dr. Ferreira da Silva, pelo director da leprosaria, Dr. Artur Martins Barbosa, e por outras individualidades, entre as quais, o comandante militar de Moçambique, brigadeiro Raul Martinho.

Depois da cerimónia religiosa na capela do hospital, votada à rainha Santa Isabel, que o Bispo benze, o Presidente da República dirige-se à sala da direcção, onde é saudado pelo director dos Serviços de Saúde, Dr. Ferreira da Silva.

Seguidamente, é descerrada uma lápida comemorativa da visita presidencial. O Chefe do Estado percorre, depois, demoradamente, todas as instalações do internato e do dispensário, pedindo esclarecimentos e revelando o maior interesse por tudo quanto vê.

— Em Lisboa, em resultado dos trabalhos da reunião efectuada na Casa do Concelho de Pampilhosa da Serra para apreciação de diversos assuntos respeitantes ao mesmo concelho e que foram discutidos no recente congresso realidado naquela vila, avistam-se, com o Ministro do Interior, numerosas individualidades representativas da administração e forças vivas e políticas regionais, incluindo os dirigentes da referida Casa a fim de solicitarem o seu apoio à resolução de pretensões consideradas de principal importância entre as quais

avulta a necessidade de auxilio à Santa Casa da Misericórdia para poder participar na obra de construção do novo hospital.

*25* — Na Murtosa são inauguradas as novas instalações do Posto Médico de Puericultura da Casa de Trabalho das Filhas dos Pescadores, iniciativa da Casa dos Pescadores de Aveiro.

### Estrangeiro

Dizem de Copenhague que é possível doravante curar a paralisia agitante, graças a uma intervenção cirúrgica cerebral. O médico americano Howard A. Rusk, fez uma demonstração dessa operação num filme projectado oficialmente, pela primeira vez no Mundo, perante os 400 delegados do II Congresso Internacional de Medicina Física, reunido naquela capital.

Este método, descoberto, primeiramente, por acaso pelo cirurgião americano Irwing Cooper, já foi aplicado a 400 doentes, oitenta por cento dos quais ficaram completamente curados. Consiste em parar a actividade do centro nervoso «globus pallidus», matando-o com 3/4 de centímetro cúbico de álcool, levados até este centro por um tubo em matéria plástica que se introduz no crânio, depois de aí se fazer um orifício.

— Há bem poucos dias, em Colónia, o Prémio Nobel, professor Gerhard Domagk, apresentou ao 4.º Congresso Internacional dos Especialistas do Coração e Pulmões, um relatório em que afirma que dentro de 10 anos o tratamento e a cura da tuberculose não terão a mínima dificuldade. Venceremos essa doença — precisou — como se vence a febre mais benigna, pois os progressos da quimioterapia revelaram-se espantosos.

## AGENDA

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Para o provimento do lugar vago de professor extraordinário de Anatomia Patológica Geral e Especial e Patologia Geral (3.º grupo) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

— Para o preenchimento do lugar de delegado de Saúde, com funções de guarda-mor, na ilha do Corvo (Horta), Açores.

— Para o preenchimento do cargo de médico municipal do partido com sede em Boliqueime (Loulé), e cuja área abrange, além desta freguesia, a de Quarteira, ambas do referido concelho.

— Pelo prazo de trinta dias está aberto concurso para o internato médico dos Hospitais da Universidade de Coimbra (internato geral).

— Decorre de 15 de Agosto corrente a 15 de Setembro próximo o prazo para a matrícula dos Cursos de Auxiliares de

Enfermagem e Enfermagem Geral. As condições para a referida matrícula estão patentes na Secretaria do Hospital de S. Marcos.

— Para o estudo da enfermagem no Instituto Maternal, a inscrição para os cursos do próximo ano lectivo, cujas aulas começarão em 1 de Outubro, em Lisboa, Porto e Coimbra, está aberta até 10 de Setembro, na sede do Instituto em Lisboa e nas delegações daquelas cidades.

### Estrangeiro

De 9 a 15 de Setembro realiza-se na Holanda o Congresso Internacional dos Médicos Católicos tendo como tema «A Medicina e o Direito».

## NOTICIARIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 17 a 22/VIII/1956)

18/VIII

Dr. Aleu de Almada Saldanha Quadros e Cruz, professor agregado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e subdirector do serviço de radiologia do Hospital de Santa Maria — concedida, pelo Instituto de Alta Cultura, missão oficial fora do País, durante trinta e cinco dias, a contar de 11 de Julho de 1956.

20/VIII

Dr. Emílio de Menezes Ferreira de Tovar Faro, comodoro médico da reserva da Armada — condecorado com a medalha de prata de serviços distintos.

— Dr. Júlio Machado de Sousa Vaz, primeiro-assistente do 5.º grupo (Higiene e Epidemiologia; Bacteriologia e Parasitologia) da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto — rescindido o contrato, por ter sido nomeado professor extraordinário do mesmo grupo daquela Faculdade.

— Dr. Artur Barbosa Leitão, segundo-assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra — rescindido o contrato, por ter sido provido no lugar de técnico de Dermatologia e Venereologia da mesma Faculdade.

— Dr. José Maria Lobo de Portugal Sanches de Moraes Ribeiro Raposo — aprovado o termo do contrato para o exercício das funções de segundo-assistente, além do quadro, da cadeira de Bacteriologia e

Parasitologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

— Portaria n.º 15.943 que inclui o lugar de chefe dos serviços da clínica psiquiátrica no quadro do pessoal de direcção e chefia do Hospital Miguel Bombarda, constante do mapa I anexo do Decreto n.º 34.534.

— Portaria n.º 15.944 que aumenta com um lugar de director do serviço de neurocirurgia o quadro do pessoal de direcção e chefia dos Hospitais Civis de Lisboa, estabelecido pela Portaria n.º 14.536.

21/VIII

Portaria n.º 15.946 que dá nova constituição ao mapa do pessoal dos dispensários concelhios da zona norte, classe B, constante da Portaria n.º 15.282, que aprova a distribuição do pessoal do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, suas delegações e subdelegações e estabelecimentos ou serviços dele dependentes que não esteja compreendido no quadro de direcção e chefia.

### Amélia Cardia, médica

O Prof. Henrique de Vilhena proferiu no dia 14 de Maio findo, no Centro de Profilaxia, uma conferência intitulada «Amélia Cardia, médica». Presidiu o Prof. Costa Sacadura, que fez a apresentação do conferencista.

Entretanto no assunto da conferência, o Prof. Henrique de Vilhena falou dos contemporâneos na Escola Médica e da Dr.ª Amélia Cardia, e pôs em relevo a influência daqueles no belo espirito da médica. Referiu-se, em especial, a Camara Pestana, que considerou um santo, e a outros catedráticos, cujos trabalhos enalteceu, assim como os da distinta senhora, citando, a propósito a sua célebre conferência sobre «O contágio da tuberculose», incluída no plano de estudos a favor da Liga Nacional contra a Tuberculose, em 1902. E o conferencista, evocando esta benemérita campanha, citou Miguel Bombarda e António de Azevedo, sem esquecer o nome da rainha D. Amélia. Da Dr.ª Amélia Cardia lembrou a fundação de uma casa de saúde, frequentada, no exercício da clínica, pelos médicos e cirurgiões de destaque em Lisboa. Após falar de outras médicas formadas pela Escola da capital, venceu o contributo dessas colegas para o prestígio da Medicina, entre as quais Amélia Cardia se podia considerar uma grande pioneira.

## Sociedade Portuguesa de Medicina Tropical

Efectuou-se no dia 16 de Julho findo, a primeira sessão científica do Ano Académico da Sociedade Portuguesa de Medicina Tropical (Secção da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa).

O Dr. Luis Ré apresentou um trabalho intitulado «Resultados de uma campanha de prospecção de oncocercose no Congo português», campanha realizada pelo Instituto de Medicina Tropical, em 1954, em colaboração com a missão de prospecção de endemias a Angola.

Seguiu-se o Prof. Salazar, Leite, que apresentou «Estudo sobre drepanocitose nas províncias do ultramar português» estudos feitos no decurso de uma missão do Instituto de Medicina Tropical, em 1945, os quais permitiram levantar a hipótese de que aquela malformação sanguínea podia constituir um elemento importante para os estudos de etnologia africana.

Por último, o Dr. Alexandre Sarmiento apresentou «Notas sobre a mortalidade da população branca e mestiça de Angola», em que analisou o panorama da mortalidade infantil, apontando a importância especial que esta assume na população mestiça.

### Partidas e Chegadas

#### Dr. Arnaldo Fonseca

Partiu para a França, Suíça, Áustria e Alemanha, em visita de estudo o Dr. Arnaldo Sacadura Fonseca.

#### Dr. Gomes d'Oliveira

Partiu para França e Itália, em visita de estudo, o Dr. Carlos Gomes d'Oliveira, director de Serviço de Clínica Médica dos H. C. L. e adjunto do delegado de Saúde de Lisboa.

#### Dr. Rui Valentim Lourenço

Como bolseiro do I. A. C., partiu para a Alemanha, onde vai estagiar no serviço de provas funcionais respiratórias, de que é director o Prof. Knipping, da Universidade de Colónia, o Dr. Rui Valentim Lourenço, assistente do I.P.O. e da F.M.L.

#### Dr. Mário Damas Mora

Regressou de Lubeque o Dr. Mário Damas Mora, que, como delegado de Portugal, em missão oficial do I. A. C., tomou parte nas reuniões da Comissão Executiva da Sociedade Internacional de Asmologia.



SECÇÃO DE PROPAGANDA,  
AV. CONS. BARBOSA DE FREITAS, 2, 1.º-E.  
TELEF. 78 09 54 — LISBOA

# VAPORIL

LARINGITES  
CATARRAIS  
CRÓNICAS  
E AGUDAS

COMPOSIÇÃO. Tintura de Atropa Belladonna 2,00 grs.; Tintura de Eucalyptus Glóbulus 10,00 grs.; Tintura de Balsamum Benevivum 40,00 grs.; Essência de Thimus Vulgaris 2,00 grs.; Essência de Lavandula Vera 2,00 grs.; Efeonina 0,80 grs.; Cânfora 4,00 grs.

## Dr. Fernando Medina

Terminou no dia 23 de Junho findo, no Hospital Júlio de Matos, o concurso para preenchimento de uma vaga de assistente do centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Sul, a que concorreram os Drs. Fernando Medina, Artur Pistachini Galvão, Eduardo L. Cortesão, Margarida Mendo, Américo de Assunção e J. Amorim Ferreira, todos aprovados em mérito absoluto e classificados pela ordem indicada.

O júri, constituído pelos Profs. Barahona Fernandes e Pedro Polónio e Drs. Fernando Ilharco, Seabra Dinis e José Pedro Horta, aprovou em mérito relativo o Dr. Fernando Medina.

O novo assistente, que, aos 32 anos, desfruta já de grande nome clínico, for-

### Anunciam neste número:

	Pág.
Atral . . . . .	2. <sup>a</sup> capa
Bial. . . . .	4. <sup>a</sup> capa
Celsus. . . . .	593
Ferraz Lyce . . . . .	922
Fidelis . . . . .	924 e 926
Foimosinho. . . . .	601
Instituto Pasteur. . . . .	919, 592 e 596
L. Lepori . . . . .	920
Luso-Fármaco . . . . .	913 e 595
Novil . . . . .	914
Pestana & Fernandes . . . . .	591
Salgado Lencart. . . . .	597
Sanitas . . . . .	3. <sup>a</sup> capa
Soc. Ind. Farmacêutica . . . . .	1. <sup>a</sup> capa
Únitas. . . . .	599

mou-se em Lisboa com elevada classificação em 1948. Possuidor de brilhante inteligência e desde muito novo dedicado ao estudo da psicopatologia, entrou por concurso público para interno do Hospital Júlio de Matos em 1949. No último ano o Dr. Medina exerceu interinamente o cargo de assistente do Hospital Miguel Bombarda. Em 1952, como bolsheiro do Centro de Estudos Egas Moniz, apresentou dois trabalhos intitulados «A prova de reacção psico-somática à isquémia em indivíduos normais» e «O sono prolongado na terapêutica psiquiátrica». De colaboração com o Prof. Barahona Fernandes apresentou ao V Congresso Internacional de Neurologia um importante trabalho, e é ainda autor de numerosos estudos já apreciados na Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria.

# O MÉDICO

SEMANARIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

COM A COLABORAÇÃO DE:

Júlio Dantas (Presidente da Academia de Ciências de Lisboa)

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira (Encar. de Curso na Fac. de Med.), J. J. Lobato Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanatório de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chefe de Clin. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Faculdade de Medicina) — COIMBRA

Jorge Horta (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, J. Oliveira Machado, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos, Costa Sacadura, Toscano Rico e Xavier Morato (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emilio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), 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.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Lisboa), 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 Setúbal)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES: COIMBRA — Luís A. Duarte Santos (Prof. da Fac. de Med.); — LISBOA — Fernando Nogueira (Prof. da Fac. de Med. e médico dos H. C. L.) e José Andresen Leitão (Assist. da Fac. de Med.); PORTO — Álvaro Mendonça e Moura (Dir. da Cir. Sanit. da Zona Norte) e Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Lavrador Ribeiro (Luanda); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera e Fernan Perez (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 — 140\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 190\$00; Outros países: um ano — 240\$00

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

Portugal Continental e Insular — 180\$00  
Ultramar — 240\$00

As assinaturas começam em Janeiro; no decorrer do ano (só para «O MÉDICO») aceitam-se assinaturas a iniciar em Abril, Julho e Outubro (respectivamente, 100\$00, 80\$00 e 50\$00).

Delegação de «O Médico» em Coimbra: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49  
VENDA AVULSO — Distribuidores exclusivos: Editorial Organização, L.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507

A MAIS MODERNA CONCEPÇÃO NO TRATAMENTO DA "DIABETIS"

# GLICOLISE

Antidiabético por via oral

- Alta eficácia
- Fácil manejo
- Elevada tolerância
- Toxicidade praticamente nula

LABORATÓRIO SANITAS

# BISMUCILINA

Bial

## BISMUCILINA

### INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

## BISMUCILINA

### SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

## BISMUCILINA

### INFANTIL

### SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS