

O MEDICO

Semanário de assuntos médicos e paramédicos

IX ANO — N.º 351
Vol. VIII (Nova série)

22 de Maio de 1958

Director e Editor:
MÁRIO CARDIA

CONSELHO DE REDAÇÃO: Luís A. Duarte Santos — Prof. da Fac. de Med. (Coimbra); Fernando Nogueira — Prof. da Fac. de Med. e médico dos H. C. L. e José Andresen Leitão — Dir. do Inst. Nac. de Educação Física — 1.º Assistente da Fac. de Med. (Lisboa); Álvaro Mendonça e Moura — Dir. da Cir. Sanit. da Zona Norte e Waldemar Pacheco — Sub-diretor do Hosp. de St.º António (Porto).

SECRETÁRIO DA DIRECÇÃO: Augusto Costa — Médico dos Hosp. de St.º António e de Matosinhos

ADMINISTRADOR: Manuel dos Santos.

*
CONDIÇÕES DE ASSINATURA
(Pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 140\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 190\$00; Outros países: um ano — 240\$00

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

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

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

RED. ADM.: Av. dos Aliados, 41-4.º — PORTO

Telefone 24907

LISBOA: Av. de Roma, 43 - 5.º - Esq.
Telefone 771912

DEL. EM COIMBRA: Casa do Castelo — R. da Sofia, 49

*
Composição e impressão:
TIPOGRAFIA SEQUEIRA, L.D.A
R. José Falcão, 122 — PORTO
Telefone 24664

*
Prop. da SOPIME — Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, Lda

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

SEMANA A SEMANA

(Informações rápidas)

DR. MÁRIO CARDIA

O director de «O Médico», Dr. Mário Cardia, partiu no passado dia 20 para a Suíça, realizando, nas Faculdades de Medicina de Genebra e da Basileia, conferências sobre a terapêutica pelos ultra-sons em ginecologia. Seguirá, depois, para França, assistindo ao Congresso da Sociedade Francesa de Ginecologia, que se realizará em Annecy; o tema geral desta reunião é: «Perturbações da puberdade feminina e seu tratamento», sendo relator geral o Dr. Claude Béclère; o Dr. Mário Cardia, que regressará a Portugal no dia 1 de Junho, apresentará no referido Congresso um trabalho intitulado: «Algias pélvicas na puberdade».

MEDICINA DESPORTIVA

O Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde solicitou do Director-Geral que estudasse a possibilidade de incluir a medicina desportiva no programa da OMS e submeter o respectivo relatório à próxima Assembleia Mundial da Saúde que se reunirá em Mineapolis (E.U.A.N.). Esta proposta foi feita por iniciativa dos países escandinavos.

INFARTO DO MIOCÁRDIO

Um autor russo, Lukomsky, na revista «Sovietzkaia Meditzina», publica um importante estudo sobre a etiologia e a evolução do infarto do miocárdio. Este estudo refere-se a 1.099 doentes. Eis algumas das conclusões: 42,2 % dos casos, aparecem no 5.º decénio da vida, 20,7% entre 40 e 49 anos e 25,2% entre 60 e 69 anos; esta doença atinge duas vezes mais os homens do que as mulheres; em 96,8 % dos casos auto-psiados verificou-se haver esclerose coronária; a hipercolesterolemia é rara (ao contrário do que afirmam os autores americanos); a hipertensão arterial encontra-se em 42 % dos casos; em 83 % dos doentes, os acessos de angina de peito precedem o infarto. Não se encontram argumentos estatísticos para considerar o uso do tabaco ou do álcool como causa do infarto.

CONTROLE MÉDICO-DESPORTIVO

Depois de várias considerações sobre a utilização do laboratório no controle médico-desportivo (exames de urinas, sangue, suor, ar e ventilação pulmonares), Pierre Labignette conclui, em «Le Concours Médical» (11-I-1958): O controle médico-desportivo que agora se faz deve ser modificado. Embora o exame clínico continue a ser basilar, é necessário realizar uma série de exames laboratoriais. É natural que, em futuro mais ou menos próximo, certos cirur-

giões virão a ser submetidos a uma série de provas biológicas como as que se fazem para os pilotos de avião — diz o autor.

EDUCAÇÃO SEXUAL

Apareceu há pouco, na Inglaterra, um livro curioso... e audacioso. Destina-se às crianças que começam a aprender a ler e trata de questões sexuais! Sobre este livro, comenta um médico francês: Será necessário explicar a uma criança que os espermatozoides se encontram nos testículos e que são introduzidos no organismo materno por meio do pénis?

PROGNÓSTICO NOS CANCROS GÁSTRICOS

Na Sociedade Dinamarquesa de Cirurgia, M. Andreasson, da Universidade de Copenhague, apresentou uma comunicação na qual afirma que os doentes com carcinoma gástrico e antecedentes sintomáticos de úlcera péptica apresentam melhor prognóstico do que os cancros sem tais antecedentes.

ENVENENAMENTO COM ÁCIDO BÓRICO

No Japão, houve milhares de crianças intoxicadas — algumas centenas das quais morreram — devido ao ácido bórico que era usado na preparação de leite, para lhe diminuir o poder bacteriano.

PENÚRIA DE INSULINA ESTRANGEIRA EM FRANÇA

Em França, o Ministério da Saúde Pública publicou um comunicado, em que se diz: «Havendo certa intranquilidade nos doentes diabéticos devido à rarefacção das importações de insulina estrangeira por motivo das restrições de divisas, é necessário comunicar à classe médica quais são as actuais condições de venda de insulina de todas as marcas. Pelo que diz respeito às diversas marcas de insulina francesa, os pedidos são sempre satisfeitos. Pelo contrário, as restrições de divisas para importação dão lugar a penúria de insulina de origem estrangeira, cuja procura aumentou consideravelmente nos últimos tempos...».

TABACO E MORTALIDADE

Um dos últimos números do J. A. M. A. publicava um estudo sobre a mortalidade, em 14 meses, referente a 187.783 homens (durante 44 meses) com idades compreendidas entre 50 e 69 anos. Este estudo relaciona-se com o modo de fumar. Com referência a

O MÉDICO

CONSELHO CIENTÍFICO

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. Melito Silvestre, A. Tavares de Sousa, Albino de Barros, Bárto do Vale Pereira, Elísio de Moura, F. de Almeida Ribeiro, Henrique de Oliveira, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão, Ibérico Nogueira, J. Correia de Oliveira, J. Espírito Santo, J. Gouveia Monteiro, J. Lobato Guimarães, Profs. da Fac. Med., Fernando Serra de Oliveira, Hermenio Cardoso, M. Ramos Lopes e Renato Trincão (Enc. de Regências na Fac.). A. Fernandes Ramalho (Chefe do Lab. de Radiol. da Fac.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), José dos Santos Bessa (Del. do Inst. Mat.), Manuel Montezuma de Carvalho (Cir.) e Mário Tavares de Sousa (Ped.) — COIMBRA

Jorge Horta (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aires de Sousa, 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 Beio 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) Almerindo Lessa (Dir. do Serv. de Sangue dos H. C. L.), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emilio Faro, Alexandre Sarmento (Dir. do Lab. 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 Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L. — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

Ernesto Morais (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), A. Rocha Pereira, António de Almeida Garrett, J. Afonso Guimarães, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Emídio Ribeiro, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitracomatoso do Dispens. de Higiene Social), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Dispens. 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), 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 (Director do Serv. do Hosp. de S.º António), J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe de Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO

Pacheco de Figueiredo (Director da Esc. Médica de Nova Goa)

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castejo Branco), Ladislau Patrício (Lisboa), Júlio Gestá (Médico do Hosp. de Matosinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Setúbal)

DELEGADOS

Madeira: Celestino Maia (Funchal); Espanha: A. Castillo de Lucas, Enrique Nogueira e Fernan Pérez (Madrid); França: Jean Huet (Paris); Alemanha: Gerhard Kock (Munster)

SEMANA A SEMANA

NOTÍCIAS DA IMPRENSA LEIGA

Cancros

A Organização Mundial de Saúde revelou que o cancro do pulmão é a causa de óbito que aumenta mais rapidamente nos países altamente desenvolvidos.

O Oeste de Berlim e a Inglaterra e País de Gales tiveram a média mais elevada de óbitos em 1956, em consequência dessa doença, de acordo com estatísticas ainda incompletas. As suas médias por 100.000 habitantes foram de 6,9 e de 43 por cento, respectivamente.

O relatório demonstrava ainda que as doenças do coração e do fígado — e acima de tudo o cancro do pulmão — estavam a aumentar como causas de morte.

Outras formas de cancro são culpadas de muito maior número de vítimas do que o cancro do pulmão — mas as suas médias de aumento como causas de mortalidade foram muito menos assinaladas, embora subissem em quase todas as Nações que forneceram estatísticas.

O relatório diz ainda ter-se registado um declínio na mortalidade em consequência de doenças infecciosas e parasíticas e de complicações do estado de gravidez e do parto.

Agora sim!

Investigadores russos construiram um aparelho de televisão de tipo especial que permite «ler no cérebro como num livro».

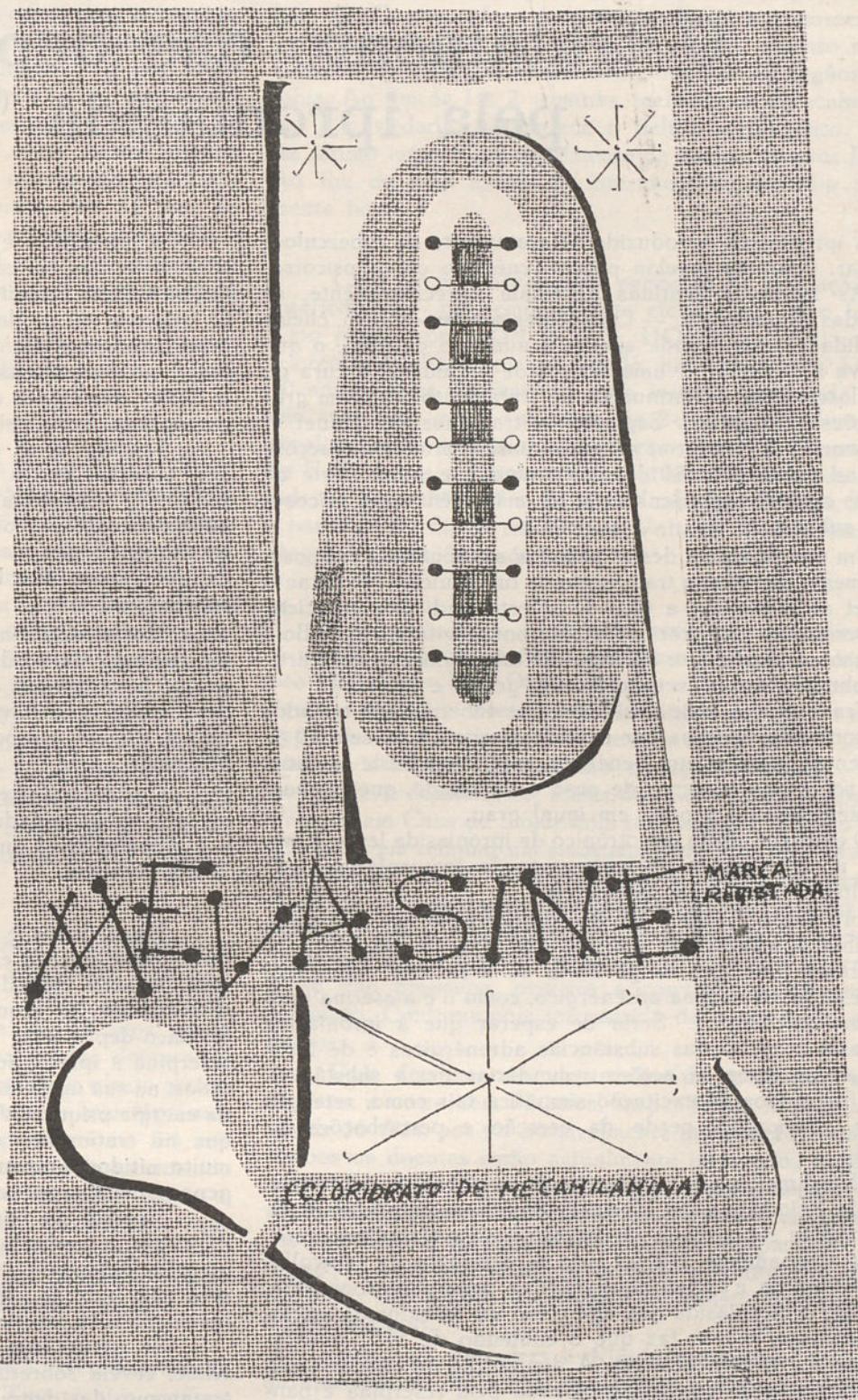
Os tumores do cérebro aparecem no «écran» desta televisão, sob a forma de pontos brilhantes de contornos perfeitamente desenhados, e que não podem, consequentemente, passar despercebidos dos médicos.

(Continua na última página)

Anunciam neste número:

Abecassis	2.ª capa	Ferraz Lynce	106, 116 e	121
Rua Conde Redondo, 64-3.º-Dt. — Lisboa		R. Rosa Araújo, 27-1.º — Lisboa		
Amatus Lusitanus	122	Fidelis	97, 102 e	103
R. da Misericórdia, 36-3.º-Esq. — Lisboa		Terras de Santana, 1 — Lisboa		
Asclépius	3.ª capa	Gimenez Salinas		87
Avenida Miguel Bombarda, 42 — Lisboa		Rua da Palma, 246 — Lisboa		
Atral	91	Instituto Pasteur de Lisboa		
Av.º Gomes Pereira, 74-Lisboa		95, 110	e	118
Bial	4.ª capa	R. dos Clérigos, 34-38 — Porto		
R. João Oliveira Ramos — Porto		J. J. Fernandes		119
Carlos Cardoso	120	R. Filipe da Mata, 3.º — Lisboa		
R. do Bonjardim, 551 — Porto		J. Neves		111
Celsus	98	Rua Coelho da Rocha, 79 — Lisboa		
R. dos Anjos, 67-1.º — Lisboa		Leacock		92
Ciba	109	Av.º 24 de Julho, 16 — Lisboa		
Rua Gonçalves Crespo, 10 — Lisboa		Luso-Fármaco	113 e	1.ª capa
Coll Taylor	99	R. do Quelhas, 14-2.º — Lisboa		
Rua dos Douradores, 29-1.º — Lisboa		Novil		115
Crocker Delaforce	83	Rua do Centro Cultural, 13 — Lisboa		
R. D. João V, 2-2.º — Lisboa		Química Hoechst		100
Delta	88	R. do Telhal, 8-1.º-Esq. — Lisboa		
Av.º Duque de Loulé, 108-1.º — Lisboa		Rodriguez Marcos		117
Estácio	114	Rua Andrade, 63-1.º — Lisboa		
R. Sá da Bandeira, 118 — Porto		Sanitas	107 e	123
		Rua D. João V, 24 — Lisboa		
		União Fabril Farmacêutica		101
		Rua da Prata, 250-2.º — Lisboa		
		Untas		105
		Calçada do Correio Velho, 8 — Lisboa		

*agente
hipotensor
para
ministração
oral
com
efeito
previsível
produz
uma
resposta
clínica
calculável*



MERCK SHARP & DOHME NEDERLAND N.V.
SUBSIDIÁRIA DE MERCK & CO., INC. RAHWAY N.J. (U.S.A.)
HAARLEM
HOLANDA

Representantes e distribuidores em Portugal :

Soc. Com. CROCKER, DELAFORCE & CIA., S.A.R.L.

Rua D. João V, 2-2.º — LISBOA

O tratamento das depressões pela iproniasida^(1, 2)

PROF. PEDRO POLÓNIO

A iproniasida introduzida no tratamento da tuberculose pulmonar, depressa revelou possuir enérgico efeito psicotrópico. As melhorias sentidas excediam apreciavelmente, as verificadas clinicamente. — Os doentes sentiam-se bem, cheios de vitalidade, com grande apetite e aumento de peso, o que os levava a desenvolver uma actividade prejudicial à cura da tuberculose. Com a continuação do tratamento surgiram graves acções secundárias. Segundo os trabalhos de Bennet et al, Bosworth, O'Connor et al, a iproniasida produziu reacções psicóticas em 10 % dos doentes tratados e numa série de 30 casos seguidos por Jenkins et al, a incidência de psicoses tóxicas subiu a 25 %.

Em consequência destes achados a iproniasida foiposta praticamente de lado no tratamento da tuberculose. No entanto Bloch et al, continuou a considerar este medicamento eficaz nos tuberculosos emagrecidos e com pouca vitalidade, e Bosworth usou-a largamente em casos de tuberculose óssea e articular, obtendo apreciáveis melhorias gerais e locais.

Crane, numa série de 20 doentes tuberculosos tratados com iproniasida, termina por considerar que 12 ou seja 60 % dos doentes, tiraram um benefício apreciável deste medicamento, sobretudo aumento de peso e vitalidade, que nenhum outro medicamento produz em igual grau.

O enérgico efeito psicotrópico da iproniasida levou Kamman et al. a ensaiá-la no tratamento da esquizofrenia, mas os resultados não foram favoráveis.

Entretanto Zeller e Barsky, descobriram que a iproniasida inibia a monoamino oxidase «in vivo» e «in vitro», e consideraram que esta droga devia vir a ser tão importante para o estudo do sistema adrenérgico, como o é a eserina para o sistema colinérgico. Seria de esperar que a iproniasida potenciasse o efeito das substâncias adrenérgicas e de facto encontram-se entre as acções secundárias desta substância, muitos fenómenos de excitação simpática tais como, retenção urinária, obstipação, perda da erecção e perturbações da salivação.

Pletschmer, na sua comunicação ao Congresso Internacional de Psiquiatria em Zurique, descreveu três classes de medicamentos susceptíveis de interferir no metabolismo cerebral das monoaminas. De um lado os derivados da rauwolfia como a reserpina, e as benzoquinolizinas, como a tetrabenazina, e do outro a iproniasida que age como um inibidor da monoamino oxidase, o que faz que o conteúdo de 5HT e catecolaminas do cérebro se eleve. A diminuição da concentração de monoaminas do cérebro, produzida pela reserpina e benzoquinolizinas, é inibida pela iproniasida, e nos coelhos a administração prévia de iproniasida inverte a acção da reserpina que passa a ser excitante. O mecanismo possível deste efeito poderá consistir na inibição pela iproniasida da degradação das aminas libertadas pela reserpina e benzoquinolizinas, que pela sua presença têm uma acção excitante.

Largo número de investigações laboratoriais estabeleceu que a iproniasida pela sua acção inibidora da monoamino oxidase tem um papel de relevo no metabolismo da adrenalina, noradrenalina, triptofan, glutamina, histamina e, possivelmente, outras aminas. É possível que intervenha também na metilação da noradrenalina com produção de adrenalina e da serotonina com produção de bufetinina, verificando-se ainda um aumento do índice de serotonina do sangue. É de aceitar que a euforia e hiperactividade produzidas pela droga sejam devidas a estas suas acções. O seu grupo carbonílico, antagonista da piridoxina, inibindo a acção da decarboxilase do ácido glutâmico, pode vir a ter também indirectamente um efeito estimulante por depressão de áreas inibitórias.

A adrenalina e a noradrenalina bloqueiam as transmissões sinápticas, em certas partes do sistema nervoso, e a serotonina é a este respeito vinte vezes mais activa (Marazzi et al). O bloqueio da oxidação destas substâncias pela iproniasida deve fazê-la um inibidor central. Este bloqueio central é semelhante ao do ácido lisérgico e mescalina, que segundo Wooley e Shaw, aumentam o índice da serotonina cerebral, e seria responsável pelas psicoses produzidas, por estas drogas.

Marazzi et al. explicam do seguinte modo a acção destas substâncias: a semelhança de acção da mescalina, L.S.D.25, serotonina e adrenalina, levam a considerar um inibidor sináptico, como a base de perturbações psíquicas, em consequência das manifestações da inibição, ou em resultado de fenómenos de liberação, devidos à inibição de vias reguladoras.

Hoffer, Osmond e Smythies descreveram recentemente um produto da oxidação da adrenalina, o adrenocromo, de acção alucinogénica, e sugeriram que o bloqueio da amino-oxidase, poderia interferir com a deaminação normal da adrenalina, e levar à produção de quantidades anormais de adrenocromo.

Compreende-se assim, e a prática já o provou, que a margem de actividade terapêutica da iproniasida seja estreita, e é recomendável que a sua administração se faça sob vigilância rigorosa.

Estes dados e o facto de em estudos experimentais a iproniasida inverter em certas circunstâncias a acção da reserpina, levaram Saunders e Kline a ensaiá-la de novo no tratamento de 32 esquisofrénicos crónicos e em 18 psicoses maníaco-depressivas e depressões reactivas, associando a reserpina à iproniasida numa parte destes doentes. Os resultados, na sua impressão, foram favoráveis, notando-se aumento da energia psíquica. A leitura das suas histórias clínicas revela, que no tratamento da esquizofrenia não obtiveram efeitos muito nítidos, enquanto no tratamento das depressões endógenas e reactivas os resultados foram uniformemente brilhantes.

Voelkel da clínica de Waldhaus, que tive a ocasião de visitar, quando do recente Congresso Internacional de Psiquiatria, descreveu o tratamento pela iproniasida de 46 depressões com inibição, das quais 12 endógenas periódicas, 21 da involução e 13 reactivas, nas quais obteve bons resultados.

O estudo dos trabalhos de Voelkel e de Saunders e Kline, revela sobretudo o efeito brilhante da iproniasida no tratamento das depressões, enquanto na esquizofrenia o benefício é muito menos aparente, semelhante ao verificado por Kamman.

Resolvemos, portanto, iniciar os nossos ensaios, num grupo de 10 melancólicos, 9 com depressões endógenas e 1 com uma depressão reactiva vitalizada.

Caso n.º 1 — Melancolia periódica da involução. Hereditária—maníaco-depressiva. Sexo masculino. Tipo pícnico pronunciado, levemente hiperplástico (PL + + H + DO). Muito escrupuloso, trabalhador, dado a preocupar-se excessivamente.

(1) Comunicação à Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria em 26-3-1958.

(2) A iproniasida utilizada neste estudo, foi-nos fornecida pela Casa Hoffman-La Roche, sob a designação de Marsilid.

sivamente, pessimista, afectivo. Aos 59 anos, uma depressão de 1 ano de duração. Aos 65 anos, segunda depressão mais pronunciada que a primeira, com insónia, ansiedade, ideias de ruína, miséria, indignidade e culpa, e crises de excitação psicomotora, mais frequentes de manhã, com gritos e discurso incoerente. Melhoria ao 7.º E. C., seguida de recaída, da qual vem a melhorar cerca de 1 ano depois, a seguir a um tratamento insulínico, em Casa de Saúde, ficando no entanto mais depressivo e preocupado, com menor rendimento de trabalho. Nova crise depressiva aos 67 anos, menos intensa que a segunda. Um mês depois inicia o tratamento pela iproniasida na dose de 150 miligramas diários. Aos 15 dias de tratamento, edemas dos tornoselos e face opada, com melhoria apreciável do estado psíquico. Ao 1.º mês de tratamento vertigem intensa que leva a diminuir a dose de iproniasida para 75 miligramas.

Ao segundo mês de tratamento, sente-se bem, sorridente, com confiança, activo. Está melhor do que no intervalo entre a segunda e a terceira crise.

Caso n.º 2 — Melancolia periódica da involução. Hereditariedade—maníaco depressiva e psicopática. Sexo masculino. Tipo pícnico hiperplástico (PL++ H++ DO). Trabalhador, consciente, minucioso, autoritário, rígido. Primeira crise depressiva, de 5-6 meses de duração, aos 37 anos. Segunda crise depressiva aos 55 anos, a seguir a excesso de trabalho de 5-6 meses de duração. Terceira crise aos 56 anos, depressiva de 5 meses de duração. Aos 58 anos, quarta crise hipo-maníaca de 18 meses de duração. Aos 60 anos, quinta crise de 7 meses de duração. Aos 65 anos, sexta crise depressiva, com insónia, hipocondria, ansiedade, irritabilidade, ideias de incurabilidade, incapacidade de concentração, desinteresse total. Ao quarto mês de doença inicia o tratamento pela iproniasida a 100 miligramas diários. Melhoria à segunda semana de tratamento. Primeiro tranquilidade, depois aumento de actividade.

Caso n.º 3 — Depressão reactiva. Hereditariedade — arterioesclerose cerebral no pai e na mãe. Sexo feminino. Tipo leptosómico (PL — HO DO). Difícil, complicada, sensível, tendência ao desânimo. Solteira, aos 50 anos, perde sucessivamente o pai e a mãe. Entra num estado depressivo, com excitação ansiosa, insónia, ideias de suicídio e auto acusações, sem iniciativa e sem interesse, lamentos sem lágrimas, anorexia e perda de peso. Melhoria apreciável no 2.º ano de doença, na terceira semana de tratamento pela iproniasida a 100 miligramas diários. Desapareceu a angústia, voltou o gosto pela vida, interesse pela casa, pelos vestidos, saiu, conversa com animação. Atribue as melhorias à iproniasida. Não suportou 150 miligramas, sentia excitação, confusão, tonturas e edemas ligeiros dos pés de que continua a sofrer.

Caso n.º 4 — Melancolia periódica. Hereditariedade — sem doenças mentais. Sexo masculino. Tipo pícnico pronunciado com leve hiperplasia (PL++ H+ DO). Pouco comunicativo, preocupado, sentimentos de inferioridade. Aos 40 anos, primeira crise depressiva de 8 meses de duração. Aos 44 anos, segunda crise depressiva de 10-11 meses de duração, tratada com E. C. sem resultado. Aos 50 anos, terceira crise depressiva de 8 meses de duração, tratada com insulina e E. C. Aos 54 anos, quarta crise, com insónia, ansiedade, choro, perda de interesse, ideias de suicídio e de incurabilidade, anorexia. Ao 9.º mês de doença inicia tratamento com 100 miligramas de iproniasida. Melhoria ao fim de 15 dias, mais animado, deixa de chorar, desaparecem as ideias de suicídio, melhora o apetite.

Caso n.º 5 — Melancolia da involução. Hereditariedade — sem doenças mentais. Sexo feminino. Tipo pícnico puro (PL++ HO DO). Sintónica, activa, possessiva. Aos 58 anos instalação insidiosa de melancolia da involução, com

insónia, ansiedade, ideias de ruína, miséria, pressentimento de acontecimentos funestos, auto-relacionamento e delírio persecutorio de envenenamento, e mais tarde ideias de enormidade e negação de órgãos, grande perda de peso. Não foi feito E. C. por sofrer de arritmia. Inicia o tratamento pela iproniasida, ao fim de um ano de doença, quando se manifestaram as ideias de enormidade, negação de órgãos e sitofobia. Ao fim de 1 a 2 semanas, melhoria espectacular. Diminui a ansiedade, desaparece o delírio melancólico, persiste em último lugar o pressentimento de acontecimentos funestos. Ao fim de dois meses de internamento tem alta perfeitamente bem.

Caso n.º 6 — Melancolia periódica da involução. Hereditariedade — pai temperamento ciclotímico. Sexo feminino. Tipo pícnico puro (PL++ HO DO). Qualquer coisa a preocupa, chora com facilidade, não era alegre. Desde os 40 anos, crises depressivas, com insónia, ansiedade e inibição, mal estar geral e vômitos, de 2-3 meses de duração, em geral na primavera, e que melhoram com 4 a 6 tratamentos de E. C. Inicia o tratamento com 100 miligramas de iproniasida, na segunda semana da última crise, aos 56 anos. Melhora a partir do 5.º dia de tratamento. Volta-lhe o interesse, activa, alegre, queixas de insónia.

Caso n.º 7 — Depressão periódica. Hereditariedade — maníaco-depressiva. Sexo masculino. Tipo pícnico hiperplástico (PL+++ H+ DO). Tímido, escrupuloso, tenso, inteligente. Primeiro acesso aos 46 anos, depressivo-reactivo. Segundo acesso de um ano de duração aos 49 anos, depressivo, reactivo a excesso de trabalho e responsabilidade. Insónia, ansiedade, e desinteresse, ideias de suicídio e de incapacidade. Tratado em Casa de Saúde com tratamento insulínico somado que deixa em reliquat um síndrome amnéstico apreciável. Terceiro acesso aos 52 anos, com insónia, depressão, ansiedade, ideias de incapacidade e incurabilidade. Ao primeiro mês de doença, inicia o tratamento com 100 miligramas de iproniasida. Sente-se bem na segunda semana de tratamento. Dorme bem, já se não preocupa, procura a convivência, conversa com animação. Continua com iproniasida de manutenção a 50 mg diários.

Dois doentes com depressões da involução, um com 62 anos, o outro com 72 anos, suspenderam a iproniasida ao fim de 15 dias, por ter possivelmente aumentado a ansiedade. Ambos os doentes estão actualmente internados e em tratamento. Um ciclotímico de 63 anos com hipomania leve no verão e depressões apreciáveis no inverno, caracterizadas por ansiedade e inibição, sentimentos de incapacidade e preocupações hipocondriácas, interrompe o tratamento ao ler a descrição das acções acessórias, no folheto que acompanha o medicamento.

Dosagem: Saunders e Kline recomendam que não se ultrapassem os 150 miligramas diários e como o medicamento se acumula no organismo, usam doses de manutenção, de 10 miligramas, duas vezes por semana a 150 miligramas diários. Voelkel recomenda 200 a 300 miligramas por dia. A maioria dos nossos doentes foi tratada com 100 miligramas diários, e a dose de manutenção tem sido de 50 miligramas diários, ou em dias alternados. Administrámos o medicamento apenas nas refeições da manhã e do meio-dia, na esperança de evitar a insónia. Habitualmente começamos por 50 mg e aumentamos 50 mg de 3 em 3 dias até aos 150 mg. Se ao fim de duas semanas se não vê efeito e não há acções acessórias dignas de registo, subimos para 200 mg diários. Quase todos os doentes, aqui referidos, descreveram efeitos desagradáveis com 150 mg, o que fez que nos limitássemos na maioria dos casos tratados a 50-100 miligramas diários.

O que sabemos do modo de ação da iproniasida, o mais potente inibidor da monoamino oxidase, leva-nos a supor que o seu efeito é indirecto, de compensação, ou correctivo de certos desvios metabólicos, quer dizer, tem uma ação sinto-

mática, o que faz prever a necessidade de um tratamento de manutenção, uma vez desaparecidos os sintomas, e é o que teem recomendado os autores que a empregam. Nas depressões endógenas, com a sua característica tendência à remissão espontânea, o tratamento de manutenção não deverá exceder, em princípio, a duração habitual das crises depressivas, que anda à volta de 3 a 6 meses, e que tem certa constância individual...

Não temos experiência suficiente, porém não repugna aceitar, pelo que temos observado, que um número apreciável de depressivos, não venha a necessitar de tratamentos de manutenção tão prolongados. A experiência do E. C., mostra que uma vez cortado o acesso, o organismo tem tendência a manter o equilíbrio adquirido. Poucas são as depressões que necessitam de E. C. de manutenção, e esperamos que o mesmo venha a suceder com a iproniasida.

Acções secundárias: Observámos, nestes e outros doentes, tonturas, zumbidos, vertigens, atenuação dos sentimentos éticos, excitação, adinamia, confusão ligeira e estonteamento, insónia ligeira e num caso sonolência, obstipação, dificuldade de micção, retenção de líquidos, com edemas ligeiros das pálpebras e tornozelos, diminuição da libido, boca seca, cãibras, erupções cutâneas, asma. Com doses mais altas (300 mg), em tuberculosos, verificou-se também hipotensão, contracções musculares dos membros inferiores, ataxia, hiper-reflexia, entorpecimento, secura da boca e mais raramente, neuropatia periférica, impotência, hepatites, icterícia e palpitações.

Discussão: Nos 7 casos descritos o efeito da iproniasida foi brilhante e cortou a crise ao fim de uma a duas semanas de tratamento. Nos doentes com melancolia periódica e crises de duração média conhecida, este efeito é muito nítido. No caso n.º 4 quando o doente iniciou o tratamento, embora já se encontrasse no termo da duração das suas crises, ainda não havia quaisquer sinais de melhoria, que só apareceram no prazo habitual da acção do medicamento.

Quatro destas pessoas tinham feito tratamento pelo E. C. em fases anteriores. O efeito da iproniasida, na crise actual, foi regularmente mais brilhante do que o do E. C. nas fases anteriores. De resto o prazo de 1 a 2 semanas por nós encontrado para se obterem melhorias pela iproniasida, o mesmo visto por Voelkel, é mais curto que o do efeito do E. C.

Eglésias em estudos experimentais feitos nesta clínica verificou pelo teste da acetilcolina intravenosa que eram as melancolias com inibição, as que melhor respondem à iproniasida, as que davam as respostas vagotónicas mais intensas, encontrando-se a seguir as catatonias acinéticas em ordem de frequência e pensamos que isso justifica o ensaio da iproniasida nestas formas de esquisofrenia. É desde já de notar que a iproniasida tem outras indicações, além das do E. C. como por exemplo as depressões reactivas e os estados de esgotamento.

Os dois casos de melancolia em que se interrompeu a administração da iproniasida, levantam o problema da acção excitante deste medicamento, que se torna muito delicado de manejar, quando se tratam estados ansiosos sem inibição e esquisofrenias. Tem-nos ajudado nestes doentes, a associação de barbitúricos, cloropromazina e reserpina à iproniasida. Nos neuróticos a iproniasida com o seu cortejo de acções acessórias e tóxicas, e a intensidade dos seus efeitos secundários é também difícil de empregar. Será provavelmente útil a administração simultânea de vitamina B6. Nestes grupos vai ser necessário maior número de casos, seguidos durante mais tempo, antes de se poder apreciar o valor do medicamento. Em cinco casos que temos em tratamento coexistia com a doença mental uma hipertensão essencial que normalizou no prazo de uma a duas semanas com a iproniasida. Este efeito brilhante e para nós inesperado, levou-nos a ensaiá-la em colaboração com Fernando Nogueira na hipertensão essencial de doentes não psicóticos. A iproniasida tem a vantagem de ser um psico-

-estimulante e de dar um sentimento de bem estar e aumentar a capacidade de trabalho, ao contrário do que costuma acontecer com os hipotensores actualmente usados... A iproniasida partilha com a insulina, a tiroxina, a cortisona, o E. C., a anfetamina, o ácido lisérgico, além da propriedade de produzir ou de desencadear psicoses, o poder de curar. Este carácter paradoxal das terapêuticas psiquiátricas mais activas não é certamente apanágio da psiquiatria e muitas drogas usadas em medicina interna podem tornar-se lesivas dos órgãos para os quais estão indicadas.

Este efeito nocivo, que em medicina, é de um modo geral, específico, directo e quantitativo, pode ter em psiquiatria outros aspectos mais graves. Primeiro e o mais frequente, pelo desencadeamento dos chamados tipos predilectos de reacção exógena de Bonhoeffer, em que a estrutura constitucional do indivíduo se sobrepõe à acção do medicamento, que se limita a ter um papel desencadeante, a pô-lo em marcha. Em segundo lugar, a iproniasida pode provocar o aparecimento de uma psicose endógena, que uma vez desencadeada, segue também as suas leis próprias, embora tenha de modo geral uma evolução mais benigna do que nos acessos espontâneos.

A iproniasida pelo seu modo particular de acção promete vir a ser um instrumento importante de investigação psiquiátrica. Os seus efeitos terapêuticos são muito animadores e merecem ensaio mais vasto.

RESUMO

Nove doentes com depressões endógenas e uma doente com uma depressão reactiva vitalizada, foram tratados pela iproniasida, com efeito terapêutico notável. Em cinco doentes mentais com hipertensão essencial a iproniasida levou à normalidade, a tensão arterial.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — BENNET, I. F., COHEN, D., STARER, E. — Arch. Neurol. Psychiat., 71: 54, 1954.
- 2) — BLOCH, R. G., DOONEIEF, A. S., BUCHBERG, A. S., SPELLMAN, S. — Ann. Int. Med., 40: 881, 1954.
- 3) — BOSWORTH, D. M. — New York J. Med., 56: 1281, 1956.
- 4) — CRANE, G. E. — J. Nerv. Ment. Dis., 124: 322, 1956.
- 5) — EGLÉSIAS, E. — Comunicação pessoal.
- 6) — HOFFER, A., OSMOND, H., and SMYTHIES, J. — J. Ment. Sc., 100: 29, 1954.
- 7) — JENKINS — Ref. in SAUNDERS, RADINGER e KLINE.
- 8) — KAMMAN, G. R., FREEMAN, J. C., and LUCERO, R. J. — J. Nerv. & Ment. Dis., 118: 391, 1953.
- 9) — MARAZZI, A. S., and HART, E. R. — Science, 121: 365, 1955.
- 10) — MARAZZI, A. S. and HART, E. R. PEACOCK, S. M., KALVOS, E. R., and ANDY, O. J. — Progress in Neurology and Psychiatry, Vol. X., pp. 110, Grune & Stratton, 1955.
- 11) — O'CONNOR, J. B., HOWLETT, K. S., WAGNER, R. R. — Am. Rev. Tuberc., 6: 270, 1953.
- 12) — PLETSCHMER, A. — II Congresso Internacional de Psiquiatria, Zurique, 1957.
- 13) — SAUNDERS, G. C., RADINGER, N., KLINE, N. G. — Regional Meeting of American Psychiatric Association in Syracuse, New York, 1957.
- 14) — VOELKEL — II Congresso Internacional de Psiquiatria, Zurique, 1957.
- 15) — WOOLLEY, D. W., SHAW, E. S. — Brit. M. J., 2: 122, 1954.
- 16) — ZELLER, A. E., BARSKY, J. — Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 81: 459, 1952.

HOJE como ONTEM

a HEMO-ANTITOXINA RAVETLLAT-PLA

pela sua completa inocuidade e pela sua acção tónica

estimulante do apetite

antitérmica

antitóxica

antiflogística

constitui o tratamento de eleição para as crianças

linfáticas

inapetentes

desnutridas

com adenopatias

febrículas

cefalalgias

transtornos digestivos

bronquites de repetição, etc.

e nos casos com antecedentes específicos após

gripe

sarampo

tosse convulsa

para conseguir uma rápida e completa recuperação orgânica, especialmente do apetite, e prevenir prováveis reactivações tuberculosas.

INSTITUTO RAVETLLAT-PLA · Avenida VIRGEN MONTserrat 114 · BARCELONA

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

Anti-gripal, anti-pirético e analgésico de acção imediata

Vigripan

Maior resistência à infecção pela administração simultânea
de doses fortes de Vitamina C.

C O M P O S I Ç Ã O

Ácido acetilsalicílico	0,250 Grs.
Fenacetina (Acetofenetidina)	0,250 »
Ácido l-ascórbico (Vitamina C)	0,250 » (5.000 U.I.)
Fosfato de codeína	0,010 »
Cafeína	0,050 »
Excipiente q. b. para	um comprimido

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Analgésico de acção imediata no tratamento da sinusite, febre reumática, dismenorreia, artrite hipertrófica, artrite traumática, tonsilite, faringite, gripe, coriza e outras infecções várias, possuindo uma acção depressora sobre os centros da tosse.

A P R E S E N T A Ç Ã O

Tubos de 12 comprimidos. Embalagens de 2 comprimidos.



LABORATÓRIOS
Q U Í M I C O
B I O L Ó G I C O S

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

Contribuição para o conhecimento da qualidade sanitária das águas das praias da cidade do Porto

FERNANDO FERREIRA PINTO BASTO

Consideramos este nosso trabalho um complemento da nossa tese de licenciatura (1) em que fizemos um estudo sobre as águas freáticas da cidade. Impressionou-nos bastante termos constatado o mau estado que apresentavam todas as águas dos poços que analisámos nas freguesias da Foz do Douro e Nevogilde, bem como a mais elevada taxa de incidência de morbidade por febre tifóide na freguesia da Foz do Douro, dentre todas as da cidade.

Foi-nos, por isso, muito grato poder contribuir para o conhecimento das águas das praias dessas freguesias e relacionar os resultados obtidos com a morbidade por febre tifóide.

Não pudemos obter grandes dados bibliográficos sobre análises de praias que, entre nós, algumas vezes têm sido feitas, mas raramente duma forma sistemática.

Por gentil informação particular da Junta Sanitária das Águas, por intermédio da Delegação no Porto do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, pudemos tomar conhecimento dum estudo realizado na praia dos Ingleses em Setembro-Outubro de 1955, pelo Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia. As análises bacteriológicas, então levadas a efeito em amostras colhidas na praiamar e baixamar, confirmaram tratar-se duma água inquinada.

Neste nosso estudo realizámos 40 colheitas para análise, quatro em cada praia, sendo estas em número de dez e tendo sido duas feitas na baixamar e duas na praiamar.

Após consulta da literatura (2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8), escolhemos as seguintes provas: determinação do número mais provável de colibacilos (N. M. P.) a 37° e 44° C. e contagem de colónias em gelose; executámos treze provas bioquímicas para identificação do coli fecal (9 e 10).

Não tivemos a pretensão de fazer um trabalho completo, o que as limitações do tempo e técnica não nos permitiram. Contudo, julgamos, com as deficiências apontadas, termos atingido o fim proposto e podermos, agora, provar o mau estado, do ponto de vista sanitário, em que se encontra toda essa faixa marítima.

O interesse destes resultados é evidenciar, dada a circunstância de um elevado número de pessoas se banharem nessas águas e ainda o consumo de mariscos apanhados nos rochedos junto às praias, o perigo que daí pode advir, mormente para a endemia por *Salmonella typhi*.

OS ESGOTOS DA FOZ DO DOURO

O saneamento da cidade do Porto não está ainda completo. Apenas a parte central, mais populosa, e uma pequena parte mais próxima do centro, das freguesias de Lordelo, Ramalde, Paranhos e Campanhã se encontram saneadas. A Foz, Nevogilde e Aldoar não possuem ainda rede de esgotos.

Na Foz do Douro as construções novas possuem fossas estanques que são periodicamente despejadas por auto-cisterna da Câmara Municipal. As antigas moradias têm fossas, na maioria não estanques e ligadas às primitivas canalizações de águas pluviais. Estas vão desembocar na costa, muitas delas próximo dos locais utilizados para banho.

O saneamento da Foz está a ser levado a cabo, estando já, nesta data, assente o grande colector marginal que há-de levar o «sewage» de toda aquela zona até à estação de Sobreiras, aos reservatórios de despejo.

A quantidade de esgotos diários que, presentemente, aflui aos tanques de Sobreiras anda por 11.000 m³ o que vai já criando problemas complicados. Deve ir para 25.000 m³, quando estiver toda a cidade saneada e, por consequência, aumente o consumo de água.

No Porto, como há mar, não precisamos de fazer o tratamento biológico mas o tratamento físico-químico deve-se tornar bastante necessário. Consiste este na decantação, ajudada pelo arejamento e flocação, em geral feita pelos sais de ferro que são os mais baratos, e produzida na instalação. A água é revolvida por máquinas poderosas e arejada. A parte depois lançada no rio e no mar é uma parte bastante líquida, mais fácil de ser depurada naturalmente.

No nosso caso do Porto, seria suficiente a diluição pois na baixamar, quando se abrem os tanques, a vazão do rio deve atingir 2.000 m³ por segundo; se despejarmos 5.500 m³ em hora e meia, como se faz actualmente, dá 1 m³ por segundo, diluição de 1/2.000 que já é muito boa. Quanto à parte sólida, seria tratada em aparelhos apropriados, os digestores, que fazem a fermentação anaeróbia das lamas em cerca de dois a três meses. Estas lamas ainda podem ser aproveitadas para estrumes que não cheiram e têm poder fertilizante igual ao do estrume do curral.

Em consequência do estado em que se encontram os esgotos, presentemente, as condições sanitárias da Foz do Douro são muito precárias.

TÉCNICA DE ESTUDO

Como já referimos, analisámos quarenta amostras pertencentes aos locais utilizados para banho, desde a Foz do rio Douro até Matosinhos. Estas praias, em número de dez, são, como se seguem, de Sul para Norte:

- I — Praia do Caneiro ou Origo
- II — Praia dos Ingleses
- III — Praia da Luz
- IV — Praia de Gondarém
- V — Praia do Molhe
- VI — Praia do Homem do Leme
- VII — Praia do Castelo do Queijo
- VIII — Praia Internacional
- IX — Praia da Viúva Alberto Teixeira
- X — Praia da Circunvalação

Destas praias têm esgotos as seguintes: II, V, VIII, IX e X.

Nós mesmos realizámos as colheitas coadjuvados por pessoal pertencente aos Pilotos da Foz do Douro, cujo auxílio nos foi gentilmente cedido por intermédio do Ex.mo Sr. Comandante João Pais, Chefe do Departamento Marítimo do Norte.

Passamos a descrever suscintamente as técnicas que seguimos:

I — Colheita da água

Todas as águas foram colhidas junto à praia, duas na baixamar e duas na praiamar.

Seguimos rigorosamente todas as condições de assepsia, fazendo o transporte imediato ao laboratório onde, no prazo máximo de duas horas, iniciámos o exame bacteriológico.

II — Exame bacteriológico

Comprendidas neste exame fizemos as seguintes provas:

- Colimetria
- Contagem de bactérias

1) Colimetria

Para este teste usámos a seguinte técnica:
Semeámos a água a analisar em três diluições diferen-

tes, no caldo bile-lactose-verde brilhante (Difco): em quatro tubos de ensaio com caldo de dupla concentração, 10 cm³ de água; em quatro tubos do mesmo caldo simples, 1 cm³; em outros quatro tubos, também com caldo simples, 0,1 cm³.

Como interessava verificar a formação de gás, usámos os tubinhos de Durham em cada tubo semeado.

Foram incubados 48 horas na estufa a 37°. Decorrido este tempo, anotámos a libertação de gás nos diferentes tubos semeados e fizemos a leitura pela Tabela de Hoskins (5) que nos dá o número mais provável (N. M. P.) de bactérias coliformes por 100 cm³ da amostra, semeando, como fizemos, em três diluições diferentes usando quatro tubos para cada diluição.

Ainda integrada na colimetria executámos a prova de Eijkmann seguindo a mesma técnica da anterior, diferindo apenas na incubação que foi feita em banho-maria a 44°, durante 48 horas.

Fizemos ainda a confirmação do coli em agar-eosina azul de metíleno (Levine) fazendo a leitura às 48 horas.

Obtivemos sempre colónias típicas de um verde metálico, o que constitui uma confirmação adicional do exame anterior.

O exame microscópico de esfregaços corados, confirmaram a presença de bacilos Gram-negativo.

2) Contagem de bactérias

Compreendida no exame bacteriológico fizemos ainda a determinação do número de bactérias aeróbias por centímetro cúbico, semeando a água em gelose.

Usámos três placas de Petri para cada água, fazendo a sementeira, respectivamente, de 1 cm³ na primeira, 1 cm³ a 1/10 na segunda e 0,1 cm³ desta mesma diluição, na terceira.

Incubámos na estufa durante 48 horas.

Retirámos, então, as placas e fizemos a sua leitura numa câmara conta-colónias.

Aproveitámos a avaliação feita a partir da placa que tivesse mais de 30 e menos de 300 colónias.

Em virtude de só uma reduzida proporção de bactérias da água desenvolver colónias, é mais correcto expressar o resultado como «colónias por cm³» em vez de «bactérias por cm³».

III — Provas bioquímicas

Para o estudo das características bioquímicas do gérmen ou gérmenes encontrados realizámos as seguintes provas:

1) Prova de fermentação

Usámos meios líquidos adicionados da substância fermentescível (glicose, lactose, maltose, manitol) e reagente indicador. Recorremos aos tubos de Durham para avaliarmos a formação de gás.

2) Redução de nitratos a nitritos

Utilizámos o ácido sulfanílico.

3) Formação do indol

Utilizámos um meio contendo triptofano. Pesquisámos o indol mediante a junção à cultura do reagente de Erlich.

4) Prova do vermelho de metilo

5) Prova de Voges-Proskauer

6) Prova da ureia

Usámos um meio sólido com ureia e indicador.

7) Prova de utilização do citrato

Utilizámos o meio de Simmons.

8) Mobilidade

Usámos tubos em U com gelose semi-sólida.

- 9) Liquefacção da gelatina
- 10) Produção de gás sulfídrico

Utilizámos o meio de Kligler.

RESULTADOS ANALÍTICOS

A Tab. I resume os resultados das provas bacteriológicas. Nesta tabela o sinal — na coluna encimada «gram» indica bacilos gram negativo.

TAB. I

PRAIAS	MARÉS	DATA	HORA	N.º colónia /cm ³	N. M. P. 37°	N. M. P. 44°	LEVINE	GRAM
<i>I P. Caneiro ou Origo</i>	Praiamar - 9,41	11-12-56	8-9	660	1.400	1.400	+	-
	Baixamar - 9,09	8-12-56	8-9	83	> 1.400	1.400	+	-
	Praiamar - 14,50	28-2-57	15	1.240	> 1.400	> 1.400	+	-
	Baixamar - 9,00	30-1-57	8-9	61	390	20	+	-
<i>II P. dos Ingleses</i>	Praiamar - 9,41	11-12-56	8-9	71	700	80	+	-
	Baixamar - 9,09	8-12-56	8-9	98	1.400	1.400	+	-
	Praiamar - 14,50	28-2-57	15	120	700	390	+	-
	Baixamar - 9,00	30-1-57	8-9	79	890	240	+	-
<i>III P. da Luz</i>	Praiamar - 9,41	11-12-56	8-9	160	390	240	+	-
	Baixamar - 9,09	8-12-56	8-9	80	62	240	+	-
	Praiamar - 14,50	28-2-57	15	150	700	890	+	-
	Baixamar - 9,00	30-1-57	8-9	59	240	110	+	-
<i>IV P. de Gonçalves</i>	Praiamar - 9,41	11-12-56	8-9	450	890	94	+	-
	Baixamar - 9,09	8-12-56	8-9	101	> 1.400	> 390	+	-
	Praiamar - 14,50	28-2-57	15	90	1.400	890	+	-
	Baixamar - 9,00	30-1-57	8-9	78	62	84	+	-
<i>V P. do Molhe</i>	Praiamar - 9,41	11-12-56	8-9	266	890	300	+	-
	Baixamar - 9,09	8-12-56	8-9	264	3-0	1.400	+	-
	Praiamar - 14,50	28-2-57	15	1.800	110	390	+	-
	Baixamar - 9,00	30-1-57	8-9	79	56	36	+	-
<i>VI P. do Homem do Leme</i>	Praiamar - 10,31	26-12-56	8-9	89	240	110	+	-
	Baixamar - 7,00	14-1-57	8-9	53	390	890	+	-
	Praiamar - 6,40	7-1-57	8-9	68	240	110	+	-
	Baixamar - 9,39	19-1-57	8-9	110	86	62	+	-
<i>VII P. do Castelo do Queijo</i>	Praiamar - 10,31	26-12-56	8-9	81	110	240	+	-
	Baixamar - 7,00	14-1-57	8-9	75	240	240	+	-
	Praiamar - 6,40	7-1-57	8-9	150	890	62	+	-
	Baixamar - 9,39	19-1-57	8-9	80	62	36	+	-
<i>VIII P. Interna- cional</i>	Praiamar - 10,31	26-12-56	8-9	86	390	890	+	-
	Baixamar - 7,00	14-1-57	8-9	190	> 1.400	> 1.400	+	-
	Praiamar - 6,40	7-1-57	8-9	104	> 1.400	1.400	+	-
	Baixamar - 9,39	19-1-57	8-9	80	390	36	+	-
<i>IX P. da Vila Alberto Teixeira</i>	Praiamar - 10,31	26-12-56	8-9	136	240	700	+	-
	Baixamar - 7,00	14-1-57	8-9	120	700	1.400	+	-
	Praiamar - 6,40	7-1-57	8-9	72	240	280	+	-
	Baixamar - 9,39	19-1-57	8-9	100	110	110	+	-
<i>X P. da Cir- cunvalação</i>	Praiamar - 10,31	26-12-56	8-9	145	890	700	+	-
	Baixamar - 7,00	14-1-57	8-9	173	700	890	+	-
	Praiamar - 6,40	7-1-57	8-9	91	62	86	+	-
	Baixamar - 9,39	19-1-57	8-9	96	1.400	1.400	+	-

Provas bioquímicas

Obtivemos, consistentemente, fermentação dos açúcares e positividade das reacções do indol, nitratos, vermelho de metilo e mobilidade e negatividade das reacções de Voges-

O LAXANTE QUE NÃO É ABSORVIDO

— ACTUA POR CONTACTO



MODERLAX

É O LAXANTE DE ESCOLHA
NOS CASOS DE VIAGENS,
EM QUE, ÀS ALTERAÇÕES
DE AMBIENTE, SE JUNTAM
OS DESEQUILÍBRIOS DE
REGIME ALIMENTAR

FRASCO DE 24 E 250 DRAGEAS A 5 mg
CAIXA DE 5, 10 E 100 SUPOSITÓRIOS A 10 mg

LABORATÓRIOS ATRAL — AV. GOMES PEREIRA, 74 — LISBOA



A. NATTERMANN & C^{ie}

COLÓNIA - ALEMANHA

*Levam ao conhecimento das Ex.^{mas} Classes
Médica e Farmacêutica que nomearam
seus representantes para Portugal, Ilhas e
Ultramar*

LEACOCK (LISBOA) LDA.

Avenida 24 de Julho, 16 — LISBOA

-Proskauer, ureia, citrato, liquefação da gelatina e produção de gás sulfídrico.

Isto permite concluir, como a prova de Eijkmann, que as águas continham colibacilo de origem fecal.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos resultados numéricos das provas de colimetria a 44° C, fizemos uma análise de variância em que os resultados > 1.400 foram considerados como = 1.400.

A análise completa é:

TAB. II

VARIAÇÃO		G. L.	SOMA DE QUADRADOS	VARIÂNCIA
PRAIAS	Esgotos	1	707.560,0	707.560,0
	Resto	8	2.817.147,6	325.143,45
	Total	9	3.524.707,6	391.634,1(7)
MARÉS		1	51.265,6	51.265,6
INTERACÇÃO PRAIAS	Esgotos	1	412.090,0	412.090,0
	Resto	8	590.636,4	73.829,55
MARÉS	Total	9	1.002.726,4	111.414,0(4)
ERRO		20	5.607.612,0	280.365,58
TOTAL		39	10.186.311,6	261.187,47

Nesta análise as parcelas correspondentes ao efeito geral das marés e da interacção marés-praias (independentemente da presença de esgotos) são menores que o erro, pelo que lhe podem, com vantagem, ser incorporadas.

Resulta a análise resumida seguinte:

TAB. III

VARIAÇÃO		G. L.	SOMA DE QUADRADOS	VARIÂNCIA
PRAIAS	Esgotos	1	707.560,0	707.560,0
	Resto	8	2.817.147,6	325.143,45
	Total	9	3.524.707,6	391.634,1(7)
INTERACÇÃO ESGOTO-MARÉ		1	412.090,0	412.090,0
RESÍDUO		29	6.249.514,0	215.500,48
TOTAL		39	10.186.311,6	261.187,47

Com estes resultados podemos fazer algumas provas de significância.

a) Praias com e sem esgoto
Desvio padrão da diferença

$$\sigma = \sqrt{215.500,48} \left(\frac{2}{20} \right) = 146,99$$

Diferença de médias

$$X = \frac{12.878 - 7.558}{20} = 266$$

Prova:

$$\frac{X}{\sigma} = \frac{266}{146,99} = 1,81$$

Probabilidade = 7 %

Sugestiva, mas não significativa.

b) Interacção esgoto-marés

$$F = \frac{412.090,0}{73.829,55} = 5,6$$

Com $n_1 = 1$ e $n_2 = 8$

Probabilidade < 5 %

Significativa.

c) Praias independentemente da presença de esgotos

$$F = \frac{325.143,45}{215.500,48} = 1,5$$

Com $n_1 = 8$ e $n_2 = 29$

Probabilidade = 20 %

Não significativa.

Concluimos, pois, que:

a) a presença de esgotos contribui, possivelmente, para a qualidade das águas, já de si más, mas não o suficiente para que a nossa série de resultados o permita afirmar com segurança.

b) a interacção maré-esgoto é significativa para um nível de 5 %. Isto querer dizer que as praias com esgoto são ligeiramente melhores durante a maré cheia (possivelmente porque as bocas dos esgotos se encontram mais longe e mais fundo quando a maré sobe) e que o efeito das marés tende a ser contrário nas praias sem esgoto.

c) a variação das praias, independentemente da presença de esgotos é francamente não significativa. Isto parece indicar que as águas tendem a ser mais ou menos idênticamente más, aqui e ali, prejudicadas pela presença de esgotos locais.

MORBILIDADE POR FEBRE TIFÓIDE NA FREGUESIA DA FOZ DO DOURO

Sendo a febre tifóide, das doenças a que pode ser atribuída origem hídrica, a que entre nós tem carácter endémico, tomámo-la como padrão para as nossas considerações sobre o estado sanitário da Foz do Douro.

Tem-se-lhe atribuído tanta importância que a sua incidência tem sido, muitas vezes, tomada como índice de civilização dum povo. Desta sorte, tudo o que se faça para a sua profilaxia, afigura-se-nos algo de útil.

No nosso trabalho anterior, como já fizemos referência

atrás, colhemos dados sobre a morbidade por febre tifóide nas diversas freguesias da cidade do Porto.

Obtivemos esses dados na Delegação de Saúde que apenas no-lhos forneceu com continuidade de 1944 a 1953.

Pudemos verificar que a maior taxa se encontra na freguesia da Foz do Douro, 11,4, sendo a imediatamente inferior a de Massarelos, 6,6, expressas sob a forma de taxas de morbidade por 10.000 habitantes e por ano.

Por dados fornecidos pelo Ex.mo Sr. Prof. Doutor Carlos Ramalhão e posteriormente por ele publicado (11), colhidos de doentes tratados no Hospital Joaquim Urbano em 1955, pudemos também verificar a mesma maior incidência para esta freguesia, 30, vindo imediatamente inferior a de Lordelo, 10,7.

Estes dados, bem como os obtidos por nós, mostram-se concordantes sobre a alta morbidade da freguesia da Foz.

Sendo a Foz do Douro abastecida por uma rede de canalização de água da mesma proveniência, sofrendo o mesmo tratamento e todos os cuidados, da do abastecimento do resto da cidade, é mister perguntar se esta maior incidência será devida à falta de esgotos. Evidentemente que partilhamos desta opinião mas não podemos, de momento, afirmar qual a origem da endemia. Ela deve estar em relação com a falta de uma rede de esgotos, por conspurcação do solo e consequentemente dos poços onde muita gente ainda, por economia, se abastece. Ora essas águas encontram-se na totalidade dos poços que nos foi possível analisar, conspurcadas por colí fecal.

E a conspurcação das praias terá também alguma influência nessa morbidade?

Não nos achamos autorizados a pronunciar nesse sentido mas tudo leva a crer que tem a sua quota parte de responsabilidade na alta endemia.

Sendo a febre tifóide entre nós, como no-lo afirma o Ex.mo Sr. Prof. Doutor Carlos Ramalhão, de natureza alimentar, pelo seu predomínio estivo-outonal e a permanência da endemia devida aos portadores de bacilos, podemos ainda atribuir alguns casos de febre tifóide, talvez, à ingestão de moluscos frescos existentes nos rochedos vizinhos da saída dos colectores para o mar, prática essa ali observada.

A nosso ver, à medida que forem feitas as ligações dos prédios da Foz à rede de esgotos, haverá, com certeza, uma melhoria na morbidade por febre tifóide.

Da comparação dos resultados das nossas análises com outras que, de futuro, se vierem a realizar, depois do saneamento da Foz estar a funcionar, poderemos tirar algumas conclusões. Diminuirá, por certo, a inquinção das praias logo que as canalizações que nelas desaguam sejam destinadas exclusivamente às águas pluviais.

Não sabemos até que ponto o «sewage» lançado no rio, em Sobreiras, possa ser responsável pela inquinção destas praias. Tudo leva a crer que o «sewage» se dirige para sul mas, por influência dos ventos e, à saída da barra, pela bifurcação da corrente, muito bem pode acontecer que possa ser-lhe atribuída uma quota parte na inquinção.

Caso se venha a verificar tal hipótese, impõe-se ia o tratamento do «sewage» em Sobreiras.

Para já é o Saneamento da Foz que está em causa.

CONCLUSÕES

I — Pretendendo verificar o estado sanitário actual das praias da Foz do Douro e Nevogilde, realizámos, entre Dezembro de 1956 e Fevereiro de 1957, 40 colheitas para análise, quatro em cada praia, sendo estas em número de dez e tendo sido duas feitas na baixamar e duas na praiamar.

II — Os exames bacteriológicos e provas bioquímicas mostram a má qualidade das águas analisadas.

III — A má qualidade das águas das praias deve ser

atribuída à presença de canalizações de esgotos que desembocam nas praias.

IV — Nas praias com esgoto nota-se ligeiro benefício da acção das marés na praiamar; nas praias sem esgoto a acção da maré é muito menos marcada apresentando-se em sentido contrário.

V — No estado actual as praias não apresentam condições sanitárias das mais favoráveis para a sua utilização para balneação.

VI — Em face dos resultados obtidos antevê-se a necessidade, não só da ligação dos esgotos da Foz à rede de saneamento geral da cidade, mas ainda o tratamento do «sewage» da cidade na estação de Sobreiras.

VII — A análise sobre a «Praia dos Ingleses» em 1955, única de que nos foi dado tomar conhecimento, mostra que já então essa praia se encontrava inquinada.



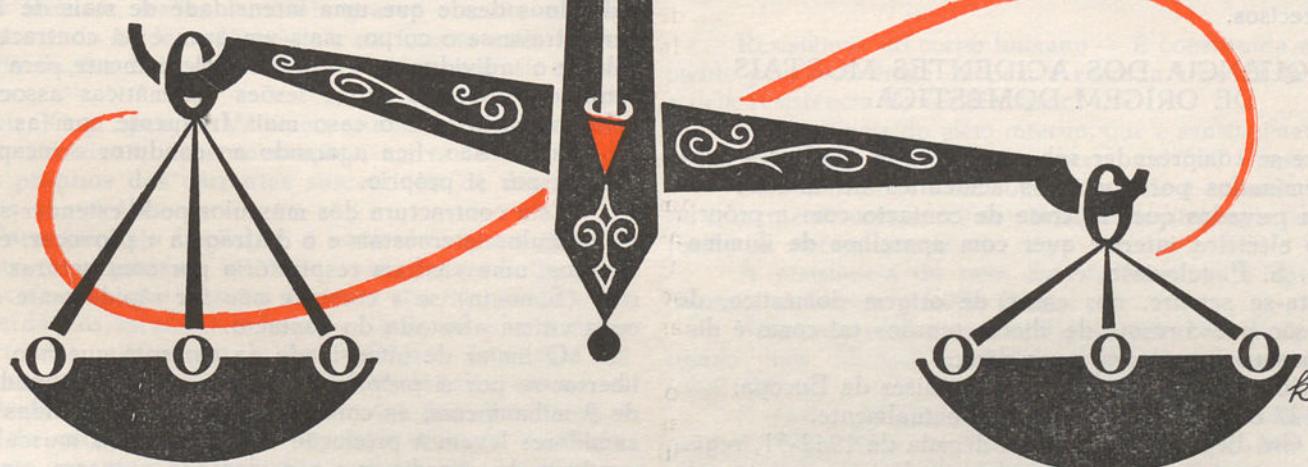
Ao concluir não podemos deixar de referir a valiosa colaboração do Ex.mo Sr. Doutor Joaquim de Oliveira Costa Maia que nos analisou os resultados por nós obtidos, pelo que nos confessamos sinceramente grato.

Não queremos deixar de realçar também o nosso profundo reconhecimento pelas facilidades concedidas nos Laboratórios dos Serviços Municipalizados Águas e Saneamento e Delegação do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, pelos Ex.mos Directores, Sr. Engenheiro Albano do Carmo Rodrigues Sarmento e Sr. Doutor Francisco António Gonçalves Ferreira, sem as quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- (1) BASTO, FERNANDO PINTO — Importância do saneamento na qualidade das águas freáticas da cidade do Porto — Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Porto — 1956.
- (2) BOYER, J. — Précis d'Higiene — 1955.
- (3) BUTIAUX, R. — L'analyse bacteriologique des eaux de consommation — Collection de l'Institut Pasteur — Edition Médicales Flammarion.
- (4) COUTINHO, CARLOS CANDIDO e JUDITE SERPA CASTELO RODRIGUES — Estudo comparativo e alguns métodos de análise bacteriológica das águas de abastecimento — Separata da Revista Portuguesa de Farmácia — 1955.
- (5) FERRAMOLA, RAUL — Examen bacteriológico de Aguas — Librería y Editorial «El Ateneo» — 1947.
- (6) PINHO, BERNARDINO DE — Elementos de apreciação sanitária das águas de abastecimento e normas a seguir na sua purificação — Código do Médico, Vol. I.
- (7) PRESCOTT, SAMUEL CATA, B. S. SC. D., CHARLES EDWARD, A. WINSLOW, S. M. DR. PH-MAC. HARVEY, MAC. CRADY, B. S. — Water Bacteriology with special Reference Sanitary Water analyses — 1950.
- (8) SALLOVITZ, MANUEL e MANUEL J. — Tratado de Engenharia Sanitária — Librería y Editorial «El Ateneo» — Flórida, 340 — Córdoba 2099 — Buenos Aires — 1951.
- (9) COELHO, ALOISIO M. — Notas bacteriológicas — Os meios de cultura — Separata da Escola Médica — Ano 2-3 — 1954.
- (10) KAUFFMANN, F. M. D. — Entero-bacteríaceas — 1954.
- (11) RAMALHAO, CARLOS e J. COSTA MAIA — Modificações clínicas da febre tifóide sob a acção da cloromicetina — Jornal do Médico — N.º 725 — Dez. 1956.

SEDIOTON



SEDATIVO NEURO-VEGETATIVO COM MÚLTIPLOS PONTOS DE ACÇÃO

Cada cápsula contém: alcalóides totais de beladona equivalentes a 0,1 mg. de 1-hiosciamina + alcalóides totais da cravagem de centeio equivalentes a 0,2 mg. de tartarato de ergotamina + 10 mg. de fenobarbital + 10 mg. de amobarbital.

RIGOROSA CONSTÂNCIA DE EFEITO TERAPÉUTICO

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

VIRGINIO LEITÃO VIEIRA DOS SANTOS & FILHOS, S. A. R. L.

INVESTIGAÇÃO E PREPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS DESDE 1895

Títulos e autores de trabalhos publicados últimamente

REVISTAS NACIONAIS

ARTRITE REUMATÓIDE E AMILOIDOSE (J. MENDONÇA DA CRUZ) — «Jorn. da Soc. das Cienc. Med. de Lisboa» (Fev. de 1958).

AZOOSPENNIE E ESTERILIDADE MASCULINA (GILBERT DREYFUS) — «Gaz. Med. Port.» (Nov.-Dez. de 1957).

TEMPO DE VIDA DO ERITRÓCITO NORMAL. SEU EMPREGO NO ESTUDO E DIAGNÓSTICO DE ALGUMAS HEMOPATIAS (A. DUCLA SOARES E F. PARREIRA) — «Gaz. Med. Port.» (Nov.-Dez. de 1957).

REVISTAS ESTRANGEIRAS

DEONTOLOGIA DOS CIRURGIOS DEDICADOS A CANCEROLOGIA (CONRAD ZUCKERMANN) — «Rev. Mex. de Cir., Gin. e Cancer.» (Out. de 1957).

NEFROSE LIPOIDICA E SINDROMAS NEFRÓTICOS (G. LAGRUE) — «La vie Med.» (Abril de 1958).

A FISIOTERAPIA DOS REUMATISMOS INFLAMATÓRIOS E DOS REUMATISMOS DEGENERATIVOS (MICHEZ E ORTEGAT) — «Brux.-Méd.» (13-Março de 1958).

AS RELAÇÕES HIPOTÁLAMO-PITUITÁRIAS (SOLLY ZUCKERMANN) — «Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Quest.» (Fev. de 1958).

ANTIBIOTERAPIA PREVENTIVA EM CIRURGIA (BRUYNOGHE E STADTSBAEDER) — «Rev. Méd. de Louvain» (2-1958).

ORIENTAÇÃO TERAPEUTICA DOS CARCINOMAS DIGESTIVOS (SCRUB E GEFFRO) — «La Sem. des Hop.» (19-Março de 1958).

ALGUNS PROBLEMAS DE CIRROSE BILIAR (ROY CARMERON) — «Brit. Med. Jour.» (5070-Março de 1958).

Os acidentes eléctricos de origem doméstica

RENÉ-CH. FRANÇOIS

Os acidentes eléctricos de origem doméstica agrupam toda a gama de factos benignos ou graves, desde o simples «choque» eléctrico, por contacto inadvertente com uma tomada ou um fio mal isolado, até ao acidente brutalmente mortal de electrocussão.

Não é possível precisar a frequência dos acidentes ligeiros, «choques eléctricos» que, devido à sua benignidade, são em geral depressa esquecidos pelos interessados e não fazem parte duma estatística precisa.

Pelo contrário, a frequência dos acidentes eléctricos de origem doméstica, imediatamente mortais, que constituem o grupo das «electrocussões», têm dado lugar a estudos estatísticos precisos.

FREQUÊNCIA DOS ACIDENTES MORTAIS DE ORIGEM DOMÉSTICA

Deve-se compreender sob este título os acidentes mortais determinados por contactos accidentais no interior das habitações privadas quer se trate de contacto com a própria instalação eléctrica interior quer com aparelhos de iluminação de T. S. F. televisão, etc.

Trata-se sempre, nos casos de origem doméstica, de electrocussão por corrente de «baixa tensão» tal como é distribuída aos consumidores, quer dizer:

- 220 volts na maior parte dos países da Europa;
- 127 ou 220 volts na França, actualmente.

Na Grã-Bretanha, durante a década de 1942-51, registraram-se uma média anual de acidentes eléctricos mortais de origem doméstica de 63 casos, para uma média de 83 electrocussões no trabalho durante o mesmo período.

Em França, durante o período de 1951-56, média anual de electrocussões por baixa tensão foi de 55. Neste número médio de acidentes mortais determinados pela baixa tensão, uma média de 25 por ano são de origem doméstica e os outros 30 casos foram determinados por acidentes de trabalho, quer industrial quer agrícola.

Vê-se pois que se trata dum risco infinitamente menor que o determinado por outras eventualidades da vida quotidiana, como, por exemplo, o risco automóvel.

Mas é um risco facilmente evitável por medidas de prevenção simples a que voltaremos.

Porque razão é mortal o acidente eléctrico de baixa tensão?

É, com efeito, surpreendente constatar que o mesmo indivíduo que sofreu várias vezes, sem consequências, um «choque» eléctrico banal por contacto acidental, se não deliberado, com condutores de baixa tensão, vá, um dia, ser

bruscamente atingido mortalmente pela mesma corrente que parecia inofensiva, como de costume.

A explicação desta eventualidade é dada pela análise das condições físico-fisiológicas que condicionam as perturbações determinadas pela passagem das correntes eléctricas no organismo humano.

É a Arsonval e Weiss que se dá o mérito de terem posto em evidência o facto de que as manifestações fisiológicas determinadas pela passagem duma corrente eléctrica são função da intensidade que atravessa o corpo.

A mais fraca destas manifestações é a sensação dolorosa determinada pelo contacto eléctrico. Surge em 99 % dos indivíduos desde que uma intensidade de mais de 1 milíampere atravesse o corpo, mais um grau e há contractura muscular e o indivíduo ou é atirado violentamente para longe do condutor, podendo sofrer lesões traumáticas associadas ou pelo contrário, e é o caso mais frequente com as correntes de baixa tensão, fica agarrado ao condutor e incapaz de se libertar por si próprio.

Esta contractura dos músculos pode estender-se, atingir os músculos intercostais e o diafragma e provocar, em alguns minutos, uma «asfixia respiratória por contracturas musculares» (Simonin) se a corrente não for rapidamente desligada ou a vítima afastada do contacto.

O limiar de intensidade da corrente que não permitem libertar-se por si próprio foi igualmente determinado. Acima de 9 milíampères, as correntes alternas distribuídas aos consumidores levam à produção de contracturas musculares susceptíveis de impedir que o acidentado se possa separar, por si próprio, do contacto do condutor.

É necessário sublinhar que a contractura muscular determinada pela passagem da corrente cessa imediatamente logo que a vítima seja retirada do seu contacto, ao contrário do que se produz com os fenómenos de inibição nervosa e de fibrilação ventricular que vão ser agora relatados.

Os contactos de mais forte intensidade são, com efeito, susceptíveis, sobretudo se o seu trajecto interessa a região craniana, de determinar fenómenos de inibição nervosa (Urquhart) e de choque (Lartigue) que podem reflectir-se sobre os centros bulbarres respiratórios ou cardíacos, determinando, neste último caso, uma paragem cardíaca.

Estes fenómenos de inibição nervosa não cessam com a paragem da corrente, mas, pelo contrário, prolongam-se durante um tempo, mais ou menos longo, após a perda de contacto.

Vê-se já a extrema importância das manobras de reanimação praticadas imediatamente e durante um tempo suficiente, em caso de acidente eléctrico. São, com efeito, em caso de inibição nervosa temporária, susceptíveis de determinar uma circulação de socorro suficiente para evitar a passa-

NO TRATAMENTO DE: NERVOISMO • ANSIEDADE • INSÓNIA • HIPER-EXCITABILIDADE



CALMANTE
SEDATIVO
ANTI-ESPASMÓDICO

NERSAN

(Extractos fluídos de passiflora, de boldo e de Anemona pulsatilla +
+ Tinturas de beladona e de crataegus + Fenobarbital)

Frasco de 150 c. c. de elixir

LABORATÓRIO

fidelis

gem do estado de «morte aparente» para o estado de «morte real» e de ganhar o tempo necessário para permitir aos centros nervosos recobrar a sua possibilidade fisiológica normal.

Estes fenómenos de inibição nervosa necessitam, para se produzir, de intensidades de corrente sensivelmente mais elevadas.

Por outro lado, a par dos fenómenos de «inibição nervosa» ou de «choque» reversíveis, se uma terapêutica activa pode ser imediatamente executada, uma outra eventualidade, infinitamente mais grave, é susceptível de ser determinada pela passagem da corrente eléctrica interessando a região torácica.

É o aparecimento da fibrilação ventricular do coração. Trata-se, sabe-se, dum estado em que as fibras cardíacas se contraem dum modo assíncrono, estado que conduz à cessação completa da acção fisiológica do coração que se torna incapaz de impulsionar o sangue oxigenado para o resto do organismo e, em particular, para o cérebro. Esta eventualidade provoca, em alguns minutos, lesões cerebrais graves e muito rapidamente a morte do acidentado porque, na imensa maioria dos casos, as fibrilações de origem eléctrica são irreversíveis espontaneamente.

Ferriz, King, Spence e Williams estabeleceram, há alguns anos, após numerosas experimentações, um certo número de caracteres próprios das correntes susceptíveis de determinar a fibrilação ventricular:

— Para que haja fibrilação, é necessário que o trajecto da corrente no organismo interesse a região cardíaca, quer dizer, as correntes que passam da mão direita aos pés, da mão esquerda aos membros inferiores ou dumão mão à outra e, em particular, a primeira, a mais perigosa, frequente em caso de contacto acidental com os condutores sob tensão.

— A passagem da corrente eléctrica não determina a fibrilação do coração durante a duração do ciclo cardíaco, mas sómente durante o período dito «refractário parcial» que sucede a sistole e que se estende por cerca de um quinto de segundo cada segundo.

— A fibrilação do coração, nas condições que acabam de ser descritas, é susceptível de ser determinada por intensidades menores que as que produzem fenómenos de inibição nervosa; por convenção chama-se «limiar de intensidade das correntes perigosas» à intensidade mínima que é susceptível de determinar a fibrilação do coração.

O conjunto dos autores que se ocuparam desta questão, e nomeadamente Koeppen, Dalziel, Spence, consideram que o limiar de intensidade das «correntes perigosas», deve ser fixado em 80 miliampères.

Em que condição o contacto com um condutor de baixa tensão, pode determinar uma «intensidade perigosa»?

A partir de 1 miliampère de intensidade, a passagem da corrente determina uma sensação dolorosa.

Se a intensidade atinge 9 miliampères, a vítima arrisca-se a ficar «presa» à corrente e de poder afastar-se por si

mesmo e de apresentar sérios acidentes e, em particular, queimaduras importantes.

Acima de 80 miliampères de intensidade, uma corrente que interessa a região cardíaca pode determinar acidentes imediatamente mortais devido à fibrilação ventriculares que pode determinar.

Ora, a intensidade que passa num condutor sob uma dada tensão é inversamente proporcional à resistência deste condutor; é a lei de Ohm que pode exprimir-se:

$$I = \frac{R \text{ (resistência em Ohms)}}{E \text{ (tensão em volts)}}$$

No caso dos acidentes domésticos, a tensão da corrente é conhecida e é geralmente de 210 volts ou 127 volts.

Pelo contrário, a resistência do circuito constituído pelo corpo humano e, em geral, pelo solo é eminentemente variável.

Resistência do corpo humano — É constituída essencialmente pela resistência da pele à entrada e saída da corrente e pela resistência do meio interno.

A resistência do meio interno, que é sensivelmente constante, é fraca e calcula-se, em geral, em 500 Ohms.

Pelo contrário, a resistência da pele à entrada e à saída da corrente é susceptível de variações muito importantes conforme as circunstâncias.

A resistência da pele dos dedos secos e ligeiramente calosos, ultrapassa 50.000 Ohms.

Pelo contrário, a resistência da pele fina das pregas de flexão não ultrapassa 4.000 Ohms e a das mucosas, 1.000 Ohms.

O estado da pele desempenha um papel fundamental no grau de resistência que apresenta à passagem da corrente eléctrica. Uma zona de pele bem seca apresenta uma resistência 100 vezes mais elevada do que se estivesse com transpiração ou humedecida pela água.

Admite-se que, num banho, a resistência do corpo se reduz sensivelmente à resistência do meio interno: 500 Ohms.

Por outro lado, a resistência oposta pela pele é tanto menor quanto a superfície de contacto com o eléctrodo for maior.

Resistência do calçado e do solo — No caso frequente em que o trajecto da corrente atravessa o corpo dum membro superior para os membros inferiores, a resistência do calçado e do solo vem juntar-se à resistência própria do corpo para a determinação do cálculo da intensidade que atravessa o organismo.

Ora, esta resistência é susceptível de variações duma amplitude pelo menos tão grande como a que pode apresentar o corpo humano.

O contacto do calçado com o solo húmido não representa senão uma resistência de algumas centenas de Ohms ainda que o contacto por intermédio de solas de couro secas

LIOSOL

(Ácido 4 - difenil - etilacético)

Arteriosclerose em todas as suas formas

LABORATÓRIOS "CELSUS"

LISBOA

num solo cimentado e seco comporte uma resistência de mais de 100.000 Ohms.

É esta extrema variabilidade da resistência do corpo humano e das superfícies de contacto com o solo que explica os efeitos variáveis e aparentemente paradoxais do contacto acidental com os circuitos eléctricos de distribuição doméstica.

Vê-se, com efeito, que se a resistência do corpo é a das superfícies de contacto com o solo é elevada (100.000 Ohms) a electrização com uma corrente de 210 volts determina a passagem, no corpo, duma intensidade de 2 miliamperes, quer dizer, duma intensidade que produz uma sensação de choque perceptível e nada mais.

Para uma resistência do corpo e do contacto com o solo de 10.000 Ohms, o que é fraco, a intensidade que atravessa o organismo será de 22 miliamperes para uma corrente de 210 volts. Trata-se duma intensidade susceptível de determinar um choque nitidamente doloroso e de «colar» o acidentado ao condutor, mas absolutamente insuficiente para determinar um acidente mortal.

Não é senão em casos muito excepcionais em que a resistência é muito anormalmente baixa (indivíduo a transpirar, num banho ou em repouso no solo húmido, ou em contacto ao nível das mucosas labiais) que esta desce a um valor inferior a 5.000 Ohms e permite a passagem duma intensidade superior a 80 miliamperes, susceptível de determinar um acidente mortal.

Trata-se de eventualidades pouco frequentes, mas a maior parte dos utilizadores, confiantes em que podem suportar, sem inconvenientes, a não ser contactos desagradáveis, contactos accidentais com a corrente não pensam que esta mesma corrente, anodina habitualmente, pode tornar-se mortal se estão a transpirar ou com os pés descalços num solo húmido.

Por outro lado, é necessário igualmente sublinhar o papel que o factor «tempo de contacto» é susceptível de desempenhar na produção da fibrilação ventricular.

Tem-se visto que esta não é susceptível de se produzir senão durante um quinto do tempo da revolução cardíaca, quer dizer, cerca de um quinto de segundo por segundo.

Quer dizer que uma corrente duma intensidade superior a 80 miliamperes e que passe durante vários segundos terá o máximo de probabilidade de determinar a fibrilação do coração.

A probabilidade será sensivelmente menor para uma duração de passagem dum segundo e se a duração do contacto por inferior a um segundo, a probabilidade de determinar uma fibrilação diminuirá tanto mais quanto a duração do tempo de passagem for mais fraca.

Queimaduras e marcas eléctricas

As queimaduras eléctricas são muito menos frequentemente constatadas após acidentes eléctricos de origem doméstica que nos contactos accidentais com a alta tensão.

Com efeito, a quantidade de calor desenvolvida pela passagem de corrente eléctrica é função da importância da

tensão, da intensidade da corrente e do tempo de contacto (lei de Joule).

Não se constatam, praticamente, queimaduras profundas e extensas após contactos com as correntes de utilização doméstica.

Todavia, se o contacto foi duma certa duração (caso do indivíduo «agarrado» à corrente e não imediatamente socorrido), podem verificar-se queimaduras locais nos pontos de contacto.

Apresentam os caracteres clássicos de toda a queimadura e as lesões eléctricas locais são, em regra, indolores e sem tendência à supuração.

A eliminação dos tecidos necrosados pela corrente é extremamente lenta e susceptível de determinar acidentes hemorrágicos secundários.

Nas queimaduras superficiais, a cicatrização muito lenta é, em geral, constituída por um tecido de boa qualidade.

Só em casos excepcionais em que as queimaduras são mais extensas e profundas, tais como as determinadas pela alta tensão, se teme o aparecimento de cicatrizes viciosas e retrácteis e que haveria interesse em tratá-las por meio de enxertos secundários.

As marcas eléctricas, pelo contrário, raramente faltam nos acidentes devidos a baixa tensão.

São erosões superficiais punctiformes ou de alguns milímetros quadrados que se situam na proximidade dos pontos de entrada ou de saída da corrente e deixam ulteriormente cicatrizes.

A sua pesquisa pode ter um grande interesse médico-legal para a descoberta da verdadeira causa de morte num indivíduo encontrado morto na sua habitação, sem lesões exteriores evidentes.

Outras lesões cutâneas ou sub-cutâneas podem fazer constatar a proximidade dos pontos de entrada ou de saída da corrente: marcas de metalização eléctrica, edema eléctrico (Jellinek), enfisema sub-cutâneo (Desoille).

Prevenção dos acidentes eléctricos domésticos

Para que um circuito eléctrico, sob as tensões de distribuição doméstica, possa determinar um acidente grave ou mortal, é necessário que se produza a coexistência de duas ordens de factores:

— por um lado, uma falta de isolamento no circuito ou aparelhos domésticos que alimenta;

— por outro, um abaixamento não habitual da resistência do corpo (humildade, sudação, manuseamento dum comutador ou dum aparelho de T. S. F. mal isolado, dum banheiro, etc.).

As causas mais frequentes de acidentes eléctricos graves ou mortais são, a maior parte das vezes, uma falta de isolamento de material utilizado.

Os aparelhos de aquecimento eléctricos móveis, os ferros de brumar, etc., são entre os objectos que, quando apresentam faltas de manutenção ou de fabrico, determinam mais frequentemente os acidentes graves ou mortais.

As faltas nas instalações eléctricas inferiores são igualmente, mas menos frequentemente, a base de certos acidentes.

A prevenção de tais acidentes consiste essencialmente, por um lado:

— na vigilância e manutenção em bom estado dos aparelhos eléctricos utilizados e, nomeadamente, nos fios condutores;

— na escolha de aparelhos que ofereçam todas as garantias de robustez e de acabamento necessárias a um plano de segurança;

— na manutenção, em bom estado, das instalações eléctricas interiores.

Por outro lado, pela difusão, entre o público, da noção que um acidente eléctrico que, a maior parte das vezes, não passa dum ligeiro incômodo, pode, um dia, ser mortal, em caso de queda pronunciada da resistência da vítima, nomeadamente em caso de sudação ou de humidade das mãos.

Toda a instalação que deixa um fio a descoberto, todo o aparelho eléctrico defeituoso, devem ser imediatamente separados, em particular se podem ser tocados por crianças cuja resistência cutânea é muito inferior à do adulto.

Por outro lado, é em crianças que se relatam a quase totalidade dos acidentes por contacto dum condutor sob tensão como a mucosa dos lábios ou da língua.

Além da vigilância e das interdições necessárias, pode-se igualmente colocar as tomadas de corrente em pontos em que sejam inacessíveis às crianças.

Certas tomadas de corrente estão colocadas de modo a que seja difícil, mesmo a um dedo pequeno, a sua introdução em contacto com o condutor e existem aparelhos obturadores evitando as explorações infantis intempestivas.

TRATAMENTO

a) *Libertação da vítima.*

Se o acidentado está preso pela corrente ao condutor ou a um aparelho, é necessário, antes de mais, retirá-lo do contacto com a corrente, quer cortando o circuito se se puder fazer isso rapidamente quer afastando-o. Para fazer isso, é necessário tomar precauções para evitar a produção de «acidentes em série», como em vários casos relatados.

Por luvas de couro seco, ou agarrar a vítima por intermédio dum tecido com borracha isoladora e, se o chão está húmido, colocar-se numa base de madeira, colocada sobre vidros ou pedaços de porcelana.

b) *Reanimação*

Se o acidentado não perdeu o conhecimento, só fica com uma desagradável recordação.

É necessário contudo recordar-se que, mesmo com as correntes de baixa tensão, se o seu trajecto no organismo interessa a região cardíaca, são susceptíveis de determinar perturbações cardíacas, essencialmente perturbações do ritmo e, por vezes, manifestações com carácter anginoso que, em geral, regressam ao fim de alguns meses.

Há pois interesse, nestes casos, em fazer um electrocardiograma.

Por outro lado, pode igualmente persistir, durante alguns meses, as perturbações vago-simpáticas uma hiperemotividade, por vezes uma fobia em manipular aparelhos eléctricos.

Se a vítima perdeu o conhecimento, uma indicação terapêutica é de rigor: praticar, de urgência e tão prolongadamente quanto possível, manobras de respiração artificial.

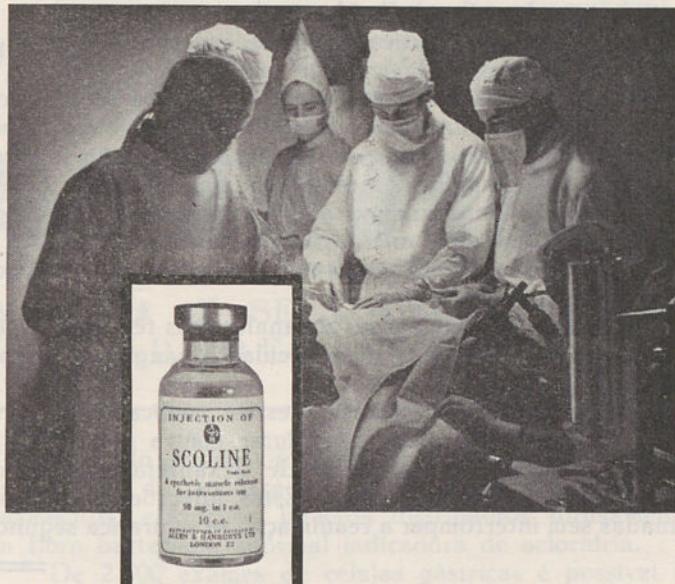
Tem-se visto, com efeito, que se tratava, muitas vezes, nestes casos, de sideração nervosa que leva um tempo, mais ou menos longo, a desaparecer.

Ora, na ausência de manobras de reanimação, produzir-se-á, em alguns minutos, ao nível do bulbo e do encéfalo, lesões irreversíveis (Drinker).

Também é indispensável tratar imediatamente e in loco estes acidentados.

Vários métodos podem ser utilizados (Silvester modificado, Holger-Nielsen, Schäfer, etc.); na prática «o melhor processo a utilizar é o que se conhece bem» (Gros e Leandri).

Estes métodos actuam sobre o sistema respiratório,



A breve mas profunda relaxação obtida com o emprego de SCOLINE (cloreto de succinil-colina) é especialmente apropriada para intubação endotraqueal, terapêutica electroconvulsivante, exame sob anestesia, manipulações ortopédicas, versão cefálica e broncoscopia.

Podem-se produzir mais longos períodos de relaxação em operações de alta cirurgia dando SCOLINE em repetidas injecções intermitentes, ou por infusão intravenosa contínua.

SCOLINE pode associar-se com segurança a todos os agentes anestésicos conhecidos e utilizar-se em doentes de todas as idades.

SCOLINE

**Caixas de 5 e de 100 amp. de 2 c. c.
e frascos de 10 c. c.**

Representantes: Coll Taylor, Ltd.

Rua dos Douradores, 29-1.º — LISBOA

ALLEN & HANBURY'S LTD, LONDON, E.2

sobre o sistema circulatório e têm igualmente uma acção reflexa.

Observações incontestáveis referem casos de reanimação, obtidos sómente após várias horas de prática de manobras de respiração artificial; não só é prudente como indispensável não fazer cessar esta a não ser quando se constatam «sinais certos de morte» (lividez cadavérica).

Além desta terapêutica essencial, um certo número de tratamentos adjuvantes podem ser tentados.

A sangria: teria toda a eficácia se pudesse ser precoce, rápida e abundante (Lartigue). Infelizmente, são muito numerosas as observações em que a incisão da veia não provoca uma evacuação sanguínea, mesmo mínima.

A inalação de oxigénio é um processo adjuvante da respiração artificial que não apresenta contra-indicações e que há interesse em praticar em todos os casos em que pode ser rapidamente realizável.

As injecções endovenosas de analépticos têm uma acção na medida em que persiste uma circulação sanguínea mesmo muito fraca.

A injecção intra-cardíaca destas medicações parece preferível (Bacques propõe, para lutar contra a inibição, a injecção intra-cardíaca de 2 cm³ de dexanfetamina diluída em 10 cm³ de procaína a 1%). Estas injecções podem ser efectuadas sem interromper a reanimação se se pratica segundo

a técnica de Silvester ou suas variantes, em que o doente está em decúbito dorsal.

Quanto à fibrilação ventricular, é praticamente espontâneamente irreversível.

Em cirurgia torácica, com o tórax aberto, os tratamentos desfibriladores, nomeadamente pelo contra-choque eléctrico, alguns dos quais são susceptíveis de provocar a fibrilação se ela não existe.

As actuais pesquisas experimentais orientam-se para dois caminhos:

— Tentativa de desfibrilação farmacodinâmica por injeção intra-cardíaca de cloreto de potássio neutralizado por uma solução de cloreto de cálcio (Binet e Strumza) ou de 20 mg de acetilcolina associada a 30 mg de ácido adenosinotrófico (Firscher e Frölicher).

— Tentativa de desfibriladores eléctricos não susceptíveis de provocar um estado de fibrilação, utilizando a descarga dum condensador (Kouwenhoven, Akopian e Gurvitch).

Estas pesquisas merecem ser seguidas com grande atenção porque são susceptíveis de trazer, nos próximos anos, um complemento eficaz nos tratamentos do acidentado eléctrico actualmente utilizados.

(Rep. integral de «La Vie Médicale» — Abril de 1958).

Citologia esfoliativa do carcinoma gástrico

R. O. K. SCHADE

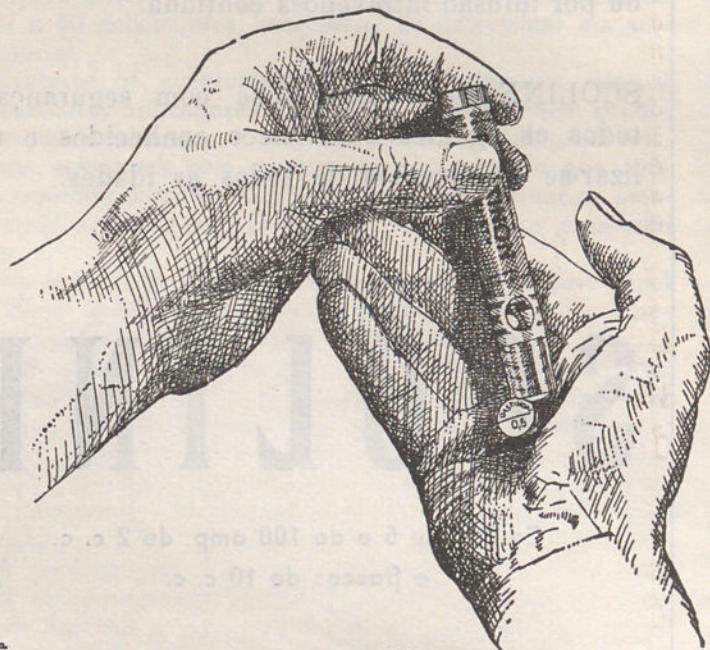
É já no século passado que se encontram as primeiras referências ao estudo citológico dos conteúdos gástricos, mas o impulso definitivo a este género de investigação só sobreveio com os trabalhos de Papanicolaou.

As minhas tentativas neste campo duram há quatro anos. Antes, porém, do estudo dos esfregaços gástricos, foi-me necessário: a) conhecer bem as estruturas celulares que podem

aparecer no líquido aspirado (para isto obtive e estudei preparações de tumores gástricos, benignos e malignos, extraídas de peças operatórias recentes); b) adoptar um método satisfatório para a obtenção das células gástricas. A técnica que usei foi a seguinte:

O doente fica em jejum doze horas antes da prova. De manhã introduz-se-lhe no estômago, através das nari-

Um progresso no tratamento peroral da diabetes



RASTINON® »HOECHST«

N-(4-metil-benzol-sulfonil)-N'-butil-ureia

**Isto de efeito quimioterapêutico
Excelente tolerância**

APRESENTAÇÃO

20 comprimidos a 0.5 g

40 comprimidos a 0.5 g

Embalagens hospitalares

FARBWERKE HOECHST AG — vormalsh Meister Lucius & Büning FRANKFURT (M)-HOECHST / Alemanha

Representantes em Portugal:

QUIMICA HOECHST, LDA., Rua do Telhal, 8-10, LISBOA



A. & G. NICHOLAS, LTD.

REPRESENTANTES

UNIFA

Rua da Prata, 250
LISBOAR. Alex. Braga, 138
PORTO

MEGIMIDE

(marca de bemegrída)

NO TRATAMENTO DA INTOXICAÇÃO BARBITÚRICA E
SUAVIZAÇÃO DA ANESTESIA PELOS BARBITÚRICOS

DAPTAZOLE

(marca de amifenazol)

ASSOCIADO À MORFINA E SEUS DERIVADOS NO
CONTROLE DE DORES VIOLENTAS

nas ou pela boca, um tubo de Levene com várias outras aberturas e o doente bebe um copo de água. Com uma seringa de 50 cc. esvazia-se então o estômago (*primeira amostra*). Injecta-se depois, sob pressão e através do tubo, 100 a 200 cc. de uma solução salina ou de líquido de Ringer, retirando e reinjectando-se o líquido várias vezes. Fecha-se o tubo com um clamp e pede-se ao doente que se coloque em várias posições para que se faça o maior contacto possível entre o líquido e a mucosa gástrica. Aspira-se finalmente o líquido, tanto quanto possível (*segunda amostra*). Uma e outra amostras são enviadas imediatamente ao laboratório e centrifugadas a 2.000 rotações por minuto. Distribue-se o sedimento por quatro a seis lâminas, fixa-se em álcool-éter e cora-se pelo método de Papanicolaou.

Estes esfregaços podem conter células de várias origens: fragmentos da parte superior do tubo digestivo e da mucosa gástrica, células inflamatórias, epitélio brônquico e fagócitos carregados de partículas de carvão (estes dois últimos tipos derivados da expectoração aspirada), partículas alimentares não digeridas e uma grande variedade de microorganismos conforme as alterações patológicas do estômago.

Em contraste com as células epiteliais normais, as células malignas têm as seguintes características:

1. Aparecem como aglomerados em que os núcleos estão muito mais aproximados uns dos outros do que normalmente, sobrepondo-se muitas vezes;
2. A cromatina nuclear tem uma estrutura irregular;
3. Os nucléolos podem estar aumentados de volume e ser em maior quantidade;
4. A membrana nuclear cora-se intensamente;
5. Pode haver hipercromasia dos núcleos;
6. A razão citoplasmática altera-se a favor do núcleo;
7. O tamanho das células é muito variável;
8. O contorno citoplasmático pode desaparecer.

Além do critério citológico há a ter em conta os seguintes aspectos dos esfregaços: grande número de polimorfos, plasmócitos, eritrócitos intactos distribuídos difusamente e um flora bacteriana anormal indicadora de acloridria.

De 2.500 exames de células gástricas é possível tirar as seguintes conclusões:

a) em 25 casos o carcinoma foi descoberto pelo exame citológico, enquanto que a radiologia e a gastroscopia eram negativas;

b) da comparação entre os achados citológicos e as peças operatórias concluimos que o tipo de carcinoma que fornece melhor material para o exame citológico é o de pequenas dimensões, muitas vezes confinado à mucosa. Os esfregaços mais difíceis de interpretar são os de tumores volumosos e bastante ulcerados; nestes casos a contaminação com micro-organismos, células inflamatórias e restos celulares ou alimentares tornam o citodiagnóstico difícil ou impossível.

A citologia esfoliativa permitiu-me ver o carcinoma gástrico sob um novo aspecto—carcinoma ainda limitado à mucosa, o que antes era um achado em autópsias ou accidentalmente nas peças operatórias. Parece pois que a citologia pode descobrir um carcinoma gástrico muito precocemente. O estudo das histórias dos casos investigados ensina-nos ainda que este tipo de carcinoma evolue muito vagarosamente e pode levar de dois a três anos para se transformar na forma carcinomatosa a que estamos acostumados.

É minha opinião que todo o indivíduo com uma acloridria, que está sempre associada a alterações da estrutura da mucosa (tal como gastrite atrófica crônica difusa), deve ser examinado até que se prove que não há quaisquer sinais de carcinoma. Um método fácil para este exame e este controle é a técnica citológica.

(Art. condens. por G. G., do «British Medical Journal» — 29 de Março de 1958)

O mecanismo de ação das sulfamidas hipoglicemiantes e de seus derivados

A. LOUBATIÈRES

De 1942 a 1946, Loubatières, Bovet e Dubost realizaram o estudo e a análise farmacológica e farmacodinâmica dos diversos componentes da estrutura química do 2254RP, a p-amino-benzo-sulfamido-isopropiltiodiazol e de outros compostos semelhantes, verificada a sua ação hipoglicemante.

Empreenderam-se também, investigações no nosso laboratório, efectuadas de 1946 a 1956 e em especial de 1954 a 1956, que completaram o estudo do mecanismo de ação destas substâncias e permitiram largos ensaios clínicos no tratamento da diabetes sacarina humana.

Experimentalmente, no animal, foram ensaiados 2 tipos de substâncias: os da série do p-aminobenzeno-sulfamido-tio-diazol, dos quais o principal é o 2254RP e os da série sulfonylureia (BZ55 e D860). Trata-se de derivados sulfamídicos ou de sulfamidas substituídas.

Analisaremos o mecanismo da ação hipoglicemante destas substâncias e, em seguida, o mecanismo da sua ação antidiabética experimental.

1 — ANÁLISE DA AÇÃO HIPOGLUCEMIANTE

No mecanismo da ação hipoglicemante são essenciais certos requisitos:

1.º O pâncreas é indispensável para que se manifeste a ação hipoglicemante. Esta não existe no cão totalmente despancreatizado.

2.º A ação hipoglicemante não se manifesta no cão incompletamente despancreatizado (bastam pequenos fragmentos de pâncreas para esta se verificar).

3.º A ação hipoglicemante do 2254RP, do BZ55 e do

NO TRATAMENTO DE: AMIGDALITES • ESTOMATITES • FARINGITES • LARINGITES



Frubiol

(Bacitracina zinco + Neomicina + Tirotricina + Álcool pantenílico + Benzocaína + Menthol natural)

ANTIBIÓTICO-
CALMANTE
E CICATRIZANTE
DAS MUCOSAS

TUBO DE 10 PASTILHAS

LABORATÓRIO

fidelis

D850 não se manifesta no cão totalmente despancreatizado e sensibilizado à hipoglucemia por hipofisectionia total «cão de Houssay».

4.º A hipofisectionia total, a destruição do diencéfalo e de todos os centros nervosos superiores situados dos lobos frontais ao limite posterior dos tubérculos quadrigêmeos posteriores, associados à secção dos 2 nervos pneumogástricos, não impedem, no cão, a hipoglucemia pelo 2254RP.

5.º A acção hipoglucemante do 2254RP manifesta-se no mesmo cão privado sucessivamente das suprarrenais, da tireoide e paratireoídes, dos testículos e da totalidade da hipófise.

No rato, Cox, Henley e Williams verificaram que a hipoglucemia produzida pelo D860 não é modificada após a hipofisectionia, nefrectomia ou hepatectomia. A suprarrenalectomia intensifica-a enquanto que a pancreatectomia fá-la desaparecer.

6.º A hipofisectionia total e sobretudo a suprarrenalectomia total aumentam no cão, a sensibilidade à acção hipoglucemante dos 3 derivados sulfamídicos.

7.º A administração de pequenas doses de 2254RP na artéria do processus uncinatus do pâncreas do cão determina a hipoglucemia, sendo a sulfamidemia geral pouco elevada.

8.º No cão, a injecção de pequenas doses de 2254RP em soluto sódico na extremidade glandular do canal pancreático produz uma hipoglicemia profunda após uma primeira fase, breve, de hiperglicemia.

9.º Após a admissão de 2254RP no cão ou no rato, pode-se verificar uma relativa desgranulação das células beta das ilhotas de Langerhans.

10.º As sulfonilureias reduziriam o teor em insulina do pâncreas.

11.º Depois da administração prolongada no coelho, o 2254RP produz uma hipertrofia das ilhotas de Langherans e uma neoformação insular com mitoses.

12.º O teor em zinco das células beta das ilhotas não seria modificado pelas sulfonilureias.

13.º O 2254RP produz no rato e no coelho modificações histológicas (desgranulação) das células alfa das ilhotas de Langherans.

14.º A acção hipoglucemante do glucágón parece não ser modificada pelo 2254RP.

15.º A libertação duma substância hipoglucemante (insulina) pelo 2254RP a partir do pâncreas do cão pode serposta em evidência pelas experiências de circulação cruzada entre um cão dador submetido ao 2254RP e um cão reactivo que se tornou fortemente diabético pelo aloxane.

16.º A acção hipoglucemante do 2254RP manifesta-se no coelho e no cão que apresenta uma diabetes meta-aloxânica pouco intensa.

17.º Se se administra, num primeiro tempo, extracto diabetogénico ante-hipofisário ao cão, a resposta glucémica à administração do 2254RP está modificada, aparecendo uma hiperglicemia a preceder a fase hipoglucémica.

18.º As sulfonilureias (BZ55 e D860) são hipoglucemantes no coelho tratado pela cortisona e inactivas no coelho fortemente aloxanizado.

19.º Os derivados sulfamídicos potencializam os efeitos da insulina.

20.º Acção anti-insulinásica — Mirsky verificou que o D860 e o BZ55 inibem os efeitos da insulinase que desempenha um certo papel na destruição da molécula da insulina. É possível que essa acção se exerça sobre a insulina endógena, libertada numa primeira etapa pelos derivados sulfamídicos a partir das células beta das ilhotas de Langherans.

21.º Acção dos derivados sulfamídicos sobre o tecido hepático — Segundo as experiências realizadas, não são tóxicos para a célula hepática; têm uma acção glicogenopéxica que também pode ser produzida, nas mesmas condições, com pequenas doses de insulina.

22.º O fígado não parece ser indispensável para que se manifeste a acção hipoglucemante da insulina e das sulfonilureias, embora desempenhe um papel importante.

23.º Acção frenadora sobre a absorção glucosada pelo tubo digestivo — Verificou-se que o BZ55 freia a absorção da glucose, a partir do intestino. Todavia há certa reserva na interpretação definitiva desta acção visto que outros derivados sulfamídicos também a exercem sem serem hipoglucemiantes.

24.º Acções dos sulfamídicos e das sulfonilureias sobre diversos enzimas presentes no metabolismo dos glucídios — Demonstrou-se que o BZ55 e o D860 reduz a actividade do enzima glucose-6-fosfatase do fígado, inibe a reacção fosforilásica e, provavelmente, o metabolismo glicogénico e a glicose aeróbica.

25.º Acções dos sulfamídicos sobre os tecidos periféricos — O 2254RP, o BZ55 e o D860 actuariam de certo modo sobre o metabolismo dos tecidos periféricos, quer directamente, quer indirectamente por intermédio das modificações hormonais que estas substâncias provocam no meio interior, especialmente seguida da libertação da insulina. Seriam capazes não só de libertar a insulina mas também de manter um certo estímulo da insulino-secreção.

II — ANÁLISE DA ACÇÃO ANTIDIABÉTICA

A acção hipoglucemante faz parte integrante da acção antidiabética. Esta manifesta-se com tanto mais evidência quanto maior for o número de células beta funcionalmente activas e traduz-se pela diminuição das manifestações diabéticas e, nos casos favoráveis, por considerável melhoria das condições metabólicas. Está em estudo o mecanismo íntimo desta acção.

São várias as versões, segundo os autores: modificações histológicas e funcionais das células alfa, estímulo da neoformação das células beta pelos derivados sulfamídicos e acção antibacteriana dos mesmos sobre certas bactérias intracelulares elaboradoras dos enzimas proteolíticos que desem-

NO TRATAMENTO DE:

HERPES ZOSTER • CIÁTICA • NEVRITES • MIALGIAS



ANTINEVRÍTICO
ANTIRREUMÁTICO
ANTI-ÁLGICO

BÊCINATRA

(Vitamina B₁₂ + Vitamina B₁ + Iodeto de sódio)

Caixa de 3 × 5 c. c. + 3 × 1 c. c.

Caixa de 6 × 5 c. c. + 6 × 1 c. c.

LABORATÓRIO

fidelis

penhariam um certo papel na destruição da molécula de insulina.

Nesta última eventualidade associar-se-iam a acção bacteriostática do medicamento ao seu efeito insulino-secretor e antidiabético.

CONCLUSÕES

As sulfamidas hipoglucemiantes ou seus derivados substituídos, administradas a longo prazo, têm essencialmente uma

acção «pancreatotropa», estimulando continuamente as células beta-insulares.

Especialmente em alta concentração no sangue, aumentam e reforçam a acção hipoglucemiante da insulina exógena. É possível que as suas actividades se possam exercer, também, sobre a insulina endógena.

Os restantes efeitos são de menor importância ou não estão ainda bem averiguados.

(Art. condens. por S. S. Lisboa, de «Annales d'Endocrinologie» — N.º 2, 1957.)

O ácido pangâmico ou vitamina B₁₅. Propriedades fisiológicas e terapêuticas

MAURICE PESTEL

Os estudos feitos últimamente sobre esta vitamina, dando conta das suas importantes propriedades biológicas, levaram à sua aplicação à clínica e terapêutica, procurando-se actualmente precisar as suas indicações nos diferentes capítulos da patologia.

Estudo químico e propriedades fisiológicas

Descoberta por Krebs, químicamente esta vitamina é um derivado do ácido glicurónico, apresentando-se sob a forma cristalizada. Faz parte do complexo vitamínico B e encontra-se no damasco, casca do arroz, levedura de cerveja, sangue de boi e figado de cavalo. As necessidades diárias do organismo estimam-se em 2 mg por dia e praticamente é desprovida de toxicidade.

O sal sódico octometilado do ácido pangâmico é geralmente usado e a estes radicais metilados deve a facilidade de transmetilação pela qual intervém na activação dos fenómenos de oxidação e de respiração celular. Esta acção transmetilante assegura-lhe também propriedades lipotrópicas e a de aumentar a taxa de creatina nos músculos e miocárdio, considerando-se neste aspecto superior à metionina. Desta acção se tira a primeira conclusão fisiológica: a protecção do parénquima hepático nas cirroses alcoólicas pela intervenção na oxidação do álcool etílico e portanto na diminuição da sua toxicidade. Activando os processos de oxidação celular diminui as perturbações metabólicas, beneficiando deste efeito o fígado, o miocárdio e os músculos.

Em resumo, pode-se dizer que a facilidade com que permite a transmetilação é o facto dominante da acção metabólica do ácido pangâmico quer sobre o tecido hepático, quer sobre os músculos e o miocárdio.

Aplicações clínicas

Tem sido, sobretudo, os autores italianos quem melhor tem estudado a aplicação terapêutica da vitamina B₁₅ na clínica.

G. Vailati e G. Invernizzi observaram a sua acção em doentes com afecção hepática crónica, particularmente cirróticos com ascite, etílicos crónicos com hepatite e assistólicos com fígado de estase, os quais, num regime sem restrição notável de sódio, receberam como única medicação o ácido pangâmico na dose de 40 mg por dia (2 injecções intramusculares de 20 mg diárias ou 40 mg «per os» em 4 cápsulas). A acção mais notável foi a melhoria da diurese, nítida e indiscutível nos cirróticos, menor nos cardíacos com fígado de estase; notaram também uma melhoria das provas funcionais do fígado e da electroforese nos cirróticos e etílicos, nenhuma ou pequena modificação nos fígados de estase.

A acção em doentes cirróticos e ainda em doentes com escleroses vasculares e reumatizantes, foi estudada por M. Leon, A. Longaretti e P. Lucchelli, que utilizaram o sal sódico octometilado do ácido pangâmico na dose de 50 mg por via intramuscular durante 20 a 30 dias. Verificaram também estes autores que o facto mais notável era o aumento da diurese, mais nítida nos cirróticos, e a par disso, melhoria das provas funcionais do fígado, aumento da creatinina e dos 17-cetoesteróides na urina (reacção córtico-suprarrenal). Nos cardíacos o aumento da diurese foi mais modesto, havendo contudo melhoria dos sintomas funcionais (dores, dispneia, cianose) e uma tendência à normalização da onda T ou do segmento ST.

Melhorias foram igualmente verificadas em doentes com escleroses arteriais e nas escleroses vasculares cerebrais, devido à acção favorável da vitamina B₁₅ sobre os processos enzimáticos dos tecidos, regulando a oxidação celular.

E. Benati, num grupo de 20 doentes hemiplégicos ou com sequelas de acidentes cerebrais com amolecimento difuso, verificou que a terapêutica pelo sal sódico do ácido pangâmico obteve efeitos favoráveis, sobretudo no estado psíquico e perturbações da fala, facto este que considera encorajante dada a pouca acção das terapêuticas médicas nestes doentes.

Devido à acção eutrófica muscular, em particular sobre

o miocárdio, da vitamina B₁₅, E. Cugudda e E. Dispensa estudaram o seu efeito nos cardíacos utilizando um sal de arginina do ácido pangâmico, com o fim da arginina potencializar a ação do ácido pangâmico. As doses foram de 70 mg durante seis dias, seguidos de 15 mg diárias durante 15 a 20 dias. Observaram nítida melhoria dos sintomas funcionais (dor anginosa, dispneia), não sendo porém significativas as modificações do electrocardiograma; assim como não houve mudança nas pressões arterial e venosa; a velocidade de sedimentação, quando alta, baixou.

Destes factos conclui-se que:

- 1) a utilidade terapêutica do ácido pangâmico ou vitamina B₁₅ foi verificada nas hepatites crónicas e cirroses, sobretudo no aumento rápido e nítido da diurese;
- 2) nos cardíacos, os sintomas funcionais (dispneia, dores, cianose) foram favoravelmente influenciados;
- 3) observou-se igualmente melhoria nas escleroses arteriais e nos acidentes vasculares cerebrais.

Deduções patogénicas

O autor aborda o mecanismo da ação diurética da vitamina B₁₅ e a patologia de certas insuficiências cardíacas em relação com perturbações metabólicas que afectam gravemente a fibra miocárdica.

Dentre os vários factores que se consideram na origem do edema e ascite dos cirróticos, o ácido pangâmico não influencia a hipertensão portal e só ao fim de certo tempo melhora as perturbações proteicas. Quanto à retenção do sódio parece admitir-se que a vitamina B₁₅ intervém aumentando a filtração glomerular devido à melhoria da hemodinâmica geral e das condições metabólicas do miocárdio. Acresce, ainda, que a melhoria da função hepática traz como consequência a inactivação do princípio anti-diurético.

A esta ação diurética do ácido pangâmico acrescenta G. Vailati a ação cardíaca pelos efeitos favoráveis sobre o trofismo do miocárdio, sobretudo no etílico, e ainda o modo como influencia favoravelmente a disprotidemia em certas insuficiências cardíacas.

Pode-se pois admitir, com G. Vailati, que o efeito do ácido pangâmico se dirige sobre o fígado e miocárdio devido à sua ação em activar os processos de oxidação e que o aumento da diurese no cirrótico é o resultado desta interacção, o que, no fundo, não é senão a manifestação mais precoce e evidente dum outro fenómeno geral dizendo respeito à síntese proteica e ao metabolismo muscular. Isto explica que seja precisamente nos cirróticos, nos quais predominam as perturbações metabólicas e a disprotidemia, que a ação terapêutica do ácido pangâmico mais se faça sentir.

(Art. condens. por A. da Silva Leal, de
«La Presse Médicale» — n.º 19, 1958)

Resumos da Imprensa Médica fornecidos pelas revistas

(Selecção)

Gastro-enterologia

A. McKelvie: A RESSECÇÃO DO VAGO NO TRATAMENTO DA ÚLCERA DUODENAL

L'autor a étudié 473 cas consécutifs (401 hommes, 72 femmes) non sélectionnés d'ulcère duodénal traités par la chirurgie. Dans 17 % des cas, il y avait eu perforation et hémorragie appréciable. Quelque 76 % avaient déjà subi un traitement médical à domicile et 19 % dans un centre hospitalier. Plus de 50 % avaient un passé de plus de cinq ans. Différents types d'opération furent utilisés: la vagotomie simple, la vagotomie avec gastroentérostomie, la vagotomie avec pyloroplastie, et l'écrasement du vague.

L'autor estime que, dans l'ulcère duodénal, les opérations sur les nerfs vagues seuls — que ce soit par résection ou écrasement — ne donnent pas de bons résultats. Lorsqu'elles sont combinées à une gastro-entérostomie postérieure, des résultats excellents sont obtenus dans plus de 90 % des cas, avec une mortalité d'environ 2 %. Il semble que des résultats tout aussi bons soient possibles par une vagotomie associée à une pyloroplastie. Les résultats sont au moins aussi bons que ceux de la gastrectomie partielle et la mortalité opératoire est probablement beaucoup plus basse.

Ces bons résultats, ajoutés au fait que la gastrectomie partielle n'est pas exclue comme traitement chirurgical ultérieur en cas d'échec dans les cas réfractaires, mènent à la conclusion que l'intervention combinée devrait constituer la technique de premier choix dans le traitement de l'ulcère duodénal.

(Brit. Med. Jour. — 5014; 1957)

D. Berge: ANALISE DE 15 CASOS DE MEGA-ESÓFAGO OPERADOS

L'autor présente l'étude clinique et radiologique de 15 patients opérés pour un méga-oesophage en l'espace de douze ans, dont il discute ensuite les résultats avec un recul de plus deux ans dans 14 cas, de plus de cinq ans dans 11 casos. Des points de vue clinique et radiologique, ces patients offraient les tableaux habituels. Tous les 15 furent traités uniformément par une opéra-

tion de Heller, 11 fois par voie abdominale, 4 fois par voie thoracique.

On ne peut considérer un malade comme cliniquement guéri ou amélioré qu'au bout de plusieurs années, car on a vu des récidives jusqu'à deux, trois et même dix ans après l'opération de Heller. La proportion de bons résultats dans la série sous revue s'élève à 80 % (12 sur 15): quatre résultats très bons et 8 résultats bons. Deux cas sont non pas des échecs, mais des récidives après guérison transitoire de quelques années. Une fois seulement, la maladie s'est aggravée par une oesophagite par reflux chez un malade qui avait des antécédents d'ancienne opération de Heller et de hernie diaphragmatique. Aucune explication n'est satisfaisante pour expliquer les récidives en général. En tout cas, même les échecs sont curables, et une réinvention peut être rendue nécessaire par l'intensité de troubles non améliorés médicalement. On peut faire soit une nouvelle opération de Heller par voie abdominale, soit une myotomie par voie thoracique, soit un autre genre d'intervention, comme une oesophago-gastrostomie. L'expérience de l'autor penche cependant en faveur d'une Heller itérative, celle-ci étant la seule à avoir été pratiquée avec succès après récidive de mégaoesophage.

En conclusion, dans le procès du traitement du méga-oesophage, la statistique analysée ici est une pièce à verser au dossier en faveur de l'opération de Heller.

(Sem. des Hôp. — 32; 1956)

M. Walker: A ANASTOMOSE PORTO-CAVA

Chez les patients opérables, l'anastomose porto-cave termino-latérale constitue un moyen efficace de prévenir les hémorragies dues aux varices oesophagiennes. En procédant à une sélection soignante des malades, le risque opératoire est faible (3 morts sur 56 cas) et les résultats sont des plus satisfaisants, à moins qu'une autre affection ne provoque une détérioration progressive de la fonction hépatique. L'inconvénient le plus sérieux de cette opération est la névropathie susceptible de résulter d'un grand shunt entre la circulation porte et la grande circulation. Les symptômes, généralement passagers, se manifestent dans 20 % des cas environ,

mais sont rares chez les patients dont la fonction hépatique est normale.

En suivant pendant cinq ans et neuf mois 2 patients qui avaient subi auparavant une splénectomie, on observa une récidive hémorragique; mais après l'opération de leurs varices, ils reprirent leurs occupations. Il n'y eut pas de récidive hémorragique due à des varices œsophagiennes chez les 50 survivants qui n'avaient pas subi antérieurement une opération intéressant le système veineux porte, mais 4 d'entre eux moururent par la suite: 1 d'hémochromatose, 2 de leur cirrhose et 1 d'une affection sans rapport avec les varices. Sur les 46 autres, 35 sont asymptomatiques et mènent une vie tout à fait normale, et 7 ont été opérés trop récemment pour avoir pu reprendre leurs occupations.

L'auteur conclut de la série sous revue qu'une anastomose porto-cave termino-latérale efficace est de nature à réduire grandement le risque d'hémorragies ultérieures dans les cas d'hypertension portale due à une affection intrahépatique.

(*Lancet* — 272; 1957)

Terapêutica

- A. Saim e col.: CONTRIBUIÇÃO PARA A TERAPÊUTICA E PROGNÓSTICO DE MÉNINGITE TUBERCULOSA NAS CRIANÇAS

Sur deux groupes de méningites tuberculeuses évoluant chez des enfants de 0 à 12 ans, totalisant 170 cas, traités successivement

dans les années 1952-1954 et pendant l'année 1955, groupes comparables au point de vue du mode de début et des méthodes thérapeutiques, on constate:

1º La supériorité de l'isoniazide sur la streptomycine.
2º Que les résultats thérapeutiques dépendent essentiellement de deux facteurs:

- a) La précocité de diagnostic et du traitement.
b) Le mode de l'administration de l'HIN.

3º Les doses de 20 mg/kg corporel d'HIN avec suppression du traitement intra-rachidien, la streptomycine étant associée par voie parentérale ont abouti à des guérisons de 100 %, sans aucune complication, sur un nombre de 30 cas.

4º Les doses usuelles de 5 à 10 mg/kg corporel de HIN administrées dans 70 cas comparables pendant les deux ans précédents, en les associant au traitement intra-rachidien, se sont soldées par une mortalité de 7,1 % avec 25,7 % de complications.

5º Il ressort donc de nos observations la supériorité des doses élevées de HIN et l'avantage de la suppression du traitement intra-rachidien.

6º Les résultats obtenus dans le traitement de la méningite tuberculeuse avec les doses élevées d'HIN chez les enfants, résultats qui doivent être confirmés par l'épreuve du temps, peuvent constituer une orientation dans le traitement des autres formes cliniques de tuberculoses infantile.

(*La Pres. Méd.* — 65 (62) — 1957)

Livros aparecidos últimamente

- LES GLOMÉRULO-NÉPHRITES ET LEUR TRAITEMENT — AUSSANAIRE ET COLL. (*Masson*).
ATLAS OF TUMOR PATHOLOGY (Fasc. 30) — LUCKÉ AND SCHLUMBERGER (*Armed Forces Institute of Pathology*).
FERTILITÀ UMANA E TRANFORMAZIONE ECONOMICA,

- COM PROSPETTIVE DEMOGRAFICHE PER L'ITALIA — STEFANO SOMOSTY (*Instituto di Medicina Sociale*).
EPILEPSIA — CHAVANT (*Masson*).
DYSCHROMIES ET VITILIGO — LEUR TRAITEMENT — EDWIN SIDI, *Spinasse et PLANAT* (*L'Expansion Scientifique*).

RUTIODO₁

AMPOLAS — GOTAS — COMPRIMIDOS

RUTINA + METIONINA
IODO ORGÂNICO + NICOTINAMIDA

Tratamento Racional da Arteriosclerose e Afecções Degenerativas dos Vasos sanguíneos

Fluidificante. Regulador da permeabilidade. Lipotrópico

●
LABORATÓRIO ÚNITAS
C. CORREIO VELHO, 8 LISBOA

MOSAICOS NORTENHOS

LXXXI

E O DISFARCE CONTINUA...

Quando nos debruçamos sobre o problema português da Medicina colectiva ou organizada, como por cá se chama, temos vagas de desilusão, tão longe estão os resultados que se ambicionaram daquilo que se obteve e tão dispares são estes dos gastos que se fazem.

Uma revisão de tudo quanto se escreveu na imprensa médica nestes últimos 10 anos, demonstraria, sem grande trabalho, que o insucesso foi previsto, os defeitos apontados e as soluções expostas com clareza, segurança e desassombro.

Com mágoa se reconhece que nestes últimos tempos surgiu uma profissão nova entre nós, desde a primeira hora aureolada pelo falso prestígio que advém da aventura em que se metem os que nada têm a perder; a esses neo-profissionais da medicina deu-se-lhes o nome de paraquedistas e, oriundos dos mais variados campos de acção, enxamearam o meio e logo começaram a ter opinião e a impô-la como pessoas de reconhecida autoridade... Os resultados estão à vista e se poucos têm a ousadia de apontar as mazelas, todos as comentam e censuram, acabando por manifestar, com um encolher de ombros, o desalento que paira no ânimo dos médicos e da grande maioria dos beneficiários.

Espanta, porém, que numa época em que se liga particular importância à técnica, os verdadeiros técnicos em assuntos de saúde fossem postos à margem e começasse a preponderar o amadorismo da última hora.

Assim, mal conseguiram pôr um pé no campo médico, com umas ideias gerais mediocres e muito confusas, logo abalararam para terras estranhas, donde apressadamente trouxeram orientações que se impuseram mais pelo ineditismo que pelo sentido prático e útil que se lhes podia adivinhar.

Foi desta forma que nasceu a ilhota socialista encastoadas no nosso sistema corporativo e que vai medrando sem que haja quem lhe dê um jeito — nem sob o ponto de vista ideológico, nem sob o aspecto de utilidade e eficiência, bem àquem daquilo que as estatísticas nos querem dizer...

Ao grito que há anos proferimos — SOCIALIZAÇÃO DA MEDICINA, NÃO! — e que ecoou de um extremo ao outro do continente (misto de assombro e de protesto indignado), sucedeu uma serena e formal resposta: — não haverá socialização.

No entanto, os factos desmentiram as palavras e quanto mais tempo passa, mais se acentuam os motivos para os médicos afirmarem que as promessas não foram cumpridas.

No campo ideológico um só argumento foi oposto a tudo quanto se escreveu a propósito da feição socialista da nossa Medicina organizada: — não se tratava de uma socialização porque os serviços instituídos não eram pagos pelo Estado, mas sim pelo patrão e pelo trabalhador.

Falta, porém, seriedade a esta argumentação porque,

na verdade e na prática, é indiferente que o dinheiro saia dos cofres do Estado, como venha das Caixas de Previdência, que são organizadas e orientadas pelo sector corporativo da nossa Administração.

Na prática o que importa é a generalização do seguro-doença e a sua obrigatoriedade para os que precisam e para os que são economicamente remediados ou fortes e dele não carecem.

Ainda há pouco o Dr. Alberto Sá de Oliveira, distinto professor liceal, agora inteiramente devotado à superior orientação da nossa Medicina organizada, dizia (*In «Diário do Norte» — 19-III-958*):

«Se é certo que a nossa Previdência vive da contribuição do patrão e do operário, sem intervenção do Estado, não é menos certo que o ónus vem finalmente a ser suportado por toda a Nação».

E ao conceito de oferecer serviços médicos aos que precisam e aos que não precisam, associa-se o desenvolvimento da organização corporativa, de modo que dentro em pouco os mais variados mesteres estarão integrados na modalidade da Medicina organizada.

Ainda em Março último, num discurso proferido por uma alta individualidade se dizia, a propósito da Previdência Social (*In «O Comércio do Porto» — 20-III-958*):

«Tão vasta actividade, em contínuo aperfeiçoamento, tende a expandir-se mais, em resultado quer da extensão do seguro social obrigatório a outras profissões, quer da nova orientação preconizada na proposta de lei respeitante à reforma da Previdência».

E mais adiante, acrescentava-se:

«Por outro lado, 657 Casas do Povo vêm nas condições permitidas pelos seus recursos, amparando na doença cerca de um milhão e duzentos mil trabalhadores agrícolas e seus familiares... A publicação do Decreto-lei n.º 41.286, de 23 de Setembro do ano findo, e a instituição para breve da Federação de Casas do Povo nele previstas, rasgam melhores perspectivas à assistência clínica e farmacêutica nas regiões rurais... Foi efectivamente com a preocupação de intensificar e alargar a assistência médica aos trabalhadores do campo e suas famílias que se previu, embora em termos ainda limitados, a aplicação às Casas do Povo do princípio

Nos estados
diáreicos



Tanalmicina

FRASCOS DE 90 GRAMAS

Tanal + Esteptomicina em emulsão de sabor agradável

de compensação geral de encargos, em vigor para o Abono de Família dos empregados e assalariados do comércio e da indústria».

E depois de se referir às soluções da projectada reforma, que tem por fim aproximar os benefícios ainda modestos dos rurais, dos que já são concedidos aos fabris, acrescenta aquela alta individualidade:

«Mas é difícil prever o momento em que se tornará possível a cobertura coordenada e integral dos riscos de doença de todos os trabalhadores portugueses, qualquer que seja a actividade a que pertencem».

Embora seja difícil prever o momento em que se chegará ao fim em vista, o certo é que se trabalha intensamente e dentro em poucos anos a Medicina organizada estará ao dispor de todos.

Não será isto uma socialização da Medicina?

★

Mas... já se vislumbra mais uma passada neste caminhar no sentido de dar corpo às ideias socialistas que disfarçadamente importaram para a nossa terra...

No Relatório da Proposta de lei de Meios aborda-se largamente o tema da assistência médica e medicamentosa aos funcionários públicos, o que determinou considerações do mesmo género que se podem ler no Parecer da Câmara Corporativa. Neste afirma-se mesmo, depois de se citar a Federação de Caixas de Previdência — Serviços Médicos-Sociais, que neste organismo se encontra uma

«experiência suficientemente elucidativa do custo de uma organização de assistência na doença, cujas pres-

tações se assemelham bastante às que se deseja assegurar aos funcionários públicos».

Integrado todo o trabalhador no seguro-doença obrigatório e estabelecido um sistema similar para o funcionalismo público, não teremos realizado a total socialização da Medicina?

★

Mas enquanto assistimos ao intenso labor de cada vez alargar e estender mais os benefícios da assistência médica, de modo que chegue a todos — aos que precisam e aos que não precisam — ninguém atenta nas dificuldades crescentes que afectam a classe médica.

Neste desabafo não esquecemos quanto a Ordem dos Médicos tem trabalhado no sentido de corrigir ou, pelo menos, atenuar as injustiças cada ano mais evidentes.

Infelizmente nada se tem conseguido; embora a Ordem constitua um dos rodízios da organização corporativa, a legião dos paraquedistas da Medicina prepondera e sobre-põe-se ao trabalho honesto e dedicado daqueles que na Ordem estudam os problemas e os equacionam com rectidão, superior dignidade e muito sacrifício.

AFINAL, PARA QUE EXISTE A ORDEM? A ELITE, ENCONTRÁMO-LA NOS PARAQUEDISTAS; NA ORDEM ESTÁ A RALÉ — NOVA CONCEPÇÃO DA ESCRAVATURA DESTA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XX E QUE ABRANGE OS MÉDICOS PORTUGUESES, DESPREZADOS E ESQUECIDOS POR TODOS.

M. DA SILVA LEAL

No combate às parasitoses

VERMACIL

(xarope de piperazina)

é prático
é eficaz e...



...é BOM

é agradável para as crianças
o seu sabor a chocolate



A LITERATURA MÉDICA

Resumo ou «Digest»? (*)

III

C. WILCOCKS

(Londres)

O tema da nossa discussão é «Resumo ou *digest*?» e eu confesso que não vejo grande diferença entre o sentido das expressões resumo, *digest* ou sinopse, que se referem a versões abreviadas de artigos científicos, publicadas em todo o mundo, para utilidade dos médicos. Em sentido corrente, a palavra *digest* é empregue para designar resumo demasiado denso dum artigo; o chefe de redacção duma revista de resumos deve, por certo, decidir se vai apresentar aos leitores uma série de resumos, condensados respeitantes a número restrito de artigos seleccionados, uma série de resumos mais perfeitos de grande número de artigos ou um certo número de resumos dos dois géneros. Tem, ainda, de decidir se deve proporcionar aos leitores um resumo de todos os artigos publicados relativos a um assunto ou se é conveniente fazer a selecção dos artigos que devem ser resumidos.

Parece-me que a melhor maneira para mim de discutir esta questão é indicar-vos o que fazemos no Comité de Higiene e Doenças Tropicais, cujo cinquentenário será festejado em 1958. Este Comité foi fundado para fornecer informações sobre a doença do sono, que alastrava na África Central. Ao cabo de alguns anos, eram publicados pelo *Tropical Diseases Bulletin* resumos referentes a todas as doenças tropicais. Em 1926, foi fundado o *Bulletin of Hygiene*, destinado a ocupar-se de assuntos de saúde pública. Estes dois boletins ainda hoje se publicam. Durante a última guerra, publicou-se o *Bulletin of War Medicine*, em conjunto com o *Medical Research Council*.

Desde a sua fundação, o Comité adoptou uma política que consiste em pedir a cientistas de grande renome que redijam resumos, sendo eles especialistas nas questões que tratam. Estão, assim, a altura de poder julgar o valor do artigo de que preparam o resumo crítico. Os artigos são escolhidos pelo pessoal médico do Comité, o qual examina todos os dias grande número de revistas. Os redactores dos resumos são

autorizados a agir livremente: podem rejeitar os artigos que, em sua opinião, não tenham valor suficiente e os comentários que fizeram podem ser favoráveis ou desfavoráveis.

Insistimos na maior das precisões pelo que se refere a pormenores e interpretação de resumos, o que supõe grande número de verificações e contra-verificações. Isto é importante porque, durante a preparação dos resumos, há possibilidade de serem cometidos erros.

Não nos esforçamos por abranger toda a literatura do assunto. Fazemos selecção e só publicamos resumos de artigos que nos pareçam de interesse. Apesar do nosso domínio se restringir à saúde pública e à medicina tropical, procuramos não desprezar a restante literatura médica *significativa* que nos seja apresentada. O nosso trabalho está organizado de maneira a que um leitor que queira encontrar os resumos publicados durante vários anos sobre determinado assunto possa estar certo de o conseguir de maneira fácil e satisfatória. Por exemplo, todos os resumos de artigos sobre pneumoconiose aparecidos no *Bulletin of Hygiene* de 1926 a 1950 foram, recentemente, publicados de novo e constituem resumo global de todo o trabalho realizado durante esse período, o que é particularmente útil aos investigadores.

A forma e o conteúdo dos nossos resumos são função do valor que atribuímos às necessidades dos leitores. O conhecimento que tenho de muitas regiões da longínqua África ensina-me que a maior parte dos nossos leitores não está à altura de ler os artigos originais. Além disso, há o problema da língua e da maior ou menor necessidade de pormenores. Os breves resumos «de orientação», que se limitam a chamar a atenção para os artigos que, em seguida, devem ser lidos *in extenso*, não são suficientes, sobretudo no domínio da clínica médica. O médico da região tropical tem necessidade de pormenores relativos à posologia, aos métodos, às técnicas e aos resultados. O mesmo su-

cede com muitas pessoas que trabalham no domínio da saúde pública, tanto no nosso país como no estrangeiro, especialmente no sector industrial e para os quais as bibliotecas médicas importantes são de difícil acesso.

No entanto, os investigadores, tanto os do domínio da bacteriologia como os de outros assuntos que nos interessam, devem procurar os artigos originais se quiserem confirmar as investigações, avaliá-las, etc. e, neste caso, os resumos «de orientação» mais perfeitos são, em geral, suficientes. Nestes resumos, as principais conclusões dos autores são reproduzidas brevemente, mas nunca em estilo telegráfico, pelo menos assim o creio.

Esforçamo-nos por só escrever em inglês de estilo elevado e, a este respeito, tenho verificado que os colaboradores procuram que o estilo seja do nível das ideias científicas dos trabalhos. Nós, que dirigimos estes dois boletins de resumos, somos os primeiros a admitir que a qualidade destas revistas é sobretudo função dos cuidados e da habilidade da maioria dos redactores dos resumos, que, por vezes, têm de consagrar numerosas horas a um trabalho que frequentemente tem o seu quê de fastidioso.

Cheguei ao momento de apresentar a minha tese essencial. Os nossos resumos variam em extensão, em quantidade de pormenores e em função da ideia que fazemos das necessidades dos nossos leitores.

Fornecemos resumos pormenorizados e críticos aos que não podem facilmente ter acesso a artigos originais. Aos que podem facilmente utilizar as bibliotecas e que devem, em geral, ler o artigo original *in extenso*, fornecemos resumos breves e críticos. Além disso, os artigos de grande valor são objecto de exames completos e críticos.

(*) Comunicação apresentada ao Congresso da União Internacional da Imprensa Médica — Londres, Setembro de 1957.

Linguetas

prática administração hormonal

Reabsorção directa pela mucosa bucal

Utilização completa da substância hormonal

Substituto das injecções nos doentes hipersensíveis

Apresentam-se
sob a forma de Linguetas®:

C I B A

Percorten®
Perandren®
Femandren®
Eticiclina®
Ovociclina®
Lutociclina®
Protandren®

® M. Registadas

ECOS E COMENTÁRIOS

UNIVERSIDADES DE CAPITAIS E UNIVERSIDADES DE PROVÍNCIA

«**N**A Alemanha universitária não há a capital e a província; há vinte capitais do espírito cujo prestígio é um estímulo perpétuo». Assim terminava um «Eco» publicado neste mesmo lugar transcrevendo palavras do Prof. Decker de Lausana.

Em Portugal são três as capitais do espírito, o que não demais para a população, a extensão do País e as condições gerais de vida, mas serão até de menos para o Portugal de àquém e além mar.

Eu, que defendo o maior contacto professor-aluno, não vejo inconvenientes em que se fraccionem esses focos de cultura e acho que a pequena frequência de dada Faculdade ou Universidade em nada a diminui, antes lhe pode criar condições excepcionais de vitalidade e rendimento se o professorado, as instalações e o apetrechamento estiverem à devida altura.

E estou a tocar o ponto que queria pôr em relevo neste comentário: «se o professorado, as instalações e o apetrechamento estiverem à devida altura».

O importante é que em Portugal universitário como na Alemanha universitária não haja capital e província, quer a capital coincida ou não com a capital do País ou com a tradicionalmente considerada capital intelectual, Lisboa ou Coimbra.

As três Universidades não são demais, dizíamos, mas até por isso se não pode aceitar que se prepare a hegemonia desta ou daquela, que o Estado trate umas como filhas e outras como enteadas, mas que em campo de perfeita igualdade de condições sejam os professores e alunos a preparar o seu prestígio, a situá-las bem altas no alto nível em que todas elas vivam, no estímulo perpétuo a que se referia Decker.

Este assunto parece-me do maior interesse para a vida cultural, para o apetrechamento técnico, para a existência legítima de Portugal fora do grupo dos países subdesenvolvidos, direi mesmo para a sobrevivência eterna da Nação.

Com a necessária coragem, digamos que no momento actual o perigo de uma política desequilibradora e centralizadora é real, representando agora Lisboa o papel que outrora coube a Coimbra.

Para bem do País e consequentemente por igual de Lisboa, é necessário que os governantes não fomentem, antes contrariem, tal orientação e que a capital o seja politicamente mas não se torne, porque a Coimbra e ao Porto se

tiraram os indispensáveis meios, a única capital do espírito, tudo o resto sendo só... paisagem.

L. A. D.-S.

OS MÉDICOS EM INGLATERRA

A revista espanhola «Clinica y Laboratorio» (Abril de 1958) refere-se ao que ganham os médicos em Inglaterra. Calculando a libra em 80 escudos, e sabendo-se que os médicos

recebem como média, 200 libras mensais, deduz-se que o médico britânico ganha 16 contos por mês. Os médicos que trabalham 7 horas num hospital recebem um vencimento que oscila entre 117 e 230 contos por ano; para alguns especialistas, há ainda um suplemento que vai de 40 até 200 contos. Quere dizer: há cirurgiões que recebem anualmente cerca de 400 contos.

«Clinica y Laboratorio» acrescenta à notícia:

Sobram comentários.

Nós também não comentamos... de momento!

TERAPÉUTICA ANTI-TUBERCULOSA

SEGUNDO «Médecine et Hygiène», numa recente Conferência sobre quimioterapia da tuberculose, organizada pela comissão dos veteranos dos Estados Unidos, reunida em Memphis, concluiu-se o seguinte:

Kanamicine — Este antibiótico japonês, muito pouco absorvido por via oral, mas muito bem por via intramuscular, dá excelentes resultados na tuberculose da cobaia. Fazem-se actualmente experiências clínicas.

Tiocarbamidine — Este novo produto seria útil como substituto do P.A.S., numa terapêutica combinada.

Streptovarcine — A combinação com a isoniazida não parece superior à acção da I.N.H. só.

Pantotenato de diidrostreptomicina — Os tisiologistas americanos não confirmam os relatórios europeus segundo os quais esta forma de streptomicina seria menos tóxica para o 8.º par dos nervos cranianos.

Cicloserin — A combinação cicloserina-isoniazida é menos eficaz do que a combinação isoniazida-P.A.S.

Pirazinamida — A combinação com a isoniazida não é superior à combinação isoniazida-P.A.S.; pelo contrário, a toxicidade da pirozinamida é superior à do P.A.S.

Isoniazida — Não parece que haja grande vantagem em combinar o P.A.S. com a isoniazida no tratamento das formas leves, não cavitárias, da tuberculose.

NOVA FORMA:

SUPOSITÓRIOS

ANTI-SÉPTICO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS

ANTIPIRÉTICO ANALGÉSICO



QUINOPIRINA

GRAGEIAS

ANTIPIRÉTICO ANALGÉSICO



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA

Sob a presidência do Prof. Reinaldo dos Santos, em representação do presidente, que se encontrava doente, reuniu-se, no dia 10 de Abril último o plenário da Academia das Ciências de Lisboa, tendo sido feito o elogio histórico do Prof. Azevedo Neves.

Ao iniciarem-se os trabalhos, o Prof. Reinaldo dos Santos evocou a figura do saudoso presidente Prof. Azevedo Neves, que foi Ministro dos Negócios Estrangeiros e do Comércio, reitor da Universidade Técnica, fundador e director do Instituto de Medicina Legal de Lisboa. Foi, em seguida, lida uma carta do presidente da Academia, Dr. Júlio Dantas, lamentando «não poder, mais uma vez, prestar à memória do saudoso Prof. Azevedo Neves, glória desta Casa, as suas comovidas homenagens e, ao mesmo tempo, saudar os dois oradores, a quem o ligam sentimentos da maior estima, reconhecimento e admiração».

Seguidamente, usou da palavra o Prof. Costa Sacadura, para proferir o elogio histórico de Azevedo Neves.

Principia por dizer que não é tarefa fácil traçar a história de um homem cuja vida foi determinada por uma constante dedicação à cultura, numa actividade sem descanso. A vida de Azevedo Neves foi regada pela disciplina do trabalho e do estudo, desde a

sua mais extrema mocidade. A sua obra fica a documentá-la, num sector onde, na verdade, o seu autor implanta e desfralda a sua bandeira no mais alto dos cémos.

Afirma, depois, que na medicina legal lhe pertence, por direito de conquista, um dos mais altos picos da escala. Entre nós pode dizer-se com inteira justiça — o cimo mais elevado. Portanto, traçar a história deste homem, cuja vida foi dedicada constantemente à cultura, não é fácil tarefa.

Traçou a biografia do seu antecessor na cadeira, desde o curso brilhante que fez na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, aos 24 anos. Aos 33, isto é, em 1910, era nomeado professor substituto de Medicina Legal e, um ano depois, professor catedrático, funções que desempenhou cumulativamente com as de director da Morgue de Lisboa. Lembra que, ainda estudante, publicou na «Medicina Contemporânea», «Um caso de microcephalia». Evoca a sua participação, aliás brilhantíssima, na Sociedade das Ciências Médicas, de que foi membro titular, e recorda o discurso feito à memória de Niels Finsen, o sábio irlandês, morto prematuramente aos 44 anos e já laureado com o Prémio Nobel.

Ao recordar outros passos da vida e da obra de Azevedo Neves, aludiu ao famoso caso Lewton, em 1913, em

cujo debate o saudoso Mestre interveio com uma argumentação convincente «do ponto de vista médico forense». Este caso — acrescenta — é para ele, «um acerto de coisas extraordinárias e fantásticas que contém abundante matéria de interessantes estudos e de excelente recreio para quem gostasse de escogitar factos estranhos e psicologias curiosas». O Prof. Costa Sacadura refere-se a outros aspectos da actividade do homeageado na qualidade de director da Morgue, sob cuja direcção se publicaram os «Archivos do Instituto de Medicina Legal de Lisboa» e através da qual se pode observar o seu alto saber e o espírito crítico.

Salientou entre os seus trabalhos, «A máscara de um actor» (estudo crítico à personalidade de Augusto Rosa) e os discursos sobre Luis Pasteur, António Cândido e Júlio Castilho, Azevedo Neves foi um apaixonado pelos problemas científicos da sua época, cooperando nas primeiras tentativas para acompanhar o movimento realizado noutras países para se estudar e combater o cancro. Num nobre diploma instituiu as escolas industriais, preparatórias e de arte aplicada, os Institutos Industrial e Superior Técnico e os Institutos Comerciais. Mais para louvar é este trabalho se se recordar que ele foi feito numa época atribulada de lutas parti-

UM PRODUTO QUE A EXPERIÊNCIA CONSAGROU

GASTRI CALMA

GASTRI
CALMA

C. LABORATORIO
NEVES, O.

A TERAPÉUTICA MAIS
EFICAZ NAS

ÚLCERAS GÁSTRICAS

E

DUODENALIS

Hiperacidez

Rua Coelho da Rocha, 79 — LISBOA

Rua dos Clérigos, 46 — PORTO

dárias. Na sua notável oração, revela que estão ainda inéditos os apontamentos de viagem na Áustria, terra onde viveu os melhores momentos da sua vida e onde encontrou pessoas de uma educação e de temperamento mais de acordo consigo próprio. As suas impressões pessoais nesses apontamentos retratam a fase poética do seu autor, particularmente quando se refere às «almas do Danúbio», estudo de larga penetração psicológica e admirável observação.

Como académico, Azevedo Neves foi eminente ornamento que ascendeu, nesta Casa, pelos seus méritos excepcionais, à cadeira presidencial e, simultaneamente, à presidência da primeira classe, atingindo, assim, o mais nobre título académico e nobilitando, ao mesmo tempo, a Academia pelo seu prestígio e pela sua acção prudente e persistente.

Não devemos esquecer ainda que honrou Portugal em numerosos congressos internacionais, deixando em todos os elevados postos que ocupou rasto brilhante. Referiu-se de novo ao grande sonho de Azevedo Neves: a Medicina Legal.

Sugeriu depois que a exemplo do que se fez com o Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, Instituto Oftalmológico Gama Pinto, na frontaria do grande edifício da rua Manuel Bento de Sousa, em letras de bronze, em breve se possa ler: Instituto de Medicina Legal Dr. Azevedo Neves.

A terminar:

«Eis a sugestão que submeto à Academia das Ciências de Lisboa, de que Azevedo Neves foi um dos mais ilustres ornamentos, e que espero patrocinará com preito de inteira justiça e pagamento duma dívida de honra ao que foi seu antigo e insigne presidente».

No cumprimento da praxe, respondeu ao Prof. Costa Sacadura o Prof. Lopo de Carvalho. Começou por se referir largamente à personalidade do Prof. Costa Sacadura, quer do ponto de vista profissional, quer do amparo por ele dado às mães e às crianças.

Acentuou que ainda não esmoreceu a sua grande actividade social, e isso se deve, sem dúvida, à sua alma de beirão. É que os beirões — disse — possuem uma tenacidade indiscutível e uma força de vontade inquebrantável, qualidades determinadas seguramente pela influência que o meio ambiente — o clima inóspito e agreste das serranias — é susceptível de exercer, através de sucessivas gerações, sobre a índole dos portugueses que ali nascem e se criam.

Realmente, desde o mais insignificante ser vivo, até aos mais complexos organismos — como é o dos homens — todos sofrem e reagem às excitações causadas pelas perturbações do meio em que se criam.

O aspecto calmo, a frieza de linguagem, o respeito pelos princípios estabelecidos, que tanto caracterizam os habitantes dos climas frios e ásperos dos países do Norte, contrastam, efec-

tivamente, e de forma notável, com a vivacidade, a alegria esfusante da conversa e o espírito inato de contradição, dos povos meridionais, que o Sol aquece e anima.

Dentro do próprio País, as diferenças existentes entre habitantes de regiões diversas encontram, por sua vez, nas condições do meio ambiente, as causas da sua diferenciação. O aspecto triste, rude e teimoso do transmontano e do beirão, em oposição ao ar alegre, insinuante e loquaz do algarvio, tem a sua razão de ser, por um lado, na atmosfera fria, na paisagem agreste e na natureza montanhosa das Beiras e de Trás-os-Montes, onde a vida é, por tal motivo, difícil e dura, e por outro, na suavidade do clima, na riqueza da vegetação e no encanto de toda a costa algarvia, condições que proporcionam uma vida simples, agradável e sem exigências. E talvez por isso é que o Dr. Sacadura, herdeiro da tenacidade dos beirões, desde muito novo trabalhou, lutou e triunfou. E triunfou tão brillantemente que até conseguiu dominar a marcha inclemente dos anos. É que a juventude não é apenas uma parcela da vida, mas também um estado de espírito. E no espírito do Prof. Costa Sacadura não se apagou ainda o suave fulgor de um constante amanhecer.

O Prof. Reinaldo dos Santos agradeceu, no final, em nome da Academia, aos dois oradores as suas belas alocuções, e ao sr. Presidente da Câmara Municipal a sua comparência. Depois de fazer votos pelas melhorias do presidente da Academia e de cumprimentar a família do Prof. Azevedo Neves, também presente, encerrou a sessão.

*

No dia 17, reuniu a classe de Ciências da Academia, sob a presidência do Prof. Reinaldo dos Santos.

Ao abrir a sessão, o presidente manifestou o sentimento da Classe pela perda do eminente académico Prof. Henrique de Vilhena, cujo elogio fez.

Depois, ainda, de discutidos outros assuntos, foi dada a palavra ao Prof. Almeida Lima, que fez uma comunicação intitulada «Tentativa de avaliação funcional das artérias comunicantes cerebrais».

Nela se assinalam os resultados preliminares de uma investigação realizada nos novos laboratórios do Centro de Estudos Egas Moniz. Declarou que trabalhos científicos deste género são agora possíveis porque o Centro de Estudos Egas Moniz está, graças ao auxílio da Fundação Gulbenkian, convenientemente apetrechado e provido de pessoal para a investigação científica no domínio da neurologia, e nele se poderão prosseguir e ampliar as investigações e descobertas de Egas Moniz. E acrescentou que se deve à cooperação da Junta de Energia Nuclear a instalação, nele centro, de um laboratório de radioisótopos. Disse que o trabalho realizado visa a encontrar um método de avaliar o valor funcional das artérias comunicantes cerebrais, nos casos

Prof. Manuel Reimão Pinto

Tomou posse do cargo de subdirector do Instituto de Medicina Tropical o Prof. Manuel Reimão Pinto, tendo-se efectuado a cerimónia no Ministério do Ultramar.

Após a assinatura do auto, o Prof. Fraga de Azevedo congratulou-se por o Governo ter criado o lugar de subdirector do Instituto que dirige, necessário — afirmou — devido ao desenvolvimento dos serviços e para melhoria progressiva da importante missão que lhe compete. Fez, a seguir, o elogio do empossado, cujas qualidades — disse — o tornaram indicado para o exercício do lugar.

O Prof. Manuel Reimão Pinto agradeceu as referências e disse que trabalharia com o entusiasmo que sempre dedicou à casa onde encontrou o melhor ambiente para o desenvolvimento de actividades relacionadas com a medicina tropical.

Distinto analista, o Prof. Manuel Reimão Pinto formou-se em 1938, pela Faculdade de Medicina do Porto, onde se doutorou em 1945. Exerceu, depois, as funções de assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa e investigador do Instituto Português de Oncologia.

Desde 1951 que é professor de Bacteriologia e Virulogia no Instituto de Medicina Tropical, onde se tem dedicado, especialmente, à cultura de vírus.

Na sua cadeira está incluído um centro especializado de vírus da febre-amarela, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde. Através de valiosos trabalhos de investigação, missões de estudo ao Ultramar e participação em congressos e conferências, o Prof. Manuel Reimão Pinto tem marcado posição de evidência no domínio daquela ciência e, de uma maneira geral, na medicina tropical, revelando sempre excepcionais faculdades de inteligência e trabalho.

em que é necessário, para tratamento dos aneurismas intracranianos, fazer a laqueação das artérias carótidas. A injeção de um elemento radioactivo de vida curta, P32 (fósforo 32), na artéria carótida e o seu doseamento nas veias permite calcular, com simplicidade, o valor das circulações supletivas.

Em seguida, o Prof. Aires de Sousa fez uma comunicação sobre a angio-arquitectura da parede arterial, acompanhada de muitas projecções, esclarecendo grandemente a angio-arquitectura das túnica, com substâncias de contraste adequadas e micrografias elucidativas.

O Prof. Aleu Saldanha fez um elogioso comentário desta comunicação e o Prof. Lopo de Carvalho felicitou o conferencista pela brilhante contribuição trazida à Academia, a qual abre um campo novo à escola portuguesa: «a microangiografia» —, visão microscópica da parede arterial, na palavra do Prof. Reinaldo dos Santos, a qual esclarecerá a patologia das três túnica.

PIPEROX

(HIDRATO DE PIPERAZINA)

O único produto
que,
pela experiência,
tem sido consagrado
pela Ex.^{ma} Classe Médica

INSTITUTO LUSO-FÁRMACO — LISBOA-Portugal

III Curso de Aperfeiçoamento Ginecológico

Terminou no dia 23 de Abril findo o III Curso de Aperfeiçoamento Ginecológico, promovido pelo Curso de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Lisboa. O referido curso, dedicado ao «Tratamento do carcinoma do colo do útero, iniciara-se no dia 14, tendo feito as duas primeiras lições a Dr.^a Deolinda Camarinha e o Prof. Castro Caldas. Na primeira, a autora, que falou sobre «O problema terapêutico do carcinoma in situ», expôs as ideias actuais sobre este problema, focando, sobretudo, a relação deste com o seu aspecto anátomo-patológico e clínico. Na sua lição, o Prof. Castro Caldas dissertou sobre «A operação de Wertheim e suas variantes — Indicações, apontamentos técnicos e resultados», analisando os progressos conseguidos com a cirurgia nos últimos 15 anos, os quais permitem a extirpação larga dos referidos tumores, sem mortalidade operatória. O conferencista defendeu o critério de que estamos numa evolução terapêutica em que o principal objectivo será o de saber escolher para cada forma de tumor do colo do útero qual o melhor tratamento.

Na lição seguinte, efectuada no dia 16, o Dr. Valente Rocha falou sobre «A histerectomia vaginal radical — Indicações; apontamentos técnicos». Depois de considerações gerais sobre o

tratamento cirúrgico do carcinoma do colo do útero, o conferencista fez referência especial à operação de Shauta, suas indicações, contra-indicações e resultados. Concluiu, fazendo um resumo histórico da histerectomia vaginal, dizendo que quanto só se tenha tornado corrente há relativamente pouco tempo, parece ter já sido feita em Alexandria. A. C. Seguiu-se a lição do Dr. Jorge Melo do Rego, sobre «As extirpações pélvicas — Indicações, apontamentos técnicos e resultados», tendo o conferencista focado o problema no seu tríplice aspecto, táctico, técnico e moral.

No dia 18 efectuaram-se três lições. Assim, o Dr. Idálio de Oliveira falou, na primeira, sobre «A roentgenterapia no carcinoma do colo do útero». Depois de considerações gerais sobre radiosensibilidade do cancro do colo do útero, estabeleceu as indicações da roentgenterapia, quer associada ao rádio, quer como terapêutica única. Por último, ao lado da roentgenterapia rotatória, encarrou o tratamento por altas voltagens e, principalmente, pelo Cobalto '60, fazendo realçar os benefícios destas terapêuticas modernas.

Seguidamente, a Dr.^a Maria Fernanda Marques, tratou de «A radium-terapia no carcinoma do colo do útero». A conferente principiou recordando a

física dos corpos radioactivos, a fim de fazer compreender melhor o seu emprego e a sua acção. Descreveu o aparelho de extração de emanação do rádio — chamado radão — substância que tem o valor terapêutico do rádio, e mostrou as vantagens do seu emprego, quando há que fazer a aplicação de uma substância radioactiva a domicílio, pois o rádio, metal extremamente caro, e que no nosso País, é pertença, quase exclusiva do Instituto Português de Oncologia, não pode ser deslocado deste sem uma onerosa caução por parte do doente, o que torna o seu emprego ambulatório quase inacessível.

Por último, o Dr. William Clode ocupou-se do «Emprego dos isótopos radioactivos no tratamento do carcinoma do colo do útero», focando em especial o emprego do ouro coloidal radioactivo.

O curso prosseguiu no dia 21, com mais duas lições, a primeira das quais sobre «Terapêutica antalgica no carcinoma do colo do útero em fase avançada». Nela, o Dr. Joaquim Imaginário fez algumas considerações sobre a complexidade de um dos problemas que há mais tempo afligem a humanidade e que preocupa o médico: a dor. Referindo, resumidamente, a organização das estruturas nervosas que servem a sensibilidade dolorosa, descreveu e cri-

GERIATRIL

CAPSULAS

Colina, metionina, betaina, inositol, lipocaico pancreático e vitamina B₁₂

Aterosclerose, diabetes, cirrose hepática, etc.

CERI-NUTRINA

Extracto concentrado de cereais, leguminosas e suco de cenouras, rico em glúcidos, prótidos, vitaminas, fósforo e cálcio

Alimento de sabor agradável, fácil digestão e excelente tolerância. Valioso complemento dietético.

LABORATÓRIOS ESTÁCIO
PORTO



(... quando os medicamentos são constituídos por produtos químicos muito sensíveis, ou que necessitam de purificação, a maneira de os conservar activos, reside na estabilização conferida pela LIOFILIZAÇÃO...)

T U E L V E B_1 — Liofilizado

Associação de: 1.000 mcg. de Vitamina B_{12}
200 mg. de Vitamina B_1

Resíduo liofilizado para solução extemporânea.

- Anemia perniciosa
- Nevralgia do trigémino
- Dermatologia
- Anemias post-estados gripais

FOSFOTÓNICO HB — Liofilizado

— Injectável

— Oral

Associação de Vitamina B_{12} — 0,025 mg.

Extracto hepático \diamond 2 U. Ant. An.

Vitamina B_1 5 mg.

Vitamina B_{12} 5 mg.

Vitamina PP 20 mg.

Resíduo liofilizado para solução extemporânea com Fosfotônico.

- Terapêutica pelo complexo B
- Convalescenças
- Afecções que depauperam o organismo.

NOVILTRICINA — Injectável

Associação de Bacitracina liofilizada

— Dihidroestreptomicina

— Penicilina

Terapêutica antibiótica consagrada, de largo espectro de acção.

Casos de Penicilina — resistência.

Laboratórios Novil, Lda.

Rua do Centro Cultural, 13-13-A
(ALVALADE)

LISBOA

Director Técnico:

ANTÓNIO PIRES RODRIGUES

ticou os métodos cirúrgicos idealizados para a terapêutica da dor. Finalmente, fundamentado na experiência pessoal, enalteceu os que melhor se lhe têm revelado para o tratamento da dor no cancro uterino em fase avançada.

A segunda lição esteve a cargo do Dr. Pinto Carvalho que, após uma revisão das relações entre a urologia e a ginecologia e partindo do princípio de que toda a doente portadora de cancro do colo do útero é potencialmente uma doente urológica classificou e descreveu os acidentes operatórios nas neoplasias uterinas e estabeleceu o método de profilaxia e terapêutica dessas lesões, à luz dos mais modernos conceitos e técnicas urológicas. A lição foi documentada com a projecção de alguns métodos cirúrgicos hoje utilizados.

O curso foi encerrado com duas lições da autoria dos Profs. Pedro da Cunha e Freitas Simões. Na primeira, o autor disserta sobre «Terapêutica do carcinoma do colo do útero associado à gravidez». Começou por informar ser o cancro do colo do útero a mais terrível complicação que se pode apresentar no decorrer de uma gestação, devendo ser a sua frequência um pouco maior do que a apontada pela maioria dos autores. Expostas as ideias actuais da acção da gravidez sobre o carcinoma do colo do útero e deste sobre aquele estado, fez várias considerações sobre os meios de diagnóstico e tratamento. Disse que se durante anos o papel do tocólogo em presença desta situação obstétrica consistia apenas em tentar salvar o filho, rodeando portanto a mulher de todos os cuidados de que dispunha para fazer chegar a gravidez o mais próximo possível do termo, hoje tem por dever procurar sempre salvar as duas vidas. Assim, só poderá dar preferência à mãe quando esta tenha possibilidade de cura e o produto de concepção quase a certeza de não chegar à viabilidade.

Por último, apresentou os casos do seu serviço, sobre os quais fez várias considerações.

Seguiu-se o Prof. Freitas Simões, director do Serviço, que versou o tema «Estado actual da terapêutica do carcinoma do colo do útero».

Depois de acentuar que na série de lições do curso tinha sido, pelos diferentes expositores, dado conta do estado actual do problema em cada um dos aspectos de que ele se compõe, disse não julgar, depois disso, necessárias muitas palavras para voltar ao assunto.

O avanço constantemente obtido em matéria de cancro — afirmou — permite-nos ter, não a esperança, antes a

HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA

Dr. Augusto Lamas

Atingiu no dia 12 de Abril último o limite legal de idade, pelo que deixou as suas funções nos H.C.L., o Dr. Augusto da Cunha Lamas, director de Serviço de Clínica Cirúrgica.

O administrador daqueles estabelecimentos de assistência, fez publicar uma «ordem de serviço», na qual, lamentando o afastamento do Dr. Augusto da Cunha Lamas, lhe confere um louvor pelo zelo, competência, dedicação e interesse com que sempre serviu a Instituição, ao longo de cerca de 34 anos de serviço.

Dr. Ferreira da Costa

Perfez no dia 23 dez mil dias de serviço como director da clínica de Estomatologia dos H. C. L. o Dr. Ferreira da Costa, o mais antigo director de clínica daquela Instituição.

Clinico distinto, a ele se deve grande parte do prestígio de que disfruta a Estomatologia portuguesa, não só no País, como no estrangeiro.

certeza, de que o actual, que já podemos considerar bom, a breve trecho será abandonado por inútil e substituído por processo capaz de proporcionar a cura segura e definitiva do cancro.

Disse depois que, além do profilático, de todos o melhor, existem apenas dois tratamentos do cancro do colo do útero: a cirurgia e as radiações, passando revista ao valor de ambos, mostrando as respectivas vantagens e inconvenientes.

O estudo intensivo do problema, as conquistas no campo do diagnóstico, no das próprias técnicas operatórias, a quimioterapia, os isótopos radioactivos, têm feito com que os métodos de tratamento se vão modificando e melhorando sucessivamente.

Mais adiante afirmou que a perfeição será atingida no dia em que o laboratório possa dizer que «este tumor é curável e para o curar deverá recorrer-se à cirurgia ou às radiações». No momento presente há manifesta tendência para os métodos cirúrgicos.

Por último, referiu o papel do médico junto da portadora de cancro incurável. Se junto dela os recursos do seu saber são infelizmente limitados, os do seu coração têm de ser sem limites, para, com paciência e caridade, lhe proporcionar conforto moral que, tanta vez, se traduz em alívio físico.

O Dr. Ferreira da Costa, que se formou há 40 anos, trabalha nos Hospitais Civis desde o seu tempo de estudante de medicina, ainda na época do enfermeiro-mor Curry Cabral. Toda a sua carreira a fez nos H.C.L., desde interno, tendo sido colocado no Serviço de Estomatologia em 1923, passando a seu director em 1930. Ao Dr. Ferreira da Costa se deve a formação, na consulta que dirige e que é a mais frequentada de todas as daqueles hospitalais, de três centenas de médicos estomatologistas que se encontram espalhados por todo o País.

Condecorado com a Ordem de Santiago da Espada, o Dr. Ferreira da Costa, que também possui a medalha de ouro de Bons Serviços, goza do maior prestígio dentro e fora dos Hospitais Civis. Presidente pela quarta vez da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, é justamente considerado como dos mais categorizados estomatologistas portugueses, a ele se devendo a realização de duas Jornadas Luso-Espanholas de Estomatologia.

Há três anos, por ocasião de percorrer 25 anos do lugar de director de clínica, recebeu calorosas homenagens de todos os seus colegas e de discípulos.

CONCURSO PARA INTERNOS

Terminou no dia 14 o concurso para o preenchimento de 32 vagas de internos do Internato Geral dos Hospitais Civis de Lisboa.

O júri, constituído pelos Drs. Carlos George, Alfredo Franco, Mário Marques, Fausto Cansado e Ricardo Jorge, depois de apreciar as provas prestadas pelos quarenta e nove candidatos, aprovou 32, pela seguinte ordem: Drs. Elmano Barros Henriques, José Luís Saldanha de Meneses, José Nobre Guerreiro Gois, António de Saavedra, Maria Ester da Paz, Manuel Tavares Coelho, Maria Manuela de Mendonça, Marcelo Rebelo Barbosa, Maria de Lurdes da Fonseca Santos, Luís Jorge da Fonseca, Lino da Silva, Luís de Miranda, Horácio Flores, Nuno Ribeiro, João Manuel Valadas, Silvia de Azevedo, Maria Adelina Varela, Caetano Pinto Ferreira, Cláudio Seabra, José Nava, Fernando Everardo Vaz, Manuel dos Santos Veríssimo, Vitor Fones Falcão, Álvaro Soares de Pinho, Luís Alberto de Barros, Raul Nogueira, Carlos Pereira, António Garcia Pinto, Emílio Alves Peres, Maria de Lurdes Franco Rodrigues, Maria Fernanda Oliveira Rocha e Manuel Vieira Machado.

*Poderoso
reconstituinte*



Laevotonin
TÓNICO À BASE DE LEVULOSE

com
Ácido fosfórico
Cafeína, Arsénio,
Manganés e
Estricnina

CURSO DE ELECTRO-VECTOCARDIOGRAFIA

Do Centro de Cardiologia do Instituto de Alta Cultura

Promovido pelo Centro de Cardiologia do Instituto de Alta Cultura, efectuou-se na Faculdade de Medicina de Lisboa um curso de electro-vectocardiografia, que, iniciado no dia 17 de Março passado, se prolongou até ao dia 28 e que constou de demonstrações práticas de electro e de vectocardiografia, durante todas as manhãs, e doze lições teóricas.

A lição inaugural esteve a cargo do director daquele Centro, Prof. Eduardo Coelho, que, versando o tema «O valor da electro-vectocardiografia — Breve escorço histórico e crítico», começou por se referir à evolução dos conceitos electrocardiográficos (Einthoven, Lewiw e Wilson), para logo a seguir afirmar que a vectocardiografia, que nasceu com a electrocardiografia apareceu mais tarde a dar interpretação especial dos potenciais eléctricos e a corrigir certas hipóteses postas pelo electrocardiograma (Mann, Schellong, Duchosal, Rylant, Grant, Jouye, etc.). Discutiu, depois, algumas das hipóteses e interpretações electrocardiográficas (potenciais localizados e derivações precordiais, posição anatómica do coração e eixo eléctrico, etc.), passando a refe-

rir-se à importância da electrocardiografia clínica e à frequência dos erros de diagnóstico electrocardiográfico.

Por último, e após ter-se referido a alguns problemas de vector-electrocardiografia, o Prof. Eduardo Coelho afirmou ser este o 4.º Curso de Cardiologia realizado pelo Centro de Estudos do Instituto de Alta Cultura, dos quais os dois últimos já foram organizados na Clínica de Cardiologia do Hospital de Santa Maria. Não sabe se dentro do País se tem dado pela existência desse serviço e da sua produção científica. Mas no estrangeiro — afirmou — é tal a sua projecção que já no começo do mês de Abril viriam especializar-se neste serviço dois assistentes das Universidades do Brasil.

A segunda lição foi proferida pelo Dr. Sousa Ventura, que falou sobre «Fundamentos da noção de vector», segundo-se-lhe o Dr. Sales Luís, para proferir a terceira, sobre «O conceito celular dos potenciais cardíacos».

A «Interpretação das derivações electrocardiográficas» e «O electrocardiograma normal» foram os temas a que se subordinaram as lições do dia

19, respectivamente, feitas pelos Drs. Salomão Sequerra e Bordalo e Sá.

A sexta lição esteve a cargo do Dr. Lopes Pimenta, que, dissertando sobre «A formação da onda U», definiu as características e modo de reconhecimento da onda U normal, falando a seguir da sua gênese e morfologia em relação com as diferentes perturbações miocárdicas, tais como a insuficiência coronária, o infarto do miocárdio e as hipertrofias ventriculares, esquerda e direita e ainda das alterações eletrolíticas. Foram projectados numerosos electrocardiogramas, apresentando, além disso, um estudo estatístico feito em cerca de mil traçados electrocardiográficos.

A lição seguinte foi da autoria do Dr. Fernando de Pádua, que se ocupou de «Fundamentos da Vectocardiografia». Após revisão das principais teorias em que se baseia a vectocardiografia, dissertou largamente sobre os conceitos físicos em que ela se apoia, fazendo acompanhar as suas palavras com a projecção de numerosos esquemas elucidativos, terminando por demonstrar a aplicação do cálculo mate-

QUIMIOTERAPIA H.11

o melhor paliativo

A TERAPIA PELO H. 11 ALIVIA AS DORES E PRODUZ:

- ♦ o melhoramento do estado geral
- ♦ o alívio da tosse, ascites, vômitos, disfagia e outros sintomas, quando existem
- ♦ atrasa o desenvolvimento do tumor
- ♦ prolonga a vida com bem estar

COM MAIS AS SEGUINTES VANTAGENS

- ♦ não causa depressão cerebral
- ♦ não causa habituação ou tolerância (a dose pode muitas vezes ser reduzida à medida que o doente melhora)
- ♦ é compatível com analgésicos, hormonas, antibióticos e radioterapia
- ♦ não é tóxico e não produz efeitos secundários

A NÃO SER QUE O DOENTE JÁ TENHA ATINGIDO UM ESTADO DESPERADO, O TRATAMENTO PELO H. 11 PERmite-lhe LEVAR UMA VIDA NORMAL SEM SOFRIMENTO



Literatura à disposição da Exma Classe Médica

Standard Laboratories, Ltd.

Sunbury-on-Thames —

Middlesex-INGLATERRA

Rodriguez Marcos & C.^a, Ltd.

Rua Andrade, 63-1.º-Lisboa-Telef. 843650

mático ao estudo das actividades eléctricas do coração.

No dia 24 efectuaram-se mais duas lições, a primeira pelo Dr. Sales Luís, que falou acerca de «As perturbações de condução», e a segunda, da autoria do Dr. Fernando de Pádua, sobre «As hipertrofias auriculares e ventriculares». Seguiram-se, no dia 26, mais duas lições dos Drs. Bordalo de Sá e Salomão Sequerra Amram, que se ocuparam, respectivamente, de «Insuficiência coronária» e de «Enfarte do miocárdio».

Por último, no dia 28, o Prof. Eduardo Coelho encerrou o curso com uma lição, na qual falou sobre «As alterações electrocardiográficas provocadas pelos processos inflamatórios, metabólicos e pela medicação». O autor desenvolveu o estudo abrangido por aquele tema, focando, sobretudo, a importância do electrocardiograma da pericardite, da miocardite, da hipotensão, do mixoedema, da doença de Addison e as alterações eléctricas provocadas pela digitalis. Apresentou extensa documentação pessoal, demonstrativa da contribuição do Centro de Cardiologia que dirige para a solução de alguns problemas dessas situações patológicas. Referiu que algumas dessas investigações pessoais se iniciaram em 1932 e foram inteiramente confirmadas por outros autores e aludiu à importância prática desses trabalhos para o estudo da patologia cardiovascular.

O Prof. Eduardo Coelho, a terminar a sua lição, mostrou a importância dos cursos para pós-graduados, apesar da indiferença dos médicos e do desinteresse por esse ensino, que devia ser obrigatório e universitário, mas que entre nós — disse — terá de ser, infelizmente, extra-universitário.

Reunião de Curso

Para festejarem o 20.º aniversário da sua formatura, reuniram-se no dia 19 de Abril findo, num almoço, setenta e cinco médicos do curso de 1933-1938. Antes, porém, estiveram na Faculdade de Medicina de Lisboa, a apresentar cumprimentos ao director daquele estabelecimento de ensino superior. Saudou o Prof. Jorge da Silva Horta, em nome dos colegas, o Dr. Pena Carvalho e, em seguida, foi celebrada missa, na capela do Hospital de Santa Maria, por alma dos professores e do único condiscípulo falecido, depois do que o grupo assistiu a uma aula simbólica dada pelo Prof. Toscano Rico, seguindo-se uma visita ao serviço de Propedéutica Cirúrgica.

À tarde, os componentes do curso reuniram-se num «cocktail», no Hotel Embaixador, no qual também tomaram parte, além das respectivas esposas, alguns antigos professores, que foram saudados, em nome do curso, pelo Dr. Lopo de Carvalho Cancela de Abreu.

No dia 20 voltaram a reunir-se todos num almoço, que se efectuou na «Casa do Leão» (Castelo de S. Jorge).

Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa

Na reunião da Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa efectuada, sob a presidência do Prof. J. Moniz de Bettencourt, no dia 6 de Março passado, os Drs. Idália de Oliveira e Mário Vilhena apresentaram uma comunicação sobre «Ciclo-radioterapia no cancro do esófago».

Os autores, que fizeram uma resenha dos resultados obtidos na roentgenoterapia do cancro do esófago, aconselham aquele método no tratamento da referida lesão, demonstrando a curabilidade desta, confirmada pela autó-

psia em dois doentes falecidos de doenças intercorrentes.

Por fim, afirmaram que a radioterapia, especialmente a técnica rotatória, está indicada, sempre que o cancro, pela sua localização, não seja susceptível de intervenção cirúrgica.

A comunicação foi documentada com a projecção de radiografias dos doentes tratados e de um filme sobre a ciclo-radioterapia.

A mesma Sociedade Médica promoveu duas sessões para estudo do tema «Hérnias e eventrações diafragmáticas», sobre o qual apresentaram comunicações o Prof. Bello Moraes e os Drs. Luís Quintela e Machado Macedo.

A primeira das referidas sessões realizou-se no dia 27, tendo falado em primeiro lugar o Dr. Luís Quintela, que fez considerações gerais como introdução àquele tema, pondo em evidência as razões que justificaram a escolha do assunto, pelo interesse clínico que têm: frequência da afecção, dificuldade de diagnóstico em certos casos, estudo das soluções terapêuticas e acidentes subagudos e agudos a que dão lugar. Por último focou o aspecto etiopatogénico das hérnias e eventrações diafragmáticas, bem como a fisiopatologia de certas modalidades.

Falou a seguir o Prof. Bello Moraes, que apresentou um relatório sobre a patologia e diagnóstico das hérnias e eventrações diafragmáticas. Depois de relembrar a anatomia e embriologia deste septo muscular, descreveu os principais aspectos anatomo-clínicos destas lesões, fazendo referência aos diversos mecanismos etiopatogénicos. Analisou a seguir os quadros clínicos mais habituais e pôs em relevo o enorme valor da radiografia para o diagnóstico.

Este trabalho foi largamente documentado com radiografias de casos pertencentes ao Serviço de Cirurgia Torácica e à casuística operatória do Autor.

O terceiro trabalho foi apresentado, no dia seguinte, pelo Dr. Machado Macedo, tendo presidido à sessão, como na véspera, o Prof. J. Moniz de Bettencourt.

Versando o tema «Tratamento das Hérnias e Eventrações Diafragmáticas», o Dr. Machado Macedo descreveu as indicações e as contra-indicações do tratamento médico e cirúrgico daquelas lesões e estudou os princípios em que se baseia a técnica cirúrgica, tudo documentado com alguns exemplos e a projecção das respectivas radiografias.

Acera dos assuntos versados houve, no final, larga troca de impressões, em que intervieram os Profs. J. Celestino da Costa, J. Moniz de Bettencourt, o Dr. Idália de Oliveira e outros.

A BOA TOLERANCIA
DOS PANTOTENATOS

O LARGO ESPECTRO
DO CLORANFENICOL

CÁPSULAS fórmula para adultos
SUPOSITÓRIOS fórmula pediátrica

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

Conferências sobre Medicina Aeronáutica

A convite da Direcção do Serviço da Força Aérea, veio ao nosso País o general médico francês Dr. Pierre Bergeret, uma das autoridades mundiais em Medicina aeronáutica. O Dr. Pierre Bergeret, que serviu na primeira guerra mundial como médico dumha divisão de infantaria, sendo gravemente ferido, em Setembro de 1918, participou, durante três anos, na campanha de Marrocos e, até 1956, fez parte da aviação militar. Foi director de serviço das forças aéreas de França e a sua actividade científica foi exercida nas pesquisas fisiológicas aplicadas à aeronáutica. Publicou numerosos trabalhos sobre o «contrôle» dos inaladores de oxigénio, a hipocapnia da altitude, as variações da pressão venosa e da pressão do líquido céfalo-raquidiano sob o efeito da anoxia, o consumo de oxigénio durante o voo em grandes altitudes, os efeitos fisiológicos da queda livre (salto em paraquedas), os efeitos fisiológicos da descompressão explosiva, as bases fisiológicas da construção das cabinas pressurizadas e acidentes de aviação.

O Dr. Pierre Bergeret, que se deslocou a Portugal, a fim de proferir uma série de conferências sobre os problemas da medicina aeronáutica, iniciou aquela série com uma conferência sobre «Os grandes problemas actuais da medicina aeronáutica», a qual se realizou, no dia 18 de Março, na aula magna da Faculdade de Medicina de Lisboa, perante numeroso auditório e sob a presidência do brigadeiro Ponte Rodrigues, que representava o Subsecretário da Aeronáutica, ladeado pelo coronel médico Dr. Fernandes Lopes, director do Serviço de Saúde da Força Aérea Portuguesa, e pelos Profs. Jorge da Silva Horta e Freitas Simões.

Fez a apresentação do conferencista o director da Faculdade de Medicina.

O Dr. Pièrre Bergeret começou por afirmar que, apesar da existência de projéctéis teleguiados e dos progressos da cibernetica, haverá sempre aviões pilotados por homens. A medicina aeronáutica de hoje, ou seja a medicina da alta altitude — disse — ainda não perdeu a sua razão de ser, antes pelo contrário aumenta dia a dia o seu campo de acção.

Passou depois a analisar as características da aviação moderna, tanto militar como civil, e os factores de perturbação, dos quais fez o estudo do ponto de vista analítico e didáctico. Considerou a altitude e a protecção respectiva, citando os aparelhos usados, assim como as reacções orgânicas. Tratou das radiações luminosas, dos problemas da visão, das radiações cósmicas e dos seus efeitos sobre o corpo humano.

Em seguida, foi projectado um filme.

No dia imediato, o Dr. Pierre Bergeret foi ao Hospital Militar Principal proferir a segunda das suas conferências, esta sobre «A aviação e o cora-

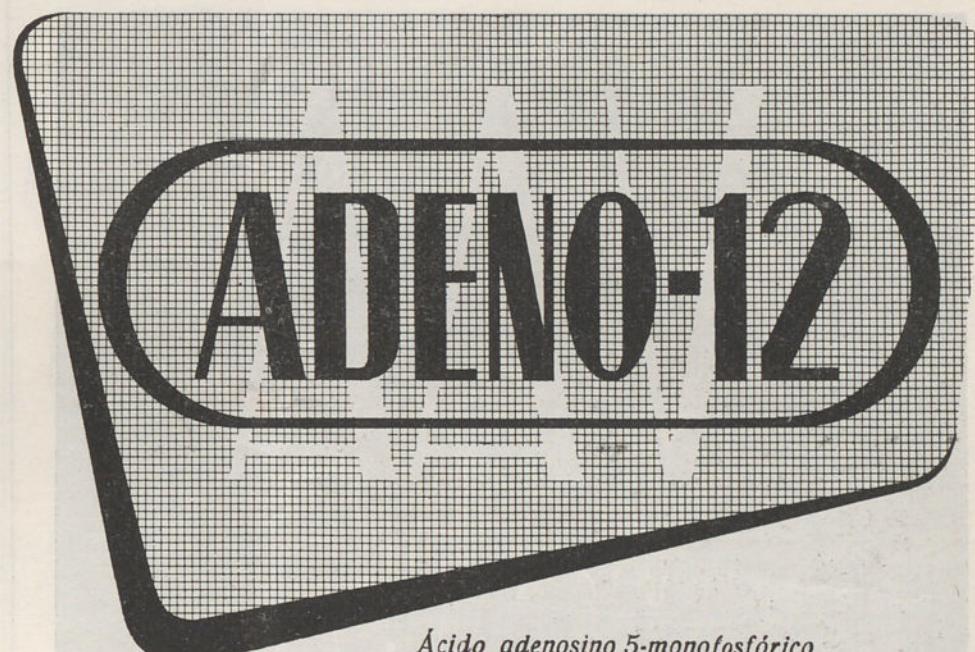
ção». Presidiu à sessão, em representação do Subsecretário da Aeronáutica, o brigadeiro Mira Delgado.

O conferencista, depois de afirmar que ia estudar o assunto não como cardiologista, mas na qualidade de médico aeronáutico, demorou-se na descrição dos elementos de apreciação do aparelho circulatório e da avaliação da tensão arterial, fazendo alusão aos problemas práticos da medicina aeronáutica, que encarou sob vários aspectos. Aludi, ainda, à necessidade de rigorosa selecção, no que diz respeito às condições cardiovasculares.

Disse que um dos elementos de

apreciação do aparelho circulatório mais simples, é constituído pela avaliação da tensão arterial. Com efeito, observam-se variações importantes da tensão arterial durante o voo, quer em função da altitude, das acelerações, das variações térmicas, vibrações, etc. Os mecanismos destas alterações da tensão são explicados na medida do possível, pondo em equação problemas ainda por resolver.

Fez referência ao interesse da electrocardiografia no estudo da anoxia cardíaca da altitude, e terminou por se referir ao problema da avaliação do envelhecimento do pessoal navegante e



Ácido adeninoso 5-monofosfórico
sob a forma de sal sódico 25 mgr.
em 1 c. c.
Vitamina B₁₂ 60 micr.
em 1 c. c.

INDICAÇÕES

PERTURBAÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS

PRURIDO, de etiologias várias

ARTROPATIAS CRÓNICAS

NEVRITES PERIFÉRICAS

REUMATISMOS NÃO ARTICULARES

CIRROSES COM ASCITE

EDEMAS DE ORIGEM CARDÍACA

ESCLEROSE EM PLACAS

POSOLOGIA

Variável conforme os casos
Injecção por via intramuscular

Caixa com 10 ampolas de 1 c.c. de Ácido Adenílico
e mais 10 ampolas de 1 c.c. de Vitamina B₁₂

Laboratório Farmacológico



J. J. Fernandes, Limitada

LISBOA - PORTO - COIMBRA - FUNCHAL

à importância do concurso do cardiologista para a sua solução.

No dia seguinte, o Dr. Pierre Bergeret deslocou-se à base aérea da Ota, para ali proferir mais uma conferência, sobre «Psicologia aeronáutica e o papel do médico-aeronauta».

Depois de ter estado em Coimbra e no Porto, onde, nas Faculdades de Medicina das respectivas Universidades, proferiu, também, conferências sobre problemas de medicina aeronáutica, o Dr. Pierre Bergeret falou, ainda, antes de partir para o seu País, no Hospital de Marinha, em Lisboa.

O conferencista, que dissertou sobre «Medicina aeronáutica», falou sobre a história da Medicina, a sua evolução, os seus fins e os seus meios, para no final considerar como nasceu a A. G. A. R. D. e o seu grupo aero-médico. Considerou a Medicina Aero-náutica nas suas várias fases, empírica, como sempre, de começo, até à alta especialização que actualmente a caracteriza, para acabar por definir o que é a Medicina Aeronáutica — especificidade da medicina que trata da biologia do voo.

Instituto Português de Reumatologia

Reuniu no dia 10 de Abril último o corpo clínico do Instituto Português de Reumatologia, para receber o Prof. Pedro Nava, do Rio de Janeiro, que ali foi proferir uma conferência sobre «Artrose do joelho».

Assistiram à sessão o srs. embaxador do Brasil e esposa e o ministro do mesmo País.

Em nome da direcção do Instituto falou o Prof. Adelino Padesca, que fez a apresentação do conferencista, reumatologista de grande nomeada, autor de mais de duzentos trabalhos, a maioria dos quais sobre reumatismo, membro titular da Academia Nacional de Medicina do Brasil, vindo a Portugal no regresso de uma viagem a França, aonde foi, como delegado do Ministério da Saúde do seu País, estudar vários assuntos relacionados com a recuperação dos doentes reumáticos.

O Prof. Pedro Nava, tomado, em seguida, a palavra, dissertou largamente sobre a etiologia e a patogenia da artrose do joelho, documentando a sua lição com numerosas projecções, através das quais demonstrou o seu largo saber e os seus pontos de vista pessoais.

No dia seguinte, o Prof. Pedro Nava voltou àquele Instituto, para proferir outra lição sobre o mesmo tema, do maior interesse, não só pela gravidade da afecção, mas pela numerosa casuística do conferencista, que lhe permite apresentar conceitos inéditos e pessoais.

O Prof. Pedro Nava, escutado com o maior interesse, demorou-se na descrição dos aspectos reumatológico e de tratamento da referida doença, documentando a sua preleção com numerosas projecções.

Hospital do Ultramar

Reuniu no dia 23 de Abril findo o corpo clínico do Hospital do Ultramar, tendo presidido à sessão o Dr. João Pedro de Faria.

Foi apresentado um filme sobre a província de Moçambique e, seguidamente, foi apresentada uma comunicação do Dr. Maia Mendes, sobre «Anestesia em geriatria».

O autor, depois de passar em revista as modificações anatómicas e fisiológicas que a velhice imprime ao organismo humano, indicou os anestésicos que se devem usar nestas idades avançadas e definiu as normas principais que se devem seguir na anestesia em geriatria.



Synopene

o anti-alergico isento de
manifestações secundárias

Geigy

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

Marca registada

SAÚDE - ALIMENTOS - OTROS - ADVERTISING

F A L E C I M E N T O S

Prof. Henrique de Vilhena

Faleceu no dia 13 de Abril último, em Lisboa, o Prof. Henrique de Vilhena, figura de relevo na vida científica portuguesa e sábio anatomoista de renome internacional. Nasceu a 13 de Março de 1879, em Lisboa, onde fez os estudos primários e secundários. Após breve passagem pela Universidade de Coimbra, nas indecisões iniciais da carreira a seguir, entrou, em 1898, para a Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, onde, em 1904, concluiu o respectivo curso. No ano imediato foi nomeado professor interino de Anatomia Artística na Escola de Belas-Artes de Lisboa. Escreveu então, como tese do concurso para a efectividade nessa cadeira (1911), um trabalho notável: «A expressão física da cólera na literatura». Nomeado prossecutor de anatomia na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, em 1906, escreveu nessa altura, preparando-se para o cargo de professor substituto de Anatomia na Escola Médica (1911), «Músculos Subcutâneos do Crânio Estudados no Tipo Português Humilde», obra em que «esboçou pela primeira vez o critério que o marca no estudo da anatomia», explicado depois em outros trabalhos fundamentais. No mesmo ano de 1911 foi também nomeado professor ordinário da Faculdade de Medicina de Lisboa. Surge então, criado, verdadeiramente, pelo Prof. Henrique de Vilhena, o Instituto de Anatomia dessa Faculdade, onde ele, na devoção extraordinária do seu entusiasmo pelo ensino, organiza uma biblioteca que é considerada entre as melhores da especialidade, uma preciosa coleção de peças de variações anatómicas e um valiosíssimo arquivo de anatomia. Fundou o «Arquivo de Anatomia e Antropologia», revista que rapidamente alcançou prestígio internacional e onde o insigne mestre publicou muitos dos seus trabalhos, que poderosamente influiram no desenvolvimento e modelar orientação dos estudos de anatomia entre nós.

Fundador, com o Prof. Rodriguez Cadarso, da Sociedade Anatómica Luso-Hispano-Americana, em 1930, e, com o Prof. Celestino da Costa, da Sociedade Anatómica Portuguesa, em 1933, o Prof. Henrique de Vilhena presidiu a essas colectividades e foi ainda um dos fundadores da Liga de Educação Nacional e da Sociedade Portuguesa de Estudos Históricos. Vereador e presidente do Senado Municipal de Lisboa, em 1915; senador da República, em 1919; reitor da Universidade de Coimbra, de Junho de 1925 a Maio de 1926; pertenceu ao grupo português de cooperação intelectual da Sociedade das Nações. Sócio efectivo da Academia das Ciências de Lisboa, sócio titular da Sociedade das Ciências Médicas, de que foi Presidente e de muitas outras associações e sociedades científicas portuguesas e estrangeiras, o Prof. Henrique de Vilhena, que se jubilou

em 1949, deixa, além dos seus escritos propriamente científicos e dos relativos à expressão corporal das emoções—que constituem uma obra enorme e valiosíssima—, numerosos volumes de biografias, crítica literária, discursos, novelas e romances, que impõem igualmente o seu nome como criador literário de méritos invulgares.

Faleceram:

O Dr. Manuel Trigueiros Sampaio, de 62 anos, delegado de Saúde em Beja.

— O Dr. Joaquim Ollero Pereira Leite, de 59 anos de idade, capitão do Exército, reformado.

— O capitão sr. José Esteves Robalo Cordeiro, tio do Dr. António José Robalo Cordeiro, médico em Coimbra.

— A sr.^a D. Leonor Mendes Baleiras Neves, mãe do Dr. Manuel das Neves Baleiras, médico no Souto (Abrantes).

— O sr. Albino Vasques Fadista, tio do Dr. Rodrigues das Neves Simplicio.

— O Dr. Francisco de Almeida, que contava 76 anos e era natural de Moçamedes.

— O Dr. José Luís Roque Ferreira de Carvalho Machado, que, durante vários anos, foi subdirector do Reformatório Central de S. Fiel e médico da Colónia Correccional de Vila Fernando e Reformatório da Guarda.

uma nova triade da Rauwolffia

RESCINAMINA
RAUBASINA
TEOFILINA

drageias

ampolas

Rauwolfioterápia

sem reserpina

para

as formas graves

de hipertensão

TRIRAUUPINA®

DEPOSITÁRIOS:
FERRAZ, LYNCE, LDA.
Travessa da Glória, 6-2.º — LISBOA

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Reuniu no dia 15 de Abril último, sob a presidência do Prof. Ayres de Sousa, a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, tendo o Dr. Galvão Lucas apresentado uma comunicação sobre «As provas de sobrecarga respiratória e interesse na cirurgia pulmonar».

Seguiu-se-lhe o Dr. Acácio de Abreu Faria, subdelegado de Saúde em Alcácer do Sal, que apresentou um trabalho intitulado «Apontamentos clínicos e notas sobre o andaço da pandemia gripal no concelho de Alcácer, no Outono de 1957».

★

Em sessão efectuada no dia 22 foram apresentados vários casos clínicos, o primeiro dos quais da autoria do Dr. Décio Ferreira e Prof. Cortês Pimentel, sobre «Um caso de ectópia cardíaca extratorácica». Seguiu-se-lhes o Dr. Fernando Rodrigues, que apresentou «Dois casos de obliteração completa cicatricial de um brônquio principal». Por último, o Dr. Fernando Marques e o Prof. Cortês Pimentel deram conta de «Um caso de condroma puro do pulmão».

Acerca de cada um dos casos apresentados houve, no final, larga troca de impressões.

Sociedade Portuguesa de Oftalmologia

Tendo sido publicado, no n.º de 15 do corrente de «O Médico», uma notícia com a epígrafe «Sociedade Portuguesa de Oftalmologia», o presidente da referida sociedade, Dr. Alcino Pinto, escreve-nos, dizendo: «Na verdade, o título de «Sociedade Portuguesa de Oftalmologia» pertence exclusivamente à entidade que, com carácter nacional o usufrui legalmente há muito tempo, com estatutos próprios, e cujo último Congresso se realizou no Instituto Gama Pinto de Lisboa, em 26 e 27 de Abril, p. p.º. A referida reportagem diz respeito à Secção de Oftalmologia da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, como aliás na mesma se refere, em iniciais. Desta forma é evidente que a epígrafe em causa deveria ser «Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa (Secção de Oftalmologia)».

DIÁRIO DO GOVERNO

(De 9 a 15/V/1958)

SUPREMO TRIBUNAL ADMINISTRATIVO

Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo:

Dr. Francisco Marques Açucena, médico, recorreu para a Auditoria Adminis-

trativa de Lisboa da deliberação da Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo, de 27 de Dezembro de 1954, pela qual este corpo administrativo nomeou médico municipal do partido único daquele concelho o Dr. José Trindade Simões.

Pelo presente acórdão (de 6-XII-1957) é concedido provimento ao agravo e revogado o despacho camarário, para o efeito de ser substituído por outro onde se indefira o pedido de citação do Dr. Trindade Simões e se mantenha a declaração de ilegitimidade da Câmara recorrida.

14-V-58

ACUMULAÇÕES

Foram autorizados a acumular os seguintes lugares:

Dr. César Gadanha Freire de Andrade, capitão-médico, em serviço no Hospital Militar Principal — de assistente de neurocirurgia dos Hospitais Civis de Lisboa.

10-V-58

Dr. Guilherme Frederico Bastos Gonçalves, coronel médico, desempenhando as funções de inspector do serviço de saúde do Governo Militar de Lisboa — de cirurgião da Liga dos Amigos dos Hospitais.

10-V-58

Dr. José Maria Caetano de Matos, médico municipal do partido com sede na freguesia da Bretanha, concelho de Ponta Delgada — de médico auxiliar do Dispen-

Novos conceitos, Nova terapêutica das obesidades



Sem Tiroidina
e
Com Tiroidina
À MELHOR MERCÊ DO CRITÉRIO CLÍNICO

Embalagem de 20 comprimidos (tipo experimental)	30\$00
Embalagem de 50 comprimidos	72\$50

AMATUS LUSITANUS

sário Antituberculoso de Ponta Delgada, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

10-V-58

Dr. José Maria da Costa Pereira Pacheco de Sacadura Bote, coronel médico, membro do conselho fiscal dos estabelecimentos fabris do Ministério do Exército — de director de serviço dos Hospitais Civis de Lisboa e de cirurgião da Liga dos Amigos dos Hospitais.

10-V-58

Dr. Manuel Francisco Vaz de Medeiros, director clínico do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Ponta Delgada — de médico da Polícia de Segurança Pública do distrito de Ponta Delgada.

10-V-58

CONCURSOS

Estão abertos concursos:

Documental, entre os médicos que concluíram o internato complementar em 31 de Março de 1958 para a concessão do prémio constituído por uma bolsa de viagem de estudo ao estrangeiro, dos Hospitais Civis de Lisboa.

10-V-58

Para habilitação ao provimento do lugar de especialista de ginecologia do Sanatório Sousa Martins, dependente do Ins-

tituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

10-V-58

Para habilitação ao provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso de Ponta Delgada, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

10-V-58

Para habilitação ao provimento do lugar de médico director do Dispensário Antituberculoso da Maia, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

10-V-58

Para habilitação ao provimento do lugar de médico director do Dispensário Antituberculoso de Santo Tirso, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

10-V-58

NOMEAÇÕES

Faculdades de Medicina

Dr. Albertino José de Pinho Figueiredo — para o exercício das funções de segundo-assistente da cadeira de Patologia Cirúrgica e Anatomia Patológica Espe-

cial do 7.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

12-V-58

Outros organismos

Dr. José Francisco do Souto — para eventualmente prestar serviço na clínica de estomatologia do Hospital Militar Principal.

14-V-58

Dr.ª Maria Manuela Fonseca Pereira Xavier de Brito, licenciada em Medicina — para a prestação de serviço como segundo-assistente da 6.ª cadeira (Bacteriologia e Virulogia) do Instituto de Medicina Tropical.

14-V-58

Professores agregados

Foi concedido o título de professor agregado do 1.º grupo pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, ao Dr. Herménio Cardoso Inácio.

8-V-58

Foi concedido o título de professor agregado de Cirurgia pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ao Dr. António Esperança Mendes Ferreira.

15-V-58

No combate às parasitos

VERMACIL

(xarope de piperazina)

é prático
é eficaz e...



...é BOM

é agradável para as crianças
o seu sabor a chocolate



SEMANA A SEMANA

A VIDA MEDICA NACIONAL

Efemérides

(De 4 a 12 de Maio)

4 — Pelº Fundo do Desemprego são concedidas as seguintes comparticipações: à Santa Casa da Misericórdia de Cinfares, para construção do novo hospital sub-regional 61.354\$50; e à Santa Casa da Misericórdia de Cabeceiras de Basto, para aquisição de mobiliário e equipamento destinados ao seu hospital, 50.000\$00.

— Na Régua, como estava anunciado realizava-se, solenemente, a inauguração do Dispensário-Abrigo «Dr. Melo e Castro», obra que merece o mais caloroso aplauso pela energia dispensada na resolução dos problemas assistenciais deste concelho. Faz amanhã, precisamente, um ano que a Misericórdia do Peso da Régua, inaugurou com a presença de membros do Governo e de pessoas da maior representação do distrito e concelho o Hospital Sub-Regional de D. Luís I, e já hoje são abertas as portas do novo Dispensário Antituberculoso, obra de vulto em vista às necessidades da população desta área.

O novo director do Abrigo é o Dr. José Vieira de Castro. Além deste ocupam lugares na mesa da sessão solene os Drs. José Cabral, director do Sanatório de D. Manuel II, António Feliciano, director do Dispensário de Vila Real, António Almeida, director clínico do Hospital da Régua.

5 — Em Lisboa, com numerosa assistência efectua-se no Hospital de Santa Maria, a habitual reunião de farmacêuticos hospitalares a que preside o Dr. Marques Leal. Fala primeiro, a Dr.ª D. Marilia de Oliveira, que lê um relatório sobre dois grupos de produtos novos: antioxidantes e substâncias protectoras contra a luz. Segue-se a Dr.ª D. Maria Helena Quirino Rosa, que apresenta um relatório sobre um medicamento prescrito por um clínico dos Hospitais Civis de Lisboa.

Na ordem do dia, o Dr. Marques Leal faz uma exposição sobre «Conservação de produtos e medicamentos nos armazéns farmacêuticos e nos serviços clínicos» tema de grande interesse farmacêutico hospitalar.

— No Porto, incluída no «Curso de Ortopedia da Infância», pelas 22 horas no Hospital de Crianças Maria Pia, realiza-se mais uma lição teórica proferida pelo Dr. Carlos de Lima, subordinada ao tema «Osteocondroses da anca».

6 — Com grande assistência, inaugura-se, à noite, na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, um simpósio sobre doenças pulmonares, cujas lições continuam amanhã.

Preside o Subsecretário de Estado da Educação Nacional, que está ladeado pelos Prof. Aires de Sousa e Drs. Marques da Gama, Vasco Lacerda e Raimundo Quintanilha. O Prof. Aires de Sousa agradece a comparsidade do Dr. Baltasar Rebelo de Sousa e a colaboração dos prelectores que apresentaram trabalhos durante o simpósio. A seguir o Dr. Lopo de Carvalho lê o trabalho de seu tio que dá relevo ao estudo da circulação pulmonar, falando sobre a gênese das hemoptises a partir das anastomoses arteriovenosas do pulmão.

Os Drs. Belo de Moraes e Galvão Lucas, cada um por si, apresentam o trabalho: «A função respiratória antes e depois da cirurgia pulmonar e o problema do espaço residual após ressecções».

O primeiro ocupa-se do valor do estudo

da função respiratória em matéria de cirurgia pulmonar. Depois o Dr. Galvão Lucas trata de inicio a influência das várias afecções cirúrgicas pulmonares sobre a função respiratória.

7 — O Conselho da Federação de Caixas de Previdência — Serviços Médico-Sociais vai ao gabinete do Ministro das Corporações e Previdência Social, a quem dá conhecimento de que havia deliberado, na sua última reunião, exarar um voto de saudação e agradecimento pela recente publicação do diploma que alargou o esquema do seguro-doença das Caixas, concedendo aos beneficiários destas o direito ao internamento hospitalar para efeitos de intervenções cirúrgicas.

— Uma comissão de Portimão, constituída pelo Presidente da Câmara, provedor da Santa Casa e representantes das forças vivas e políticas do concelho, acompanhada do governador civil de Faro, deputados algarvios e dirigentes da Casa do Algarve, é recebida pelo Ministro do Interior, a quem vai agradecer a interferência que teve na resolução do problema da construção do novo hospital sub-regional naquela cidade.

— Parte para Caracas o Prof. Lima Basto, do Instituto Português de Oncologia que, a convite oficial vai participar no VI Congresso Pan-Americano de Gastroenterologia e nas III Jornadas da Sociedade Venezolana da mesma especialidade.

O Prof. Lima Basto segue depois para Washington, onde tomará parte no Congresso Mundial de Gastroenterologia e onde apresentará uma importante comunicação da sua especialidade.

8 — No Instituto Português de Oncologia, as Drs. Fernanda Marques e Ana Duarte, apresentam uma conferência subordinada ao título: «A úlcera do prolapsus uterino».

As autoras acharam em 264 casos de prolapsus uterino com lesão ulcerosa concomitante, 8 casos de cancro, ou seja 3 por cento enquanto que na maioria das estatísticas estrangeiras essa percentagem é de 0,1 a 0,2 por cento.

— Integrada no Curso de Ortopedia da Infância, no Hospital de Crianças de D. Maria Pia, no Porto, realiza-se pelas 22 horas, mais uma lição teórica proferida pelo Dr. F. Prata de Lima, subordinada ao tema: «Tratamento do pé bôto-varus-equino congénito».

— O Ministro das Obras Públicas recebe os Governador Civil e Presidente da Câmara Municipal de Beja, Drs. Marques Fragoso e José da Silva, que, acompanhados do Dr. Melo e Castro, provedor da Misericórdia de Lisboa, lhe vão pedir a construção de uma estátua à rainha D. Leonor, naquela cidade, onde nasceu a instituidora das Misericórdias.

O eng. Arantes e Oliveira, que considera a ideia muito simpática, disse que o seu Ministério contribuiria com metade do custo do referido monumento.

— Realiza-se no Hospital do Ultramar uma reunião extraordinária do corpo clínico, na qual o Prof. Cortês Pimentel faz uma lição sobre «Sarcoma neurogénico (Schwanoma maligno)».

Preside à sessão, o director do hospital, coronel médico Dr. João Pedro de Faria, que depois de felicitar o Dr. Mendes Ferreira, pela recente obtenção do título de professor, faz o elogio do conferente.

O Prof. Cortês Pimentel, começa por

fazer um estudo do «Sarcoma neurogénico» tomando como base casos pessoais e dados obtidos experimentalmente. Foca, em seguida, o seu conceito, características gerais e a relação com outros tumores nos nervos periféricos, suas localizações habituais e particulares, aspecto macroscópico e a possibilidade de diagnóstico diferencial macroscópico com os outros tumores dos nervos e com os sarcomas das partes moles, terminando por fazer uma análise do problema da histogénese do «sarcoma neurogénico».

— Tomam posse dos lugares de primeiros assistentes dos serviços farmacêuticos dos Hospitais C. de Lisboa, lugar a que ascenderam por concurso de provas públicas, as Drs. D. Maria Luísa Angelo e D. Maria Halette Vieira de Almeida. A posse é-lhes conferida pelo Dr. Rafael Ribeiro, administrador dos Hospitais Civis e ao acto assistem muitos amigos e colegas das empossadas.

9 — Para o primeiro centenário do nascimento de Ricardo Jorge, natural do Porto, higienista, professor e literato eminentes em qualquer destas três actividades, realizam-se em todo o País comemorações sobre esta efeméride.

No Porto, por iniciativa da Faculdade de Medicina e em cumprimento de uma parte das comemorações a efectuar, celebra-se missa solene na igreja da Lapa e realiza-se uma romagem de saudade ao cemitério da Ordem Terceira de S. Francisco, em Agramonte. A concentração do pessoal docente e discente, da Faculdade, bem como dos amigos e admiradores dessa extraordinária figura nacional, realiza-se pelas 11 horas, em Agramonte. Junto da campa rasa de Ricardo Jorge fazem breves alocuções de exaltação e saudade o director da Faculdade e o Prof. Carlos Ramalhão, que foi grande amigo, discípulo e colaborador do ilustre Mestre.

Em Lisboa, realiza-se na Faculdade de Medicina uma sessão solene, promovida pelo Instituto Superior de Higiene, e durante a qual usam da palavra os Prof. Cândido de Oliveira e Dr. Augusto Travacos.

Preside o Chefe do Estado, com a presença dos Ministros da Educação e do Interior, Subsecretário de Estado da Assistência, e muitas individualidades de destaque na vida universitária, dentre elas o filho do homenageado, também Prof. Ricardo Jorge.

— Em Lisboa, começa, de manhã a prestar provas para professor catedrático de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina, o professor extraordinário da mesma cadeira, Dr. Carlos Salazar de Sousa, que desde a aposentação do antigo titular Prof. Castro Freire, vinha a exercer as funções de catedrático.

Preside ao júri, de que fazem parte os Profs. Fonseca e Castro, do Porto, e Lúcio de Almeida, de Coimbra, o reitor da Universidade de Lisboa, Prof. Vitor Hugo de Lemos.

— No Porto, no Ateneu Comercial, realiza-se uma sessão de homenagem à memória do Prof. Egas Moniz, sendo conferente o Dr. Acácio Tavares, que intitula o seu trabalho «Humanitarismo Poético da Obra Científica de Egas Moniz». Colabora a declamadora D. Margarida Lopes de Almeida.

11 — Inaugura-se em S. Pedro do Sul um Centro de Assistência Matern-Infantil e um Asilo de velhos.

NOVIDADE

na quimioterápia intestinal

ENTEROVITE

— Neomicina

— Complexo B

— Ftalilsulfatiazol

— Vitamina K

Pó para suspensão extemporânea

Intensa acção bacteriana sobre os organismos gram-positivos e negativos exercida exclusivamente ao longo do tubo digestivo.

«Combinação ideal na antisepsia intestinal»

Poth, Martin e Col.

Indicações: Diarreias estivais, gastroenterites agudas e crónicas do adulto e da criança. Colites. Preparação para a cirurgia intestinal.

1 a 12 meses:	1 medida	2 vezes ao dia
1 a 6 anos:	1 medida	4 vezes ao dia
6 a 15 anos:	2 medidas	4 vezes ao dia
Adultos:	4 medidas	4 vezes ao dia
Cada medida que acompanha a embalagem		
contém: Neomicina		11 mgrs.
Ftalilsulfatiazol		270 mgrs.



LABORATÓRIOS ASCLÉPIUS — Avenida Miguel Bombarda, 42-44 — Tel. 777135 — LISBOA

Delegação de Propaganda no Norte: Rua Firmeza, 575 (Palácio do Comércio) — Tel. 31567

MAIS UM PROGRESSO NA TERAPÊUTICA

ANTIDIABÉTICA POR VIA ORAL

DIABEZIE

Bial
COMPRIMIDOS

ASSOCIAÇÃO SINÉRGICA DA
N₁-SULFANILIL-N₂-BUTILCARBAMIDA
COM A
COCARBOXILASE (Éster pirofosfórico da Tiamina)

ALTA EFICIÊNCIA

BOA TOLERÂNCIA

COMPOSIÇÃO

N ₁ -SULFANILIL-N ₂ -BUTILCARBAMIDA	0,5 g
COCARBOXILASE	0,01 g

Por comprimido

NA TERAPÉUTICA

TERAPÉUTICA POR VIA ORAL

BEZÉ

al
MIDOS

ÃO SINÉRGICA DA

N₂-BUTILCARBAMIDA

COM A

(Ester pirofosfórico da Tiamina)

SOA TOLERÂNCIA

0,5 g
0,01 g