

O MEDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

VIII ANO - N.º 326

28 de Novembro de 1957

DIRECTOR E EDITOR
MÁRIO CARDIA

VOL. VI (Nova série)

Publica-se às quintas-feiras

Red. Adm.: AV. DOS ALIADOS, 41 — PORTO — TELEF. 24907 / LISBOA: Av. de Roma, 43-5.º-E. — Telef. 771912 / 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!
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS...



ANGITRACIL-BI
MARCA REGISTADA
RECTAL
PENICILINA + BACITRACINA + BISMUTO
ANTIGÉNIOS LIPO-GLUCIDO-PROTEICOS

S&F LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775

CIÊNCIAS MÉDICAS — CLÍNICA

ARTIGOS ORIGINAIS

IGNÁCIO DE SALCEDO — *Reflexões clínicas sobre o hirsutismo* 727

EXTRACTOS E RESUMOS

O papel do serviço de saúde e papel dos radiologistas na defesa contra a guerra atómica 733

A terapêutica pela delta-cortisona 742

RESUMOS da imprensa médica 748

SUMÁRIO

ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS

Nunes Claro — CláUDIO CORRÉA D'OLIVEIRA GUIMARÃES	751
ECOS E COMENTARIOS	754
A luta contra o cancro na Grã-Bretanha — MÁRIO CARDIA	756
MOVIMENTO MÉDICO — DO PAÍS — Lisboa	759
Porto	760
Coimbra	760
Outros centros	760
DO ESTRANGEIRO	765

Preço, avulso: 5\$00



*para mais rapidamente se obterem
níveis sanguíneos mais elevados*

NEO-ACROMICINA*

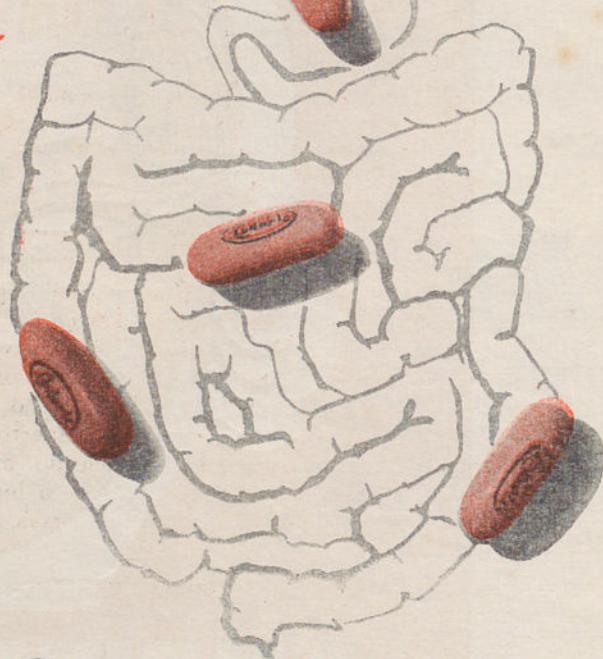
TETRACICLINA COM METAFOSFATO DE SÓDIO



Mediante a adição do metafosfato de sódio à ACROMICINA, Tetraciclina **Lederle**, consegue-se tornar mais rápida e aumentar substancialmente a absorção através do tracto gastrointestinal sem qualquer aumento da dosagem diária.

NEO-ACROMICINA significa, portanto, mais rápidas e maiores concentrações no sangue, que contribuem para o eficaz domínio da infecção, com um máximo de tolerância por parte do doente.

Marca Comercial Registada



APRESENTAÇÃO:

Frascos de 16 cápsulas (de cor rósea) cada uma contendo 250 mg. de ACROMICINA, tetraciclina e 380 mg. de metafosfato de sódio.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

American Cyanamid Company

30 ROCKEFELLER PLAZA - NEW YORK 20 - N.Y.

Representantes exclusivos para Portugal e Ultramar:

ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.

Rua Conde Redondo, 64-3.^o — LISBOA

Rua de Santo António, 15-2.^o — PORTO

Reflexões clínicas sobre o hirsutismo

IGNÁCIO DE SALCEDO

(Assistente no Serviço de Endocrinologia da Faculdade de Medicina do Porto. — Bolsheiro do Instituto de Alta Cultura)



A frequência com que em clínica se nos depara o problema do hirsutismo é motivo, além de outros, para que sobre ele incida a nossa atenção, tanto mais que pode dar lugar, independentemente da patologia associada, a graves situações para a mulher. Desde banal e inofensiva alteração estética até gravíssima situação a assinalar complicada patologia endócrina, o hirsutismo pode apresentar-se-nos com poucos sinais que, só por si, o diferenciem. Torna-se necessário pensar nas possibilidades diagnósticas para se esclarecer um determinado caso, pois pouco nos diz, em princípio, a simples existência de pêlos em excesso ou em locais que normalmente os não contêm. Tanto poderemos estar perante um caso do chamado hirsutismo familiar ou constitucional, revelador de desvio de uma característica sexual sem qualquer transcendência, como poderemos ter na nossa frente uma mulher com um tumor supra-renal de prognóstico sombrio. O estudo destas doentes, por conseguinte, não pode fazer-se como investigação clínica de rotina, mas mercê de testes funcionais e exames laboratoriais específicos, de modo a chegarmos a um diagnóstico tanto quanto possível exacto.

O hirsutismo pode ser definido como a pilosidade excessiva e heterotópica da mulher, diferenciando-se, por conseguinte, do virilismo, que é um hirsutismo com inversão dos caracteres sexuais secundários (atrofia mamária, hipertrofia clitorídea, modificações músculo-adiposas de sentido masculino, hipertrofia e calcificação da laringe, etc.) e da hipertricose, que se traduz por um exagero quantitativo, mas normotópico, dos pêlos.

É certo que a maior parte das vezes o hirsutismo e a hipertricose coincidem, mas nem sempre é assim.

Sob o ponto de vista de localização, o hirsutismo atinge na mulher as áreas que habitualmente são glabras, variando muito a intensidade de participação dos diferentes segmentos e a intensidade do sintoma. Desde um simples lanugo até pêlos que em nada se diferenciam dos tipicamente masculinos, podemos encontrar todas as graduações, o que nos dá um importante elemento de valor diferencial. Em princípio, poderemos aceitar que os pêlos são tanto mais grossos, fortes e negros quanto mais grave é a causa que os condiciona. Assim, no síndrome supra-reno-genital da mulher adulta, é de regra encontrar um hirsutismo formado por pêlos negros, grossos e compridos, de tal forma que, na maioria dos casos, e no que à face diz respeito, podemos falar de uma verdadeira barba. Contudo, o hirsutismo supra-renal, verdadeiro virilismo, não implica uma exuberância global de todo o sistema piloso, pois os cabelos, genéticamente ambi-sexuais, sofrem uma involução qualitativa e quantitativa, a acompanhar as modificações hetero-sexuais que caracterizam o síndrome.

O hirsutismo pode manifestar-se em qualquer idade, mas é sobretudo durante as crises hormonais — puberdade, gravidez e menopausa —, que ele se evidencia. Esta observação estende-se aos casos «idiopáticos», pois embora os pêlos já existam previamente a esses acidentes, não é menos certo que o síndrome se agrava durante ou como aparente consequência deles, o que parece demonstrar um condicionamento hormonal. Não obstante, e na minha experiência, são mais numerosos os casos de hirsutismo desenvolvido durante a 2.^a e 3.^a décadas da vida do que nas restantes, talvez porque a preocupação estética seja maior durante esse período, motivando a consulta de maior número de doentes.

Não temos uma ideia precisa sobre a frequência do síndrome, pois embora o tenhamos assinalado em 108 casos entre 2.070 mulheres (5,41 p. 100), a natureza especializada da consulta falseia qualquer conclusão. Destes 108 casos, 64, ou 59 p. 100, são de doentes com idades compreendidas entre 10 e 30 anos, havendo 17 em que o hirsutismo se iniciou durante ou logo após uma gravidez. Os restantes 47 casos são todos de inicio marcadamente para ou pós-puberal.

Da definição que demos de hirsutismo depreende-se que os pêlos surgem em regiões habitualmente livres de pilosidade; a face — se exceptuarmos o pequeno lanugo que por vezes se observa no lábio superior —, a parede anterior do tórax, o dorso, a linha branca e os membros. Quanto a estes, é óbvio que muitas mulheres têm a pele coberta de um ligeiro lanugo sem qualquer significado, mas não é isto que interessa, mas sim os pêlos francamente visíveis, se quisermos, comparados aos de um homem com hipertricose, como é frequente observar em casos de grave insuficiência hepática.

A intensidade do hirsutismo varia consideravelmente de caso para caso e, de um modo geral, de acordo com a patologia que o suporta. Já dissemos que devemos esperar um hirsutismo acentuado nos casos de responsabilidade orgânica supra-renal, o que não implica que não possa existir sem que se demonstre qualquer alteração glandular.

Na extremidade cefálica, há a considerar diversas modalidades topográficas com valor diagnóstico. No caso mais simples, de hirsutismo «idiopático», os pêlos são finos, claros e pouco abundantes, localizando-se sobretudo nas regiões masseterinas e no lábio superior. Não se observam alterações dos cabelos, quando muito, um exagero da cabeleira. O seu desenvolvimento, de uma maneira geral, é insidioso, operando-se por vários anos, a contrastar com a rapidez que caracteriza as formas orgânicas do síndrome. Nestas, além de os pêlos aparecerem em curto espaço de tempo, são mais grossos e escuros, francamente viris, e ocupam toda a superfície cutânea que no homem se cobre de barba ou pêlos. Ao mesmo tempo, instala-se uma calvície temporal, dando origem ao chamado sinal de STEIN, e, nos casos mais graves, uma calvície apical acompanhada por um enfraquecimento progressivo dos cabelos. É de regra, nestes casos de virilização, uma seborreia do couro cabeludo, com acne facial mais ou menos acentuada.

No tórax, há marcadas diferenças entre estas duas situações extremas; no caso, mais frequente, de hirsutismo comum, não se verifica, ou só excepcionalmente, a existência de numerosos pêlos no sulco inter-mamário e ao redor das aréolas. Por outro lado, os seios mantêm-se completamente normais. No síndrome de virilização supra-renal, assinalam-se abundantes pêlos com atrofia verdadeira e acentuada da glândula mamária.

Em ambos os casos existem pêlos a cobrir a linha branca, prolongando para o umbigo os pêlos púbicos e, de este modo, hetero-sexualizando o limite superior gineóide do púbis.

No síndrome supra-reno-genital há a acrescentar atrofia dos grandes e pequenos lábios, com hipertrofia clitorídea, bem como intensa pilosidade perineal.

As diferenças nos membros são de molde, também, a permitirem uma orientação diagnóstica. No hirsutismo simples conservam-se os contornos globais e a textura muscular-adiposa, apenas existindo um exagero variável da pilosidade, pelo que será mais correcto falar-se de hipertricose dos membros. No síndrome de virilização, pelo contrário, há uma fusão

adiposa notável, o que realça os relevos musculares; deste modo, as coxas ficam separadas por um intervalo livre, maior ou menor, quando os membros inferiores estão em adução máxima, o que se verifica, também, nas mulheres magras. Como é de esperar, existe um grande exagero da pilosidade com as características já apontadas.

Entre estes dois grupos é possível verificar a existência de inúmeras graduações, cuja natureza e significado só o exame clínico e subsidiários poderão esclarecer.

Ao exame, deve ter-se presente que o melhor informe nos é dado pela observação meticolosa da doente, tanto quanto possível nua, pois só assim se pode colher objectivamente a natureza das alterações músculo-adiposas e pilosas operadas. Deve investigar-se a existência de antecedentes familiares directamente relacionados ou de endocrinopatias coexistentes, pois é conhecido o papel predisponente de uma doenças glandulares para outras. É de muita importância marcar, o melhor possível, o começo do síndrome e sua relação com as crises hormonais até então sofridas. O estado dos ciclos sexuais, a vida sexual da mulher, devem ser objecto de minuciosos inquérito, pois uma normalidade menstrual, por exemplo, torna pouco provável a existência de uma patologia séria.

O resto do exame clínico, principalmente cardíovascular e renal, deverá ser o mais completo possível, porque o achado de alterações nesses departamentos poderá orientar-nos no diagnóstico. Assim, poderemos encontrar uma mulher obesa com hipertensão mista de prodromio diastólico e sinais de padecimento cardíaco-renal importante; se tiver hirsutismo moderado, é de considerar, mesmo na ausência de outros sinais morfológicos (estrias, por exemplo), a hipótese de um síndrome de CUSHING ou de uma obesidade córtico-hipofisária (1).

De um modo geral, o estudo analítico, sempre que justificado pelo quadro clínico, e particularmente quando haja alterações menstruais do tipo oligo-amenorreico, deverá ser orientado para a pesquisa de uma possível participação supra-renal, dado que são estas glândulas que na mulher regulam a pilosidade heterotópica. Salvo nos casos em que se suspeite uma hiperfunção do tipo metabólico, não é de esperar a existência de alterações metabólicas ou electrolíticas importantes, muito embora estas duas últimas possam acompanhar a virilização supra-renal do adulto.

Por conseguinte, impõe-se desde o início a investigação da função supra-renal, principalmente da sua quota-partes androgénica. Neste sentido, procede-se ao doseamento, na urina de 24 horas, dos 17-cetosteróides neutros totais, sendo de aconselhar se façam repetidos exames para obter uma série de valores que nos dêem uma linha de base suficientemente segura. O resultado desta análise deverá ser cuidadosamente interpretado, pois só por si não chega, perante um resultado normal, para se infirmar o diagnóstico de hiperfunção supra-renal. Se o resultado for francamente aumentado de acordo com a idade da doente — 40 mg., por exemplo, para uma mulher de 20 anos —, poderemos afirmar com razoável segurança que as supra-renais funcionam exageradamente, o que se torna em certeza se o valor da cetosteroide ultrapassar esse limite. Uma eliminação de 100 ou mais mgs. por 24 horas é indicativo de um processo tumoral de tipo maligno, o que não quer dizer que não possa existir um carcinoma com eliminações mais baixas ou mesmo sub-normais. No entanto, estes valores baixos são frequentes nos casos de adenoma, o que levanta problemas diagnósticos a resolver por outros meios.

Contudo, tanto os carcinomas como os adenomas constituem exceção. O mais frequente é encontrar-se uma cetosteroide normal ou ligeiramente aumentada, da ordem dos 20 mgs., o que, evidentemente, não nos esclarecerá. Nesta hipótese, a cromatografia dos 17-cetosteróides, ou fraccionamento em coluna, seguida da caracterização química dos esteróides eliminados, dá-nos informações de indiscutível valor, permitindo-nos, a maior parte das vezes, não só um diagnóstico seguro como uma identificação patogénica do síndrome.

Em trabalhos anteriores tivemos oportunidade de fazer minuciosa referência ao valor diagnóstico e a interpretação deste processo analítico.

No hirsutismo comum, poderemos encontrar, quando

muito, um ligeiro aumento de eliminação urinária dos androgénios e seus precursores e, em menos casos, aumentos das fracções VI e VII em que se localizam os 11-hidroxi-17-cetosteróides. No entanto, é sobre as ondas II e III que as alterações incidem mais frequentemente, muito embora, como deduzem GROEN e col. (2), as fracções IV e V, consideradas habitualmente como de origem gonadal, possam também estar aumentadas. A participação supra-renal, pelo menos na onda V, parece ser demonstrada pelo aumento que ela sofre, consecutivo à ministração de A.C.T.H. nos casos de síndrome adreno-genital.

À medida que se passa do hirsutismo simples para a virilização supra-renal, as fracções do cromatograma acusam alterações progressivamente acentuadas, tal como se evidenciou no caso por nós publicado em 1954 (3). A patogenia destas situações virilizantes, embora parcialmente esclarecida, não está fora de discussão.

Para DORFMAN, (4-5) a alteração consistiria num excesso da produção hipofisária da hormona adrenocorticotrófica ou A.C.T.H., a qual, ao estimular a supra-renal, forçaria uma hipersecreção dos esteróides dos grupos C₁₉ e C₂₁. Haveria, por outro lado, e como factor fundamental, um defeito enzimático supra-renal, consistindo numa diminuição ou incapacidade da 21-hidroxilase necessária para a síntese dos compostos C₂₁ (cortisol e corticosterone). Por conseguinte, e embora a produção dos esteróides C₂₁ possa estar aumentada, a sua concentração estará diminuída relativamente aos do grupo C₁₉ (dehidroepiandrosterona e adrenosterona), não se operando ao nível da hipófise a frenação fisiológica que o cortisol especificamente detém.

A magnitude do défice da 21-hidroxilase determinará a intensidade dos sintomas, como se esquematiza na Fig. 1.

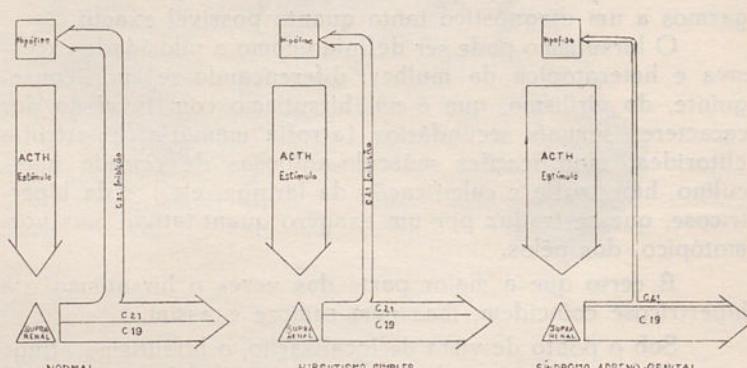


Fig. 1 — Representação esquemática das alterações hormonais verificadas no hirsutismo simples e no síndrome adreno-genital em comparação com o equilíbrio supra-reno-hipofisário do organismo normal.

No caso mais grave, os doentes mostrarão, além de intensa virilização, sintomas de défice supra-renal traduzidos por alterações do equilíbrio electrolítico, tal como se observa no síndrome de WILKINS, na criança. De aqui resulta a justificação do emprego terapêutico da cortisona e hidrocortisona, pois desse modo forneceremos ao organismo o meio fisiológico de frenar a hipófise e, portanto, de induzir uma inibição supra-renal. Esta mesma verificação invalida parcialmente a hipótese de SAYERS (6) de que o síndrome seria devido a uma conversão exagerada de cortisol em androgénios ao nível de uma célula hepática alterada. Tem-se verificado que a principal eliminação hormonal está constituída por 11β-hidroxiandrosterona, principal metabolito dos esteróides do grupo C₁₉ e não dos C₂₁, como seria no caso de a interpretação de SAYERS ser correcta.

Por seu lado, JAILER (7) diz que haveria uma deficiência nos sistemas enzimáticos normalmente responsáveis pela hidroxilação nas posições C₁₁ e C₂₁, o que forçaria a paragem da síntese do cortisol na fase de 17α-hidroxiprogesterona. Este intermediário normal seria transformado no fígado em androgénios. Para DORFMAN (4), esta hipótese não é admisível, pois, no homem, a 17α-hidroxiprogesterona é principal-

mente metabolizada em etiocolanolona e androsterona, dos quais só esta última possui muito leve actividade androgénica.

O facto de RUBIN e col. (8) terem encontrado em 4 doentes uma eliminação 10 vezes superior ao normal de 11β -hidroxiandrosterona, metabólito da androsterona e da 11β -hidroxi- Δ^4 -androstano-3,17-diona, torna pouco provável, como pretende JAILER, que haja também uma deficiência da 11β -hidroxilase. Estes achados foram confirmados por MASUDA (9) em 1956.

Na Fig. 2 resume-se o conceito de PINCUS (10) sobre a esteroidogénesis normal, por ele se inferindo, como se evidencia no esquema da Fig. 3, quais os processos enzimáticos comprometidos no hirsutismo e na virilização.

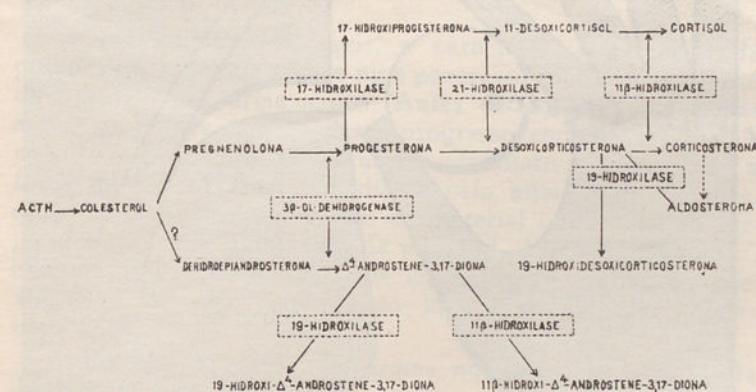


Fig. 2 — Esteroidogénesis normal (PINCUS). As enzimas dentro dos quadrados a tracejado são as que intervêm na síntese das respectivas hormonas.

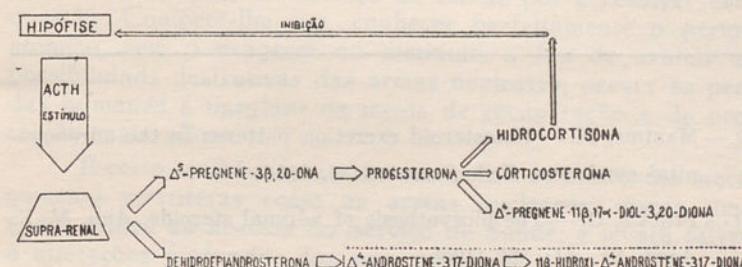


Fig. 3 — Esteroidogénesis no síndrome adreno-genital (DORFMAN, modificado). Os dois esteróides provenientes da dehidroepiandrosterona seriam os responsáveis pela virilização.

Foram necessárias estas considerações para se compreender, não só a terapêutica mediante a cortisona ou hidrocortisona, como um dos processos analíticos diferenciais mais específicos de que dispomos. Em 1951, WILKINS (11) referiu que, se se injectar cortisona a uma doente com virilização, a taxa dos 17-cetosteróides é reduzida até valores normais. Posteriormente, outros autores — entre os quais BARTTER e col. (12) e JAILER e col. (13 e 14) —, ampliaram e estudaram convenientemente o método de modo a poder ser correctamente aplicado às necessidades clínicas.

Em resumo, consiste no seguinte: a injecção de cortisona ou hidrocortisona inibe a produção hipofisária de A.C.T.H., obtendo-se de parte da supra-renal uma inibição paralela ao grau de insuficiência de A.C.T.H. provocado.

Isto só acontece nos casos em que a hiperfunção supra-renal depende de um estímulo hipofisário exagerado, como nas hiperplasias, pois nos casos de tumor ou adenoma, dada a autonomia destes processos, não se verifica esta inibição.

Contudo, devem salientar-se dois factos importantes:

pode haver um carcinoma supra-renal e obter-se uma resposta idêntica à da hiperplasia, e, por outro lado, o indivíduo normal responde, igualmente, com uma frenação da glândula. Este último facto implica que o teste só seja válido na ausência de uma resposta significativa, equivalendo à existência de um processo tumoral, ou quando o nível de base dos 17-cetosteróides seja indiscutivelmente patológico.

Estas considerações tanto se aplicam à simples prova dos 17-cetosteróides, como ao seu fraccionamento cromatográfico, pois neste pode-se obter, igualmente, uma amputação das fracções, na ausência de qualquer patologia.

Como BARTTER e col. demonstraram, se se injetar simultaneamente A.C.T.H. e cortisona, não se observa a resposta que se obtém só com esta última, o que é mais uma prova da interferência da adrenocorticotrofina na patogenia do síndrome. Como método que julgamos mais útil, seguimos o proposto por estes autores, consistindo na colheita de urina durante as 24 horas que precedem e seguem o teste e na determinação da taxa de 17-cetosteróides neutros totais depois da injecção de 50 a 100 mg. de hidrocortisona em soro glicosado. Desta forma, obtém-se uma inibição máxima da hipófise, reduzindo-se o tempo e a despesa inerente à análise.

Vemos, por consequência, que a base do diagnóstico ainda é fundamentalmente clínica e que as análises hormonais servem para diferenciar os casos extremos. Nestes, o pneumoretroperitoneu por via pré-coccígea poderá localizar e determinar a natureza morfológica do processo supra-renal, independentemente de outros exames, que possam ser efectuados, como a pielografia e colografia.

No que especificamente diz respeito ao hirsutismo, a nossa experiência tem sido desalentadora. Se observamos vários casos em que as alterações menstruais coexistentes foram rápida e eficazmente normalizadas, apenas em um, entre 21 doentes com diagnóstico razoavelmente seguro, pudemos verificar uma diminuição nítida da pilosidade. Neste aspecto, não podemos confirmar os êxitos obtidos por outros autores.

Deste grupo de pacientes foram operadas 5, sendo 4 com diagnóstico clínico de hiperplasia, confirmado histopatologicamente (Prof. AMÂNDIO TAVARES) e outra por carcinoma, já objecto de anterior publicação (15).

Embora a supra-renalectomia tenha sido em qualquer caso unilateral e seguida de röntgenterapia hipofisária nos casos de hiperplasia, só na doente operada de carcinoma se observou o desaparecimento da virilização. Deve salientar-se que esta reapareceu com a disseminação metastática verificada, pelo que se pode concluir da potencialidade hormonal das metástases.

Para já, temos de confessar a nossa impotência terapêutica diante da maior parte dos casos de hirsutismo, não parecendo exagero afirmar que mal vai para a doente quando o podemos resolver.

Trabalho do Serviço de Endocrinologia e do Centro de Estudos de Anatomia Patológica e Patologia Geral do INSTITUTO DE ALTA CULTURA — Faculdade de Medicina do Porto.

SUMMARY

The A. briefly discuss some clinical aspects of the hirsutism's syndrome, accepting the hypothesis postulated by DORFMAN.

In his experience, the clinical trial, either of cortisone or cor-

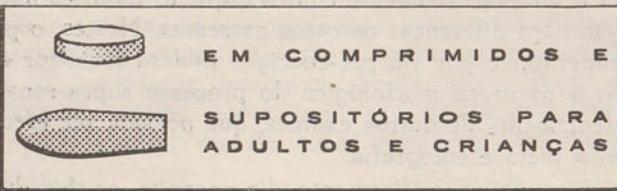
NA GRIPE

katagrip

"BRUSCHETTINI"

ORTOETOXBENZAMIDA - FENILDIMETILAMIDOPIRAZOLONA
ACETILFENETIDINA - PENTAMETILENOTETRAZOL

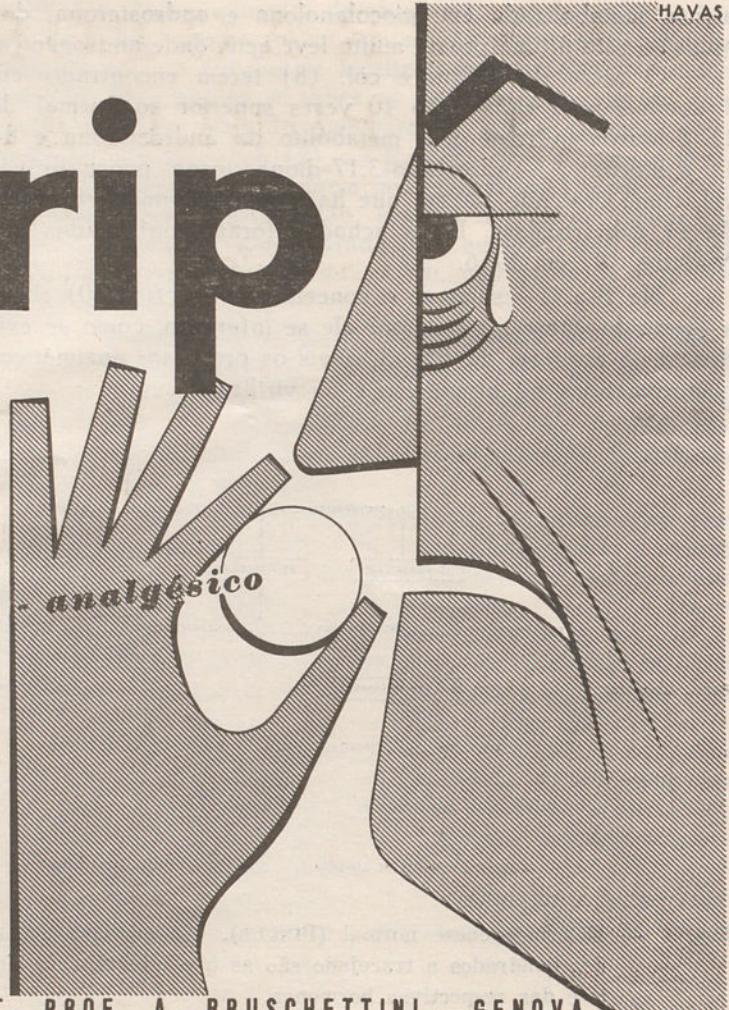
antipirético - ANTIGRIPAL



LABORATORIO DI TERAPIA Sperimentale DOTT. PROF. A. BRUSCHETTINI — GENOVA

Único concessionário para Portugal, Ilhas e Ultramar:
L. LEPORI, LDA. — Lisboa — Rua Imprensa Nacional, 86 - 88

HAVAS



tisol, in spite of hormonal normalization, has been useless even in the unilaterally adrenalectomized patients followed by X-Ray therapy.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — SALCEDO, I. DE — Obesidade córtico-hipofisária. Dissertação de doutoramento, Porto, 1956.
- 2 — GROEN, A., J. A. DE VRIES & D. DE WIED — Urinary excretion of 17-ketosteroids in patients with adrenogenital syndrome. *Acta Endocrinol.*, 18: 530, 1955.
- 3 — SALCEDO, I. DE — Aspectos funcionais do síndrome adreno-genital. *O Médico*, n.º 173, 1954.
- 4 — DORFMAN, R. I. — in PINCUS, G. & K. V. THIMANN, *The Hormones*, vol. III, pág. 652, New York, 1955.
- 5 — DORFMAN, R. I. — The metabolism of adrenal steroids — Trans. 5th Conf. on the Adrenal Cortex, Josiah Macy Jr, Found., New York, 1954.
- 6 — SAYERS, G. — The adrenal cortex and homeostasis. *Physiol. Rev.*, 30: 241, 1950.
- 7 — JAILER, J. W. — Virilism. *Bull. N. Y. Acad. Med.*, 29: 377, 1953.
- 8 — RUBIN, B. L., R. I. DORFMAN & G. PINCUS — Quantitative determination of seven urinary 17-ketosteroid. *Recent Prog. Hormone Research*, 9: 213, 1954.

- 9 — MASUDA, M. — Ketosteroid excretion patterns in the adrenogenital syndrome. *Fed. Proc.*, 15: 1, 1956.
- 10 — PINCUS, G. — The biosynthesis of adrenal steroids. *Ann. N. Y. Acad. Sc.*, 61: 383, 1955.
- 11 — WILKINS, L., R. A. LEWIS, R. KLEIN, L. I. GARDNER, J. F. CRIGLER, E. ROSENBERG & C. J. MIGEON — Treatment of congenital adrenal hyperplasia with cortisone. *J. Clin. Endocrinol.*, 11: 1, 1951.
- 12 — BARTTER, F. C., F. ALBRIGT, A. P. FORBES, A. LEAF, E. DEMPSEY & E. CARROL — The effects of adrenocorticotropic hormone and cortisone in the adrenogenital syndrome associated with congenital adrenal hyperplasia: and attempt to explain and correct its disordered hormonal pattern. *J. Clin. Investigation*, 30: 237, 1951.
- 13 — JAILER, J. W., J. J. GOLD & E. Z. WALLACE — Evaluation of the cortisone test as a diagnostic aid in differentiating adrenal hyperplasia from adrenal neoplasia. *Amer. J. Med.*, 16: 3, 1954.
- 14 — JAILER, J. W. & E. Z. WALLACE — The effect of intravenously administered hydrocortisone on the urinary 17-ketosteroids in patients with adrenal virilism. *Ann. N. Y. Acad. Sc.*, 61: 442, 1955.
- 15 — BASTOS, J. T., A. SALVADOR JR., I. DE SALCEDO & M. CASTRO HENRIQUES — Síndrome adreno-genital por carcinoma suprarrenal. *Gaz. Méd. Portug.*, 7: 353, 1954.

EXTRACTOS E RESUMOS DE PUBLICAÇÕES MÉDICAS

O papel do serviço de saúde e papel dos radiologistas na defesa contra a guerra atómica

ANDRÉ RESCANIÉRES

(Coronel-médico do exército francês — Professor de Radiologia do Hospital de Val-de-Grâce — Paris)

Nos últimos 150 anos, a característica essencial da guerra reside, ao que parece num progresso sucessivo e intenso da potência dos armamentos. Antes do advento das armas atómicas, a investigação deste progresso consistia essencialmente em problemas de natureza quantitativa, quer dizer, a força de um adversário media-se pelo número de canhões, obuses, em suma no conjunto de material que ele havia forjado; esta massa gigantesca de material, difícil de manobrar, exigia a utilização de sistemas logísticos de grande complexidade e de uma organização táctica de impecável pontualidade.

Eis que aparecem as armas nucleares. E tudo muda de aspecto.

Um potencial destruidor enorme encontra-se todo ele contido numa massa de matéria ínfima, ou pelo menos, fácil de transportar.

Esta alteração introduzida à escala de valores foi resumida na fórmula lapidar «uma bomba, um avião, uma cidade». Não irá este melhoramento qualitativo do explosivo desencadear uma revolução táctica e estratégica?

Não compete ao Serviço de Saúde pôr e resolver esta questão. Compete-lhe sim, conhecer perfeitamente o perigo atómico, sem o exagerar ou diminuir, a fim de avaliar as possibilidades destrutivas das armas nucleares, prever as perdas humanas e imaginar os meios de recuperação e de protecção mais eficaz.

É certo também, que o aparecimento de armas tão maciçamente mortíferas como as armas nucleares, marca uma época crítica na história do Serviço de Saúde, e levará talvez a alterações profundas dos seus métodos.

Realmente, até Hiroshima, apesar da mobilidade sempre crescente das grandes Unidades tácticas, o Serviço de Saúde adaptou sempre os seus meios às exigências da guerra moderna: soube, na devida altura, aligeirar as suas formações avançadas, dar maior eficácia aos seus sistemas de evacuação, acelerar o ritmo dos transportes, melhorar as suas possibilidades hospitalares, desempenhando assim a sua missão.

Mas as explosões nucleares, devido à sua originalidade, à sua brutalidade, ao seu efeito em massa, põem-no, hoje em dia, perante problemas de tal modo complexos, que corre o risco de ficar por resolver se não se meditar longamente nos dados existentes ou se se recorrer a soluções improvisadas.

Gostaríamos desde já, expor directivas simples e regras práticas sobre a conduta a ter em casos de ataque atómico. Mas, pensando bem, as noções de simplicidade e de precisão são pouco compatíveis. As regras simples, no entanto, não representam senão aproximações e, à medida que se avança num conhecimento mais detalhado e mais profundo, elas perdem em simplicidade o que ganham em precisão e autenticidade.

Apresentar as noções adquiridas, tanto as que estão hoje em dia bem estabelecidas, como as que se consideram ainda como provisórias ou incertas, eis a finalidade desta palestra. Ao fazê-lo, sei bem que enfrento um problema imenso, do qual não focarei senão um pequeno número de aspectos, entreabriindo apenas algumas portas estreitas para horizontes mais amplos.

Convém, sem dúvida, distinguir a dupla função dos Serviços de Saúde em caso de ataque atómico, a saber a sua

missão propriamente médica, de diagnóstico e tratamento, e a sua missão técnica, de evacuação, de triagem, de hospitalização e de protecção.

OS PROBLEMAS MÉDICOS

Os conhecimentos que possuímos acerca dos efeitos médicos das armas atómicas sobre o organismo humano, são provenientes de apenas duas experiências.

Se, na realidade, as bombas de Hiroshima e de Nagasaki não tem mais segredos para nós, se é verdade que sabemos como elas matam, ignoramos, em contrapartida as lesões produzidas no homem pelas bombas novas, cujos ecos nos vem do Pacífico e da Sibéria, deixando-nos apenas adivinhar a sua força destrutiva, se abstrairmos dos acidentes sofridos pelos pescadores japoneses do «Fukuryu Maru».

É certo que animais de todas as espécies e tamanhos foram simultaneamente vítimas e testemunhas de explosões experimentais. Mas traduzir para o organismo humano as lesões produzidas nos animais exige uma verdadeira extração. Ora as extrapolações em matéria de biologia são sempre delicadas, e nada nos garante que elas sejam válidas em todas as circunstâncias...

Sob o ponto de vista médico, a ausência de experiências humanas torna por isso imperfeito o material de estudos e deixa um papel demasiado grande à interpretação.

Não me queixo, podem crê-lo, de tal imperfeição! Contudo é necessário ver nela, a causa de algumas das nossas incertezas em matéria de diagnóstico e de prognóstico.

Contudo, existe, uma noção bem estabelecida: seja qual for a sua potência, os explosivos atómicos dão lugar a três categorias de vítimas: os feridos, os queimados e os irradiados.

Os nossos conhecimentos acerca dos feridos parecem sólidamente assentes. Os ferimentos que resultam da ação directa do sopro, as que provocam os síndromas de «blast», são infimas perante as que resultam do desmoronamento dos imóveis e a projecção dos materiais. Esmagados sob os escombros, atingidos pelas pedras, pelos ferros, pelos estilhaços de vidro, soterrados durante horas, eis uma imensa variedade de vítimas, cujo número e gravidade dependem da resistência dos materiais ou da fragilidade das construções.

As queimaduras por explosão nuclear são também conhecidas, distinguindo-se dois tipos clínicos: as queimaduras indirectas, também chamadas por chama, que são devidas aos incêndios secundários e às tempestades de fogo a que são submetidas as grandes aglomerações; e as queimaduras directas, chamadas por raio, que são provenientes da ação da onda calórica emitida instantaneamente pela bola de fogo no momento da explosão. Estas últimas queimaduras têm características específicas: localizam-se num só lado do corpo (o que está virado para o lugar da explosão); apresentam contornos bem delimitados; localizam-se electivamente sobre as partes descobertas do corpo, uma vez que as partes cobertas ficam ilesas, sobretudo se o vestuário é largo, não aderindo à pele, e se for de cor clara.

A gravidade das queimaduras depende da sua extensão, e o seu grau, estando este último factor ligado à quan-

tidade de calor recebida pelos tegumentos avaliada em calorias por centímetro quadrado.

Esta quantidade de calor depende da potência do engenho, da distância do ponto de explosão, das condições meteorológicas e da topografia do terreno.

Admite-se que uma quantidade de calor superior a 20 cal/cm² basta para inflamar o vestuário, e para produzir queimaduras extensas e profundas, mortais ou mais ou menos graves: que uma quantidade de calor de 9 cal/cm² provoca queimaduras graves nas partes expostas do corpo; enquanto que uma dose inferior a 3 cal/cm² determina queimaduras ligeiras, de gravidade insignificante.

Embora estejamos bastante bem informados acerca das feridas e queimaduras atómicas, os nossos conhecimentos acerca dos efeitos radioactivos são, em contrapartida, muito mais incertos. A causa dessas incertezas deve ser atribuída à complexidade dos fenómenos.

Antes do aparecimento das bombas termo-nucleares, distinguiam-se simplesmente dois tipos de explosões que punham problemas médicos bem diferentes:

Por um lado, as explosões de altitude, que se produziam a 600 metros ou 700 metros acima do solo, e por outro, as explosões no solo ou na água, também chamadas explosões de contaminação. No primeiro tipo, ilustrado pelas explosões de Hiroshima e de Nagasaki, um indivíduo colocado a alguma distância do ponto de explosão era submetido a um banho geral de radiações gama; esta irradiação provinha da bola de fogo e não durava senão cerca de sessenta segundos, uma vez que a coluna de fumo que se sucedia quase imediatamente à bola de fogo era rapidamente levada para as camadas superiores da atmosfera. Apesar da sua brevidade, esta irradiação, chamada inicial, podia atingir intensidades mortais, mas passados os primeiros minutos, todo o perigo era afastado, uma vez que o solo não se encontrava contaminado de produtos radioactivos. As explosões no solo, subterrâneas ou submarinas, pelo contrário, levavam fatalmente à contaminação da terra ou da água pelos mecanismos seguintes. A explosão provocava na terra a formação de uma imensa cratera, e os produtos radioactivos libertados pela fissão eram levados numa nuvem, que em vez de se elevar para as camadas superiores da atmosfera, como nas explosões de altitude, recaia quase imediatamente no solo, na vizinhança da cratera. Aí as matérias radioactivas se desintegravam, cada uma segundo o seu período próprio.

O aparecimento dos engenhos termonucleares, complicou as noções precedentes.

A altura do ponto de desintegração, não condiciona, só por si, a contaminação do terreno. A contaminação produz-se, quando a bola de fogo, ao expandir-se, toca a superfície terrestre. O diâmetro da bola de fogo é, por isso, o factor definitivo. Sabe-se que este diâmetro está dependente da potência da bomba. Nas bombas de fissão clássicas de 20 Kilotoneladas, ele é da ordem dos 135 metros, não podendo a contaminação fazer-se senão com uma explosão a pequena altitude. Para as bombas termonucleares, de 20 Megatoneladas, o diâmetro da bomba de fogo atinge 3.000 metros e, a menos que a eclosão se produza a uma grande altitude, a bola de fogo entrará necessariamente em contacto com o solo, produzindo uma cratera.

Assim, por exemplo a primeira bomba de hidrogénio que eclodiu em Ehiwetok em 1 de Novembro de 1952, tinha uma potência de 10 Megatoneladas. Ela produziu uma cratera de 60 metros de profundidade e de 2 quilómetros de diâmetro. O cogumelo atómico elevou-se a 15 quilómetros de altura, espalhando-se sobre uma distância de 150 quilómetros. A massa de terra deslocada pela formação da cratera pesava um bilião de toneladas. Esta terra fortemente radioactiva, foi aspirada pela bola de fogo, caindo depois novamente na terra, espalhando-se numa área muito grande.

Da mesma maneira, a explosão da bomba de 20 Megatoneladas, em Bikini, a 1 de Março de 1954, que causou os acidentes dos pescadores japoneses, contaminou uma zona elíptica, cujo grande eixo tinha um comprimento de 350 Km.

— A que é devida esta contaminação? Ao facto de a enorme massa de terra radioactiva, aspirada pela bola de fogo se dividir em partículas de diferentes dimensões, que se depõem

sobre áreas variáveis, segundo o seu tamanho e segundo a direcção e a velocidade das correntes aéreas.

a) as partículas grosseiras, as mais pesadas, por consequência, recaem quase imediatamente na vizinhança imediata do ponto de explosão. A radioactividade nesta zona é extremamente elevada, porque a queda é muito rápida e todos os elementos, mesmo os de período curto, se desintegram, emitindo as suas radiações nocivas. É uma zona mortal que se pode considerar como um círculo de 30 a 40 Km de diâmetro tendo por centro o ponto de eclosão.

b) as partículas médias, constituem em grande parte a nuvem radioactiva, sofrendo a mesma sorte desta variável com as condições meteorológicas. No caso da explosão de Bikini, a nuvem dirigiu-se para oriente sob a acção de ventos de oeste, depondo quantidades variáveis de partículas radioactivas numa zona elíptica, com a forma de um charuto de 350 Km de comprimento e 30 a 65 Km de largura. Este fenómeno é conhecido pelo nome de «fall-out». As partículas começaram a cair oito horas após a deflagração, observando-se a sua queda durante várias horas. Tratava-se de uma poeira branca, semelhante à neve, tendo-se a explosão verificado sobre uma ilha de coral do atoll de Bikini, (o coral é um animal marinho cuja composição calcária se faz à base de carbonato de cálcio, e as partículas eram na sua maioria compostas de cal viva ou de cal extinta).

c) finalmente as partículas muito finas são arrastadas no cogumelo e dispersas pelos ventos. Podem depor-se numa região muito vasta, estendendo-se talvez ao mundo inteiro durante os dias e meses que se seguem à explosão. Descem, porém, muito lentamente, e, quando chegam ao contacto com o solo, perderam já na atmosfera a maior parte da sua radioactividade, não produzindo efeitos perigosos alguns.

AS RADIAÇÕES EMITIDAS

Nas zonas assim contaminadas pela queda da nuvem radioactiva, ou da coluna de água radioactiva, quais as radiações emitidas?

Estas radiações são complexas e, para enumerá-las, necessário se torna relembrar o mecanismo da fissão.

1.º — Entre os materiais radioactivos, existem sempre certos fragmentos não desintegrados da bomba, ou seja fragmentos de urânio 235 ou de Plutónio que não foram destruídos no momento da explosão: estes produtos, muito perigosos, emitem radiações gama e sobretudo raios alfa.

2.º — Em segundo lugar, existem os produtos da fissão ou seja núcleos radioactivos de iodo, lantâno, célio, bário, estrônio, cério, zircónio, em suma de 35 elementos diferentes, do zinco (N.º 30) ao gadolinio (N.º 64) e representando cerca de 200 isótopos, desintegrando-se cada um destes elementos com o seu período próprio, que se conta por horas, dias ou anos e emitindo raios beta e raios gama.

3.º — Finalmente, como se o número de radioelementos não fosse ainda suficiente, existe um terceiro fenómeno, conhecido pelo nome de radioactividade induzida: cada fissão nuclear libera um certo número de neutrões que saem do envólucro da bomba, embatendo nos elementos estáveis do solo, da água, e de materiais diversos, introduzindo-se nos seus núcleos, tornando estes elementos radioactivos, quer dizer, emissores de raios beta e de raios gama.

OS PERIGOS DE CONTAMINAÇÃO

Um indivíduo que permaneça durante muito tempo nas zonas contaminadas expõe-se a dois perigos: em primeiro lugar é submetido a uma radiação externa permanente pelos raios gama que são emitidos pela maioria dos produtos de fissão; em segundo lugar, expõe-se à inalação de poeiras radioactivas, ou à ingestão de alimentos radioactivos, que penetram no seu organismo, fixando-se aí e comportando-se como elementos solúveis.

A — O perigo da contaminação externa

O primeiro perigo vem da irradiação externa do organismo pelos raios gama.

Grosseiramente, esta irradiação é comparável ao perigo



SIGAMICINA*

(Oleandomicina - Tetraciclina)

EXPOENTE DO VERDADEIRO SINERGISMO DE GRANDE AMPLITUDE

Potência sinergicamente aumentada

O mais largo espectro antimicrobiano conhecido

Domina os agentes patogénicos resistentes aos outros antibióticos

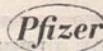
Previne o aparecimento de microrganismos resistentes

Tolerância notavelmente aumentada

A mais larga margem de segurança

POSOLOGIA: A dose usual de Sigamicina para adultos, é 1 a 2 cápsulas, 4 vezes ao dia.

APRESENTAÇÃO: A Sigamicina apresenta-se em embalagens de 8 e 16 cápsulas de 250 mg. cada uma contendo uma associação sinérgica de 167 mg. de tetraciclina com 83 mg. de oleandomicina.



PFIZER INTERNATIONAL INC. — NEW YORK

O Maior Produtor de Antibióticos do Mundo

PREPARAÇÕES VITAMÍNICO-MINERAIS * HORMONAS

REPRESENTANTES:

* Marca do Fabricante de Chas. Pfizer & Co., Inc.

NEO-FARMACÊUTICA, LDA. — Av. 5 de Outubro, 21 — LISBOA

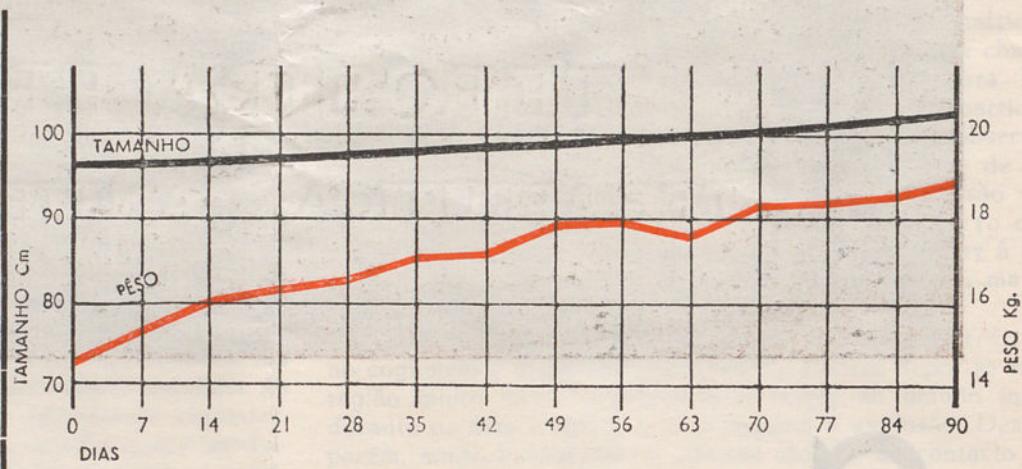
GELEIA REAL APISÉRUM

DE BELVEFER

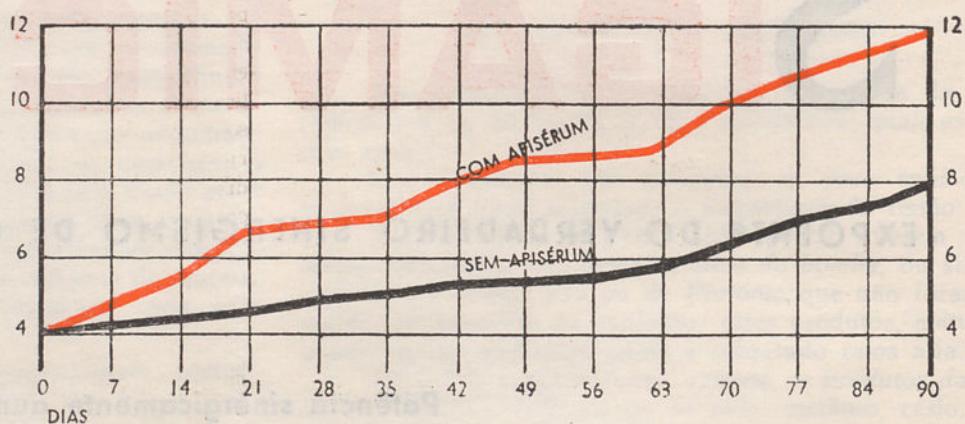
REEQUILÍBRIO
REVITALIZAÇÃO
DO ORGANISMO

ACÇÃO DO APISÉRUM

ATRAZO DE CRESCIMENTO
ATRAZO ESCOLAR
ANOREXIA MENTAL
FADIGA PRÉ-PÚBERE



ASTENIA FÍSICA E PSÍQUICA
INSUFICIÊNCIA SEXUAL
DEPRESSÃO NERVOSA
ENVELHECIMENTO PREMATURO



ELECTROFORÉSES

Serinas α_1 α_2 β γ

PERTURBAÇÕES DA
ARTERIOSCLEROSE
FADIGA RÁPIDA

PERTURBAÇÕES TRÓFICAS
INDIFERENÇA PELO
MUNDO EXTERIOR

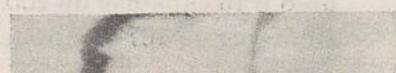
1) NORMAL



2) COM ARTERIOSCLEROSE



3) DEPOIS DO TRATAMENTO



Laboratoires Santa — 2, Avenue du 11 Novembre

COURBEVOIE (SEINE)

FRANCE

PEDIDOS DE LITERATURAS MÉDICAS AOS
Representantes

FERNANDO DE OLIVEIRA & C.ª

Calç. do Sacramento, 28-2.º

LISBOA

NOVO MEDICAMENTO PARA: CEFALÉIAS • NEVRALGIAS • DORES DE DENTES



TONEVROL

(Dimetilaminofenildimetilpirazolona + p - Acetofenetidina + Fenildimetilpirazolona - metilamino-metanosulfonato de sódio + Ácido-5-(1-aliil-5-metilbutil) barbitúrico + Ácido 5-etyl-1-metil-5-fenil-barbitúrico + Cafeína)

ANALGÉSICO

ANTI-ÁLGICO

ANTI-PIRÉTICO

LABORATÓRIO

fidelis

CARTEIRA DE 2 COMPRIMIDOS
TUBO DE 10 COMPRIMIDOS

da irradiação inicial, diferindo dela, porém, por três caracteres essenciais.

1.º — A irradiação não atinge, dum só golpe, o grau da irradiação inicial, por ser desprovida da instantaneidade e da brutalidade desta. Enquanto que a primeira consiste numa agressão maciça e única, que dura apenas cerca de sessenta segundos, a irradiação de contaminação é um fenómeno mais lento que pode passar totalmente despercebido. Os nossos órgãos dos sentidos são na realidade incapazes de acusar a ação das radiações emitidas, e um indivíduo não prevenido pode ficar submetido a uma irradiação nociva durante muito tempo, sem que disso se aperceba, recebendo assim doses cumulativas capazes de atingir taxas tão elevadas como as da irradiação inicial.

2.º — Existe um segundo factor que diferencia estas irradiações residuais da irradiação inicial; enquanto que esta é sempre uma radiação global, interessando a totalidade do organismo, a irradiação residual, cuja fonte é menos intensa e por vezes muito proximamente situada do indivíduo irradiado, pode muito bem constituir uma irradiação segmentar; muito frequentemente, por exemplo, as mãos não revestidas de luvas serão contaminadas pelo contacto de objectos; os sapatos, que estão em contacto com o solo contaminado, podem também provocar radio-lesões dos pés, etc...

3.º — Terceiro e último carácter diferencial: enquanto que a irradiação inicial liberta de uma só vez toda a sua radioactividade, a radioactividade de contaminação vai enfraquecendo com o tempo. Na realidade, os produtos radioactivos que contaminam o solo, a água, os edifícios, as plantas, desintegram-se com o seu período próprio, uns muito depressa, outros mais lentamente. Ao fim de alguns dias ou de algumas semanas, quando estes elementos foram suficientemente desintegrados, a zona deixa de ser perigosa.

O segundo perigo, muito mais grave, é o perigo da irradiação interna. Um indivíduo que permanece, sem o saber numa zona contaminada, expõe-se a inalar poeiras radioactivas ou a ingerir alimentos contaminados: frutos, legumes e água de alimentação. E se ele for portador de uma ferida cutânea, o isótopo pode introduzir-se no organismo por esta porta de entrada.

Uma vez introduzido no organismo, o radio-elemento passa ao sangue e aos líquidos orgânicos; depois uma parte é eliminada pelos diferentes emunctórios, enquanto que outra parte se fixa num ou vários órgãos durante um período mais ou menos longo.

A toxicidade de um radio-elemento depende de 4 factores:

1.º — A natureza das radiações que emite: sob este ponto de vista, os raios alfa são muito mais perigosos que raios beta, que por seu turno são muito mais perigosos que os raios gama. Daí se deduz que os corpos mais nocivos provêm dos fragmentos não desintegrados da bomba, uma vez que o urânio e o plutónio são emissores alfa.

2.º — O seu período de desintegração radioactiva: a nocividade está em relação directa com o comprimento de onda deste período.

3.º — A duração da sua permanência no organismo: quanto mais longa esta permanência, maior perigo oferece o isótopo. Assim por exemplo o sódio, que tem uma eliminação muito rápida, é pouco perigoso; o estrôncio e o plutônio, pelo contrário, permanecendo no organismo bastante tempo, são elementos temíveis.

4.º — A duração desta permanência depende das propriedades e das afinidades químicas do radio-elemento, propriedades que constituem o 4.º factor de toxicidade.

Certos elementos como o sódio e o fósforo, difundem-se em todo o organismo, não se fixando em nenhum órgão particular; o radio-iodo, pelo contrário, fixa-se electivamente sobre a glândula tiroideia. Quase todos os outros radio-elementos, incluindo o urânio e o plutônio, fixam-se com predileção sobre o esqueleto, bombardeando a medula óssea com as suas radiações nocivas.

PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS

Recapitulemos agora a imensa multiplicidade de vítimas a que se terá de prestar assistência:

Em primeiro lugar feridos com uma infinita variedade de feridas; queimados, vítimas de queimaduras, devidas à explosão ou a incêndios secundários; irradiados que sofreram a irradiação inicial; contaminados externos e contaminados internos, ou seja um total de 5 categorias de vítimas.

Imagine-se, a complexidade dos problemas diagnósticos que se põem. Para simplificar ocupar-me-ei aqui apenas do diagnóstico dos irradiados e dos contaminados, e ver-se-á que ele põe por si só, problemas tão complexos, que se tornam difíceis de formular sob a forma de regras simples.

Tentemos, a título ilustrativo, desenhar o quadro clínico de um irradiado, vítima de irradiação inicial, que tenha recebido uma dose moderadamente elevada da ordem dos 200 a 400 roentgens.

No dia da explosão, o nosso doente queixar-se-á de mal estar, náuseas, e sobretudo vómitos. Depois tudo regressa, e ao cabo de 2 a 3 dias, o doente sente-se bem, podendo retomar as suas ocupações. Este período de latência não dura senão uma semana. Progressivamente, o doente perde o apetite e as suas forças, vomita, queixa-se de dores abdominais, eliminando fezes diarréicas e hemorrágicas. Aparece febre que se eleva progressivamente. As gengivas, as mucosas da boca e da faringe ulceram-se. A pele cobre-se de manchas hemorrágicas e o cabelo cai ao 15.º dia. Ao fim da 3.ª semana, o doente sucumbe por hemorragia ou por infecção, ou se restabelece a pouco e pouco, encaminhando-se para a cura e sequelas.

Existem, claro está, a par destes casos médios, outras formas clínicas cujo aspecto evolutivo depende essencialmente

da dose recebida, mas também de certos factores agravantes, como o facto de ter sido ferido ou queimado, e, simultaneamente irradiado.

a) Nas formas muito graves, o período de latência está encurtado, percorrendo-se rapidamente todas as etapas; os vômitos aparecem nas primeiras horas e não cessam.

b) Nas formas benignas, pelo contrário, os vômitos estão ausentes ou raros no dia da explosão, cessando a partir do dia seguinte.

Eis a regra simples, o esquema!

Na realidade, ao encarar o problema mais de perto, divisam-se as falências da clínica. Segundo dissemos, as náuseas e os vômitos constituem os sintomas mais chamativos. Mas como distingui-los dos que acompanham o simples choque emotivo resultante do bombardeamento? Além disso, tudo se complica se o irradiado é simultaneamente ferido ou queimado. Qual é, na realidade, no síndrome apresentado, a parte que cabe ao choque traumático e a que cabe à dose de radiações recebida?

Poderão as análises laboratoriais suprir a estas insuficiências da clínica?

Teóricamente, o estudo da fórmula sanguínea mostra modificações bastante específicas, que permitem a dedução do grau de irradiação. Pode mesmo, estabelecer-se alguns esquemas simples que mostram as relações estreitas que existem entre a diminuição dos linfócitos e a dose de radiação absorvida.

Mas, no plano prático, é difícil conceber a realização quase imediata de centenas ou milhares de contagens globulares, que exigiriam uma abundância desusada de pessoal treinado e especializado.

Contaminação. Se abordarmos agora o diagnóstico clínico da contaminação, encontraremos dificuldades ainda muito maiores.

Devido ao seu metabolismo particular, cada radio-elemento dá origem a sintomas diferentes. Contudo, conforme dissemos, a maior parte fixa-se sobre o esqueleto bombardeando a medula óssea. Resulta daqui um síndrome hemorrágico e modificações sanguíneas, bastante parecido ao que resulta da irradiação externa.

A observação dos pescadores japoneses, submetidos à

encloso radioactiva de 1 de Março de 1954, não permitiu trazer muita luz para o esclarecimento deste capítulo, uma vez que eles foram vítimas de irradiação externa e de contaminação interna, tendo sido praticamente impossível separar o que foi devido a uma ou outra das causas, de entre os sinais clínicos e as autópsias neles efectuadas.

A existência de icterícia e lesões hepáticas em 17 doentes (em 23 irradiados), permite suspeitar a fixação de certos produtos de fissão sobre o tecido hepático, assim como uma irradiação directa do fígado.

No entanto, trata-se apenas de suposições. Na realidade, os conhecimentos que possuímos acerca da contaminação interna são imprecisos, deixando subsistir muitas lacunas. Por estas razões, muito recentemente, a Comissão de Energia Atómica dos E. U. A., modificou mais uma vez as taxas de concentrações máximas toleráveis de radio-elementos na água e no ar, e não será esta, certamente a última modificação.

As próprias análises radioquímicas das matérias excretadas ou do ar exalado, não fornecem, senão dados muito aproximados do grau da gravidade da contaminação interna.

Dosimetria individual — Uma vez que os nossos sinais clínicos são incertos e os nossos «tests» de laboratório, pouco práticos, voltemo-nos para os físicos, a fim de encontrar aparelhos precisos, fiéis e robustos, capazes de despistar e medir a radioactividade absorvida por um indivíduo. Chegamos assim ao problema da detecção.

Não abordarei aqui senão à dosimetria individual, única que compete ao serviço de Saúde.

Segundo a definição NATO, o papel da dosimetria individual é o de fornecer indicações ao pessoal médico quanto à dose recebida por um indivíduo que tenha sido exposto à irradiação de uma explosão nuclear, a fim de lhe dar o tratamento conveniente, e de fornecer assim uma avaliação precisa do potencial de combatividade dos efectivos.

Existem numerosos modelos de dosímetros, baseados em princípios muito diferentes. Todos apresentam, no entanto, tais inconvenientes, que os diferentes países da NATO, não fixaram ainda a sua escolha num modelo tipo. Os electrômetros de algibeira, em forma de caneta, são de preço elevado. Os aparelhos que utilizam um método calorimétrico, como os de clorofórmio, de tetracloreto de carbono, de sais cúpricos, mercuriais, tungsticos ou molibdicos, são pouco sensíveis e bastante infiéis; os que utilizam uma medida de fluorescência, como os cristais de mafatofosfato misto de alumínio, bário e potássio, não são de leitura simples; finalmente os processos fotográficos exigem processos de revelação perfeitamente definidos no que diz respeito à temperatura dos banhos, composição dos reveladores, pureza dos produtos empregados e duração da revelação. Também a «dosimetria de massa» é difícil de realizar por este processo. Por estas razões, alguns países da NATO parecem dispostos a abandonar o princípio da dosimetria individual. Há, no entanto, razões para crer, que todas estas dificuldades técnicas serão resolvidas em breve, podendo todo o combatente ser munido de um dosímetro individual simples, fiel e pouco dispendioso.

TRATAMENTO

As nossas imprecisões no que diz respeito à avaliação da dose recebida por cada indivíduo explicam as nossas incertezas de diagnóstico e de prognóstico. A nossa ignorância dos mecanismos tissulares íntimos das lesões provocadas no organismo pelas radiações ionizantes, explica a ausência de tratamento específico do síndrome dos irradiados e de certas insuficiências das nossas terapêuticas.

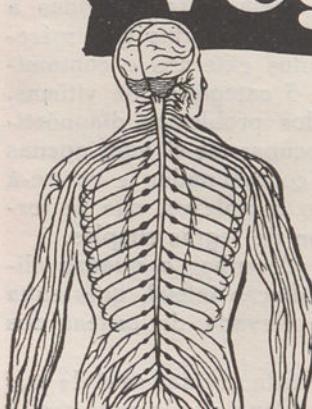
No estado actual dos nossos conhecimentos, é impossível, para além de uma certa dose de radiação, evitar a morte das células e dos tecidos. Se, todavia, a faculdade de restauração não foi completamente destruída, a sobrevivência é possível, tornando-se necessário ajudar o organismo na cicatrização das suas lesões, por meio de uma terapêutica judiciosa.

Não posso senão resumir o esquema de tratamento de um irradiado.

É necessário colocar o doente em repouso, prescrevendo sedativos e tonicardiacos, fornecer-lhe uma dieta rica de proteínas, combater a diarreia, a desidratação do seu organismo, tendo sido propostas múltiplas drogas com este objectivo.

Véganine

**Analgésico - Sedativo
Antipirético**



A Véganine produz um alívio de todas as algias. Sedativo do sistema nervoso, a Véganine não provoca todayia nem depressão, nem obnubilação intelectual.

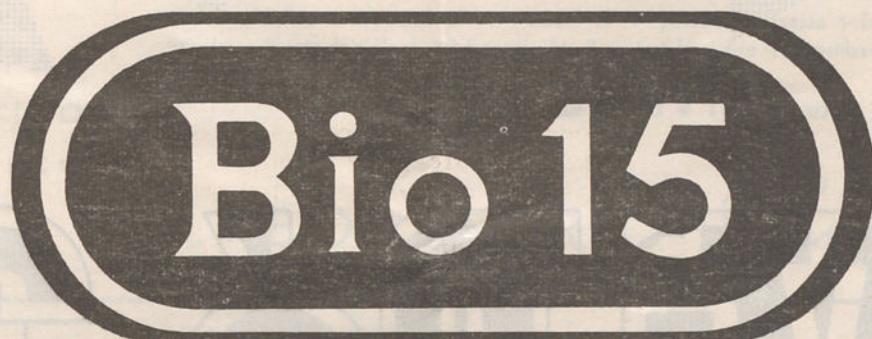
Indicações — ALGIAS: Cefaleias, Neuralgias, Dores articulares, reumatismais, dentárias, auriculares, sinusais, dismenorreias. **ESTADOS INFECIOSOS:** Gripe, Zona, Reumatismo articular agudo.

Carteiras de 1 comprimido • Tubos de 20 comprimidos

**LABORATOIRES SUBSTANTIA
SURESNES (Seine)**

Representantes em Portugal:
AZULAY & CIA., LDA,
Rua Áurea, 100 2.º-Dto. — LISBOA

NOVIDADE TERAPÊUTICA



VITAMINA B₁₅ (Sal sódico do ácido pangâmico)

INDICAÇÕES

- Angina de peito e enfarto do miocárdio
- Insuficiência cardíaca
- Artrite reumatoide, reumatismo agudo
- Cirrose hepática
- Alcoolismo, agudo e crónico
- Artralgias, mialgias e neurites

POSOLOGIA

O **Bio 15** é administrado por via intramuscular na dose diária de 5 a 20 mgrs.

Caixas com 6 ampolas de 1 c.c. a **5** e **10** mgrs.
por c.c.

LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO



J. J. FERNANDES, LIMITADA

LISBOA - PORTO - COIMBRA - FUNCHAL

Vide 3

G O T A S

Cada c. c. contém:

20.000 U. I. de Vit. D₃

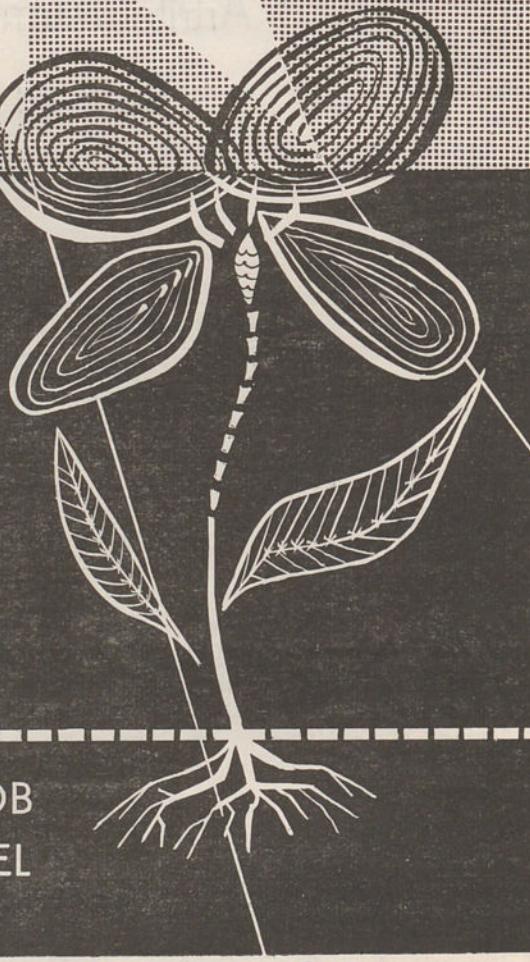
puríssima

WANDER

AGORA AO NOVO
PREÇO DE ESC:

15\$00

CADA FRASCO DE 10 C.C. SOB
A FORMA DE UM ÉSTER ESTÁVEL



NO TRATAMENTO DE: CONSTIPAÇÕES E GRIPES



ANTI-GRIPAL
ANTI-PIRÉTICO
ANALGÉSICO

EUPIRONA

(Maleato de N-p-metoxibenzil - N'-N'-dimetil - N- α -piridiletilenadiamina + Fenil - dimetilpirazolona - metilaminometanossulfonato de sódio + o-Oxibenzoilamida + p. Acetofenetidina + Trimetixantina 1, 3, 7 + Ácido L-ascórbico.

Tubos de 4, 10 e 16 drageias

LABORATÓRIO

fidelis

Os dois pontos essenciais são, no entanto, os antibióticos e as transfusões. Os primeiros não põem dificuldades maiores, parecendo preferível administrá-las precocemente a fim de evitar as infecções prováveis. As transfusões de sangue total, no entanto, assim como as transfusões de plaquetas, destinadas a lutar contra as hemorragias, põem problemas delicados. Teóricamente seria desejável que as transfusões se fizessem no momento em que o indivíduo foi irradiado, a fim de compensar desde os primeiros dias a deficiência da hematopoiiese. É necessário contar, em média, com transfusões de 200 a 250 cc de 4 e 4 dias durante 4 a 6 semanas, o que representa mais de 2 litros de sangue por irradiado. Põe-se pois desde já, um problema material. As reservas de sangue serão suficientes?

Não será preferível reservá-las para os feridos e os queimados?

Neste problema material enxerta-se também um grave problema moral. Deverá o esforço terapêutico ser exercido em relação a todos os irradiados, mesmo os que receberam uma dose superior a 600 roentgens, que se considera mortal, ou deverá reservar-se o tratamento aos que podem, lógicamente beneficiar do mesmo? Para resolver esta questão, necessário se torna que saibamos determinar com exactidão a dose recebida; vimos que quanto a esta questão existem ainda muitas lacunas.

O tratamento dos irradiados contaminados é ainda mais delicado, uma vez que é dominado por uma noção essencial, a da sua *precocidade*. A intervenção do médico apenas será eficaz, se o radio-elemento introduzido no organismo não estiver ainda fixado em quantidade importante no tecido que afecta. Ora a duração do intervalo de tempo que decorre entre a contaminação e a fixação tissular depende da natureza química do radio-elemento, e, no estado actual dos nossos conhecimentos, é-nos ainda impossível a determinação dessa duração, cuja importância é primordial. Actualmente devemos contentar-nos em tentar mobilizar e eliminar esses radio-elementos, fixados sobre determinados tecidos. Diferentes substâncias químicas foram empregadas com este fim, parecendo as mais eficazes serem os sais de sódio e de cálcio do ácido etileno-diamino-tetra-acético (EDTA).

PROBLEMAS TÉCNICOS

Insisti demoradamente nos problemas que põe a eventualidade de um ataque, atómico, mas disse já no início desta exposição, que o Serviço de Saúde deverá encarar também os problemas puramente técnicos, cujas dificuldades tentarei expor em palavras muito breves, a fim de não prolongar esta palestra para além dos limites que o horário e as conveniências me impõem.

1) O primeiro problema que se depreende directamente das noções médicas, é o da *triagem dos irradiados*. Consiste esta em saber se o indivíduo foi ou não irradiado, determinar a dose aproximada que ele recebeu, saber, enfim,

se foi ou não contaminado, para, no caso afirmativo, o evacuar para um posto de descontaminação.

Este problema é difícil e a sua resolução depende essencialmente dum interrogatório cerrado do indivíduo e dos elementos gerais fornecidos pelas Unidades de armas especiais.

2) O segundo problema diz respeito, ao levantamento e à evacuação. Imaginemos o que poderia representar o ataque atómico de uma pequena Unidade por meio de uma bomba táctica de algumas Kilotoneladas. Em poucos minutos se contariam por centenas, os feridos, queimados e irradiados. Primeira questão: o número de maqueiros e enfermeiros seria suficiente para fazer face ao levantamento das vítimas, aos primeiros cuidados a administrar, contando mesmo com o apoio de companhias de levantamento?

Pense-se, em segundo lugar, no congestionamento rápido dos postos de socorros e dos primeiros órgãos de tratamento. Providencie-se quanto ao descongestionamento das estradas, dos abrigos, dos materiais de transmissão que paralizariam os socorros, atrasando a chegada de reforços e retardando o ritmo das evacuações.

3) Suponhamos que todas estas dificuldades seriam vencidas e ocupemo-nos dos problemas de hospitalização. Também aí se poderá prever uma saturação rápida das capacidades hospitalares e das possibilidades cirúrgicas em seguida à chegada maciça de portadores de ferimentos diversos, queimados e irradiados. A fim de aliviar a desorganização e o congestionamento será necessário prever com antecedência a organização de formações de reserva geral que permitiriam suprir quase instantaneamente a capacidade hospitalar de determinado sector, assim como a substituição rápida do pessoal ou do material dos hospitais danificados. E isto porque não pode de modo nenhum excluir-se a possibilidade de, apesar das Convenções de Genebra, um hospital de Campanha ser atingido, que, devido às suas dimensões assim como devido à vizinhança de formações não sanitárias, pode constituir um objectivo vulnerável.

4) Pense-se também na desordem e na confusão que atingiria a organização dos socorros. O alívio desta desordem não pode ser conseguido actualmente senão através de um único meio: o de prever com antecedência a eventualidade de um ataque atómico que se poderia produzir em condições mais ou menos determinadas, quer dizer, estabelecendo para cada situação particular um plano destinado a distribuir ao pessoal sanitário e às tropas de socorro a sua respectiva missão após a explosão.

Estes planos deverão prever a constituição de equipes de socorros e de trabalhadores encarregados do levantamento das vítimas, das inhumações maciças, e do reconhecimento do terreno; regular as condições de triagem e de hospitalização; designar as equipes médicas e cirúrgicas de reforço; convocar as equipes de detecção a fim de seleccionar e dosear a radioactividade residual das zonas bombardeadas; avaliar, finalmente o número de vítimas prováveis para prever o número de hospitalizações e de estabelecer um plano de eva-

ESTADOS GRIPAIOS

KINACELCUS

Frascos com 20 drageias
carteiras com 6 drageias

de 2 a 6 drageias por dia.
Crianças metade das doses

LABORATÓRIOS "CELSUS"

cuação. Todos estes problemas são de organização geral e de interesse simultaneamente sanitário, de comando e de defesa passiva. A estas vastas questões ligam-se directamente os problemas de protecção individual e de defesa colectiva. Neste sentido existem espíritos superficiais que pretendem não existir protecção possível, porque em ataques de tal modo brutais e de destruições de tal modo maciças como as que resultam de um ataque atómico, toda a tentativa de protecção seria improfícua. É necessário que nos entendamos: é evidente que na vizinhança do ponto zero, todo o gesto de auto-protectão resulta ilusório.

Por outro lado, é fácil demonstrar, que nas zonas mais periféricas, existem gestos de auto-protectão que evitam muitos ferimentos, queimaduras e mesmo muitos acidentes de radioactividade.

Quanto à protecção colectiva pode resumir-se em alguns dados: construção de dispositivos de alerta, abrigos, instrução das tropas e da população, desenvolvimento do «socorristismo» a fim de suprir a insuficiência numérica de médicos e de enfermeiros; necessidade, enfim, da dispersão dos indi-

víduos, todas as vezes que a situação o permita. Este último ponto é evidentemente um meio de protecção colectiva que oferece um carácter puramente estatístico que sugere um pouco o velho aforismo de Mark Twain: «em face do perigo, diz o humorista, vale mais a ausência de corpo que a presença de espírito». Esta dispersão é portanto necessária, mas não será exequível provavelmente sem dificuldades sérias para o comando.

Para nós, médicos, há a notar que a dispersão extrema das tropas modifica o comportamento psicológico do combatente. O soldado, cada vez mais isolado na natureza, ver-se-á privado do conforto moral que lhe dá a presença dos seus companheiros de armas. Para prevenir esta depressão, é necessário prepará-lo para esta solidão, instruí-lo nos perigos que comportam os ajuntamentos, habituando-o a viver só e a combater isolado. O Serviço de Saúde não pode ficar alheio a este problema psicológico.

(«Revista Portuguesa de Medicina Militar»
— N.º 1. 1952)

A terapêutica pela delta-cortisona

O progresso terapêutico faz-se sempre em duas fases. A primeira: a descoberta de arma nova; a segunda: a purificação desta arma.

É a esta segunda fase, na produção de hormonas corticais, que devemos a delta-cortisona que possui, sobre a cortisona, vantagens incontestáveis:

- um maior poder anti-inflamatório;
- uma relativa ausência de efeitos de retenção hidro-electrolítica.

Nos tratamentos prolongados, estas duas qualidades são apreciadas.

Sintetizada em 1954, a delta-cortisona, entrou no arsenal terapêutico no início de 1955. Temos agora experiência suficiente para conhecer os seus efeitos.

A delta-cortisona não difere da cortisona senão pela existência dum dupla ligação entre os carbonos 1 e 2 do primeiro núcleo benzénico.

Esta simples modificação química é suficiente para transformar profundamente as propriedades fisiológicas do esteróide.

Quais são as modalidades práticas de aplicação e as precauções a tomar para obter resultados óptimos?

A DELTA-CORTISONA EM REUMATOLOGIA

Só é útil nos reumatismos inflamatórios.

I — A poliartrite crónica evolutiva.

É aqui que a eficácia do medicamento pode ser mais espectacular. Impõe-se desde as primeiras pesquisas clínicas. É mais nítida quando os doentes não receberam tratamento anterior. É necessário assinalar a acção puramente suspensiva da corticoterapia.

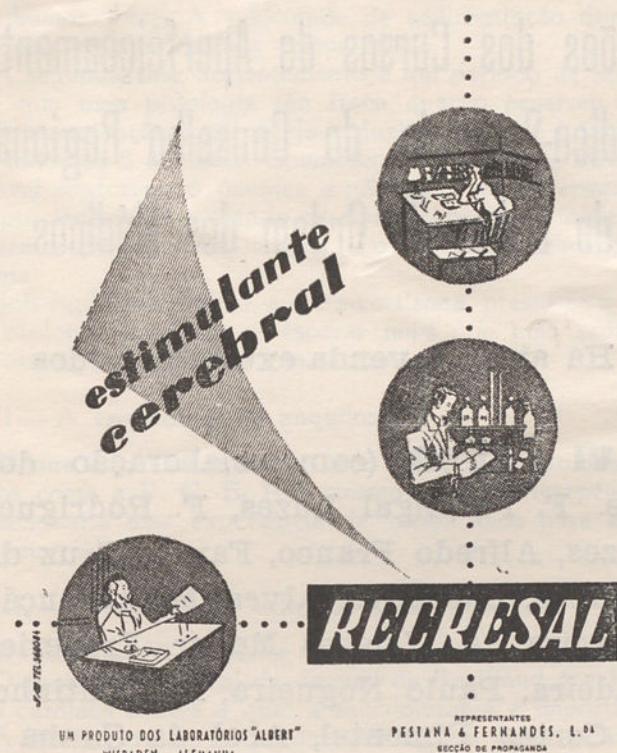
Para aplicar a delta-cortisona, é necessário que a afecção responda aos critérios habituais da hormonoterapia: lesão relativamente recente com tendência evolutiva, mas não ultrapassando certos limites de gravidade e não chegando a haver lesões anatômica mente irreversíveis. Devido à sua acção puramente suspensiva, a terapêutica hormonal só será indicada após a falência ou intolerância confirmada da crisoterapia.

Nos casos em que um indivíduo está ameaçado pela destruição das superfícies articulares, e, por isso, de constituir uma enfermidade definitiva, o tratamento hormonal está formalmente indicado.

A dose de ataque situa-se entre 20 e 40 mgs. por dia. A dose total deve ser fragmentada em quatro partes iguais, tão regularmente espaçadas quanto possível nas 24 horas.

As excelentes propriedades terapêuticas do
Ortofosfato Monossódico Calcinado "Albert",
fazem do RECRE SAL um
poderoso reconstituente.

Somático
Intelectual
e Psíquico



UM PRODUTO DOS LABORATÓRIOS "ALBERT"
WISBADEN — ALEMANHA

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

Um produto consagrado,
preparado pelos Laboratórios
« ALBERT »

Epilepsia

ALEPSAL

CONVULSÕES INFANTIS

simples, seguro, sem perigo

3 Doses . 10 ctg . 5 ctg . 1 ctg 1/2 (Fenobarbital)

LABORATÓRIOS GÉNÉVRIER, 45. Rue du Marché - Neuilly-Paris

Amostras e literatura à disposição dos Ex. ^{mos} Clínicos nos representantes-exclusivos:
PESTANA & FERNANDES, L.D.A. Secção de Propaganda: R. da Prata, 153 - 2.º - Lisboa

De interesse para todos os Médicos:

Diagnóstico da Esterilidade Feminina

1.º Curso de Aperfeiçoamento Ginecológico

Organizado pelo Curso de Ginecologia
da Faculdade de Medicina de Lisboa

(Colaboração dos Drs. Freitas Simões,
Deolinda Camarinha, Francisco Valente
Rocha, Jorge de Mello Rego, António
de Castro Caldas, F. Félix Machado e
Luis Navarro Soeiro).

Vol. de 166 págs.

50\$00

Desinfecção e Desinfestação

pelo Dr. Luis Cayolla da Motta

(com prefácio do Dr. Castro Soares)

Vol. de 668 págs.

120\$00

Lições dos Cursos de Aperfeiçoamento
Médico-Sanitário do Conselho Regional
de Lisboa da Ordem dos Médicos

Há ainda à venda exemplares dos

VI CURSO (com colaboração dos
Drs. F. Formigal Luzes, F. Rodrigues
Luzes, Alfredo Franco, Fausto Cruz de
Campos, Casanova Alves, M. Assunção
Teixeira, A. Luazes Meyer, Frederico
Madeira, Paulo Nogueira, H. Moutinho,
J. Cortez Pimentel, Abel da Cunha e
Norton Brandão).

Vol. de 230 págs.

40\$00

VII CURSO (com colaboração dos
Drs. J. A. Neiva Vieira, Borges de Al-
meida, Carlos Gomes de Oliveira, M-
Palma Leal, Maria de Lourdes Levy,
Kirio Gomes, Meleiro de Sousa, José
de Mendonça da Cruz, Pena de Carvalho,
Diogo Furtado, Domingos Machado, Mi-
randa Rodrigues, Pedro Luzes, Miller
Guerra e Frederico Madeira.

Vol. de 360 págs.

40\$00

PEDIDOS A **SOPIME**
AVENIDA DOS ALIADOS, 41-4.º - PORTO

Contra reembolso ou à cobrança

Esta dose é mantida até à cura tão completa quanto possível, em geral, 2 a 3 semanas.

Os primeiros efeitos exercem-se sobre a dor e sobre sinais inflamatórios locais. O retorno da mobilidade articular é muito apreciável. O estado geral transforma-se. Uma euforia por vezes exuberante e útil na recuperação funcional substitui o humor triste. A velocidade de sedimentação diminui de maneira espectacular em certos casos.

A segunda fase do tratamento é um período de manutenção com uma posologia tão fraca quanto possível; esta dose de manutenção será obtida reduzindo a dose inicial de 5 mgs todos os 5 a 8 dias. Compreendida entre 5 e 20 mgr, é variável conforme os doentes e não pode ser determinada senão por tentativas, viabilizando os sinais clínicos e biológicos. A determinação da dose mínima é o problema delicado da posologia.

Sob vigilância médica, a delta-cortisona presta-se a uma acção prolongada. Pode-se esperar mais que uma sedação temporária? A experiência ensinar-nos-á

II — A espondilartrite anquilosante

Menos frequente, não tem sido assunto de estudos tão extensos como a P. C. E. É o mesmo esquema terapêutico. Será necessária uma experiência de vários anos para apreciar o seu valor.

III — O reumatismo articular agudo

É actualmente a maior indicação da delta-cortisona. O problema essencial da doença de Bouillaud é a localização cardíaca contra a qual a saliciloterapia é importante.

A delta-cortisona será administrada em doses relativamente fortes: 50 mgr por dia; esta posologia impõe um regime sem sal e com cloreto de potássio (1 a 1,5 g por dia). Desde a segunda semana, é muitas vezes possível diminuir a dose de 5 mgr todos os 3 a 5 dias, seguindo a curva térmica e a velocidade de sedimentação.

O tratamento de manutenção necessita duma dose quotidiana de 10 a 20 mgr, sem restrição salina e sem potássio. O medicamento não será suprimido antes de 7 a 8 semanas.

A delta-cortisona parece capaz de prevenir as localizações cardíacas e de as curar se se desenvolvem antes da sua execução. No caso de miocardite, a ausência de retenção hídrica e a acção poliúrica deste corpo constituem uma vantagem sobre a corticoterapia clássica. Na pericardite, a acção é verdadeiramente espectacular.

IV — A periartrite escápulo-humeral

Para esta afecção, a corticoterapia local constitui o método de escolha. A via geral pode, contudo, ser encarada

na fase aguda no início dum tratamento, associada, ou mesmo isoladamente, na dose de 30 a 35 mgr por dia, durante 10 a 15 dias.

V — A gota

Os acessos de gota aguda são muito sensíveis à delta-cortisona. Os resultados são espectaculares; mas a suspensão do tratamento é muitas vezes seguida de recaída. A posologia não ultrapassa 30 mgr por dia. Os resultados são mais discutíveis na gota crónica. Contudo, a rigidez articular justifica um tratamento prolongado pela delta-cortisona.

A DELTA-CORTISONA E A DOENÇA ASMÁTICA

Os resultados da delta-cortisona na doença asmática são excelentes. A sua eficácia surpreendeu mesmo os experimentadores nas doenças que tinham reagido mal à corticoterapia.

O emprego da delta-cortisona não é necessário senão quando a dispneia se torna contínua ou quando o doente está num franco mau estado.

A posologia varia segundo o caso.

A dose activa inicial pode ser de 20 a 40 mgr durante os 8 primeiros dias. Será em seguida progressivamente reduzida até à dose mínima eficaz que está situada entre os 5 e os 15 mgr diáários.

Na maior parte dos casos, pode-se esperar uma cura aparente ou relativa.

— Quando se pára o tratamento, a recaída é fatal em cerca de 5 % dos casos. Somos pois constrangidos a fazer uma terapêutica prolongada que obriga a uma vigilância médica atenta para lutar contra os efeitos secundários desta terapêutica.

— Durante o estado de mal, a rapidez de acção da delta-cortisona é de grande utilidade.

Será administrada à razão de 10 mgr todas as 4 horas, durante as primeiras 24 horas, depois todas as 6 horas nos dias seguintes. A sedação surge em 3 a 6 horas e o desaparecimento completo da dispneia e mesmo da repercussão cardíaca sobrevém em 24 a 48 horas.

Os resultados obtidos beneficiam da fraca retenção de sódio e da ausência de perda de potássio.

Em pneumologia, as escleroses pulmonares e o enfisema podem ser justificáveis da delta-cortisona.

Poder-se-ia pensar que as manifestações edematosas pulmonares são uma contra-indicação, mas Gennes insiste na elevação importante da diurese que pode desencadear a delta-cortisona.



FARMOQUÍMICA BALDACCI S. A. R. L.

Nova e original

Astenias

Depauperamento orgânico

Desequilíbrio psíquico e físico

Atraso do desenvolvimento psíquico e intelectual

Esgotamento nervoso. Amnésias

Períodos de crescimento

Gravidez

medicação fosforada

FOSFOGLUTINA

Fosfato de ditetraetilamônio
Glutamato de cálcio
Vitamina B₁

Drageias
Empolas de 2 e 5 c. c.
Comprimidos solúveis, para crianças

NOVO MEDICAMENTO PARA: ENXAQUECA • ENJÔO EM VIAGEM • DISTONIAS NEUROVEGETATIVAS



HEMICRAL

(Betifen + Tartarato de ergotamina + Ácido 5-alil-5-(1-metilbutil) barbitúrico +
+ Ácido 5-etil-1-metil-5-fenil-barbitúrico + Cafeína)SEDATIVO DO SISTEMA
NEUROVEGETATIVO

TUBO DE 12 DRAGEIAS

LABORATÓRIO

fidelis

A DELTA-CORTISONA E AS AFECÇÕES CUTÂNEAS

Em dermatologia, encontra este corticóide múltiplas aplicações.

O seu efeito antiflogístico exerce-se sobre as doenças do colagéneo do tipo lúpus eritematoso disseminado, esclerodermia, periartrite nodosa disseminada.

Para a esclerodermia, afecção tão pouco modificada por todas as terapêuticas, têm sido obtidos muito apreciáveis com uma posologia de 30 mgr por dia.

As dermites eczematiformes, devidas a processos de sensibilização, podem ser notavelmente melhoradas.

O eczema constitucional é igualmente capaz de tirar grande benefício do tratamento. Este deve ser de grande duração, com uma dose de manutenção tão reduzida quanto possível, após uma progressiva diminuição da posologia de ataque.

Durante as eritrodermias e certas erupções medicamentosas têm sido obtidos resultados encorajadores.

O terrível pênfigo pode também mostrar-se favoravelmente influenciado, pelo menos transitóriamente, pela delta-cortisona. Aqui as doses utilizadas para o tratamento de ataque são consideráveis. A posologia de manutenção é igualmente muito elevada. Em consequência, o risco de acidente pela terapêutica é certo, mas é uma consideração secundária quando se confronta com a evolução habitualmente fatal da doença.

A DELTA-CORTISONA E AS DOENÇAS INFECCIOSAS

Todos os estados infecciosos são susceptíveis de melhorar com a terapêutica antiflogística em caso de urgência importa pelo estado geral do doente.

Todavia, algumas afecções crónicas, tais como a tuberculose com as suas formas mais frequentes podem constituir indicações importantes e imperiosas do A.C.T.H. e dos corticóides antiflogísticos.

a) Tuberculose pulmonar

A substituição cortisona pela delta-cortisona parece ter sido um progresso. Sempre associada aos antibióticos, encontrará o seu lugar na cura das formas recentes: primo-infecção da criança, hiperérgica e hiperpirética.

É necessário reservar a hormonoterapia corticóide para as formas graves de tuberculose. Só num tuberculoso em dez será justificável esta terapêutica. Isto diz o seu carácter de exceção.

Outras localizações poderão, nas mesmas condições de prudência, beneficiar da delta-cortisona. Será assim em certas tuberculoses serosas, dos brônquios ou das meninges.

As manifestações de alergia tuberculosa podem constituir, como para a cortisona, uma indicação desta terapêutica.

b) Outras doenças infecciosas

Revelam-se mais sensíveis à antibioterapia quando a delta-cortisona lhe é associada. Uma doença das melhores estudadas, actualmente, é a febre tifóide, durante a qual o esteróide, na dose quotidiana de 30 mgr durante 2 a 3 dias parece capaz de evitar os acidentes do cloranfenicol ligados à libertação maciça de endotoxina.

A DELTA-CORTISONA E AS ENDOCRINOPATIAS

A delta-cortisona é capaz de inibir a secreção de córtico-estimulina hipofisária. É pois um excelente tratamento da hiperplasia córtico-suprarrenal.

O síndrome de virilismo por hiperplasia do córtex suprarrenal pode beneficiar dum tratamento com uma simples dose quotidiana de 5 a 10 mgr.

A melhoria clínica é nítida e nota-se uma diminuição da excreção urinária dos 17-cetosteróides.

Esta posologia, três a cinco vezes menos forte que a da cortisona e da hidrocortisona tem, por isso, menores riscos.

Os mesmos efeitos felizes parecem estender-se à hiperplasia suprarrenal congénita e ao síndrome de pseudo-hermafroditismo da rapariga.

Um ponto não oferece dúvidas: a ineficácia da delta-cortisona na doença de Addison. É lá a ilustração quase experimental da sua pouca influência sobre a retenção do sódio e eliminação do potássio.

A DELTA-CORTISONA E AS DOENÇAS DO SISTEMA HEMATOPOIÉTICO

Neste domínio, os documentos são bastante fragmentados. Para as leucoses agudas, as doses médias de 30 a 50 mgr por dia bastam para transformar o estado geral.

São necessárias doses mais fortes para obter uma melhoria hematológica. A eficácia da delta-cortisona parece superior à da cortisona.

Nas leucoses linfóides crónicas, o medicamento pode igualmente provocar uma sedação clínica e hematológica, pelo menos temporária.

A DELTA-CORTISONA E AS AFECÇÕES HEPÁTICAS

Ensaioou-se a delta-cortisona nas cirroses hepáticas sobretudo devido ao seu poder poliúrico. A diurese aquosa precede uma eliminação considerável do sódio. Verifica-se um desaparecimento rápido dos edemas e da ascite. O estado geral melhora e a anorexia desaparece. A melhoria parece manter-se após a paragem do tratamento. Alguns doentes podem mesmo retomar o regime com sódio.

Mas os resultados, infelizmente, são inconstantes.

Fazemos igualmente menção da ação da delta-cortisona nas icterícias por hepatite. A diurese é rapidamente res-

tabelcida e a retenção biliar diminuída. As doses necessárias são bastante elevadas mas a sua duração é curta e o risco de acidente parece bastante reduzido.

DELTA-CORTISONA E NEFROSE LIPOIDICA

A corticoterapia tomou um papel importante no tratamento desta doença.

A delta-cortisona parece particularmente susceptível de dar bons resultados. A posologia inicial deve atingir 40 a 50 mgr. A diurese restabelece-se em algumas horas. Os progressos clínicos acompanham-se dum importante melhoria biológica com, algumas vezes, desaparecimento de albuminúria, retorno ao normal do equilíbrio protídico do sangue e do teor em lipídeos.

Um tratamento de consolidação, com doses moderadas, parece indispensável: é ainda impossível fixar a sua duração.

A eficácia terapêutica da delta-cortisona não se discute. Em numerosos casos, particularmente em reumatologia, esta eficácia equivale ao dobro da hidro-cortisona e ao triplo da cortisona. A melhoria é frequentemente de qualidade superior.

A delta-cortisona é notavelmente bem tolerada. Os riscos terapêuticos são muito mais reduzidos que com os outros esteróides corticosuprarrenais. Algumas complicações podem contudo existir.

É necessário conhecê-las com o fim de melhor as prevenir. Verificam-se contra-indicações e são necessárias precauções terapêuticas, de importância capital sobretudo nas curas prolongadas.

OS INCIDENTES E ACIDENTES

a) As manifestações de retenção hidro-sódica.

Traduzem-se por aumento de peso a pesquisar sistematicamente, edemas, em regra discretos, e acessos de hipertensão.

Na prática, não são para temer senão acima dos 30 mgr diáários e na ausência de regime descloretado; a sua prescrição basta, muitas vezes, para normalizar tudo. Dependem, sem qualquer dúvida, de factores individuais.

b) Adiposidade

Desenvolve-se com grande frequência. A face, pescoço e a parte superior do tórax constituem o seu lugar da predileção. Pode estender-se ao abdómen, às ancas e à raiz dos membros.

Acompanhando-se, por vezes, de hiperpigmentação e de acne, representa o estado inicial dum hipercorticismo.

c) As perturbações do metabolismo dos hidratos de carbono

Podem ir da simples glicosúria até à diabetes verdadeira. Esta nem sempre é sensível à insulina mas regressa, em regra, com a suspensão da delta-cortisona. A prática sistemática da prova de hiperglicémia provocada permite estar preparado a tempo.

b) Acidentes digestivos

O seu grau mais fraco trata-se dum grande aumento de apetite, de queimores gástricos e de diarréia. As epigastralgias devem, se resistem aos tratamentos sistemáticos, ser consideradas como um sinal de alarme. Tem-se visto, com efeito, aparecer úlceras em estômagos até ai indemnes em aparência. Claro que o risco da evidenciação dumha úlcera que se cria curada é muito grande.

e) Acidentes córtico-suprarrenais

Como os outros esteróides de origem córtico-suprarrenal, de que falamos mais acima, a delta-cortisona é fator de

Na GRIPE e estados pós-gripais



Poderoso tônico na alimentação e superalimentação
de crianças, velhos e convalescentes.

- Total e rapidamente assimilável.
- Muito bem tolerado, mesmo quando o estômago não conserva qualquer alimento.
- Não fermenta, o que permite o seu emprego nos mais difíceis casos de alimentação.
- Muito agradável de tomar.

FERNÁNDEZ Y CANIVELL, S. A. = MALAGA

Representantes: GIMENEZ-SALINAS & C. — 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

inéria, talvez mesmo de atrofia suprarrenal. Uma e outra são clinicamente traídas pela astenia muscular, hipotensão arterial, fatigabilidade geral que surpreendem o doente em caso de paragem inopinada do tratamento. Daí a regra de não interromper brutalmente este último. Biologicamente, a sua realidade é provada pelo abaixamento dos 17-hidroxicorticosteróides e pelos resultados da prova de Thorn.

f) Acidentes neuro-psíquicos

São pouco inquietantes. Muitos doentes queixam-se de cefaleias, nervosismo, angústia e de insónia. Mas não se conhecem casos de psicose grave que obrigassem à suspensão do tratamento.

g) Acidentes diversos

Assinalamos a possibilidade de acessos infecciosos nos doentes que não estão sob a protecção de antibióticos e excepcionais observações de tromboflebite, de insuficiência cardíaca ou de fractura por osteoporose.

Se citamos numerosas complicações não quer dizer que a sua frequência não seja muito reduzida. São muitas vezes a consequência duma susceptibilidade individual o que não diminui o papel da importância das doses administradas e da duração do tratamento.

AS CONTRA-INDICAÇÕES

A delta-cortisona não pode ser prescrita quando existe a menor anomalia do metabolismo hidrocarbonado.

Uma úlcera gastro-intestinal em evolução ou recentemente cicatrizada constitui igualmente uma contra-indicação absoluta. Quando a sua cura é bastante antiga, pode-se tentar a medicação com uma prudência extrema, moderando as doses, dando muito valor à menor epigastralgia e não hesitando em multiplicar as verificações radiológicas e para o tratamento à menor dúvida.

A mesma conduta é recomendável nos indivíduos que apresentam antecedentes de ordem psiquiátrica ou cujo equilíbrio neuro-psíquico parece não estar assegurado.

Nos hipertensos ou nos ateromatosos, o risco é muito menor que para a cortisona e hidro-cortisona. Poder-se-á pois fazer o tratamento, sob a reserva duma vigilância muito estrita.

AS PRECAUÇÕES TERAPÉUTICAS

1.º — A mais importante é pesar atentamente as indi-

cações do tratamento e de não o prescrever sem discernimento ou com demasiada facilidade.

2.º — Cada doente susceptível de aproveitar com a delta-cortisona deverá ser assunto dum inquérito muito cuidadoso, comportando um interrogatório profundo e um exame minucioso para despistar toda a contra-indicação.

3.º — Um regime é indispensável, sobretudo quando o tratamento deve ser bastante longo. Deverá ser rico em protéicos, devido à acção de catabolismo tissular do medicamento. Pelo contrário, será restrinido em hidratos de carbono e em lipídios.

O regime sem cloro não é necessário senão acima de 30 mgr diários. Entre os 20 e 30 mgr, pode ser menos rigoroso. As doses mais fracas podem, em princípio, evitá-lo.

4.º — Entre as medicações adjuvantes, o primeiro lugar cabe às que protegem o córtex suprarrenal. É particularmente o caso da testosterona que se pode utilizar sob a forma de preparações-depósito à razão duma centena de miligramas por mês. Esta hormona tem, por outro lado, o interesse de inibir o catabolismo proteico e de proteger a trama óssea.

O A.C.T.H., em breves curas periódicas, é muitas vezes necessário para manter a secreção córtico-suprarrenal a um nível normal.

O potássio em pequenas doses é um útil adjuvante. Os sedativos, os alcalinos e os sais de albumina serão utilizados largamente desde que seja necessário.

5.º — Os doentes serão submetidos a uma vigilância constante. Serão revistos frequentemente. Cada exame será a ocasião de rever a posologia, de interrogar sobre o estado psíquico, sua fatigabilidade e funções digestivas. A tensão arterial e o peso serão sistemáticamente verificados.

A pesquisa de açúcar nas urinas, a medida da glicemia ou a prova de hiperglicemia provocada, o teste de Thorn e a dosagem dos 17-cetosteróides e dos 17-hidroxicorticosteróides urinários virão, com regulares intervalos, juntar-se aos elementos clínicos de vigilância.

A delta-cortisona é pois um medicamento muito precioso. A sua eficácia é maior que a da hormona de que provém. Contudo, a falta de experiência impede ainda de apreciar, com exactidão, o valor dos seus resultados a distância.

A sua tolerância é igualmente superior. Não se deve, contudo, pensar que seja inofensiva. O seu emprego pode acarretar complicações. São, felizmente, bastante raras.

Um método terapêutico rigoroso deve permitir reduzir a frequência de complicações e dar, à delta-cortisona, o lugar de escolha que merece.

(«Med. d'Afr. Noire» — 19-Outubro de 1957)

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA FORNECIDOS PELAS REVISTAS

(Selecção)

Ginecologia

G. di Paola e J. Tymjanhers URETEROCISTONEOSTOMIA

... Os AA. apresentam 7 casos de néo implantação do ureter na bexiga (urétero-cisto-neostomia), como tratamento de 6 fistulas urétero-vaginais e uma estenose ureteral. As lesões ureterais foram devidas, em 5 casos, a acidentes cirúrgicos e em 2 casos foram sequela da operação de Wertheim. O tempo transcorrido entre o aparecimento da fístula e sua correção oscilou entre 24 dias e 8 meses.

Frisam que o critério para julgar sobre a oportunidade da néo implantação não é dado por nenhum limite fixo de tempo, mas sim pela capacidade funcional renal, explorada pela urografia de excreção. Deve intentar-se a correção cirúrgica desde que haja parêntina renal funcionante.

Além da descrição da técnica operatória utilizada e dos cui-

dados pré e pós operatórios, é feita revisão casuística nacional sobre o tema.

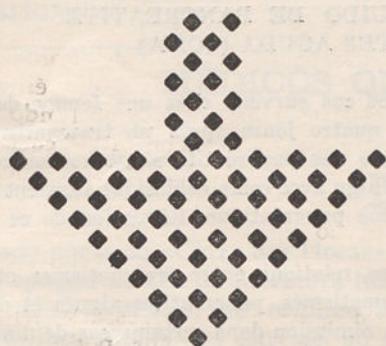
(Obst. Gin. Lat. Amer. — 15, (7-8). 1957)

J. Simon: RADIOGRAFIAS DO ABDÓMEN «A BRANCO», NO DIAGNÓSTICO DOS TUMORES DE ORIGEM GENITAL

1. Divers aspects radiologiques correspondant à des lésions vérifiées chirurgicalement ou pu être démontrés: kystes dermoides de l'ovaire kystes calcifiés ou non de l'ovaire, fibromyomes calcifiés (aspect différent chez les femmes jeunes et chez les femmes âgées), lésions multiples.

2. Nous avons observé 5 cas de kystes non dermoides dont l'paroi était calcifié, ou suffisamment opaque aux rayons X.

3. Les kystes calcifiés et les fibromyomes à coque calcaire



IMUNADOL

— AMPOLAS —

**PARA AUMENTAR AS RESISTÊNCIAS
ORGÂNICAS NA PREVENÇÃO
E TRATAMENTO DA GRIPE**

**PROTEÍNAS PROVENIENTES DE
BACTÉRIAS, ASSOCIADAS A LÍPIDOS,
COM ACÇÃO IMUNISANTE INESPECÍFICA**

COMPROVADOS EFEITOS TERAPEUTICOS

**VERIFICADO OFICIALMENTE NO
INSTITUTO CÂMARA PESTANA**

LABORATÓRIO SAÚDE, L.ºA

R. de Santo António à Estréla, 44 — LISBOA



imposent une attitude chirurgicale bien déterminée de façon à ne pas entrer en contact avec le tissu nécrosé sous-jacent souvent plus ou moins septique.

4. Le fibromyome calcifié devient de plus en plus fréquent. Son aspect radiologique est assez caractéristique pour exclure une intervention chirurgicale non dépourvue des risques dus à l'âge souvent avancé des malades.

5. La radiographie à blanc de l'abdomen est un premier stade indispensable du diagnostic clinique. Elle peut nous apporter des renseignements importants sur la nature, l'étendue et la localisation de certaines tumeurs abdominales rencontrées.

6. La radiographie de profil est toujours utile dans les cas difficiles, une hystérosalpingographie s'impose le plus souvent, du moins avant la vieillesse. La pyélographie et les transits et lavements barytés préciseront la nature réelle la situation exacte d'opacités radiographiques difficiles à étiqueter.

7. Il nous a paru utile de rappeler les avantages et les limites actuelles de cette méthode si simple, lors des lésions kystiques ou tumorales des organes génitaux.

(*Brux. Med.* — 37, (17-18). Maio de 1957)

Gastro-enterologia

Sh. Sherlock: COMPLICAÇÕES DA HEPATITE INFECIOSA

L'auteur envisage, comme complications de l'hépatite infectieuse, la forme suraiguë, la forme subaiguë, la cirrhose posthépatique, le syndrome pseudo-obstructif (et prend aussi en considération la persistance de tests de flocculation positifs et l'existence d'un syndrome asthénique posthépatique).

Le pronostic de ces complications est lié à l'étendue des lésions; l'ictère pseudo-obstructif est de bon pronostic, guérissant sans séquelles; l'hépatite suraiguë est presque toujours mortelle: si on en réchappe, on ne fera toutefois pas de cirrhose; dans l'hépatite subaiguë, la régénération nodulaire et la réticuline rendent la cirrhose inévitable.

(*Acta Gast.-Ent. Bel.* — 20 (8-9). 1957)

Em todas as infecções crónicas ou subagudas

SUPRA GRUNICINA E

actualiza o processo infeccioso,
estimula o mesênquima
suprime os micro-organismos*

SUPRA GRUNICINA E

Associação antibiótica biológicamente reforçada pela
equinacina



CHEMIE GRUNENTHAL GMBH

Stolberg / Alemanha

REPRESENTANTES

No Continente e Ilhas: PARACÉLSIA, LDA. — Porto — Lisboa

Em Angola:
REGAL — Luanda

Em Moçambique:

C. WEBENDORFER — Beira
SOCIÉTÉ DE GERAL AFRICANA, (DA)
Moçambique

A. Gelin e J. Pirart: TRAUMATISMO CRANEOANO SEGUIDO DE PANCREATITE E DE DIABETES AGUDA (COMA)

Relation d'une cas survenu chez une femme de 60 ans sans aucun antécédent; quatre jours après un traumatisme crânien et thoracique, se déclare une pancréatite aiguë authentifiée par laparotomie. Un diabète aigu avec coma acidosique survient quarante-huit heures après ce drame pancréatique. Rémission de ce diabète après quelques mois.

Discussion des relations entre traumatismes et pancréatites aiguës et entre traumatismes, pancréatites aiguës et diabète

Possibilité de rémission dans certains cas de diabète.

Une surveillance attentive, une alimentation parentérale suffisante et une insulinothérapie précoce en cas de diabète déclaré pourraient prévenir la complication redoutable d'un diabète aigu dans les suites immédiates d'une pancréatite aiguë.

(*Acta Gast.-Ent. Bel.* — 20 (8-9). 1957)

Obstetrícia

J. M. Dexeu: O USO DO EXTRATO EM OBSTETRÍCIA

Prevê-se a literatura existente sobre o uso da pressão negativa para a extração fetal. Descreve-se o aparelho de Malstrom ideado para tal fim e as indicações que se têm proposto para o mesmo. O autor não se mostra partidário de seu uso exercendo uma tracção contínua, mas crê ser muito mais interessante a tracção descontínua simultânea com as contrações. Delimita as possibilidades que oferece na condução médica do parto afastando o sofrimento e tempo sem dano materno.

Refere a sua experiência favorável em 67 casos.

Não acredita que deva substituir ao fórceps sistemáticamente, embora isso ocorra em alguns casos: porém, em outros, mais raros, pode ampliar as possibilidades de extração do feto por tracção, sem aumentar os riscos. É um positivo enriquecimento do arsenal obstétrico.

(*Obst. Gin. Lat. Amer.* — 15, (7-8). 1957)

J. R. Sánchez: TRATAMENTO DE PRE-ECLAMPSIA GRAVE COM CLORPROMAZINA

1. É exposto o esquema de tratamento da pré eclâmpsia grave empregado actualmente no Instituto Materno-Infantil «Concepción Villaveces de Acosta», à base de Clorpromazina.

2 Os resultados obtidos foram assim classificados: a) bons, quando houve sobrevivência materna e fetal; b) regulares quando o feto morreu por causa imputável à toxemia ou ao tratamento; maus, quando não se conseguiu salvar nenhum dos dois; e e) indeterminados, quando a história da criança não aparece nos arquivos.

3 Analisam-se 31 casos de pré eclâmpsia grave sob esse tratamento.

4 Foi de 0,58 % a frequência de pré eclâmpsia grave sobre o total de 5363 pacientes hospitalizados durante os 5 primeiros meses de 1956, no Instituto Materno-Infantil «Concepción Villaveces de Acosta», e de 54,39 % sobre o número total de pacientes (57) hospitalizados no mesmo tempo por toxemia gravídica aguda.

5 Resultados: bons, 77,42 % regulares, 16,13 % maus, 0 %; indeterminados, 6,45 %.

6 Mortalidade fetal imputável à toxemia: 9,68 % (3 casos).

7 Doses máxima, mínima e média de Clorpromazina: intravenosa máxima, 350 mgrs. (1 caso); mínima 25 mgrs. (1 caso) e média 405,53 mgrs.

8 Anotam-se algumas deficiências ou falhas do Serviço de Toxemias do Instituto Materno-Infantil «Concepción Villaveces de Acosta».

9. O A. recomenda uma conduta mais intervencionista na atenção das pacientes com pré eclâmpsia grave pelo menos no 2.º período do parto e o emprego do bloqueio raquidiano em sela como analgesia e anestesia obstétricas nestes casos.

10. Conclui o autor que os 77,42 % de bons resultados obtidos com este tratamento, dadas as falhas do Serviço anotadas, é amplamente satisfatório em nosso meio hospitalar actual.

(*Obst. Gin. Lat. Amer.* — 15, (7-8). 1957)

**Assuntos gerais
e profissionais**

MÉDICOS QUE FORAM GRANDES ESCRITORES

VII

NUNES CLARO

O delicado poeta do «Cinza das Horas», que ora recordo (nome que se apagou no céu da literatura lusiada, como feneçem sempre, todas as noites, no império azul, veludíneo e profundo, os brilhos rútilos das estrelas, ao dealbar nevoento de todas as madrugadas) foi, também, um excelente e piedoso Clínico.

Possuidor de raras virtudes de coração, chama mística que dentro de nós se acende e ascende sempre até aos pés de Deus, símbolo eterno da Caridade, ainda hoje é recordada com acrisolada ternura (e já decorreram oito anos, sobre a sua morte), a forma carinhosa, verdadeiramente altruista como exerceu o seu nobre mister de curador dos males do corpo e muitas vezes dos males da alma, o que vale, sem dúvida, muito mais.

Sintra, não esqueceu, nunca, o médico querido e sempre certo, que da sua nobre profissão soube fazer um verdadeiro sacerdócio.

Nunes Claro pertenceu àquela classe de médicos caritativos e piedosos a que se referiu Fidalgo de Almeida, denominando-os de almas enternecidas de pilatos, pouco a pouco abstraídos do espectáculo das grandezas e das pompas, revertendo às simples apostolacias da fraternidade e da bondade, que não poucas vezes os têm transformado em mártires e santos.

Tendo surgido para o ingrato mundo das letras, quando ainda retiniam, na poética nacional, os címbalos de prata do Simbolismo, com os seus acordes estranhos, multicoloridos, musicantes e bizarros, Nunes Claro sem ter enfileirado nessa renovadora e atrevida escola literária, revelou-se um precursor do neorealismo. A sua poesia é simbolista na sua essência saudosa, profunda e vidente. Toda ela respira um intenso sentido de estrutural equilíbrio objectivo e forma estética perfeita. O seu pensamento exprime-se em imagens válidas, certas, e alusões claras, ricas de conteúdo enternecido e humano. As suas divagações poéticas ultrapassam a realidade e projectam no além, em que se dissipam, um mundo disperso de alta efervescência espiritual, como escreveu, a seu propósito, com notável sagacidade crítica, a distinta e talentosa prosadora D. Maria José Teixeira de Vasconcelos.

Verdadeiro artista do verso, a que soube dar profundas ressonâncias íntimas, aveludado e fluente ritmo, vivos lampejos de natureza espiritual, Nunes Claro foi, quase sempre, um lírico nostálgico, de tintas doces e brandas. No seu plectro dourado não ressoaram clarinantes gritos de triunfo, evoés de alegria dionisíaca, aleluias de vibrantes triunfos animicos. As suas poesias têm, muitas vezes, a fundente melancolia de certos opalisantes crepusculos outónicos, o perfume casto e virginal que se evola de um renque de violetas, roxas e tristes. Pululam nelas, as mais delicadas florulações da idealidade, modulações imprevistas de imprevistos recortes formais, suaves adejos de harmonia eólica.

Tendo nascido em Lisboa, a 20 de Abril de 1878, Nunes Claro formou-se em Medicina naquela cidade e durante a primeira Grande Guerra foi mobilizado e prestou serviço no Hospital Militar de Hendaya.

Muito novo ainda, quase uma criança, colaborou na agitadora revista de arte *D. Quixote*, ilustrada por Leal da

Câmara. Os seus versos juvenis, nela publicados, animados de um vivo espírito de originalidade, e de alta vibração revolucionária, chamaram para o seu nome a atenção dos contemporâneos e nunca mais pôde ser esquecido.

Referindo-se a essa época longínqua da vida do Poeta, afirmou Mayer Garção, seu fraterno amigo de mocidade: *Os versos de Nunes Claro que o «D. Quixote» publicou eram excertos dum livro — o sempre projectado primeiro livro — a que ele dava o título de «Charcos». Eu mentiria se dissesse que eles se não ressentiam da incoerência que acompanha a explosão de tais autoras. Mas, desligados ou não, esses punhados de poesia em que ele nos arremessava as suas primeiras impressões e protestos, tinham um tal sabor de juventude, corria neles um tal frémio de entusiasmo, que nunca os liamos sem nos entusiasmarmos também e sem que nos possuisse igualmente a ânsia da vida que dele dimanava: Umas vezes uma ironia sublevada agitava os seus brados líricos. Dizia ele:*

Encontrei um visionário,
grande poeta do amor,
que andava a ver se um canário
queria ser seu editor.

Eu por mim, — digo-o de sobra —
não me quero eternizar...
Queimarei a minha obra
no fogo do teu olhar!

E o autor magnífico de «Os Esquecidos», estilista primoroso e pessoal, relembrando esses tempos de rebeldia iconoclasta de Nunes Claro, acrescentou, ainda: *outras vezes, um amargo «spleen» traduzia-se, como é próprio dos dezóito anos, em violentas exclamações de sentimento ferido:*

Vinde espreitar, ilusões!
Tirai a vista do espaço!
A minha alma é um palhaço
Que anda aqui aos trambolhões.

Lá está a rir, lá a vejo!
Lá a vejo a rir, coitada!
Mas é um rir de alvaiada
no vermelhão dum desejo.

E ainda outras vezes o amor cantava as suas mágoas na linguagem murmurante das correntes:

Tinha uma lira escondida
no coração duma flor,
feita de fios da vida
e as cordas do meu amor!

E uma andorinha atrevida,
um' passarito traidor,
roubou-me um fio da vida
pr'a o ninho do seu amor!

Em 1928, em pleno apogeu da sua maturidade intelectiva, publicou o nosso excelente Poeta o livro de sonetos



atarax

ASSEGURA A ESTABILIDADE EMOCIONAL

DRAGEIAS a 10 e 25 mg
XAROPE
COMPRIMIDOS a 100 mg
AMPOLAS a 100 e 200 mg

«Cinza das Horas», onde, no dizer autorizado de Mário Beirão, grande nome das letras lusas, havia clarões de Beleza.

Querem ver, agora, os meus simpáticos e amáveis leitores, como Nunes Claro nos falou da Dor, considerando-a uma força anímica, criadora e alada?

Só a Dor cria! a Dor enche o segundo
De amor eterno e de ilusão florida;
O instante há de sofrer, pr'a ser fecundo,
E a hora gera só, quando duvida.

Toda a hora de paz que cai no fundo
Do tempo e do sol morre escondida,
Passa estéril e seca pelo mundo,
Sem um rastro sequer deixar na Vida!

Só a Dor cria, amor! e cada grito
Cada queixa da Dor, pelo infinito,
D'astro em astro, a rolar na imensidade

Onde quer que ela roce a natureza
— É sempre um bater de asas da Beleza,
Um cauteloso passo da Verdade.

Nunes Claro cantou admiravelmente a natureza, celebrando em belos versos, de profunda emotividade lírica e alto valor espiritual, a humildade das pobres coisas, simples, pequeninas, esquecidas:

Ó pedra! ó dura pedra embrutecida,
Onde pesada, mineral, disforme,
Já depois de ter dado a volta à Vida,
Toda a matéria, sossegada, dorme;

Ó pedra nua, ao sol, sempre transida
D'esse frio que cai do tempo enorme,
E quieta ao pé da Forma sacudida,
Sem um gesto de flor, que te transforme!

Ó pedra, velha e eterna na desgraçada,
Há tantos milhões d'anos sepultada,
No silêncio da treva e na mudez,

Mesmo tu, quando a luz te abraça e beija,
Hás-de ter sempre, sem que a vida veja,
Uma asa aberta e um olhar talvez!

De vez em quando, perpassam nos versos do belo sonetista do «Cinza das Horas», alguns vultos delicados de mulher, tocados de graças primaveris e alôres castos:

Hoje, à tarde, a saudade, que começa
Uma voz pequenina, dentro em nós,
Mas cresce e sobe tanto, que depressa,
— A gente julga-a a nossa própria voz.

Fez-me ir ler — com a dor de quem regressa,
Depois de velho, ao lar de seus avós,
Meus versos, onde eu puz tanta promessa,
E, hoje não batem mais que instantes sós.

Mas achei neles tanto da minha arte,
Tantos restos de luz por toda a parte,
Que julguei que o poeta não fui eu;

Decorei-os, talvez, à tua espera;
Mas foram feitos pela Primavera,
E foi o sol que, um dia os escreveu!

Como notou a Senhora D. Maria José Teixeira de Vasconcelos, no esplêndido trabalho que pela rádio dedicou a Nunes Claro, o poeta é bem igual a si mesmo, quando constata a volubilidade do seu coração inconstante e vário, sempre atraído por novos sortilégios — e parte, saudoso e como-vido, pedindo perdão pela «vã mentira humana», certo da clemência que o espera:

Senhora! Aquele humilde peregrino,
De lábios tristes e d'olhar desfeito
Que um dia se encostou ao vosso peito,
E se pôs a dormir como um menino,

Mal se tinha feito um sono pequenino,
Um sonho ainda enevoado e estreito,
E quis logo o destino insatisfeito,
Que ele tenha a seguir outro destino!

Deixai-o ir — é breve e curta a Vida,
E é para além da terra conhecida,
Que vive oculto o legendário Bem,

E perdoai-lhe a vã mentira humana.
Todo o Amor que promete e sempre engana
A hora que se espera e nunca vem!

O médico-poeta que tenho vindo a biografar e que morreu pobre por amor dos pobres, foi um homem magro e moreno, com olhos vivos, de um negor queimante, a que o enrugar das sobrancelhas dava mais fundura e penetração. A vivacidade fulgural desses olhos, de fibrilhas frenéticas, num rosto de linhas bem vincadas, esteriotipava e reflectia, à maravilha, como em impressionativo cliché fotográfico, a idiosincrasia estética do Poeta, natureza essencialmente amorosa, de largos voos pensantes, toda ideativa, repleta de altura e de feminilidade.

Evocando o encanto da presença física de Nunes Claro, escreveu o magnífico artista-polígrafo Dr. João de Barros, que intimamente o conheceu e muito o estimou: mal o avistávamos, mal chegava ao pé de nós, e nos olhava com seus olhos sortilégos de bruxo, cintilantes de misteriosas, de recônditas claridades, o funcionário, o médico, o homem de trabalho, o profissional excelente — sumia-se, não o viamais. Não o viamais nem ouviamos. O que dizia, o que sugeria, o que o interessava e nos interessava, provinha de regiões mais altas, mais distantes, perdidas ou, melhor encontradas nos horizontes do sonho. O poeta que tão bem cantou a dor das ervas humildes, o amor casto, o voo sem fim das aspirações nobres, a mágoa, a saudade, a angústia dos homens, estava, vivia longe da existência vulgar, «le poète est un monde enfermé dans un homme», proclamou na sua ênfase genial, o agora ressuscitado na admiração das gentes. Vitor Hugo. Nunes Claro foi um desses mundos de poesia irradiante...

Belo artista do verso, o autor do «Cinza das Horas», bem merece ser evocado e exaltado publicamente. Porque não figura o seu nome nas antologias poéticas nacionais?

Aqui fica a pergunta.

CLAUDIO CORRÊA D'OLIVEIRA GUIMARÃES

Cerpicilina
+ *Estreptomicina*

IBERFAR

Terphimicina

CAIXAS DE 1 E 3 AMPOLAS

Penicilina G-procaina
+ Essência de terebin-
tina + Quinina básica
+ Vitaminas A e D +
Estreptomicina

UMA NOVIDADE

o INSTITUTO LUSO-FÁRMACO TEM
A HONRA DE APRESENTAR PELA PRIMEIRA
VEZ EM PORTUGAL O MAIOR AVANÇO
NA TERAPÊUTICA PELA TETRACICLINA

Tetrex

NOVO COMPLEXO DE TETRACICLINA CRIADO PELOS
LABORATÓRIOS BRISTOL DE SIRACUSA (U. S. A.)

NOTÁVEIS VANTAGENS SOBRE A TETRACICLINA (CLORIDRATO):

- Amplo espectro antibiótico
- Níveis sanguíneos iniciais **mais rápidos** do que com as antigas tetraciclinas
- Níveis sanguíneos **duplos**, com um único antibiótico
- Níveis sanguíneos **mais eficazes**
- **Penetração máxima** nos tecidos e altos níveis nas urinas
- Melhor tolerância
- Menos reacções gastrintestinais
- **Mesmas doses** com actividade terapêutica de maior valor
- Administração mais fácil: doses apropriadas **duas vezes por dia**, em vez do horário usual de quatro vezes

CÁPSULAS—Frasco com 16 cápsulas, contendo cada uma 250 mg.

XAROPE—Frasco com 60 cm.³ — 125 mg. por 5 cm.³

GOTAS PEDIÁTRICAS—Frasco com 10 cm.³ — 100 mg. por cm.³

Tetrex

Um produto preparado pelo
INSTITUTO LUSO-FARMACO, sob licença da



ECOS E COMENTÁRIOS

PREPARAÇÃO DOS MÉDICOS

A preparação dos futuros médicos não interessa apenas as Universidades nem apenas os próprios médicos, que através da sua Associação Médica Mundial levaram a cabo a I Conferência Mundial do Ensino Médico e estão em vésperas de realizar segunda sobre o mesmo tema, mas também a própria Organização Mundial de Saúde.

Do relatório do respectivo Director-Geral relativo ao ano findo, podem extrair-se algumas passagens pertinentes a este assunto e bastante elucidativas. Elucidativas quer quanto ao interesse que o problema merece, quer quanto às suas repercussões e alcance.

Assim: «Constatou-se muitas vezes a ausência de ideias claras a respeito dos melhores meios a empregar para tornar os estudantes de Medicina conscientes da importância da prevenção nas matérias que têm de estudar. Mas o princípio da prevenção não pode ocupar o lugar que lhe compete a não ser que os próprios professores estejam plenamente convencidos da sua utilidade».

A seguir: «O caso dos médicos práticos que consagram uma parte do seu tempo a actividades de saúde pública, mas que não receberam formação suficiente na medicina preventiva é activamente estudo pela O.M.S. Este problema é um tanto delicado, porque muitos destes médicos «não podem abandonar a sua clientela durante o lapso de tempo necessário para uma formação completa e, contudo, é a eles que incumbe principalmente, em numerosas partes do mundo, a acção de medicina preventiva».

Sob a rubrica de «energia atómica e saúde», o mesmo relatório trata depois da forma como um dos grupos de estudo da Organização encarou o problema, no que respeita aos conhecimentos sobre este capítulo, dizendo: «o grupo de estudos fez certas recomendações sobre a formação do pessoal e do ensino a dar aos estudantes e aos diplomados. Entendeu em particular que era preciso esforçar-se por dar aos estudantes de Medicina pelo menos uma idéia das repercussões do desenvolvimento da energia atómica sobre as ciências médicas».

da medicina preventiva. E, se pudéssemos transcrever para aqui mais largos extractos do Relatório que comentamos, facilmente se veria como entre os próprios mestres se nota idêntica deformação de espírito e como se apresenta difícil enquadrar, na pragmática do Curso, tal como hoje se concebe, o estudo da prevenção.

*
que se aprecia. É entre nós, por exemplo, a situação dos médicos municipais e subdelegados de saúde, incumbidos de múltiplas e complexas funções sanitárias sem deixarem por isso de ser clínicos, desprovidos em muitos casos de adequada formação no sentido da medicina preventiva e tendo ainda de ser, e tantas vezes com êxito, aliás, graças à sua dedicação e ao seu próprio sacrifício, centros de irradiação dos melhores princípios de profilaxia e exemplo vivo das práticas da medicina de prevenção.

Sem terem tido nos bancos da Escola a indispensável e adequada formação, isolados pela sua própria dispersão como céluas base da defesa sanitária e dos cuidados clínicos das populações, sem poderem «abandonar a sua clientela durante o lapso de tempo necessário a uma formação completa» como se diz no referido Relatório, que tão clarividentemente aponta as circunstâncias gerais que nele podemos rever aquelas que entre nós na prática se encontram, estes médicos encontram-se em difícil posição, a que só pode insuficientemente suprir o próprio autodidatismo sempre perigoso, e cursos de aperfeiçoamento e revisão cada vez mais frequentes, mais especializados e de curta duração.

Entre nós, na última década, os Serviços Sanitários já algo têm feito neste sentido, e a própria Ordem dos Médicos nunca esqueceu nos seus cursos a relevância que os problemas sanitários dia a dia adquirem em constante acréscimo.

Quanto ao ponto citado em terceiro lugar refere-se, afinal, não já ao sentido da preparação basilar e da orientação do próprio curso de Medicina, nem tão pouco ao aspecto particular das responsabilidades sanitárias inerentes à própria função do médico, qualquer que seja a sua posição operacional, mas mais precisamente às consequências que advêm para o médico da abertura de novos campos de acção e de novas possibilidades diagnósticas e terapêuticas, como de novos riscos e novas patologias, a que é preciso dar remédio e, muito especialmente, prevenir.



ALGICINA (Ácido acetilossalicílico)

ALGICINA CAFEINADA

(Algicina + Cafeína)

DORIDINA (Antipirético e analgésico)

ALGIFEDRINA

(Algicina + Cloridrato de Efedrina)

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

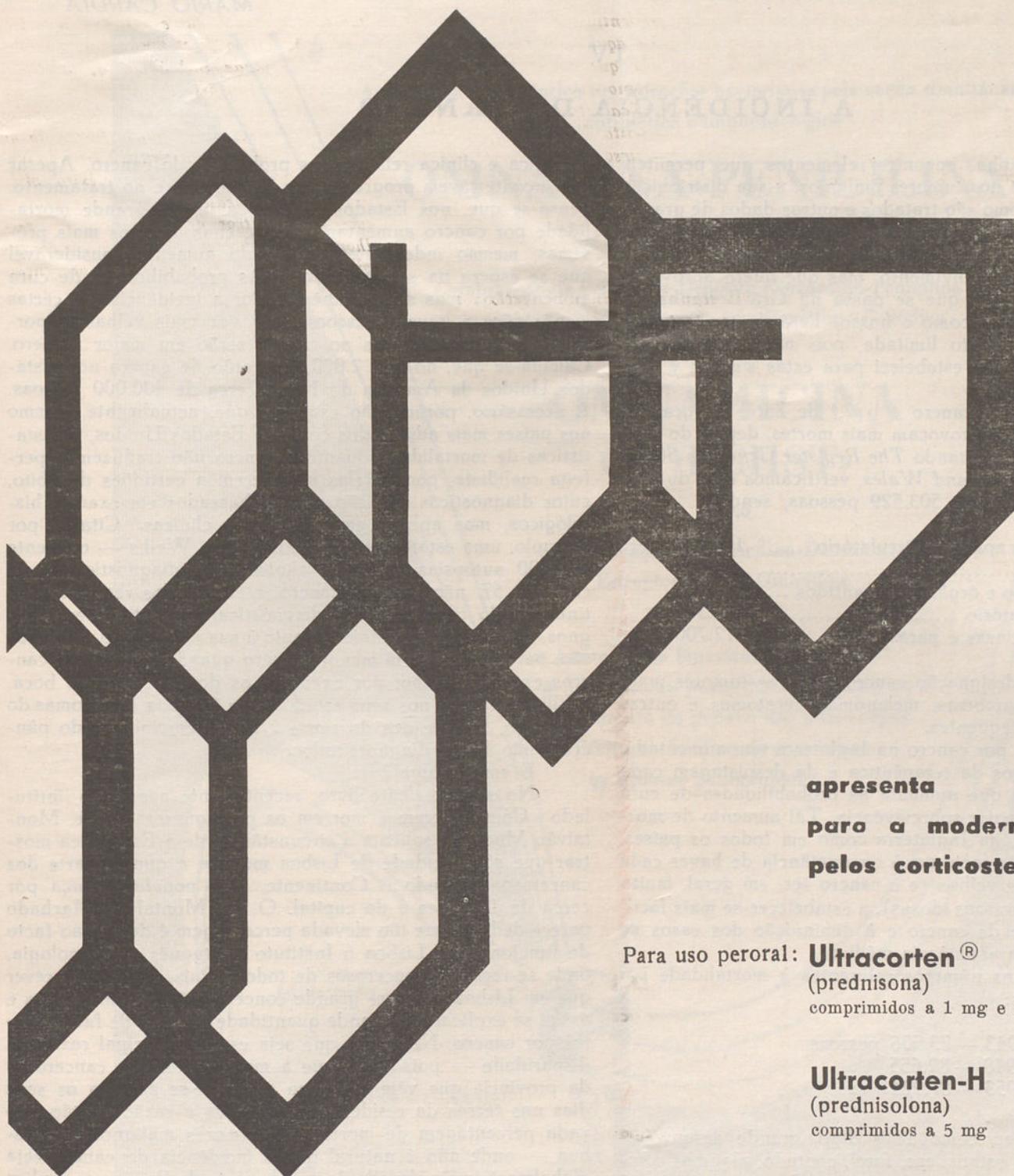
Em qualquer dos casos, e esse é um dos seus traços comuns, se acentua a necessidade de adaptar aos novos condicionalismos as velhas mentalidades, sem sacrificar ao progresso o que é essencial, nem prender ao valor da tradição o que já não passa de mero arcaísmo.

De qualquer dos casos se pode tirar igualmente a ilação de que a reforma do ensino médico preocupa por igual as Universidades e os Sanitaristas, os Médicos e as Administrações, todos convencidos hoje de que a preparação de médicos que possam e saibam conciliar no seu mister a acção curativa e a prevenção, o humano e o social, é fundamental se quisermos caminhar para uma Sociedade em que o Homem tenha ainda cabimento.

Em qualquer das transcrições que acima ficam, por disparos que possam apresentar-se, se vinça bem claramente quanto a preparação do médico deve preocupar hoje todos os que se interessam pelos problemas fundamentais de produtividade, bem estar, nível de vida e economia.

Na primeira se acentua a falta de compreensão que em regra reina entre os estudantes quanto à importância, ao papel e ao significado da prevenção das doenças. Arreigados, por formação ancestral e até por encarreiramento da Sociedade e das Escolas, aos princípios e ao primado da medicina curativa, os alunos dificilmente se apercebem do alto valor, humano e social,

Fiel à sua tradição em hormonoterapia a CIBA



Para uso peroral: **Ultracorten®**
(prednisona)
comprimidos a 1 mg e 5 mg

Ultracorten-H
(prednisolona)
comprimidos a 5 mg

Para a terapêutica local por injecções: **Ultracortenol®**
(trimetilacetato de prednisolona)
ampolas de microcristais a 10 mg
frasco-ampola de microcristais com 50 mg

C I B A

Para uso em dermatologia: **Ultracortenol-Creme**
(trimetilacetato de prednisolona +
+ Bradosol®)
tubo com 5 gr

Para uso em oftalmologia: **Ultracortenol**
(trimetilacetato de prednisolona)
pomada oftálmica: tubo com 2,5 gr
colírio: tubo conta-gotas com 2,5 cc

A LUTA CONTRA O CANCRO NA GRÃ-BRETANHA

MARIO CARDIA

IV

A INCIDÊNCIA DO CANCRO

Na Grã-Bretanha, encontrei elementos que permitem conhecer a expansão dos tumores malignos, a sua distribuição por áreas, o modo como são tratados e outros dados de grande interesse para o estudo do cancro. Mostraram-me detalhados elementos estatísticos, que não vou, evidentemente, referir aqui com grande desenvolvimento, mas que quero aproveitar com o fim de cotejar o que se passa na Grã-Bretanha em relação a outros países, como o nosso. Terá de ser, forçosamente, uma análise muito limitada, pois não pretendo sair dos restritos limites que estabeleci para estas simples e despretenciosas crónicas.

Na Inglaterra, o cancro é o 2.º de entre os grandes grupos de doenças que provocam mais mortes, depois do aparelho circulatório. Consultando *The Register General's Statistical Review of England and Wales*, verificamos que, durante o ano de 1953, morreram 503.529 pessoas, sendo:

por doenças do aparelho circulatório	192.218
cancro	87.924
sistema nervoso e órgãos dos sentidos ...	78.722
sistema respiratório	62.347
doenças infecciosas e parasitárias	12.700

Incluímos na designação cancro todos os tumores malignos: carcinomas, sarcomas, melanomas, teratomas e outras variedades menos frequentes.

A mortalidade por cancro na Inglaterra tem aumentado, apesar dos progressos da terapêutica e da despistagem cada vez mais precoce, o que aumenta as probabilidades de cura ou, pelo menos, de maior sobrevida. Tal aumento de mortalidade é atribuído, na Inglaterra como em todos os países, principalmente, a três factores: à circunstância de haver cada vez maior número de velhos (e o cancro ser, em geral, muito mais frequente nas pessoas idosas), a estabelecer-se mais facilmente o diagnóstico de cancro e à diminuição dos casos de mortes sem a devida assistência médica.

Vejamos alguns números referentes à mortalidade por cancro na Inglaterra:

1943 — 73.506 pessoas
1948 — 82.655 »
1953 — 87.924 »

Sem querer dar, como atrás digo, grande desenvolvimento às referências estatísticas, farei, contudo, algumas comparações com o que se passa noutra grande nação, que posse magníficos serviços estatísticos e está na vanguarda da luta contra o cancro (como tive oportunidade de pessoalmente verificar durante a minha visita em 1956) — os Estados Unidos da América do Norte — e, naturalmente, com o nosso país, onde, neste campo, estão publicados extremamente precários elementos estatísticos, quase que só limitados, no país em geral, aos dados fornecidos pelas certidões de óbito; e, a este respeito, nunca devemos esquecer que, ainda nos últimos anos, se nota na nossa Estatística oficial, uma rubrica intitulada «Senilidade e causas mal conhecidas», que, por exemplo, no triénio 1952-54 incluía 181,9 indivíduos por cada 1.000 mortes.

Nos Estados Unidos o cancro constitue também, como na Inglaterra, o 2.º grupo de causas de morte, sendo o 1.º grupo o que engloba as doenças cardiovasculares e as renais.

Em 1948, houve cerca de 200.000 mortes por cancro; comparando a população da Inglaterra (com o País de Gales) e os Estados Unidos, chegamos à conclusão de que a percentagem de mortalidade por tumores malignos é semelhante nos dois países — ambos ardentes pioneiros da luta anticancerosa e, sem dúvida, os que mais esforços desenvolvem na investigação

científica e clínica relativa aos problemas do cancro. Apesar dos incontestáveis progressos no diagnóstico e no tratamento, pensa-se que, nos Estados Unidos, a já tão grande mortalidade por cancro aumentará nas dezenas de anos mais próximas, mesmo independentemente do aumento considerável que se espera na sua população. As probabilidades de cura aumentarão; mas será também maior a incidência em certas localizações e haverá pessoas cada vez mais velhas e, portanto, as mais expostas ao cancro serão em maior número. Calcula-se que, no ano 2.000, morrerão de cancro nos Estados Unidos da América do Norte cerca de 400.000 pessoas. É necessário, porém, não esquecer que, actualmente, mesmo nos países mais adiantados como os Estados Unidos, as estatísticas de mortalidade quanto a cancro não traduzem a perfeita realidade, porque elas se referem a certidões de óbito, cujos diagnósticos não são sempre baseados em exames histológicos, mas apenas em presunções clínicas. Citarei, por exemplo, uma estatística americana — de Wellis — referente a 1.000 autópsias de casos clinicamente diagnosticados de cancro: 57 não tinham cancro e 31 % dos restantes 943 tinham sido concretamente diagnosticados de tumores malignos, mas havia erro clínico quanto à sua localização. Os erros são, naturalmente, em menor número quando se trata de cancos externos, como, por exemplo, os do seio e os da boca. Willis verificou, nos seus estudos, que 1/3 dos carcinomas do estômago, metade dos do rim e 2/3 dos carcinomas do pâncreas não foram diagnosticados.

E em Portugal?

No seu excelente livro, recentemente aparecido, intitulado «Como nascem e morrem os portugueses» o Dr. Montalvão Machado salienta a circunstância de a Estatística mostrar que só na cidade de Lisboa morrem a quarta parte dos cancerosos de todo o Continente, cuja população orça por cerca de 10 vezes a da capital. O Dr. Montalvão Machado parece deduzir que tão elevada percentagem é devida ao facto de funcionar em Lisboa o Instituto Português de Oncologia, onde se recebem cancerosos de todo o País, sendo de prever que em Lisboa se opere grande concentração de cancerosos e assim se explicaria a grande quantidade relativa de falecimentos por cancro. Não creio que seja essa a principal razão da disparidade — pois julgo que a maior parte dos cancerosos da província que vêm a Lisboa tratarem-se acabam os seus dias nas terras da residência. Julgo que a razão de tão elevada percentagem de mortos por tumores malignos em Lisboa — onde não é natural que a incidência do cancro seja globalmente mais elevada do que no resto do País — se explica pelo facto de se estabelecerem diagnósticos mais exactos na capital do que na maior parte das outras regiões.

A nossa Estatística afirma que cerca de 2/3 dos falecimentos em Portugal são devidos às seguintes causas (referência ao triénio de 1952-54):

Lesões cardiovasculares, incluído do sistema nervoso — 226,3 por 1.000 mortes.

Senilidade e causas mal conhecidas ...	181,9 %
Gastroenterite e outras doenças pró- prias da 1.ª infância	142,3 %

Tuberculose — todas as formas	67,1 %
-------------------------------------	--------

Pneumonia	66,3 %
-----------------	--------

Tumores malignos	64,8 %
------------------------	--------

Total	748,7 %
-------------	---------

A taxa, atrás indicada, de mortalidade por cancro em Portugal não corresponde, certamente, à realidade; ela é, sem dúvida, muito mais elevada.

Segundo a nossa Estatística, a percentagem de mortalidade em Portugal é, apenas, de 64,8 por 1.000 falecimentos.

Amplo efeito terapêutico nas infecções bacterianas pela acção simultânea
antibiótica e imunobiológica

OMNADINA-PENICILINA «HOECHST»

Combinação de Penicilina-Depósito (Novocaina-Penicilina G)
com Omnadina, reforçada com Penicilina G-Sódica

OMNAMICINA «HOECHST»

4 : 0,5

Combinação de Penicilina-Depósito,
Estreptomicina e Omnadina

- Aumento da fagocitose
- Aumento do poder bactericida do soro
- Aumento da génesis dos anti-corpos
- Efeito antibiótico directo sobre
os agentes patogénicos

Apresentação:

Omnadina-Penicilina «Hoechst»
em frascos-ampolas
de 200.000 U.I. e 400.000 U.I.

Omnamicina «Hoechst» em
frascos-ampolas de 400.000 U.I.
+ 0,5 gr. de Estreptomicina.

Ambas as formas contêm
Omnadina em concentrado
seco, corresp. a 2 cc.
de soluto.



FARBWERKE HOECHST AG. vormals Meister Lucius & Brüning Frankfurt (M)-Hoechst - Alemanha

Representantes para Portugal:

Na Inglaterra a taxa por mil mortes é de 175, semelhante à dos outros países de maior desenvolvimento sanitário e educativo.

Por outro lado, se compararmos os números referidos no Anuário Demográfico da Organização Mundial de Saúde sobre mortalidade por cancro nos vários países, verificamos que, nalguns, como a Áustria, a Grã-Bretanha, a Suíça e a Alemanha, morrem de cancro cerca de 200 pessoas em 100.000 habitantes; nos Estados Unidos, cerca de 150 e, em Portugal, 70,4.

Que concluir destes números? Que há menos cancros no nosso País?

Não julgo sustentável essa hipótese.

Atendendo a que, em Portugal, a percentagem de cancros diagnosticados precocemente é muitíssimo menor do que naqueles países; que dispomos de incomparavelmente menos centros de diagnóstico devidamente equipados; que uma grande parte da nossa população é ainda mal assistida na doença; que não há razões para supor que a nossa raça seja mais refractária ao cancro do que os países do norte da Europa ou do norte da América; que muitos médicos se vêem, muito frequentemente, obrigados a estabelecer diagnósticos de cancros apenas fundamentados em suposições clínicas ou a incluir muitos falecimentos por cancro em «causas mal conhecidas»; que a grande maioria dos casos de cancro que se apresentam aos médicos mais instruídos em questões de cancerologia nas várias especialidades e que dispõem de melhores meios de diagnóstico estão em fase de adiantada evolução e, portanto, mais sujeitos a breve terminação por morte; que, no conjunto do nosso País, as possibilidades de se aplicarem os tratamentos mais adequados para o cancro são muito menores do que na Alemanha, na Áustria, na Inglaterra, nos Estados Unidos — temos de concluir que as nossas estatísticas, se correspondessem à realidade, mostrariam uma percentagem de mortes por cancro mais elevada ainda do que nos países referidos.

Afinal, a Estatística oficial quanto à mortalidade por cancro representa, apenas, a triste realidade de que estamos atrasadíssimos na luta contra o cancro em Portugal e que devemos intensificar essa luta, com todos os seus aspectos, criando muitos e bem equipados centros de diagnóstico e de tratamento nos nossos já existentes hospitais e dispensários e outros que venham a organizar-se; estabelecendo vasta rede de serviços sociais especializados e desenvolvendo a educação sanitária.

Comparando as estatísticas portuguesas com as estrangeiras e atendendo às precárias condições em que nos encontramos quanto ao diagnóstico e ao tratamento dos tumores malignos, julgo que não exagero ao calcular que, em Portugal, morrem, por ano, de cancro, cerca de 18.000 pessoas. Não podemos, pois, admitir o optimismo que revelam as nossas Estatísticas, que, em 1956, indicaram apenas 7.425 pessoas falecidas por tumores malignos. O cancro deve ser em Portugal, como na Inglaterra, Estados Unidos e muitos outros países, a 2.ª causa de morte, depois das doenças do coração; estas figuravam em 1956 com o número 17.503, mas é natural que também muitas causas de morte por doenças do coração estejam incluídas nas 2 rubricas — Senilidade e outras doenças — a primeira indicando 19.431 e a segunda 21.775 mortes.

O cancro deve ser considerado, pois, em Portugal como um dos nossos mais importantes problemas sanitários, tal qual é encarado nos outros países.

★

Mas voltemos à incidência do cancro na Inglaterra — que é, aliás, o motivo desta crónica.

No que respeita à incidência do cancro, não interessa, apenas, conhecer as taxas de mortalidade, mas também as de natalidade. A Inglaterra pode, felizmente, apresentar valiosas indicações estatísticas a este respeito; e digo felizmente porque nós, à parte alguns elementos conhecidos referentes ao Instituto Português de Oncologia, muito pouco sabemos de positivo que possa dar ideia sobre a incidência das várias localizações dos tumores malignos, os tratamentos empregados e o seu controlo.

Ainda com referência à mortalidade sabemos que na Inglaterra, durante o ano de 1953 (foi a última estatística glo-

bal que pude compulsar), foi a seguinte a distribuição das várias localizações nos referidos 87.924 casos de morte atribuídos ao cancro:

Órgãos digestivos e peritoneu	37.945
Seios e órgãos génito-urinários	22.432
Aparelho respiratório	16.439

Nos dois sexos, as mais frequentes localizações de cancro são as do aparelho digestivo. Adiante salientarei alguns números que darão ideia mais exacta sobre as incidências nos vários órgãos, com alusão a estatísticas de morbidade na Grã-Bretanha, que pude estudar; não me demorei, porém, nas referências ao cancro do foro ginecológico, que serão tratadas, especialmente, em próxima crónica.



Vejamos, por exemplo, o que se passa em duas regiões da Inglaterra (lembremos que, para efeito da luta contra o cancro, a Grã-Bretanha está dividida em várias áreas, que abrangem a maior parte dos respectivos hospitais): as regiões de Liverpool e de Oxford.

Liverpool (referente a 1955). As localizações mais frequentes são na pele (828 casos — 15,1 %), pulmão incluindo o mediastino (810 casos — 14,8 %), seio (713 casos — 13 %), aparelho genital feminino (504 casos — 9,2 %), estômago (469 casos — 8,5 %), cólon (383 casos — 7 %) e recto (214 casos — 3,9 %), na totalidade de 5.454 novos casos de cancros diagnosticados histologicamente.

Oxford (referente a 1953). Localizações mais frequentes: pele (466 casos — 14,2 %), traqueia, brônquios, pulmão e pleura (316 casos — 9,8 %), seio (428 casos — 12,8 %), aparelho genital feminino (292 casos — 8,7 %), estômago (251 casos — 7,7 %), cólon (287 casos — 8,2 %) e recto (210 casos — 6,5 %) — em 3.271 casos de cancro diagnosticados pela 1.ª vez durante o ano de 1957.

Os números referidos nestas estatísticas quanto às principais localizações de tumores malignos são semelhantes e devem traduzir a percentagem total na Inglaterra, dado que a eficiência da luta anticancerosa (elementos de diagnóstico e de tratamento, assistência aos doentes, controle, educação sanitária) diferem muito pouco de região para região. Não falando na divergência quanto aos números referentes ao recto, onde as percentagens se mostram mais afastadas, também há diferenças quanto ao pulmão; mas é necessário atender a que, quanto à área de Liverpool, a rubrica indica o pulmão incluindo o mediastino; e para Oxford «traqueia, brônquios, pulmão e pleura».

Não podemos estabelecer comparações entre estas estatísticas e quaisquer outras referentes a Portugal, por que não as possuímos no que respeita a áreas abrangendo todos os organismos de assistência da região. Apenas a título de curiosidade, compararmos as percentagens de Liverpool e Oxford com as do Instituto Português de Oncologia, que registou os seguintes casos novos inscritos durante o ano de 1956:

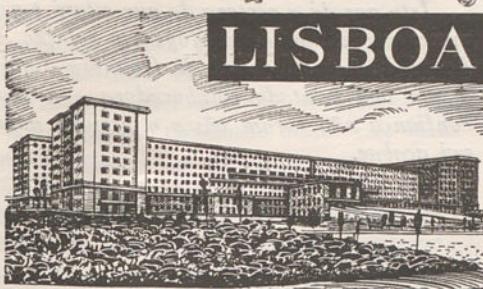
Pele	370
Seio	440
Aparelho genital feminino	835
Estômago	114
Côlon	23
Recto	79

num total de 2.261 casos de tumores malignos inscritos em 1956.

Quere dizer, quanto a percentagens:

	I. P. de O.	Oxford	Liverpool
Pele	16,3 %	14,2 %	15,1 %
Seio	19,4 %	12,8 %	13 %
Aparelho genital feminino	36,9 %	8,7 %	9,2 %
Estômago	5 %	7,7 %	8,5 %
Côlon	1 %	8,2 %	7 %
Recto	3,4 %	6,5 %	3,9 %

(Continua)



LISBOA

No Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge foi inaugurado mais um Curso de Engenharia Sanitária. Sob a orientação do Dr. Fernando da Silva Correia, o Instituto Ricardo Jorge prossegue e continua a sua obra de ensino e propaganda da Higiene. Com o Curso Superior de Higiene e os cursos de aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, a actividade do Instituto é intensa e são por centenas os alunos que anualmente passam por lá.

EFEMÉRIDES

Novembro 9 — Conclui o IV Curso de Aperfeiçoamento de Engenharia Sanitária para engenheiros municipais, no qual tomaram parte 57 engenheiros cuja actividade se desenvolve em 44 Câmaras Municipais e nas Federações de Municípios da Estremadura e da Beira Alta.

De manhã, os componentes do curso visitam a rede de esgotos de Lisboa e os troços do caneiro de Alcântara, em construção, reunindo-se, por último num almoço de confraternização.

Pelas 16 horas, realiza-se, no edifício do Instituto Superior de Higiene «Dr. Ricardo Jorge», a sessão de encerramento do curso.

11 — Iniciam-se pelas 9 horas as aulas do Curso de Medicina Sanitária de 1957/58.

13 — O «Diário do Governo» insere a lista dos candidatos aprovados nos concursos para habilitação ao lugar de anatomo-patologista do Sanatório de D. Carlos I.

14 — Regressa por via aérea a Lisboa, o Prof. Lopo de Carvalho, decano da Faculdade de Medicina de Lisboa que há dias recebeu o título de doutor «Honoris Causa» pela Universidade de Paris e proferiu a lição inaugural do antiteatro «Dr. Fernand Besançon», antigo professor da Faculdade de Medicina de Paris e secretário geral da União Internacional Contra a Tuberculose.

O Prof. Lopo de Carvalho que foi alvo de bem significativa manifestação de apreço, recebeu do Comité da Defesa Nacional Contra a Tuberculose da França,

MOVIMENTO MÉDICO (Os acontecimentos da Vida Médica Nacional e Estrangeira) DO PAÍS

Imprensa Médica

(Títulos de alguns artigos originais aparecidos ultimamente)

INTRODUÇÃO A ESTATÍSTICA MÉDICA (Meliço Silvestre) — «Clin., Hig. e Hidrol.», Lisboa (Julho de 1957).

SOBRE O TRATAMENTO DAS FRACTURAS SUPRA-CONDILIANAS DO ÚMERO (J. Vieira Lisboa) — «A Med. Cont.», Lisboa (Setembro de 1957).

HIBERNAÇÃO ARTIFICIAL (Lúcio de Almeida) — «Coimbra Méd.», Coimbra (Set.-Out. de 1957).

uma homenagem não menos expressiva, na recepção que lhe foi oferecida, numa esplêndida prova da aproximação científica luso-francesa.

No aeroporto aguardam o Prof. Lopo de Carvalho, numerosos professores e médicos, pessoas de família, etc.

— No salão nobre do Hospital dos Capuchos, reune-se, à noite, a Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia.

Após a posse dos novos corpos gerentes, constituídos pelos Drs. Meneses Sampaio, presidente; Aureliano da Fonseca (Porto), Artur Leitão (Coimbra) e Norton Brandão (Lisboa), vice-presidente; Cruz Sobral, secretário-geral; Arnaldo Tamissa, 2.º secretário; e Maciel Chaves tesoureiro, o novo presidente faz uma alocução sobre «Progressos na terapêutica dermatologista».

— Na clínica de Propedéutica Médica do Hospital de Santa Maria, há uma sessão científica para estudo de dois casos de «lupus eritematoso disseminado», apresentados pelo Dr. Magalhães Colaço, com apresentação também da biópsia e do fenómeno L. E. Foi discutido o diagnóstico diferencial do primeiro caso com a sarcoidose pulmonar, o significado do fenómeno L. E. no «lupus» e o seu valor-diagnóstico, abordando-se o problema do fenómeno L. E. na arterite reumatóide.

Intervêm na discussão os Profs. Cortês Pimentel, Adelino Padesca e Eduardo Coelho e os Drs. Ferreira Crespo e Salomão Sequerra.

16 — Os enfermeiros que frequentam

ram a Escola de Enfermagem Artur Ravares nos anos lectivos de 1930 a 1932, reunem para festejar o 25.º aniversário do seu curso. Há um almoço de confraternização, em que tomam parte o director da referida Escola naquele tempo e todos os professores que lecionaram o referido curso.

DIÁRIO DO GOVERNO

(De 15 a 21/XI/1957)

ACUMULAÇÕES

Foram autorizados a acumular os seguintes lugares:

Dr. Augusto Rosa de Vasconcelos Caires, capitão médico, em serviço no Hospital Militar de Doenças Infecto-Contagiosas — o cargo de segundo-assistente de cirurgia do Centro de Cirurgia Torácica da Zona Sul.

21-XI-57

CONCURSOS

Estão abertos concursos:

Para provimento do lugar de médico municipal do 4.º partido médico do concelho de Azambuja, com centro em Manique do Intendente, do referido concelho.

16-XI-57

Para provimento do 2.º partido médico municipal, com centro no lugar de Portela,

COMBISTREP*
(SULFATOS DE ESTREPTOMICINA E DIHIDROSTREPTOMICINA)

REDUZ A OTOTOXICIDADE

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

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



freguesia de Santa Margarida da Coutada (Constância).

19-XI-57

NOMEAÇÕES

Dr. António Nicolau Cruz Soares da Costa, médico municipal do concelho de S. João da Madeira — subdelegado de Saúde, do referido concelho.

18-XI-57

Dr. Arménio Carneiro Pinheiro, médico municipal do concelho de Campo Maior — subdelegado de Saúde, interno, do referido concelho.

20-XI-57



Depois de lamentável pausa, retomou-se, no Hospital de Santo António, o caminho, que teve tão difícil início, do «internato clínico». As primeiras provas acabaram há poucos dias — as do internato complementar de obstetrícia — tendo presidido ao júri o Dr. José Aroso e dele fazendo parte os Drs. Mário Cardia e Rolando Vanzeler. Seguem-se as provas para o internato geral e para o internato complementar de cirurgia. Todos aqueles que se interessam pelos progressos do Hospital de Santo António congratulam-se com a realização destas provas, que consolidando a existência do «internato», prestigiam a velha casa hospitalar que a Misericórdia do Porto vai sustentando com grandes sacrifícios.

EFEMÉRIDES

Novembro 12 — Em missão de estudo, partiu para S. Tomé e Príncipe o primeiro

assistente da Faculdade de Farmácia, Dr. António Correia Alves, que, por despacho do Ministro do Ultramar e autorização do Ministro da Educação Nacional, vai àquela Província estudar a sua flora medicinal e colher espécimes para os trabalhos de investigação em curso do Agrupamento Científico de Farmacognosia, que a Junta das Missões Geográficas do Ultramar, criou, recentemente, naquela Faculdade.

13 — Sabe-se que se realiza em Lisboa, à tarde, na Junta de Construções para o Ensino Superior, o anunciado concurso relativo à empreitada de fornecimento de aparelhagem e diverso material para equipamento dos Institutos da Faculdade de Medicina do Porto.

O acto é extraordinariamente concorrido, dando entrada vinte e três propostas que, pela sua complexidade, vão, agora ser convenientemente estudadas para resolução.

PESSOAL TÉCNICO
E DE LIMPEZA...

Lemos há dias que os serviços da Faculdade de Direito de Lisboa, continuavam no velho edifício porque não tendo sido aumentado o quadro de pessoal técnico e auxiliar de limpeza era impossível transferirem-se para as novas e modelares instalações que se haviam construído destinadas àquela Escola Superior.

Logo, claro, nos ocorreu o que se passa em Coimbra onde falta igual se está a verificar em relação à Faculdade de Medicina, que, entretanto, dando provas da maior boa vontade e de plena confiança, se havia apressado a instalar no novo edifício.

Dias decorreram e os jornais trazem-nos a notícia de que o necessário aumento do quadro de pessoal técnico e de limpeza se dera, em relação à Faculdade de Direito de Lisboa.

Isto nos dá a certeza de que estará para muito breve medida análoga em relação à Faculdade de Medicina de Coimbra e que a sua boa vontade colaboradora e a sua confiança não foram vãs e o período mau vai acabar.

L. A. D.-S.

EFEMÉRIDES

6 — É nomeado assistente de Clínica Médica da Faculdade de Medicina, o Dr. José Freitas Tavares, que durante algum tempo exerceu as funções de médico interno dos Hospitais da Universidade, prestando serviço no Posto de Socorros, onde conquistou consideração geral.

7 — No Instituto Maternal é prestada homenagem ao Prof. Bissaya Barreto, que deixou as funções de director daquele estabelecimento, aproveitando-se a circunstância de ser a primeira vez que ali opera após ter deixado as funções de direcção. Na presença de todo o corpo clínico, pessoal de enfermagem e dos funcionários dos serviços administrativos, estando ainda presente o Dr. Moura Relvas, presidente da Câmara Municipal de Coimbra e outras entidades, o Dr. Santos Bessa, actual director do Instituto e que já ocupa o cargo de Chefe dos Serviços Clínicos, sauda aquele professor exaltando a sua obra naquele estabelecimento de assistência que hoje tem o seu nome. Depois de descerrada a sua fotografia, o homenageado agradece a manifestação de que tinha sido alvo, dirigindo palavras de apreço ao Dr. Santos Bessa, assim como a todos os colaboradores. O Prof. Bissaya Barreto é muito cumprimentado.

9 — Realiza-se, num hotel desta cidade, um almoço de homenagem ao Dr. Santos Bessa, oferecido pelos médicos do Instituto Maternal Dr. Bissaya Barreto, para comemorar a sua nomeação para director daquele Instituto.



EFEMÉRIDES

— Decorre com brilho a festa da distribuição de prémios aos alunos das escolas da Cbra Social de S. Martinho da Gândara.

É orador oficial da sessão o Prof. João Porto que, depois de agradecer as palavras do Dr. António Luis Gomes e de salientar que era a primeira vez que visitava aquela Obra Social, traça em palavras concisas, a vida e a obra do fundador da simpática

GRIPE?

**3 SUPOSITÓRIOS
BISMOGENOL
+ CLORANFENICOL**



E. TOSSE & C.º

HAMBURGO

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART — Rua Santo António, 203 — PORTO
SUBAGENTE — AZULAY & C.º, LDA. — Rua Aurea, 100-2.º-D.to — LISBOA

Instituição. Déscreve então, pormenorizadamente a acção notável da Obra Social de S. Martinho da Gândara e mostra as diferenças existentes entre a beneficência e a justiça. Em conclusão disse: «As obras benficiares e as de organização social hão-de irmanarse no mesmo espírito cristão que deve informar umas e outras». E a finalizar: «Esta obra deveras considerada, simultaneamente, de benficiente e de organização social. O esteio que a sustenta no domínio das virtudes é a caridade e, no do objecto material, a dádiva».

Encerra a sessão o sr. coronel Dias Leite, que se congratula pelo êxito e o brilho da festa e tem palavras de louvor para com o fundador e seus mais directos colaboradores que, realizando aquela Obra, estavam a contribuir para um Portugal maior.

Prolongadas palmas abafam as suas últimas palavras.

4 — Morre no Instituto Nun'Álvares o P. Afonso Luisier, notável botânico e biólogo que dirigia a Secção de Ciências Naturais da revista «Brotéria». A ciência perde um grande homem e a província portuguesa da Companhia de Jesus um dos seus mais eminentes valores.

5 — A seu pedido, a Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Bragança exonera do cargo de director clínico do Hospital da Misericórdia o Dr. António Emilio Sendas, ficando até nomeação definitiva a exercer essas funções a

directora da enfermaria mais antiga Dr.ª D. Laura Torres.

7 — Dizem-nos de Guimarães que, na sua última reunião, a mesa administrativa da Santa Casa da Misericórdia autoriza o Dr. Fausto Castro Martins Araújo, especialista de Oftalmologia, a prestar serviços da sua especialidade no Hospital da Misericórdia, mediante prévio entendimento com o director desses serviços, Dr. António Vilas Boas e Alvim.

8 — Por motivo da concessão de subsídios num total superior a 3.000 contos para a construção da Escola de Enfermagem e do Lar das Alunas-Enfermeiras, a Mesa da Misericórdia e Hospital de S. Marcos, faz expedir os seguintes telegramas: — «Doutor Azeredo Perdigão, Lisboa. Mesa Misericórdia Hospital S. Marcos Braga agradece V. Ex.^a alta protecção concedida benefícios solicitados esta Santa Casa magnanimamente concedidos benemerita Fundação Calouste Gulbenkian Provedor, Elísio Pimenta». — Ex.mo administrador Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa Mesa Santa Casa Misericórdia Hospital S. Marcos, Braga ao tomar conhecimento ofício hoje recebido manifesta V. Ex.^a todo seu reconhecimento altos benefícios prestados pela Fundação. Provedor, Elísio Pimenta».

Novembro 10 — Realizam-se cortejos de oferendas a favor dos hospitais locais em Paços de Ferreira, na Murtosa e em Oliveira de Frades. O Hospital de Paços de Ferreira teve no ano transacto uma

despesa superior a 450 contos, sendo a despesa particular da Irmandade mais de 180 contos. O Estado e o Município perfizeram o restante.

Supõe-se que o cortejo da Murtosa tenha rendido mais que o anterior; o de Oliveira de Frades, a favor do Hospital de N. S.^a dos Milagres rende cerca de 200 contos.

Os trabalhos desse posto funcionaram apenas alguns dias, sendo certo que muitos dias mais teriam que funcionar se a população local tivesse uma noção mais clara de que se tratava de medidas preventivas, de alto interesse social e que só vantagens proporcionam a quem delas se aproveite.

13 — Sai, de Nova Delhi para Carachi, por via aérea, com destino a Goa, a delegação da Cruz Vermelha Portuguesa, presidida pelo Prof. Castro Freire que tomou parte nos trabalhos da XII Conferência Internacional da Cruz Vermelha reunida na capital da União Indiana. O presidente nacional desloca-se propriedade ao Estado da Índia Portuguesa, a fim de visitar a delegação da Cruz Vermelha naquela cidade.

14 — O «Diário do Governo» insere a nota dos candidatos aprovados no concurso para habilitação ao provimento de lugares de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso de Évora.

Rectofenicol



ADULTOS

SUPOSITÓRIOS

INFANTIL

NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS
COMPLICAÇÕES DOS ESTADOS GRIPAIOS

Associação de cloranfenicol com ação antibacteriana polivalente, sulfadiazina e canfocarbonato de bismuto.

LABORATÓRIO ÚNITAS, L.D.A

C. Correio Velho, 8 - LISBOA

NA UNIVERSIDADE DE TOULOUSE

Conferências do Dr. Almerindo Lessa

A convite da Faculdade de Medicina de Toulouse esteve este mês naquela cidade o Dr. Almerindo Lessa, director do Serviço de Sangue dos Hospitais Civis de Lisboa, que ali realizou uma conferência sobre a organização dos serviços de sangue nas províncias portuguesas ultramarinas e dirigir um colóquio sobre a «agueusia à feniltiocarbamida».

A conferência, que se realizou no anfiteatro da Clínica Cirúrgica, assistiram numerosos estudantes, médicos internos, chefes de clínica e professores, entre eles os Profs. Meriel, de Clínica Médica; Cadrat, de Patologia Interna; Rieuneau, de Clínica Cirúrgica; Poulhes, de Anatomia; Bouisset, de Parasitologia e Madame Rieuneau, encarregada do ensino de Anestesiologia. Estava presente também todo o pessoal médico, administrativo e de enfermagem do Centro Regional de Sangue. O Dr. Almerindo Lessa depois de expor os princípios políticos e históricos que, independente das condições de raça, de geografia e de tempo, sempre consideraram iguais todos os indivíduos nascidos em território português, enumerou as razões pelas quais Portugal merece o título de pioneiro nos estudos de Medicina Tropical. Em seguida, disse como tinham sido organizados os serviços de sangue em Cabo Verde, em Angola, em Moçambique e na Índia, para o que seguira os moldes do serviço de Lisboa com as necessárias adaptações a cada uma dessas novas condições locais. Discutiu os limites da patologia tropical conforme as regras já anteriormente apresentadas por si e por Carlos de Oliveira ao Congresso Internacional de Paris, em 1954 e recentemente reexpostas noutro trabalho seu, de colaboração com Jacques Rufié, aparecido na revista Toulouse Medical. À luz desses critérios definiu os moldes que, em seu juízo, devem ser seguidos na organização dos centros de sangue nas regiões tropicais. No fim da conferência foram projectados três filmes, sonorizados em francês, sobre os Serviços de Lisboa, de Lourenço Marques, de Goa e de Cabo Verde.

A Mesa Redonda sobre a aguesia gustativa, primeiro colóquio do género realizado em França, efectuou-se na Sala do Conselho da Universidade. A agenda proposta pelo Dr. Almerindo Lessa era a seguinte:

I — Histoquímica do gosto e mecanismos da sua percepção. Funções correlatas dos receptores lingüais, da saliva, dos centros nervosos e dos seus condutores. Influência da circulação. Fenômenos de contraste. A representação cortical e a memória do gosto.

II — O fenómeno da agueusia gustativa à feniltiocarbamida. Cons-

tituição química da F.T.C. História da descoberta desta agueusia. Designações incorrectas. Tentativas de explicação do fenômeno.

III — Correlações do fenómeno com o sexo, a idade, a individualidade antigénica (grupos sanguíneos) e as raças: caucasóides, negróides, mongolóides e mestiços (das Ilhas de Cabo Verde).

IV — Importância clínica do fenômeno. Hipóteses a considerar em Patologia — no estudo das correlações com certas doenças; em Semiótica — em provas de velocidade de circulação arterial; em Farmacologia — para o estudo da absorção digestiva de certas drogas; e em Terapêutica — na aplicação desta tiureia nos estados leucémicos.

V — Seus inconvenientes biológicos.
 Posição do fenómeno nos quadros da selecção natural e do problema filosófico da Evolução.
 — Possível correspondência com um «sistema cromossómico». Defesa deste conceito. Teoria de Goldschmidt.

— Importância na selecção natural. Exemplos: na selecção alimentar, na incidência de certas doenças disgénicas, na criação de estados de incapacidade ou inferiorização na defesa contra determinados agressores.

VI — Conclusões provisórias.



DORIDINA

ANALGÉSICO : ANTIPIRÉTICO

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

Excipiente apropriado q. b.

Cada supositório 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

Assistiram ao colóquio vinte e duas personalidades e depois da exposição do Dr. Almerindo Lessa, estabeleceu-se uma ampla discussão em que tomaram parte os Drs. Vandel, membro do Instituto, professor de Zoologia na Faculdade de Ciências e considerado hoje uma das maiores autoridades mundiais em genética humana; Blaizot, professor de Fisiológica Geral na Faculdade de Ciências; Huron, professor de Análises aplicadas na Faculdade de Ciências; Sandrail, professor de Medicina experimental; Calvet, director honorário e professor de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina; Planques, professor de Medicina legal; Andrieu, professor de Bacteriologia; Bouisset, de Parasitologia; e Sermet, professor de Psicologia na Faculdade de Letras.

Os problemas mais debatidos foram o papel das variações químicas da saliva e das hormonas córtico-suprarrenais no processo gustativo, os métodos matemáticos de análise dos materiais observados, a hereditariedade da diabetes, as variações sexuais do sentido gustativo (com base nas alterações verificadas a seguir a enxertos glandulares), e o significado que possa atribuir-se ao carácter F.T.C. no campo da evolução de certas espécies.

A conferência do Dr. Almerindo Lessa e as intervenções que se lhe seguiram foram registadas e serão publicadas brevemente.

«O Médico», congratulando-se com mais esta brilhante intervenção do seu ilustre colaborador e amigo, felicita cordealmente o Dr. Almerindo Lessa.

**DOIS NOVOS MEDICAMENTOS PARA FINS SEMELHANTES,
MAS CASOS DIFERENTES**

HIDROFECES

Fluidificante do conteúdo intestinal

Associação do SULFOSSUCCINATO DE DIOCTIL SÓDICO às Vitaminas do Complexo B.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Devido a uma redução de tensão superficial, o HIDROFECES provoca uma retenção de água em quantidade suficiente para tornar as fezes moles e, consequentemente, defecções normais. É um simples fluidificador por penetração das fezes endurecidas, secas ou compactas, não sendo irritante, nem causando rápido ou drástico esvaziamento do intestino. Para ser utilizado nas várias constipações, incluindo muito principalmente aquelas já há muito tratadas com laxativos.

A PRESENTAÇÃO

LÍQUIDO — Frascos de 150 c. c.

CÁPSULAS — Embalagens de 30 e 100 cápsulas.

PERIDROFECES

Estimulante do peristaltismo e fluidificante do conteúdo intestinal

Associação do SULFOSSUCCINATO DE DIOCTIL SÓDICO às Vitaminas do Complexo B e aos derivados antraquinónicos do Rhamnus Purshiana.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

O Sulfo succinato de dioctil sódico provoca uma redução de tensão superficial que permite uma retenção de água em quantidade suficiente para tornar as fezes moles e de fácil expulsão. Por outro lado, os derivados antraquinónicos da cáscara sagrada garantem uma acção estimulante do peristaltismo que origina a eliminação das fezes já amolecidas.

A PRESENTAÇÃO

LÍQUIDO — Frascos de 150 c. c.

CÁPSULAS — Embalagens de 30 e 100 cápsulas



**LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS**

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ - QUELUZ - Telef. 091027

EXPEDIENTE — Av. Duque Loulé, 108, 1.º — Lisboa — Telef. 42602

PROPAGANDA — Av. Duque Loulé, 108, 2.º — Lisboa — Telef. 42816

Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383

Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º — Telef. 24556

EM COIMBRA

PROF. HENRIQUE DE OLIVEIRA

A Faculdade de Medicina de Coimbra em fase de renovação que a jubilação de muitos dos seus Mestres impôs, mas também determinada pela orientação decidida de se valorizar preenchendo o maior número possível das vagas que se verificavam nos seus quadros, conta com o Dr. Henrique de Oliveira como o seu mais recente catedrático.

Servidor da Faculdade desde o ano de 1930/31, ano em que nela se matriculou pela primeira vez. É que nesse mesmo ano a começou a servir como aluno que a honrava — não é só o prestígio dos mestres que enobrece uma escola mas igualmente o dos alunos — mas também como seu colaborador, preparando um magnífico trabalho na cadeira de histologia — *contribution à la connaissance de la mécano-structure du tibia humain* — que lhe valeu a excepcionalíssima classificação final de dezoito valores nessa cadeira, dada pelo Prof. Geraldino de Brites.

Licenciado com a média geral de dezanove valores, havendo mesmo em algumas disciplinas sido classificado com vinte, logo ficou assistente de Bacteriologia e Parasitologia.

A par dos trabalhos de investigação marcava relevo especial a maneira como se desempenhava das funções pedagógicas. Os seus alunos encontravam nele, além de um prelector de eleição, um orientador e um amigo interessado. Pode dizer-se que descobriu uma maneira nova de ensinar pois criara, realmente, um estilo pedagógico próprio, que mais se impôs quando em 1946/47 começou a rege o Curso de Parasitologia.

Em Maio de 1952 foi aprovado, por unanimidade, professor extraordinário do 5.º grupo e desde então ficou também a rege a Cadeira de Bacteriologia e Parasitologia.

Foi à Cátedra destas disciplinas do curso médico que concorreu no presente ano e após provas brilhantes foi aprovado unicamente.

A ele se deve o estudo da organização do Serviço de Transfusão de Sangue dos Hospitais da Universidade, de que foi encarregado pelo Director, o Prof. João Porto.

Colaborador dos Cursos de Férias da Faculdade e do II Curso de Aperfeiçoamento de Bacteriologia, realizado em 1953, em Lisboa, tomou parte em diversos congressos e reuniões científicas, nomeadamente no III Congresso Hispano-Português de Dermatologia, realizado, em 1954, em Santander, e onde apresentou o trabalho «A endemia portuguesa da tinha; suas características etiológicas».



Prof. Henrique de Oliveira

gia da febre tifóide»; «Ensaio de bacteriostase no género Brucella»; «Dois anos de funcionamento do Centro de Transfusão de Sangue dos H. U. C.»; «O meio de Klodnizky modificado na bacteriostase selectiva no género Brucella»; «Contribuição para o estudo da dispersão das aglutininas anti-brucelosas humanas em Portugal»; «Tinea capitis»; «Uma helmintiase ignorada — a Strangyloidose»; «O primeiro caso de Leptospirose ictero-hemorrágica identificada no Centro de Portugal»; «Contribuição para o estudo dos Dermatófilos portugueses—I Dermatófilos do Centro de Portugal; II A Microsporia no Centro de Portugal; III 10 casos de tinea capitis de etiologia mista; IV Tinea barbae; A Endemia Portuguesa da Tinha».

Colaborador de «O Médico», o que muito nos honra, cumprimentá-lo desejando-lhe a continuação de seus triunfos em sector tão útil do ensino médico e da investigação científica.

L. A. D.-S.

Falecimentos

Dr. Sertório Senna

Faleceu em Lisboa, no dia 19 de Outubro findo, o Dr. Sertório Mónica Senna, um dos mais ilustres oftalmologistas portugueses, que era director do Serviço de Oftalmologia dos H.C.L. Nascido em Moçâmedes em 1894, fez o curso na Faculdade de Medicina de Lisboa, e completou a sua especialização nos cursos que concluiu em Bordeus, Paris, Viena, Hallé e Berlim.

O nosso colega fundara a Sociedade Portuguesa de Oftalmologia e o Agrupamento Oftalmológico do Hospital de S. José e era sócio das Sociedades de Ciências Médicas de Lisboa, de Oftalmologia Hispano-Americana e Francesa de Oftalmologia. Foi Presidente da Secção de Oftalmologia da Sociedade das Ciências Médicas, cargo que abandonara há pouco por motivos de saúde.

O CATGUT
MAIS ANTIGO
QUALIDADE SUPERIOR

Lukens
Surgical Sutures

LUKENS PRODUCTS
MADE ONLY
FOR THOSE WHO
APPRECIATE AND
DEMAND THE BEST

DO ESTRANGEIRO

Imprensa Médica

(Títulos de alguns artigos originais aparecidos ultimamente)



Dos 100 milhões de habitantes dos Estados Unidos da América do Norte com mais de 21 anos, 35 milhões nunca consomem bebidas alcoólicas. O resto divide-se assim:

48 milhões são consumidores ocasionais de álcool;

5 — moderados;

5 — médios;

3 — grandes consumidores;

3 — inveterados;

1 milhão — alcoólicos crónicos.

Resultados da «lei seca»?

Alguns Congressos a realizar em 1958

5.^{as} Jornadas Médicas de Bordéus — Outubro de 1958.

9.^a Conferência de Oftalmologia de Paris — Novembro de 1958.

7.^º Congresso Internacional da Lepra — Nova Deli, Dezembro de 1958.

20.^º Congresso de Psicanalistas de Línguas Romanas — Paris, Dezembro de 1958.

9.^a Conferência Internacional do Serviço Social — Tóquio, 8 a 14 de Dezembro de 1958.

3.^º Congresso Internacional da Lepra — Nova Delhi, 8 a 14 de Dezembro de 1958.

AS COLITES CRÓNICAS E SEU TRATAMENTO (P. Pene) — «Med. d'Afr. Noire», Dakar (4. 20. Out. de 1957).

O RIM ARTIFICIAL (F. Reubi) — «Med. et Hyg.», Génova (375, Out. de 1957).

TUMORES CARCINÓIDES (S. Perera e A. Mosto) — «La Prensa Med. Arg.», Buenos Aires (44, 23-Junho de 1957).

O TRATAMENTO DAS VARIZES. PROCESSO PESSOAL (T. Pascoesco) — «La Pre. Méd.», Paris (67, 79, Nov. de 1957).

APLICAÇÕES CLÍNICAS DA TRIIODOTIRONINA (Goolden e Burrel) — «Brit. Med. Journ.», Londres (5052, Nov. de 1957).

REVISTA DA IMPRENSA LEIGA

Inquietemo-nos...

As drogas tranquilizadoras estão a tornar-se numa ameaça mundial, segundo afirmou o psiquiatra de Sidney Dr. Charles McCarthy que acaba de regressar de uma conferência internacional de psiquiatras em Zurique.

O Dr. McCarthy afirma que a consequência a longo prazo daquelas drogas é tornar as pessoas apáticas e estúpidas. Acrescentou que procurará, por intermédio da Associação Australiana dos Psiquiatras, levar o Governo Federal a fiscalizar as vendas de drogas na Austrália.

Temos de fazer ver aos australianos a confusão mental que resulta se tomarem indiscriminadamente drogas tranquilizadoras.

Tratamento da lepra

Os Drs. Pestel, de Paris, e Chambon, de Saigão, apresentam na «Presse Médicale» os resultados obtidos no tratamento da lepra com um novo antibiótico, o D-Cicloserina.

Fizeram as primeiras experiências em sete sujeitos e os resultados foram muito apreciáveis: a D-Cicloserina é muito activa contra o bacilo de Hansen, agente da lepra. As lesões cutâneas afrouxam rapidamente e os bacilos desaparecem por completo. No entanto, a D-Cicloserina provoca reacções que, embora não sejam perigosas, prejudicam um tanto a continuação do tratamento. Os estudos continuam activamente, mas os médicos em questão pensam que, desde já, a D-Cicloserina figura entre as medicações anti-leprosas mais activas.

Corantes

No seu recente Congresso, em Paris, os químicos de várias nacionalidades protestaram contra o uso e abuso dos corantes na indústria alimentar.

Os corantes que nomeadamente utilizam os pasteis, os confeiteiros e certos cozinheiros, podem, com o tempo, em virtude da sua acumulação no organismo, ser origem de certas leucemias, de dores de estômago diversas e doenças intestinais e das mucosas da boca.

Mapas para cegos

O Instituto Real Nacional para Cegos anuncia que vão ser fabricados na Grã-Bretanha mapas de geografia em matéria plástica e em relevo para uso de cegos.

Parto sem dor

Um ginecologista de Varese, em Itália, Mário Paladino, procedeu a uma experiência deveras curiosa, utilizando um magnetofone vulgar. Consegiu que desse à luz sem dor uma das suas clientes que submetia ao efeito da hipnose.

Para tanto, o clínico habituara a futura mãe, várias semanas antes do parto, a ouvir a sua própria voz na fita do magnetofone, pondo-a, assim, em estados de hipnose cada vez mais curtos. Quando as dores do parto começaram, o magnetofone foi posto a funcionar, perto do ouvido da parturiente, e esta deu à luz um lindo menino «sem dor de todo por ele».

LIVROS NOVOS

PECHBLEND E OUTROS CONTOS

pelo DR. JOAQUIM PACHECO NEVES

O nosso muito estimado colaborador Dr. Joaquim Pacheco Neves publicou, recentemente, mais um livro de contos — da série, tão discutida pela crítica, de novelas e contos «trágicos», «macabros», «esquisitos», etc., etc... É certo que as produções literárias do Dr. Pacheco Neves se apresentam sempre com aspectos sombrios e tratando assuntos que a muitos tem servido de pretexto para críticas depreciativas; mas é incontestável que o Dr. Pacheco Neves é mais um médico que honra a literatura nacional, como tem sucedido com tantos outros ilustres colegas. E este novo livro — «Pechblenda e outros contos» — é uma nova prova das excelentes qualidades de escritor que os leitores de «O Médico» têm ocasião de apreciar — não tantas vezes, aliás, como desejariam — nestas colunas. Como homenagem ao autor — a quem felicitamos vivamente — e para regalo dos leitores deste periódico, transcrevemos a seguir um dos contos do novo livro do Dr. Pacheco Neves.

Ben Amek, um dos mais ferozes capitães de Tarik, vivia atormentado pelo desgosto profundo de ter sido afastado do séquito onde vivia o seu amo e protector. Para esquecer-se, entregava-se às rudes surtidas dum batalhar sem descanso ou refugiava-se no seu palácio de mármore, entre os silêncios repousantes dos seus jardins perfumados e a leitura proveitosa dos seus filósofos predilectos.

Uma das distrações que mais recreava Ben era mirar-se nas águas quietas duma concha de alabastro, colocada no cimo duma larga escadaria de mármore, junto de colunas de pôrfiro e fragrantes madeiras de sândalo. Durante horas seguidas mergulhava os dedos esguios nas águas cristalinas e ficava embebedo a olhar para a sua figura dominadora, como se nela encontrasse uma revelação superior ou, nas suas formas esbeltas, um motivo de beleza que o perturbava e seduzia.

De tanto demorar junto da concha, dizia-se que nela buscava conselhos para as suas empresas de guerra e aventuras de amor, mas ninguém o podia testemunhar. As brandas palavras queixosas que ouviam ou o riso descuidado que se despreendia dos seus lábios, perdiam-se nuns froxos murmurários que, se surpreendiam o válido Youssef, nunca lhe despertaram motivos de alarme nem razões para fazer um reparo.

Ora um dia aconteceu que Ben, depois de afagar as águas quietas e transparentes da concha, recuou espavorido. Que teriam visto os seus olhos magoados para aquela repulsa inesperada e sentida? O que obrigaria Ben a recuar daquela maneira tão brusca e tão apaixonada?

Nessa tarde, quando Ben, seguido de numerosa hoste, regressava ao palácio depois duma incursão por terras de nazarenos, um gemido profundo sobressaltou os seus pensamentos e deteve os passos do seu cavalo de guerra.

— Dá-me água, senhor. Morro de sede.

Nos olhos do moribundo havia uma chama de febre e nos lábios ressequidos um travo de sofrimento.

— Dá-me água, senhor.

Ben recuou e, tomado de súbita fúria, atirou uma cutilada à cabeça do homem que o deixou sem vida.

— Não voltes a ter sede, cão maldito.

Youssef, que assistira de longe ao desatino, aproximou-se de Ben e, num sussurro, murmurou-lhe ao ouvido:

— Era um moribundo, senhor.

Ben franziu o cenho. Sem nada dizer, apertou as esporas nas ilhargas do cavalo, e partiu à desfilada.

Ben acercou-se de novo da concha de alabastro mas não se atreveu a olhar para a imagem que se reflectia na água. Aquele rosto monstruoso que vira quando se debruçara descuidado sobre ela, não era o seu mas o de alguém que se escondera nas sombras de um espírito ruim para o atormentar. O seu rosto não tinha deformações, nem bosseladuras, nem gilvazes a retalhar-lhe as carnes e a alargar-lhe os malares. Era harmonioso, quase belo, recortado num moreno torrado onde se reflectia o crescente vitorioso do Islão e as virtudes maravilhosas do Profeta.

Só tempos depois, quando o esquecimento apagou das suas recordações a figura horrenda que vira na água, é que ele se aproximou da concha de alabastro e se entreteve durante largo tempo nos descuidos antigos. O seu rosto reflectia-se de novo, sereno e confiado, no lume macio da água, sem uma ruga, sem uma cristação, sem um movimento convulsivo dos músculos. Era bem o dum homem que sabe o que quer e vive como deseja, apesar do manto de tristezas que pesava sobre os seus olhos e do cruel desgosto que atormentava o seu espírito.

Empenhado em novas surtidas, Ben continuou a talar os campos e a destruir as moradias dos nazarenos. Os seus instintos sanguinários só se calavam no meio das refregas e das fadigas das batalhas. Raro se detinha no seu palácio de mármore, a contemplar o silêncio das sombras que se derramava, sonolento, sobre os jardins perfumados ou a ouvir os murmurários sussurrantes da água a correr por entre os maciços das flores e as manchas aveludadas da

relva. À frente das suas hostes agueridas, deixava atrás de si um rasto de imprecções e sangue que ele dedicava a Allah para que o ungisse com um poder mais forte e o sagrasse com feitos mais gloriosos.

Numa das suas sortidas, Ben deparou com um templo poupadão pela guerra às destruições e ao saque. Admirado, entrou. Junto do altar-mor viu um velho a rezar aos pés dum crucifixo, alheio aos rumores do mundo e às violências da soldadesca sem lei. Ben apeou-se do cavalo e aproximou-se do homem. Do rosto pálido e sereno do velho, caíam sobre o peito sumido umas barbas brancas que lhe davam um aspecto venerando e solene.

— Que fazes aqui, velho imundo? Não sabes que os teus irmãos já fúgiram?

O velho, sem se aperceber da presença de Ben, continuou a orar como se vivesse fora do mundo, no reino distante de Deus.

— Não me respondes, nazareno sujo?

Ben, irado, ia despedir-lhe uma cutilada quando atentou nas austeras barbas brancas que pousavam, como fios de prata, sobre a estamenha escura.

— Foi para me espiares, infiel cristão?

As barbas do velho estremeceram ligeiramente quando ergueu o rosto para Ben.

— Que fazes aqui? — gritou Ben desesperado.

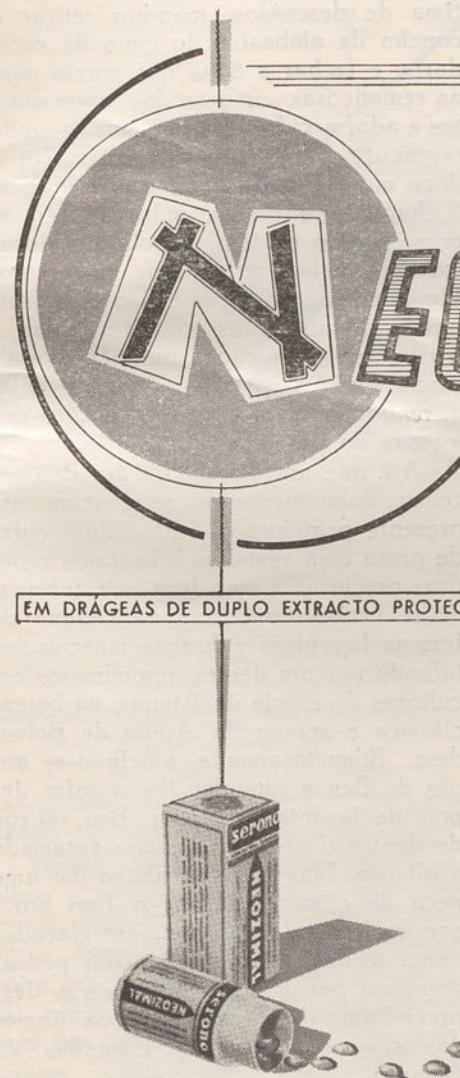
— Rezo, senhor — respondeu o homem calmamente.

— Pois deixarás de rezar.

Dum golpe cortou-lhe as barbas e levantou-as ao alto, como um troféu glorioso. Depois calcou-as com raiva e, numa voz estrepitosa e cruel, ordenou:

— Crucificai o nazareno. Que morra como aquele que morreu por ele.

Os soldados arrastaram o velho e amarraram-no a uma árvore. Como não tinham cravos, espetaram-lhe punhais nas mãos e nos pés. O sangue correu aos borbotões, mas a boca não se lhe abriu para um queixume. Quando exalou o último suspiro e a cabeça tombou desfalecida sobre o peito, o válido



NEOZIMAL

SERONO

EXTRACTO CONCENTRADO DE EPITÉLIO VESICULAR ASSOCIADO
A ENZIMAS PROTEOLÍTICOS, LIPOLÍTICOS E AMIDOLÍTICOS

*Favorece a assimilação e a
metabolização das gorduras,
assegura aos hepatocolécis-
títicos uma digestão normal.*

ISTITUTO FARMACOLOGICO SERONO — ROMA

ÚNICO CONCESSIONÁRIO PARA PORTUGAL, ILHAS E ULTRAMAR:
L. LEPORI, LDA. — LISBOA — R. IMPRENSA NACIONAL, 86-88

aproximou-se de Ben e, fitando-o nos olhos, ciciou:

— Era um velho, senhor.

Ben, surpreendido com a intromisão de Yussef, ia ripostar com violência, mas ficou calado, sem saber o que dizer. Desesperado, montou no cavalo e partiu. Logo que chegou ao palácio quis desceder para a água fresca da concha era um calmante para a sua ira desvairada e cruel. Se não sentia nas mãos a sua frescura acariciadora, parecia-lhe que a respiração continuava a ser comandada pela fúria das batalhas e oprimida pelo nervosismo da guerra. Inclinou-se para diante mas, horror!, viu de novo espelhada na água a figura monstruosa dum rosto desconhecido. As bosseladuras dos malares tinham excrescências sinistras, do nariz achatado e grosso desprendiam-se tufo negros e compridos, nos olhos vermelhos havia uma aréola esbranquiçada e suja. Ben recuou. No rosto espavorido estampou-se-lhe uma surpresa de dor e angústia. Quem seria aquele monstro que estava a substituí-lo à superfície da água? Alguém que se divertia lançando negros receios no seu coração amargurado e triste?

Desconfiado, olhou à sua volta para ver se descobria no rosto dos seus soldados algum indício que lhe despertasse suspeitas, mas viu-os tranquilos, num ameno convívio, a relatar os feitos

de cada um e a recrearem-se nos prazeres da mesa, entre cangirões de vinho e saborosas pernas de cabrito assado.

Ben passeou a mão pelo rosto e sentiu-o liso e regular. O que vira no espelho não devia ter passado dum miragem provocada pela fadiga ou pela lembrança do homem que morrera na cruz. Os seus dedos não podiam enganá-lo. Quem o enganava era o espelho que reflectia a sua figura na água e o queria alarmar com umas deformações que não existiam, e umas monstruosidades que só a sua imaginação poderia criar.

Dias depois, quando houve nova surtida, já Ben cavalgava descuidadamente o seu ginete de guerra. O sol ardente da Andaluzia dardava com força nas campinas ensolhadas e luminosas, levantando do chão uma fogueira que queimava os cascos dos cavalos e estrangulava os homens com umas secas mortais. Durante horas, destruiram, mataram, encheram-se com os despojos das vítimas, até que souo o momento da retirada. Cada homem pensava apenas na alegria de se refrescar e banhar-se nas águas frias e murmurantes do Guadalete, mal regressassem ao lar. Dariam até de bom grado o que levavam se encontrassem um

poço ou um veio de água onde se pudessem consolar e beber.

Ben Amek sofria, como os seus homens, as mesmas inclemências duras do sol e as torturas ardentes da sede; mas, mais experiente, logo que encontrou uma cabana abandonada apeou-se para retompar as forças na frescura das suas sombras acolhedoras. Sentou-se numa pedra junto da lareira apagada e limpou o suor que escorria às bagas da sua fronte cansada. Ao lado das cinzas extintas havia talhas e bilhas de serventia diária, como se alguém ali vivesse e delas se servisse para cozinhar.

— Haverá aqui gente? — perguntou a um dos soldados.

Os recipientes tinham sido esvaziados e uma mancha fresca de humidade no chão denunciava a presença de quem os despejara, ao aperceber-se da chegada dos soldados.

— Trazei-me quem cá estiver — ordenou Ben. — Vai saber quanto lhe custa a água que entornou.

No fundo do quintal, de dentro dum maciço de verdura, trouxeram uma rapariga esbelta, de rosto delicado e franzino. O seu corpo ondeava com a timidez das corças e os seus olhos surpreendidos brilhavam com a luz do refeio. Aproximou-se de Ben e fez uma

reverência profunda e demorada. Ben gritou-lhe:

— Vinho, quero vinho.

A rapariga foi buscar um cangirão a um falso, e entregou-lho. O seu busto desenhou-se com relevo, e deixou avultar a forma dos seios e a linha delicada da cintura. Não teria mais de quinze anos, talvez não ultrapasse os catorze, tão franzina de aspecto e tímido de modos se apresentava diante de Ben.

Ben emborcou dum trago o cangirão e limpou os lábios com o dorso dos dedos.

— És nazarena? — perguntou, ao ver-lhe uma pequena cruz de madeira sobre o colo branco e macio. — Onde estão os teus pais?

A rapariga, com os olhos no chão, parecia uma estátua de dor e sofrimento.

— Ouviste o que te perguntei?

A rapariga levantou as pálpebras tímidas, e duas lágrimas rolaram serenamente pelo seu rosto formoso e magoadão. A sua beleza, de linhas suaves e correctas, aqueceu o coração de Ben e despertou-lhe um perturbador desejo.

— Foram mortos senhor. Vivo só.

— Então vens comigo. O meu palácio te agasalhará.

— A minha vida é junto do lugar onde eles repousam. É aqui que eu quero ficar, senhor — disse com uma firmeza inesperada e estranha.

— Tu vais para onde eu te mandar.

Levantou-se, dum salto, para a agredir mas viu diante de si um rosto belo e sentiu a chama dum apetite devorá-lo e comovê-lo. Estendeu os braços e procurou agarrá-la, mas ela, receosa, recuou e fugiu para o quintal.

Ben, excitado, perseguiu-a. Quando estava prestes a alcançá-la, viu-lhe na mão um punhal e nos olhos a decisão firme de se matar.

— Se te aproximas, mato-me — gritou desvairada.

Ben aproximou-se e ela enterrou o punhal no seio virgem e tombou no chão, de braços abertos.

— Cadeia maldita — rosnou Ben encollerizado. — Que Allah te fulmine com o seu desprezo.

Desesperado, montou a cavalo e ia a partir como uma flecha, quando ouviu a voz serena do aulico censurá-lo com magoada brandura:

— Era uma criança, senhor.

Ao chegar ao palácio, a beleza eterna do mármore e as sombras repousantes dos jardins, acalmaram-no. Subiu as escadas e encaminhou-se para a concha de alabastro onde se refrescava e distraía nos dias encalmados e sonolentos, mas deteve-se. A lembrança do monstro que lhe surgia de cada vez que praticava uma brutalidade, acautelou-o. O que se mostraria no espelhado da água? O seu rosto moreno, de forma regular, ou a figura horrenda, de feições pavorosas?

A medo estendeu as mãos e surpreendeu-se com a imagem projectada na água. Eram umas garras felinas, cobertas com uma felpa escura, de unhas encurvadas e longas, a gotejar sangue. Horrorizado, fugiu. A ideia de

que estava a transformar-se num monstro lançou-lhe negros pavores no coração e criou-lhe no entendimento o receio de ser desprezado e escarnecidido. Como poderia ele caminhar à frente das suas hostes se era motivo de irritação e de temores? Como poderia continuar a viver no meio do seu harém se as mulheres, amedrontadas, de si fugissem e só pela força se deixariam amar?

À medida que a angústia se diluía no espírito torturado de Ben, o coração começava a reposar serenamente, a paisagem de verdura, que se estendia como uma mancha quente em redor do palácio, abria-se com doces esplendores matinais. O murmúrio da água despertou-lhe o desejo calmo de viver em paz, e o sussurro das árvores a branda e penetrante ventura de amar a vida em beleza. Sentiu-se repousado, já sem o peso que lhe fechava o coração num fosso de desesperos, e sem as angústias que o haviam transformado num homem medroso.

Olhou calmamente para as mãos e viu-as limpas e esguias como sempre as conhecera. No rosto também nada sentiu. E Ben exultou: As águas cristalinas da concha, onde se reflectia a sua figura, mentiam. Quem dizia a verdade eram os seus olhos. Para se certificar, perguntou a um soldado que subia as escadas do seu palácio de mármore:

— Que notas no meu rosto? Vês nele alguma modificação?

— Não, meu senhor. A mocidade é eterna nos teus olhos e o teu corpo não envelhece com a fadiga das batalhas. Allah sagrou-te com a fortuna, a beleza e a sabedoria, e o Profeta com o seu sangue.

— Que Allah seja contigo e o Profeta te proteja. Vai-te embora.

Apesar do testemunho do soldado e da sua própria certeza, Ben não quis aproximar-se da concha de alabastro. O receio de ser surpreendido pela figura monstruosa que vira projectada na água, obrigava-o a um tímido recolhimento e a contrariar o prazer que sentia de cada vez que mergulhava os dedos na frescura repousante da água ou se mirava no seu lume, como num espelho polido e silencioso.

Um dia, porém, não resistiu. Ao regressar ao palácio, depois duma cruel refrega, ainda perturbado pelo cheiro do sangue e o fumo da batalha, inclinou-se descuidadamente para a água e dessedentou-se. Ele a sorver o líquido e a sentir a sua frescura calma na garganta, e na água a projectar-se o seu rosto monstruoso e repelente, todo manchado de sangue. Espavorido, recuou e gemeu de dor. Nos olhos bala-lhe a chama da demência e nos movimentos convulsos dos dedos a tremura do assombro.

— Que tens, senhor? — perguntou-lhe um dos soldados, vendo-o largar numa correria.

Ben não respondeu e durante dias andou por longe, dominado pela ideia da loucura e pelo receio de ser escarnecidido, ao regressar.

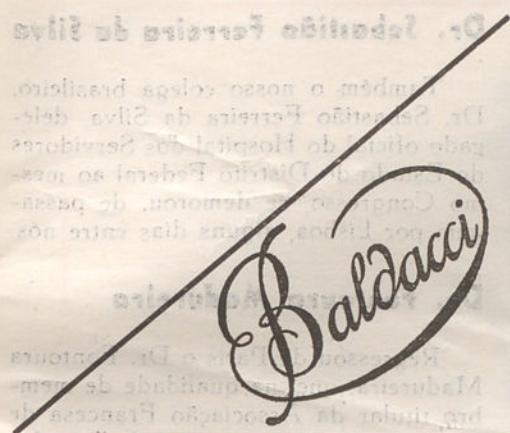
Os tempos correram. Ben sossegou. Para não sofrer tentações nem ser vi-

tima de descuidos, mandou retirar a concha de alabastro do cimo da escadaria, e fechar a água que corria para as remanescas sombras dos lagos quietos e adormecidos. Nunca mais se ouviu repercutir na pureza dos mármores o doce murmúrio da água a correr, nem o chapinhar forte das mãos de Ben ao regressar ao palácio, depois das duras surtidas pelas terras dos nazarenos. Um silêncio, um silêncio frio e desconfiado, dominava as enormes salas e perdida-se nos gemidos quentes das alcovas, onde os prazeres do amor calavam, por momento, as recordações dolorosas do passado.

Até que um dia... Um dia Ben recebeu dum mercador seu amigo um presente principesco dentro dum cofre de prata com esmaltes bizantinos e pedras preciosas a embelezá-lo e enriquecer-lhe. Trazia-o um escravo de ébano, de formas hercúleas e braços musculosos, talhado por um desses assombrosos escultores da escola de Atenas, na beleza clássica e serena do Apolo de Belvedere. Silenciosamente, ajoelhou-se aos pés de Ben e estendeu-lhe o cofre depois de levantar a tampa. Ben retirou de dentro o presente e ficou extasiado a olhá-lo. Nas mãos, brilhava-lhe uma peça de ouro, lavrada por fino buril, com as letras do seu nome entrelaçadas numa grinalda desenhada com pedras preciosas por debaixo das qua's se desprendiam, como lágrimas, os nomes das suas conquistas e afamadas vitórias.

Ben sorriu-se. Aquela lembrança do amigo aquecia-lhe o coração torturado pelos mil receios da loucura e trespassado pelas mil angústias da desconfiança. Nos olhos dos seus soldados via sempre um sorriso de mofa e piedade que preferia ignorar e esquecer. Bastava porém um olhar mais demorado ou um sorriso mais significativo para o fazer estremecer e sentir que as mãos se lhe apertavam numa cristação nervosa e num desejo homicida. Mas resistia. Passava os dedos pelo rosto para ter a certeza de que não havia deformações repelentes nem bosseladuras monstruosas, e deixava-os seguir depois de ter a certeza que o sorriso lhe não dizia respeito nem o olhar se lhe dirigia. No entanto, sofria. No seu espírito já não havia os descuidos de outrora nem as alegrias forjadas no calor das batalhas e nos despiques do amor. Recolhia-se, deixava passar os dias numa enfiada sonolenta e vazia que enchia de tédio os seus soldados, habituados à lide e à rapina, e de rumores descontentes o seu palácio, habituado ao silêncio e à disciplina rigorosa das suas ordens.

Ben não se cansava de olhar para o rico presente do mercador seu amigo. Num movimento lento de admiração, ergueu-o ao alto e volteou-o nas mãos. A outra face era apenas uma superfície lisa, polida, prateada, onde se reflectia o azul do céu e o branco imaculado do mármore, como se fosse a lâmina dum alfange ou o lume quieto das águas paradas. De que seria feita aquela joia sem par? Que estranhas pedras precio-



FARMOQUÍMICA

BALDACCI S. A. R. L.

LISBOA

R. Duarte Galvão, 44 - Tel. 78-04-20

Hemorragias do aparelho digestivo

ZIMOTROMBINA

VIA ORAL

2.500 U. I.
trombina puríssima
+
5 g. de tampão forfátilco

Obtém-se uma hemostase rápida, e na generalidade dos casos, definitiva

sas teriam sido ajustadas ao ouro para darem aquele aspecto brilhante e macio?

Ben levou o espelho à altura dos olhos e, com horror, viu o seu rosto monstruoso e disforme reflectir-se no vidro, como se estivesse debruçado sobre a concha transparente de alabastro. Os olhos, bogalhudos e sanguíneos, pareciam querer desprenderem-se das órbitas, quase suspensos na flor do rosto por umas pálpebras tumefactas e negras; as sobrancelhas, cerradas e abundantes, destacavam-se da testa e caíam sobre as órbitas escavadas, carregando de sombras a sua expressão demente; os cabelos, erguiam-se ao alto, como serpentes enfurecidas e medrosas, e o nariz, achatado e volumoso, deixava sair pelas crateras tufo de pêlos que caíam sobre os lábios e se misturavam com o bigode, forte e retorcido. Grandes bosseladuras alargavam-se os malares, e no queixo fendido havia um largo gilvaz, ainda por cicatrizar, que lhe cortava as carnes e arranhava os bordos da ferida numa boca sangrenta e grotesca. As orelhas destacavam-se do crânio e erguiam-se ao alto forradas com uma penugem negra e bolorenta, de onde se despreendiam morcões e saía um cheiro que atravessava o coração de Ben como um estilete ponteagudo e penetrante.

Ben levantou-se e, nos dedos convulsos, desfez o rico presente do mercador seu amigo. O sangue correu aos borbotões das suas mãos cortadas e caiu sobre a fimbria branca do alboroz e nos marmores polidos do chão. Com os olhos em fogo fixou o negro ajoelhado aos seus pés, e viu-lhe o largo arcaboiço movimentar-se ao ritmo pausado e lento duma respiração sossegada. As espáduas fortes, abriam-se por debaixo da pele assetinada e lustrosa. A carapinha negra, luzia. A face tranquila, espelhava. Nisto um grito de horror ergueu-se até às abóbadas embranchedadas do palácio, e fez estremecer as

paredes. Os soldados recuaram. Ben, num golpe rápido do seu alfange de guerra, decepara a cabeça do escravo e fizera-a rolar, desamparada, pela escadaria de mármore.

O válido, como uma sombra, destacou-se dos soldados e, apontando para o corpo do negro em convulsões, lamentou numa voz de censura e tristeza:

— Era um escravo, senhor.

Ben arquejava. Nos olhos havia uma centelha dura e no rosto uma crispção nervosa. Fitou Yussef como quem encara um inimigo e levantou o alfange de onde escoria uma babugem grossa sanguinolenta. Deveria matá-lo, pondo termo às suas monstruosidades ruins e às tendências maldosas do seu espírito perturbado? Ben sofria. Nos seus olhos, outrora tão puro, havia uma chama diferente, de estranho fulgor, que dava ao seu rosto sereno uma expressão cruel e sanguinária. Allah sagrara-o mas não lhe dera prudência para governar. Os seus instintos, ávidos de sangue e prazer, não respeitavam os doentes, os velhos, os escravos, os leais servidores. Viviam de impulsos homicidas, como um monstro que se recreia na morte. Deveria poupar-ló para que ele continuasse a destruir, a matar, a transformar a vida numa montureira de crimes? Ou deveria trespassá-lo com a lâmina fina da sua espada leal? Não, não podia fazê-lo. Jurara protegê-lo, dar a sua vida se um infiel nazareno erguesse o braço homicida ou um perigo o ameaçasse de surpresa, numa emboscada fatal. Não, não podia matá-lo. Ben fora sagrado ao ser investido por Tarik no comando das hostes para além do Guadalete, e não podia traí-lo. Allah era grande e conhecia os crimes e as monstruosidades de Ben. Quando quisesse castigá-lo, ergueria ao alto o seu dedo justiceiro e trespassá-lo-ia durante uma surtida, quando ele se internasse descuidado pelas terras dos nazarenos.

Yussef, com os olhos postos no rosto contraído de Ben, partiu a lâmina da sua espada leal, e aguardou serenamente a morte.

Ben ficou só. O murmúrio da água a correr, ao fundo, nos jardins perfumados e silenciosos, punha uma doçura triste naquela legenda trágica. Um desespero profundo encapelou de negros desejos o seu espírito perturbado. Matar, sim matar. Precisava de saciar o monstro que lhe devorava as entradas e o obrigava a erguer diante dos olhos uma muralha de sangue. De cada vez que mergulhava o seu alfange nas carnes palpítantes dum nazareno ou fazia rolar a cabeça dum escravo, sentia a maciez tépida dum afago percorrer-lhe o corpo e acariciar-lhe o espírito, entorpecendo-o com o narcótico do sangue que ele gostava de ver borbulhar em cachões, e estender-se como uma toalha sobre os marmores brancos do palácio, ou a terra negra dos campos de batalha. Matar, sim matar. Quem sabia manejar com maior perícia uma lâmina e desferir um golpe com maior presteza? Yussef? Esse estava estendido aos seus pés, à morder o sangue do escravo que ele não soubera defender nem guardar. Algum dos seus capitães? Como poltronas viraram costas mal sentiram as cabeças pouco firmes sobre os ombros. Quem se lhe podia comparar de armas nas mãos, na lide esforçada das batalhas e das surtidas?

Nessa tarde, Ben, seguido dos seus homens de guerra, encaminhou-se para as terras dos nazarenos e, com o desespero daqueles a quem a vida cansou e na morte encontram o profundo descanso que redime as almas torturadas pelo mal, sentiu a vida fugir-lhe no meio da batalha, e o corpo transformar-se naquele monstro horrendo que vira no espelho e ainda lhe não saíra diante dos olhos.

Partidas e Chegadas

Prof. Lopes de Andrade

Regressou de França e Itália, onde participou em congressos da sua especialidade, o Prof. Lopes de Andrade.

Prof. Eduardo Coelho

Acompanhado de sua esposa, regressou do Brasil o Prof. Eduardo Coelho, que, nas cidades da Baía, Rio de Janeiro, S. Paulo e Recife, proferiu várias conferências sobre cardiologia.

Prof. Aristides Leite

De regresso do XII Congresso Mundial de Odonto-Estomatologia, realizado em Roma, esteve de passagem em Lisboa, com demora de alguns dias, o Prof. Aristides Leite, chefe da delegação brasileira àquele Congresso.

Dr. Campos Henriques

Em visita a clínicas da sua especialidade, partiu para a Alemanha o Dr. Campos Henriques.

Anunciam neste número:

	Pág.
Abecassis	2.ª capa
A. G. Alvan	764
Azevedos	1.ª capa
Azulay	738
Bial	4.ª capa
Blandy Brotheers	736
Celsus.	742
Ciba	755
Delta	730
Farbasa.	745 e 769
Farmacológico.	739
Fernando de Oliveira	763
Ferraz, Lynce.	752
Fidelis	737, 741 e 746
Gimenez Salinas.	747
Instituto Pasteur	754, 762 e 3.ª capa
L. Lepori	732 e 767
Luso-Fármaco	753
Micra	729
Neo-Farmacêutica	735, 751 e 759
Paracelsia	750
Pestana & Fernandes	743
Química Hoechst.	757
Salgado Lencart	760
Únitas	749 e 761
Wander	740

Dr. Sebastião Ferreira da Silva

Também o nosso colega brasileiro, Dr. Sebastião Ferreira da Silva, delegado oficial do Hospital dos Servidores do Estado do Distrito Federal ao mesmo Congresso, se demorou, de passagem por Lisboa, alguns dias entre nós.

Dr. Fontoura Madureira

Regressou de Paris o Dr. Fontoura Madureira, que, na qualidade de membro titular da Associação Francesa de Urologia, participou nos trabalhos daquela agremiação e ali apresentou uma comunicação.

Dr. José Nobre Leitão

Acompanhado de sua esposa, seguiu para a França, Alemanha e Áustria, em viagem de estudo, o Dr. José Nobre Leitão.

Dr. João Sacadura

Como bolsheiro do Instituto de Alta Cultura e da Liga Portuguesa Contra o Cancro, partiu para Inglaterra o Dr. João Sacadura, que vai estagiar no Serviço de Cirurgia Reconstitutiva de Sir Harold Gillies.

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

VIII Ano - N.º 326 - Vol. VI (Nova série)

28 de Novembro de 1957

COM A COLABORAÇÃO DE:

Júlio Dantas (Presidente da Academia de Ciências de Lisboa)

Augusto Vaz Serra (Director da Fac. de Med.), A. de Novais e Sousa, A. da Rocha Brito, A. Melício Silvestre, A. Tavares de Sousa, Elísio de Moura, F. de Almeida Ribeiro, Henrique de Oliveira, J. de Oliveira e Silva, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão, Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Albertino de Barros, Fernando Serra de Oliveira, Herménio Cardoso, Ibérico Nogueira, J. J. Lobato Guimarães e Renato Trincão (Enc. de Regências na Fac.), J. Gouveia Monteiro, J. M. Espírito Santo e M. Ramos Lopes (1.º assistentes da Fac.), A. Fernandes Ramalho (Chefe do Lab. de Radiol. da Fac.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), José dos Santos Bessa (Chefe de Clin. do Inst. Mat.), Manuel Montezuma de Carvalho (Cir.) e Mário Tavares de Sousa (Ped.) — COIMBRA

Jorge Horta (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padessa, 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 Moraes, 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), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Alexandre Sarmiento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), 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. Irilarte 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 Ramalho, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. do Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitracomatosas do Disp. de Higiene Social), António da Silva Paül (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), Emílio 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.º António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º 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 Gestá (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: MARIO 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 — Alvaro 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 Gynaecologica 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).



DEPOIS DA

Quê?

AMINO-TÓNICO

Suplemento dietético · Reconstituente · Anti-anémico

COMPLEXO B

Comprimidos · Cápsulas · Ampolas · Xarope

EXTRACTO HEPÁTICO

Ampolas · VITAMINADO: Ampolas e Xarope

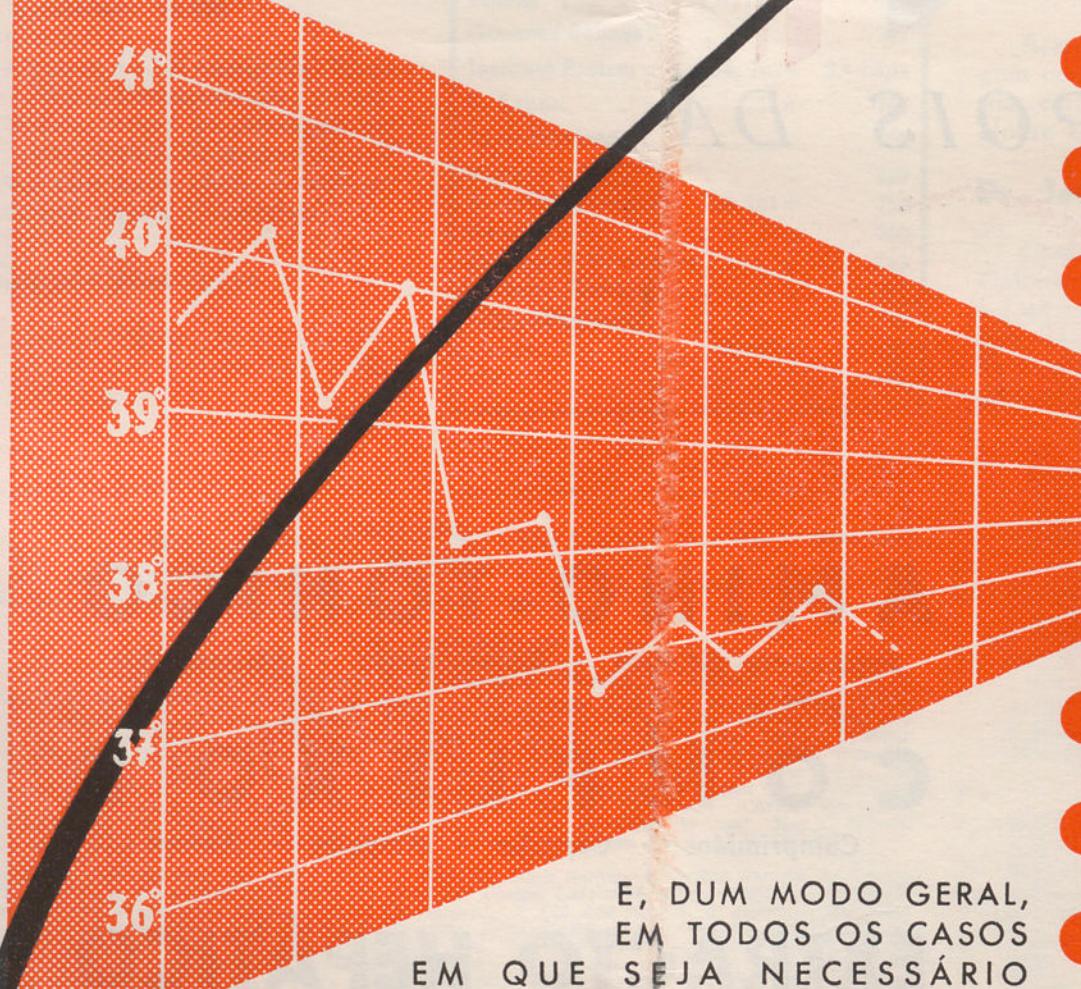
RECTOVICAL

Ascorbato de cálcio, Gluconato de cálcio e Vitamina D

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

INVESTIGAÇÃO E PREPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS DESDE 1895

Nas astenias pós-gripais



E, DUM MODO GERAL,
EM TODOS OS CASOS
EM QUE SEJA NECESSÁRIO
UM TÓNICO E RECONSTITUINTE GERAL,
DE SEGURA EFICIÊNCIA

COLASTENIL

Extracto de Cola 0,25 g
Fosfoglicerato de Sódio 0,125 g
Vitamina A 8.000 U. I.
Vitamina D 1.200 U. I.

Por colher dos de chá = 4,5 g

Bial

GRANULADO