

PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

DIRECTOR: ALMEIDA GARRETT, Prof. na Faculdade de Medicina do Porto.
SECRETÁRIOS DA REDACÇÃO: JOSÉ DE GOUVEIA MONTEIRO, Assistente na Faculdade de Medicina de Coimbra; LUDGERO PINTO BASTO, Interno dos Hospitais Cívicos de Lisboa. — ADMINISTRADOR e EDITOR: António Garrett.

SUMÁRIO

EGYDIO AYRES e J. GOUVEIA MONTEIRO — **Síndrome de Cruveilhier-Baumgarten.**
CARLOS TRINÇÃO e FRANCISCO DE VASCONCELOS ESTEVES — **Um caso de anemia perniciosa progressiva (megaloblastose medular com ausência do factor intrínseco de Castle) com secreção clorídrica conservada.**

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *Clinica, Higiene e Hidrologia* (Bruceloses), *Imprensa Médica* (Eritroblastose e amamentação materna), *Acção Médica* (Os defeitos da linguagem), *Jornal do Médico* (Sobre o tratamento do cancro. Sobre os erros de diagnóstico na patologia abdominal aguda), *Gazeta Médica Portuguesa* (O estado actual da luta contra a tuberculose infantil. A tiosemicarbazona no diagnóstico da tuberculose laringea, brônquica e pulmonar), *Hospitais Portugueses* (Cuidados post-hospitalares ao domicílio), *O Médico* (Inocuidade e poder protector da vacinação pelo B. C. G. Diagnóstico precoce do cancro do estômago. Terapêutica de urgência das convulsões. Imunização activa nas crianças), *Acta Gynaecologica et Obstetrica* (Doença de Addison e gestação. Tratamento pelos raios X dos cancros do colo do útero. Tratamento da eclampsia), *Acta Endocrinologica Iberica* (A neuro-hipófise. Tratamento da tireotoxicose por um novo antitireóideo).

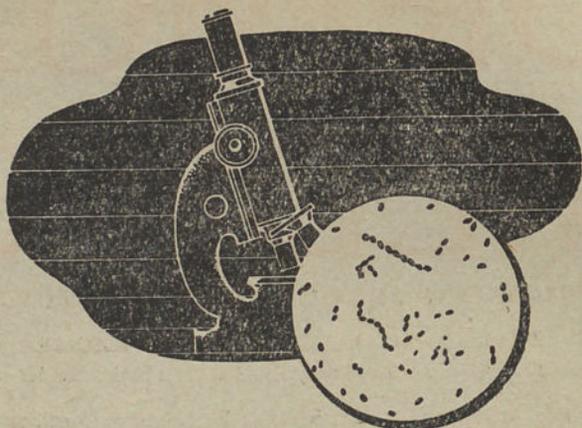
SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Tratamento das pancreatites agudas. A digitalina por via rectal. O penso compressivo no tratamento das queimaduras. Diabetes e arteriosclerose. Acetato de pregnenolona na febre reumatismal.

MEDICINA SOCIAL — Estruturação da medicina social, por ALMEIDA GARRETT.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — Sociedades. Intercâmbio. Faculdade de Medicina de Lisboa. Conferências. Curso de patologia vascular. Necrologia.

Registo de livros novos. — Aos Srs. assinantes (em face da pág. 97).

Redacção e Administração — Rua do Doutor Pedro Dias, 139, PORTO
Depositário em Lisboa — LIVRARIA PORTUGAL. Depositário em Coimbra — LIVRARIA DO CASTELO



Para os vossos prematuros

Nada deve ser deixado ao acaso, quando se tenha de fixar a alimentação dum recém-nascido, especialmente se se trata dum prematuro

Segurança bacteriológica, constância de composição, teor suficiente de matéria gorda, facilidade de preparação para a mãe, são qualidades garantidas pelo «ELEDON», babeurre em pó, meio gordo, Nestlé.



ELEDON

«Eledon» — rótulo amarelo:
sem hidratos de carbono.



«Eledon» — rótulo azul:
com hidratos de carbono.

PRODUTO PREPARADO PELA

SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVI — N.º 2

FEVEREIRO DE 1952

SERVIÇOS CLÍNICOS DE PROPEDEÚTICA MÉDICA
DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

(Director: Prof. EGYDIO AYRES)

Síndrome de Cruveilhier-Baumgarten

Rememoração e relato de um caso

por EGYDIO AYRES e J. GOUVEIA MONTEIRO

Professor

Assistente

I — CONCEITO

Na sua «Anatomie pathologique du corps humain» (1829-1835) e no «Traité d'anatomie pathologique générale» (1852), descreveu CRUVEILHIER as características de um caso mórbido observado por PEGOT em 1833. Distinguiam-no clinicamente a presença de uma aparatosa circulação colateral na parede do abdómen e a audibilidade de um sopro na região umbilical. O exame necrópsico revelou, por seu turno, como triade marcante, um pequeno fígado de aspecto macroscópico normal, um grande baço e uma larga veia umbilical permeável. CRUVEILHIER integrou o caso tomando como *primum movens* a conservação da permeabilidade da veia umbilical, provavelmente devida à persistência pós-natal de uma comunicação anómala com as veias epigástricas. Desviando sangue do fígado, a veia umbilical levaria à atrofia do órgão e, através da hipertensão portal, esta condicionaria por seu turno a esplenomegália.

Em 1908, coube a BAUMGARTEN a oportunidade de observar um rapaz de 16 anos remetido à Clínica cirúrgica de TÜBINGER para uma operação de Talma. O paciente exibia uma volumosa circulação colateral na parede do abdómen (sem sopro), acompanhada de esplenomegália e ascite. A intervenção cirúrgica decorreu em condições dramáticas que frustraram os intentos do operador. Com efeito, apesar de todas as cautelas, lesou-se uma das gran-



des veias parietais, desencadeando-se copiosa hemorragia que só muito dificilmente foi sustada. No pós-operatório produziram-se trombozes de grossos troncos venosos abdominais, com fenómenos peritoneais e hemorragias digestivas, que vitimaram o doente. Na mesa de autópsia, além de veias periumbilicais dilatadas e trombosadas e de enfartes intestinais, encontrou-se a veia umbilical largamente permeável, confirmou-se a esplenomegália e descobriu-se um fígado muito pequeno. O exame histológico mostrou a cápsula de Glisson geralmente espessada, dando saída a septos interlobulares um tanto grossos. Porém, os lóbulos hepáticos, embora pequenos, exibiam uma estrutura normal. Segundo BAUMGARTEN, todo o quadro se filiava numa hipoplasia congénita do fígado, responsável pela persistência e desenvolvimento da circulação umbilical e fatora das manifestações de hipertensão portal reveladas pelo enfermo.

Tais eram, nas suas linhas gerais, os casos observados por CRUVEILHIER e BAUMGARTEN. Em face da descrição que atrás se fez bem se vê que, se alguma entidade nosológica há que fundar nas referidas observações, baptizando-a com os nomes dos seus autores, ela deverá cingir-se a determinados requisitos clínicos, anátomo-patológicos e etiológicos. Clinicamente, deve assentar no binómio hipertensão portal+circulação umbilical peculiar e sob o ponto de vista anátomo-patológico há-de revelar a persistência da veia umbilical associada a um fígado atrofico sem cirrose. Quanto a etiologia, trata-se afinal de uma anomalia congénita.

Ora a verdade é que os poucos exemplares publicados na literatura médica entre os relatos de CRUVEILHIER e BAUMGARTEN e aqueles, um pouco mais numerosos, surgidos depois da publicação alemã, raras vezes se subordinaram aos critérios enunciados. Quer isto dizer que o quadro de CRUVEILHIER-BAUMGARTEN perdeu a sua pureza, alargando-se o respectivo diagnóstico a doentes de tipo algo diverso. Assinalado o facto, não é difícil descortinar-lhe as razões. Com efeito, se a identificação clínica do quadro não oferece dificuldades, também é certo que ele pode ser imitado por processos de índole anatómica e etiológica diversa e desta forma, à falta de verificação necrópsica, torna-se inevitável o abuso da designação.

Afigura-se-nos por isso justificada a conduta que adoptam ARMSTRONG, ADAMS, TRAGERMAN e TOWNSEND na cuidadosa revisão do assunto publicada nos «Annals of Internal Medicine», em Janeiro de 1942. Propõem os autores que se atribua a designação de «Síndrome de Cruveilhier-Baumgarten» a todos os casos que se ofereçam ao clínico como exemplares de hipertensão portal em que a circulação venosa colateral adopta determinadas características, reservando-se a designação mais concreta de «Doença

de Cruveilhier-Baumgarten» para aqueles que, sujeitos à comprovação necrópsica, mostrarem subordinar-se aos critérios definidos pelos patronos da afecção.

Esquadrinhando pacientemente a literatura médica mundial e acrescentando-lhe duas observações pessoais, ARMSTRONG e col. não lograram reunir mais de 55 casos merecedores da primeira designação e destes apenas 6 podiam legítimamente candidatar-se à segunda. Com excepção da que JIMENEZ DIAZ relata nas suas «Lecciones de Patalogia Medica», não temos conhecimento de observações ulteriores, nem tão-pouco sabemos de qualquer caso aparecido na literatura médica portuguesa. A afecção é, pois, muito rara. Convém, porém, conhecê-la, quando mais não seja pelas ilacções terapêuticas que implica. Por isso incluímos as breves notas que se seguem.

II — ETIOLOGIA

A doença de Cruveilhier-Baumgarten considerada no sentido estrito, tal como a definiram os dois autores, não passa de uma anomalia do desenvolvimento, como já dissemos. A hipoplasia do sistema portal, com o aumento da pressão sanguínea que condiciona, impediria a oclusão da veia umbilical.

Se considerarmos, porém, o síndrome de Cruveilhier-Baumgarten em sentido lato, então já a etiologia se apresentará múltipla. Foi o quadro assinalado em casos de cirrose de Laënnec, cirrose biliar, doença de Hanot, síndrome de Banti, sífilis, paludismo; e não surpreenderia que viesse a sê-lo ainda noutras circunstâncias, por exemplo na piletrombose. Na verdade, o denominador comum de todos os factores etiológicos é a hipertensão portal. Sempre que esta surja em indivíduos com circulação umbilical permeável ou permeabilizável, o quadro fica em condições de constituir-se. Assim considerado, o síndrome de Cruveilhier-Baumgarten não passa de um aspecto particular da hipertensão portal, o aspecto que tal hipertensão reveste em quem possui um determinado substrato venoso umbilical, cujas características analisaremos mais adiante. Como a disposição propiciatória das veias é mais provável em idades baixas, o síndrome mostra-se mais frequente nos casos de hipertensão portal de instalação precoce. Por outro lado, como a cirrose de Laënnec é a causa mais vulgar da hipertensão portal, ela é também o mais corrente dos factores etiológicos responsáveis pelo síndrome de Cruveilhier-Baumgarten. Por isso a maior parte dos casos publicados surgem encabeçados pelo título de «Cirrose de Cruveilhier-Baumgarten», designação proposta por HANGANUTZ em 1922 e que, em nosso entender, é uma expressão infeliz a repudiar.

III — ANATOMIA PATOLÓGICA

Quando o enfermo clinicamente rotulado de «Cruveilhier-Baumgarten» chega à mesa de autópsia, há três departamentos a explorar com especial detalhe: fígado, baço e sistema portal.

Se o quadro de Cruveilhier-Baumgarten é apenas um aspecto particular de uma doença bem determinada, o fígado e o baço mostram as lesões próprias da afecção causal.

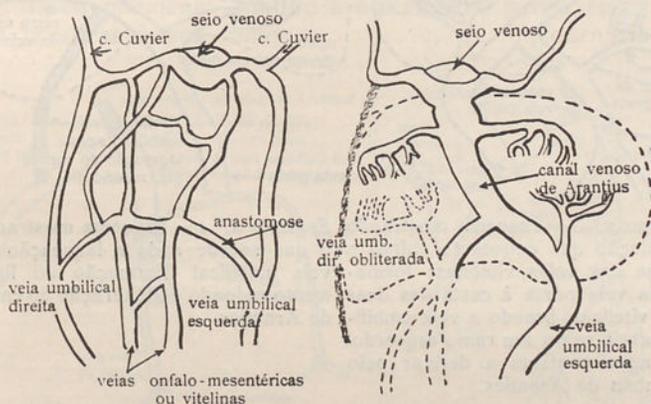
Quando se trata da doença de Cruveilhier-Baumgarten em sentido estrito, o baço exhibe as imagens que costuma apresentar na hipertensão portal, que o mesmo é dizer as de uma esplenomegália fibrocongestiva.

E o fígado? Macroscopicamente é pequeno, endurecido, liso ou grosseiramente granular, faltando-lhe o aspecto típico do fígado cirrótico. Histologicamente, mostra uma proliferação moderada do tecido conjuntivo interlobular, mormente na vizinhança da cápsula, que é grossa, revela por vezes um certo grau de fibrose periportal, mas não exhibe a esclerose que é própria dos processos cirróticos, e os lóbulos hepáticos, embora pequenos, apresentam-se de estrutura praticamente normal. O quadro é, pois, o de uma atrofia e não o de uma cirrose.

A chave do diagnóstico é-nos entregue pelo sistema portal. Quando o sangue encontra dificuldades no seu percurso fisiológico através daquele sistema, busca vias novas que lhe ofereçam menor resistência, e assim na hipertensão portal se desenvolve uma circulação vicariante mais ou menos aparente. Essa circulação tem os seus trâmites habituais, aproveitando a proximidade entre o sistema da veia porta e os sistemas das veias cavas na região gástricoesofágica, no recto, nos tecidos retroperitoneais e na parede abdominal. Podem contar-se os casos em que o organismo lança mão da circulação umbilical e, quando tal sucede, fá-lo habitualmente por anastomose das veias paraumbilicais com veias toracabdominais. Ora exactamente o que individualiza o síndrome de Cruveilhier-Baumgarten é a utilização particular dos restos da circulação umbilical do feto para a drenagem do sangue.

Das duas veias umbilicais a princípio existentes no embrião, a direita desaparece precocemente, mas a esquerda sofre mais prolongadas e importantes vicissitudes. De início abre pura e simplesmente no seio venoso, que virá a originar o átrio do coração. Depois, com o desenvolvimento embriológico do fígado, emite ramificações que vão contribuir para formar os sinusóides hepáticos, através dos quais desagua indirectamente no seio venoso, ao mesmo tempo que conserva uma comunicação directa por intermédio do ductus venosus ou canal venoso de Arantius. Entretanto vai-se constituindo a veia porta, à custa das vitelinas,

e a veia umbilical fica a abrir no seu ramo esquerdo, continuando a derivar a maior parte do sangue da placenta para o átrio do coração através do canal venoso de Arantius. Após o nascimento, laqueado o cordão umbilical e suprimida a circulação feto-placental, tanto a veia umbilical como o canal venoso de Arantius progressivamente se atrofiam, nascendo da primeira o ligamento redondo, alojado na base do ligamento falciforme e na parte anterior do sulco longitudinal do fígado, do umbigo ao ramo esquerdo



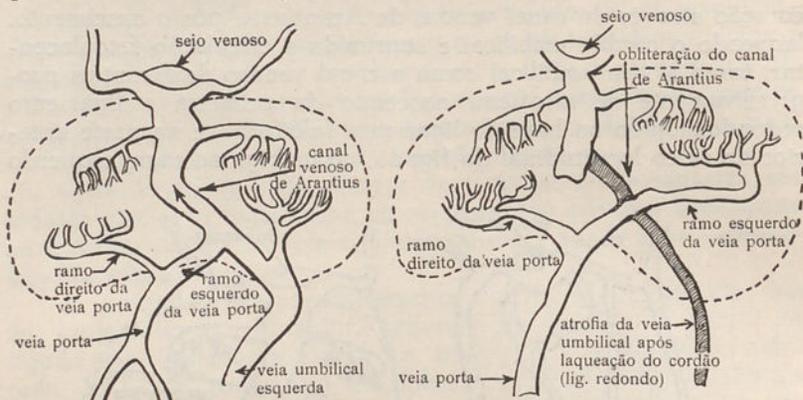
Esquema n.º 1—Estado de duas veias umbilicais, abrindo-se a esquerda (a única que interessa), pura e simplesmente no seio venoso. Anastomoses entre as duas veias vitelinas.

Esquema n.º 2—Estado de obliteração da veia umbilical direita. Emissão de ramificações da v. umb. esquerda (no ponto de desenvolvimento embrion. do fígado—marcado a linhas tracejadas—) para formar os sinusoides hepáticos, através dos quais desagua indirectamente no seio venoso. Entretanto persiste uma comunicação directa, por intermédio do ductus venosus ou canal venoso de Arantius.

da veia porta, e provindo do segundo o ligamento venoso, que se estende do ramo esquerdo da veia porta até à cava inferior, caminhando ao longo da parte posterior do sulco longitudinal do fígado. Por via de regra a obliteração consoma-se em 6 a 8 semanas. A evolução descrita é grãficamente esclarecida pelas figuras 1 a 6, devidas à competência e gentileza do Sr. Dr. RENATO TRINCÃO.

Na doença de Cruveilhier-Baumgarten, porém, a veia umbilical mantém-se permeável, ocupando, na base do ligamento falciforme, o lugar que normalmente cabe ao ligamento redondo e

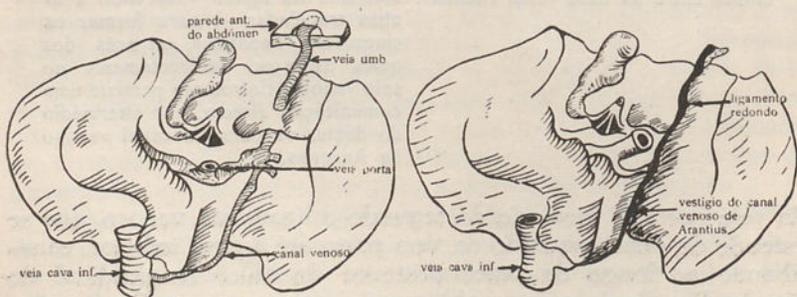
estabelecendo uma comunicação directa e larga entre as veias epigástricas e o ramo esquerdo da veia porta.



Esquema n.º 3 — Esquema mostrando a evolução que entretanto sofreu o sistema das veias vitelinas: formação da veia porta à custa das duas veias vitelinas, ficando a veia umbilical a abrir-se no seu ramo esquerdo. O sangue continua a derivar pelo c. venoso de Arantius.

Esquema n.º 4 — Esquema mostrando o que sucede após a laqueação da veia umbilical. Formação do ligamento redondo e obliteração do canal de Arantius.

No síndrome de Cruveilhier-Baumgarten por afecção adquirida geradora de hipertensão portal, podemos encontrar igualmente uma veia umbilical toda permeável a justificar a sintomatologia

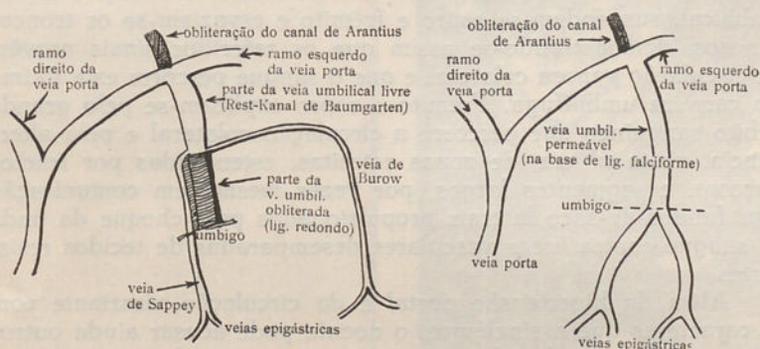


Esquema n.º 5 — Fígado de recém-nascido (face inferior).

Esquema n.º 6 — Fígado (face inferior). Aspecto definitivo.

clínica. Contudo, é então mais banal achar a vicariância circulatória explicada pelo desenvolvimento excessivo de veias paraumbilicais em ligação com uma veia umbilical só permeável no topo

hepático. É que o extremo da veia umbilical persiste viável num certo número de indivíduos, por vezes numa extensão de 5 a 8 cm., constituindo o Rest-Kanal de Baumgarten, e encontra-se eventualmente ligado às epigástricas por intermédio de veias paraumbilicais, sendo bem conhecidas as de BUROW, que caminham sob o peritoneu ao longo da parede abdominal, e as de SAPPEY, que percorrem o ligamento redondo (e que aliás mais frequentemente se dirigem à própria veia porta). Funcionalmente inúteis no indivíduo normal, os condutos venosos referidos são susceptíveis de amplo desenvolvimento quando a hipertensão portal força o sangue a procurar novos rumos.



Esquema n.º 7 — Persistência do extremo da via umbilical (numa extensão de 6 a 8 cm.), constituindo o Rest-Kanal de Baumgarten. Este encontra-se eventualmente ligado às veias epigástricas, por intermédio de veias paraumbilicais (veia de Sappey — que caminha em parte acompanhando o ligamento redondo — e veia de Burow).

Esquema n.º 8 — Persistência da veia umbilical permeável em toda a sua extensão.

As várias hipóteses são ilustradas pelas figuras 7 e 8, devidas também ao Sr. Dr. RENATO TRINCÃO.

IV — SINTOMATOLOGIA

A sintomatologia clínica do síndrome de Cruveilhier-Baumgarten gira à roda de dois polos: hipertensão portal e circulação venosa de aspecto peculiar.

A hipertensão portal manifesta-se pelos sintomas habituais, sendo particularmente frequente a esplenomegália. O fígado é geralmente atrófico e pode haver ou não ascite.

A circulação venosa colateral deve ser explorada por inspecção, palpação e auscultação. À simples vista se nota a presença, na parede abdominal, de grandes troncos venosos que habitualmente irradiam flexuosamente da região umbilical ou suas proximidades em direcção às veias epigástricas e mamárias internas, realizando o clássico desenho da cabeça de Medusa. Na região umbilical, no epigastro, ou nas duas zonas — por vezes sobre ampolas venosas particularmente largas, outras vezes na sua ausência (porque se encontram mais profundamente situadas) — a auscultação permite geralmente ouvir um sopro contínuo, em regra forte e áspero, frequentemente acompanhado de um frémito palpatório também contínuo. Comprimindo com força a região umbilical, suspendem-se sopro e frémito e esvaziam-se os troncos venosos, demonstrando-se assim que os referidos sinais provêm da circulação venosa colateral e que o sangue percorre esta última em carreira umbilífuga. Frémito e sopro explicam-se pelo grande débito sanguíneo que percorre a circulação colateral e pela alternância, nesta última, de zonas estreitas, estenosadas por tractos fibrosos, e segmentos largos, por vezes mesmo em comunicação com fundos-de-saco laterais propulsionados pelo choque da onda de sangue contra áreas vasculares deseparadas de tecidos resistentes.

Além da hipertensão portal e da circulação vicariante com os caracteres que assinalámos, o doente pode acusar ainda outros sintomas próprios da afecção que originou o síndrome, se é que não se trata de mera anomalia congénita.

As investigações laboratoriais também se comportam de acordo com a etiologia do caso e o único meio semiológico que poderia esclarecer a situação — referimo-nos à peritoneoscopia — está contraindicado pelo perigo de lesar um vaso grosso.

V — EVOLUÇÃO

Quando se trata da doença de Cruveilhier-Baumgarten, processo autónomo com individualidade própria, a evolução é comandada pelo curso da hipertensão portal. Esta é em regra progressiva, costumando vitimar o enfermo em idade jovem, antes dos 25 anos.

Se o quadro de Cruveilhier-Baumgarten aparece como simples participante de uma situação mórbida mais vasta, então será a evolução desta última que condicionará o prognóstico. Sendo uma cirrose de Laënnec — causa mais vulgar do síndrome — é mesmo possível que a circulação umbilical exerça uma acção benéfica, retardando a descompensação portal.

TÍSIO

PAS

Bial



INJETÁVEL

PARA-AMINO-SALICILATO
DE SÓDIO 2 gr.

Por ampola de 10 c. c.

DRÁGEAS

PARA-AMINO-SALICILATO
DE SÓDIO 0,35 gr.

Por drágea

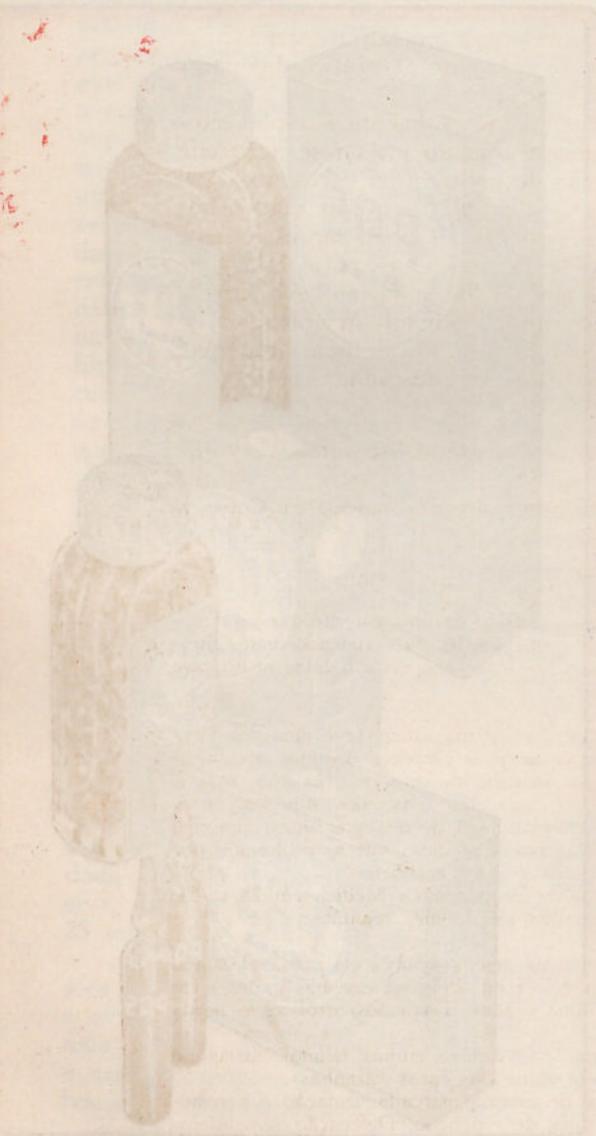
GRANULADO

PARA-AMINO-SALICILATO
DE CÁLCIO 3,4 gr.

Por medida = 4 gr.

ANTIBACILAR DE NOTÁVEL INOCUIDADE E GRANDE PODER INIBITIVO

PARASITICID
FISIOL



INIECCIONES
PARA ANGIO-TERAPIA
DE 50MG

DRAGEAS
PARA ANGIO-TERAPIA
DE 50MG

GRANULADOS
PARA ANGIO-TERAPIA
DE 50MG

ANTIBIOTICO DE NOTAVEL INOCUIDAD E GRANDE PODER ANTIBIOTICO

Em qualquer das hipóteses, porém, o futuro do doente é sempre sombrio.

VI — TRATAMENTO

Além das medidas endereçadas ao processo causal, se o conhecemos, há que tratar a hipertensão portal, recorrendo às medidas usuais. Recomenda-se muito cuidado na prática das paracenteses, não vâ ferir-se algum vaso grosso.

Quase todos os autores regeitam formalmente a esplenectomia. Além do grave risco de hemorragia ao incisar-se a parede do abdómen, a eventual laqueação de grossas derivações venosas pode comprometer muito sèriamente a circulação portal, que encontra saída exactamente nessas derivações. É bem impressionante o relato catastrófico de algumas tentativas feitas, entre elas a de que foi vítima o próprio enfermo de Baumgarten. Apesar de tudo, em desespero de causa perante a tendência hemorrágica de certos doentes, JIMINEZ DIAZ não é tão radical, pensando que, em certos casos, a esplenectomia deve ser indicada.

História clínica do caso observado pelos autores

R. I. — A. M. O., de 26 anos, solteiro, carvoeiro, nascido em Comenda (Gavião), onde reside.

A. H. e A. C. — Sem interesse.

A. P. — Ao ano de idade parece ter sofrido de uma enterite que se arrastou durante muito tempo. Possível sezonismo aos 16 anos, cedendo muito rapidamente ao tratamento (quinino?). Nega doenças venéreas e hábitos alcoólicos. Alimentação abundante e variada.

H. P. — Há seis anos, súbitamente e em plena saúde, teve uma dor forte no hipocôndrio esquerdo, notando nessa altura a presença de uma circulação colateral toracabdômnal. A dor passou ao cabo de dois ou três dias, mas a rede venosa manteve-se estacionária até hoje. Há dois anos suportou nova crise dolorosa, efêmera também e desacompanhada de qualquer outro sintoma. Em 23/vi/51 sobreveio-lhe uma terceira crise, que desta vez se prolongou por oito dias e se fez acompanhar de vômitos biliosos e melenas.

Entrou para os Serviços Clínicos de Propedêutica Médica em 28/vi/51, sendo a presente história colhida em princípios do mês seguinte.

E. A. — Doente apirético, normalmente desenvolvido e em razoável estado de nutrição, mas referindo ter abatido 4 a 5 kg. Pêlo escasso nas axilas e no púbis, com disposição feminina na última região. Testículos atróficos e perda do líbido desde o início da crise actual.

Os tegumentos são de cor normal e vêem-se muitas telangiectasias no nariz e nas regiões malares, notando-se entre elas raras «aranhas».

Já não tem dores, mas queixa-se de astenia marcada, sudação e xerostomia nocturnas e pequenas gengivorragias de repetição. Defecação sem altera-

ções e diurese subnormal (à roda de 1.200 cc./dia), com nictúria. Aspecto normal de fezes e urinas.

Refere ainda cefaleias frontais e dores oculares, sobretudo quando lê. O exame oftalmológico mostrou a existência de ligeira hipermetropia, sem modificações dos fundos oculares.

O exame clínico não revela alterações da parte dos aparelhos respiratório, circulatório e urinário, nem tão-pouco dos sistemas nervoso e locomotor ou dos órgãos dos sentidos. Não se encontram adenopatias.

O fígado não se palpa, parecendo, pela percussão, que se encontra atrofiado (bordo superior à altura da 6.^a costela e bordo inferior dois dedos acima do rebordo costal).

O baço chega a três dedos do umbigo, mostrando-se levemente endurecido, liso e indolor.

Não há sinais de ascite e o toque rectal nada revela de patológico, indicação ulteriormente confirmada pela rectoscopia.

Dois dedos acima do umbigo encontra-se a parte inferior de um plexo venoso saliente, com uns 3 centímetros de diâmetro, do qual partem grossos troncos venosos que irradiam para cima e para baixo, seguindo predominantemente a faixa média do abdómen. A circulação do sangue faz-se a partir do umbigo. Ao nível do plexo venoso ouve-se um sopro contínuo muito forte, desaparecendo por compressão intensa, e à palpação sente-se um frémito.

ANÁLISES:

Wassermann negativa.

Análise sumária de urinas (pesquisa de elementos anormais e estudo do sedimento): Sem alterações.

Urémia: 0,23 gr. $\frac{0}{100}$.

Tensão arterial	}	Braço direito: Mx. 13, Mi. 7, I_0 . 2.5
		Braço esquerdo: Mx. 13, Mi. 7.5, I_0 . 3
		Coxa direita: Mx. 18, Mi. 6.5, I_0 . 3
		Coxa esquerda: Mx. 19, Mi. 7, I_0 . 3.5

E C G: Desvio do eixo eléctrico para a esquerda; sem outras alterações.

Contagem de glóbulos e fórmula leucocitária: G. V. — 5.050.000 / mm³; Reticulócitos — 1,2 $\frac{0}{10}$; Hem. — 95 $\frac{0}{10}$; V. G. — 0,95; G. B. — 6.600 / mm³; Granul. neutr. — 65 $\frac{0}{10}$; Granul. bast. — 2 $\frac{0}{10}$; Eosinófilos — 7 $\frac{0}{10}$; Linfócitos — 24 $\frac{0}{10}$; Monócitos — 2 $\frac{0}{10}$; Plaquetas — 44.000 / mm³.

Coagulação sanguínea:

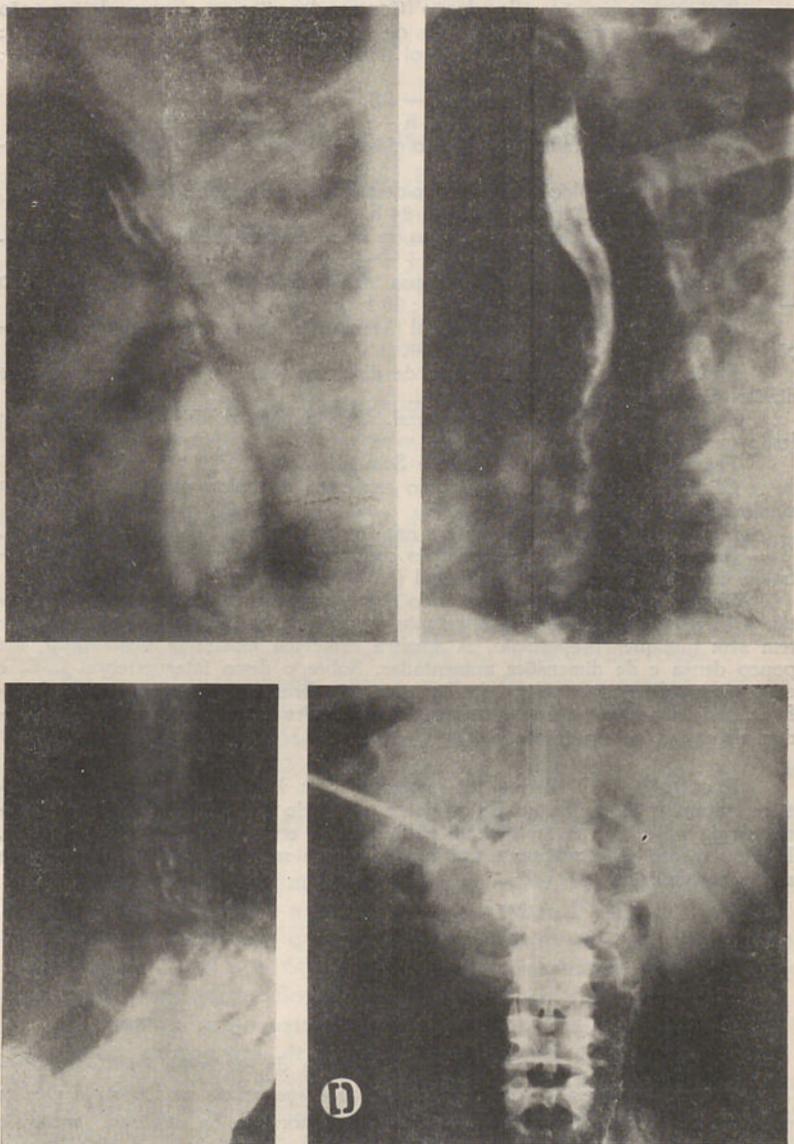
T. coagul.	}	Na lâmina	11 mn.
		Na seringa	13 mn.
T. sangria (Dukes)			2,5 mn.
Retractilidade do coágulo			Nula
Sinal do laço			Negativo

Bilirrubinémia . 12,5 mgr $\frac{0}{100}$, indirecta.

Colesterolémia: 1,25 gr $\frac{0}{100}$.

Prova da galactose (técnica de Fiessinger, Thiebaut e Dierjck):

	Volume (c. c.)	Galactose (gr $\frac{0}{100}$)
1. ^a amostra	400	7,6
2. ^a amostra	120	3,35
3. ^a amostra	240	Não acusou
4. ^a amostra	500	Não acusou



Figs. 9, 10 e 11 (em cima e em baixo, à esquerda): Visualização de varizes esofágicas.

Fig. 12 (em baixo, à direita): Visualização da rede venosa colateral.

Provas de turvação e floculação (técnicas descritas em «Provas de turvação e floculação em semiologia hepática», de J. Gouveia Monteiro, Coimbra, 1951):

Floculação com cefalina-colesterol (Hanger): 6 h -; 12 h +; 20 h ++; 24 h +++.

Turvação com timol (Maclagan) — 1,85 U.

Floculação com timol (Neefe): 6 h -; 12 h -; 20 h ±; 24 h ±.

Turvação com sulfato de cádmio clássica (Wunderly-Wuhrmann) — Negativas (VI gotas).

Turvação e floculação com sulfato de cádmio modificada: Turvação — 4,6 U.

Floculação: 6 h ±; 12 h +; 20 h +; 24 h +.

Turvação e floculação com sulfato de zinco (Kunkel): Turvação — 10,65 U.

Floculação: 6 h +++; 12 h ++; 20 h +++; 24 h +++.

Turvação e floculação com água destilada (Hejda-Dreyfuss): Turvação — 0,4 U. Floculação: 6 h -; 12 h -; 20 h ±; 24 h ±.

Turvação e floculação com álcool (Mawson): Turvação — 1,45 U. Floculação: 6 h -; 12 h -; 20 h -; 24 h -.

Radiografia do tórax: Suspeita de discretas lesões infiltrativas no campo direito. Sombra cardiovascular normal.

Estudo radiológico gastroduodenal: Desvio para a direita, sem sinais de lesão orgânica.

Trânsito intestinal por ingestão: Sem alterações.

Clister opaco: Desvio do ângulo esplênico do cólon para a direita, sem sinais de lesão orgânica.

Pesquisa radiológica de varizes esofágicas: Positiva (V. Figs. 9, 10 e 11).

Estudo flebográfico da circulação colateral, por injeção de 50 cc. de torotraste no plexo venoso justa-umbilical (V. Fig. 12).

Hepatosplenografia (aproveitando a preparação anterior): A sombra hepática não parece aumentada e apresenta-se com a densidade que habitualmente tem sem qualquer preparação. A sombra esplênica mostra-se visualizada, um pouco densa e de dimensões aumentadas. Sobre o disco intervertebral L₂-L₃ e entre as apófises transversas das mesmas vértebras vê-se uma zona de densificação de aspecto estriado que deve corresponder a torotraste retido nos tecidos moles a nível da injeção (Dr. C. MARTINS).

EVOLUÇÃO. — O doente foi medicado com lipotrópicos, extractos hepáticos, vitamina B₁, vitamina C, coagulantes e gelo no ventre. Embora a sintomatologia objectiva se mantivesse inalterada, o enfermo sentiu-se beneficiado, libertou-se das suas queixas, engordou 4,5 kg. e saiu a 4/IX/51, em condições muito satisfatórias.

SUMÁRIO

Os AA. começam por discutir o conceito de síndrome de Cruveilhier-Baumgarten, tal como decorre das publicações aparecidas na literatura médica mundial. Seguidamente fazem uma breve rememoração da etiologia, anatomia patológica, sintomatologia, evolução e tratamento do processo. Por último apresentam a história clínica detalhada de um caso por eles observado, exibindo, como sintomas fundamentais, crises dolorosas no hipocôndrio esquerdo, melenas, atrofia hepática, esplenomegália, varizes esofágicas e circulação colateral muito aparatosa, com sopro e frémito justa-umbilicais.

HOSPITAL ESCOLAR DE LISBOA. 2.^a CLÍNICA MÉDICA

(Prof. MÁRIO MOREIRA)

Um caso de anemia perniciosa progressiva (megaloblastose medular com ausência do factor intrínseco de Castle) com secreção clorídrica conservada

por

CARLOS TRINCÃO e FRANCISCO DE VASCONCELOS ESTEVES

*Professor de Hematologia
do Instituto de Medicina Tropical**Assistente da 2.^a Clínica Médica da Faculdade
de Medicina de Lisboa*

HEILMEYER define anemia perniciosa como um «processo anémico que, sem causa reconhecível, se desenvolve sobre um terreno constitucional especial e se caracteriza por um quadro hemático e medular típico, por ser curável com o princípio gastro-hepático e evolucionar quase sempre com alterações típicas do aparelho digestivo e não raras vezes do sistema nervoso».

Nesta definição assás longa, o A. põe em evidência o carácter constitucional da doença que explicaria a irregularidade da sua distribuição geográfica, e as premissas essenciais para estabelecer o seu diagnóstico, bem como a frequência dos sintomas gástricos.

Foram CAHN e MEHRING, em 1866, os primeiros a citar a aquilia gástrica como sintoma da anemia perniciosa. Depois destes, todos os AA. o têm descrito como uma das alterações mais constantes da doença, a ponto de MARTIUS, FABER e NYFELLD, em 1928, proclamarem que não há anemia perniciosa sem aquilia. Também STURGIS, em 600 casos de anemia perniciosa não achou um único com ácido clorídrico livre no suco gástrico.

A constância da aquilia gástrica, na grande maioria dos casos de anemia perniciosa, erigiu este sintoma em figurante indispensável no cortejo dos elementos semióticos desta doença. Isto ainda hoje é de tal modo verdadeiro que, quando algum caso de anemia megaloblástica aparece com conservação da secreção clorídrica, nos devemos rodear de todas as cautelas antes de nos arriscarmos ao diagnóstico de anemia de BIERMER.

No entanto, já de há muito que se vêem publicando casos de anemia perniciosa com conservação da secreção clorídrica que,

pela autoridade de quem os subscreve e pelo cuidado com que são apresentados, merecem consideração.

Deste modo, ALSTED, em 1934, pôde apresentar uma revisão dos 72 casos publicados até àquela data, 32 dos quais considera indiscutíveis.

Em 1 dos casos de WILKINSON incluído nesta série, a administração da mistura de carne incubada com o suco gástrico do doente, a outro anémico pernicioso em recaída, não provocou crise reticulocitária. Na maioria dos casos, porém, o diagnóstico laboratorial parece que apenas foi feito pelo exame do sangue periférico, o que se nos afigura insuficientemente convincente para alicerçar o diagnóstico dum quadro nosológico tão atípico.

CASTLE, HEATH e STRAUSS publicaram, em 1931, uma investigação extremamente minuciosa e interessante sobre as relações da anemia pernicioso com a aquilia gástrica, em que demonstram que a presença ou ausência de ácido clorídrico livre, pepsina e outros fermentos não está necessariamente relacionada com a do chamado factor intrínseco. Servindo-se da prova de CASTLE e de doseamentos do ácido clorídrico, pepsina e renina, concluem:

«1.º — O factor intrínseco faltava no suco gástrico, normal nos restantes componentes, em 2 doentes de anemia pernicioso.

2.º — O factor intrínseco estava presente no conteúdo gástrico, quanto ao rersto aquílico, de 1 doente sem anemia e de 3 doentes com anemia hipocrômica.»

Certo é que os AA. não verificaram a hipótese inversa, o que não é de admirar considerada a sua raridade.

HEILMEYER, apesar de considerar a anemia pernicioso com ácido clorídrico no suco gástrico como «eventualidade tão rara que na prática se pode prescindir dela», diz que entre os seus 118 casos de anemia pernicioso, tem 2 com presença de ácido clorídrico livre naquela secreção.

PITTALUGA diz que em 98 % dos anémicos perniciosos existe aquilia, WINTROBE, FERRATA e STORTI, WHITBY e BRITTON e outros dão também percentagens semelhantes, ou admitem a possibilidade destes casos raros.

*

Revedo o número total de admissões na 2.ª Clínica Médica do Hospital Escolar de Lisboa, no decénio 1940-50, verificámos, em 6.423 doentes admitidos, 31 casos de anemia pernicioso e destes, 2 com ácido clorídrico no suco gástrico. Só 1, porém, foi suficientemente estudado para nos convencer de que poderia figurar entre os raros que a literatura médica regista.

Damos a seguir a história do doente:

M. H. M. Sexo masculino, 64 anos, trabalhador rural.

CAUSA DO INTERNAMENTO — Baixa à enfermaria em 2-xi-1947, por fadiga progressiva e intensa, vertigens e edemas dos membros inferiores.

ANAMNESE — Sem causa aparente e desde há 1 ano que nota fadiga, a princípio ligeira, palidez e dores epigástricas do tipo «moinha», com sensação de plenitude e peso após as refeições. Perda de apetite e digestões demoradas.

Progressivamente acentuou-se a fadiga a ponto de o impossibilitar de trabalhar e começou a ter vertigens frequentes e intensas. Sensações parastésicas — formigueiros — nas extremidades e ardor na língua.

Nos últimos meses, acentuada diminuição da acuidade visual e edema dos membros inferiores. Sonolência fácil e invencível. Nega cefaleias, mas sente como pancadas, o pulsar dos vasos cerebrais.

Não refere quaisquer perdas de sangue, designadamente, epistaxis, melenas, hematemeses, ou perdas hemorroidárias.

HISTÓRIA PREGRESSA — Sarampo e varicela em criança. Paludismo aos 22 anos e icterícia aos 40. Nega sífilis ou qualquer outra doença.

ANTECEDENTES PESSOAIS — Sem interesse.

EXAME OBJECTIVO — Doente calmo apático, mas lúcido, de idade aparente e rial concordantes. Acentuada palidez da pele e mucosas. Posição indiferente na cama. Apirético.

Boca com alguns dentes cariados. Oro-faringe pálida, mas sem outra anormalidade. Língua ligeiramente atrofica.

Pescoço de configuração normal, sem rede venosa visível, nem pulsações anormais. Não se palpa gânglios. A tiroideia é de volume e consistência normal.

Tórax — Equimóvel e equi-resistente, sem alterações patológicas à palpação e percussão. Murmúrio vesicular normal.

Coração e vasos — Área cardíaca conservada. Tons pouco audíveis, sopro meso-sistólico na ponta. Pulso rítmico, pequeno, 80 pulsações por minuto. Tensão arterial: Mx. 12,5, Mn. 6,5 (Pachon).

Abdómen — Plano, sem rede colateral visível, panículo adiposo pouco desenvolvido, sem pontos dolorosos, ou defesa. Fígado de dimensões normais. Não se palpa o baço.

Membros — Sem outra anormalidade além de ligeiro edema maleolar.

Sistema linfático — Não se palpa gânglios.

Sistema nervoso — Exame sumário: Reflexos cutâneos e osteo-tendinosos normais. Não há alterações grosseiras da sensibilidade táctil ou trémica. Reflexos pupilares conservados.

Toque rectal — Próstata de dimensões, superfície, forma e consistência normais.

Exame dos fundos oculares — Hemorragias dos pólos posteriores, muito escassas à direita. Papilas pálidas e levemente escavadas nas metades temporais. Placa branca de corio-retinite atrofica post-hemorrágica no olho esquerdo (Fernando Alves).

EXAMES LABORATORIAIS

Em 4-xi-1947:

Análise citológica de sangue — Hemoglobina 40%. Valor globular 1,4. Glóbulos rubros 1.380.000. Glóbulos brancos 6.400. Neut. 75, Eos. 0, Bas. 0, Monoc. 4, Linfoc. 21. Anisocitose (macrocitose), poiquilocitose e policromatofilia.

Punção esternal — Medula megaloblástica (Ver Fig.).

Análise do suco gástrico depois de refeição de prova: Cl H livre 34. Ac. total 53.

Fezes — Pesquisa de sangue oculto, negativa.

Urina — Densidade 1.012, ácida. Alb. 0, Glic., 0. Sedimento, normal.

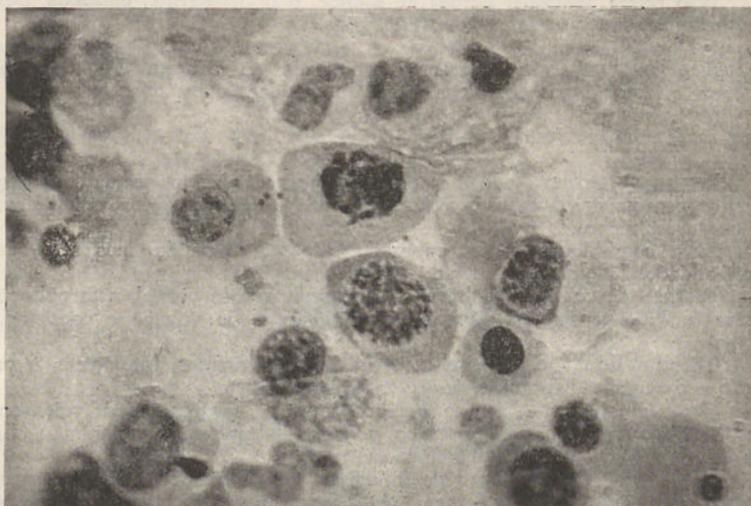
Em 11-xi-1947:

Análise citológica de sangue — Hemoglobina 40%. Valor globular 1. Glóbulos rubros 1.880.000. Glóbulos brancos 3.300. Plaquetas 40.000. Neut. 62, Eos. 2, Bas. 0, Monoc. 5, Linfoc. 31, Anisocitose (macrocitose), poiquilocitose e policromatofilia Reticulócitos 5%.

Reacções de Wassermann e Kahn — Negativas.

Bilirubina — 20 mgr. $\frac{0}{100}$.

Reacção de van den Bergh — Directa negativa.



Ureia no sangue 0,35 gr. $\frac{0}{100}$. *Indican* 0,8 mgr. $\frac{0}{100}$. *Reacção xantoproteica*, normal.

Reacção de Takata — Fracamente positiva.

Em 15-xi-1947:

Prova de Quick (endovenosa): Eliminou 1,17 gr. de ácido hipúrico, correspondentes a 0,77 gr. de ácido benzoico.

Radiografias do estômago e duodeno, com série duodenal: Não revelam lesões ulcerativas ou neoplásicas.

Radiografia do esôfago — Não revelou a existência de varizes esofágicas.

Radiografia do tórax — Permeabilidade pulmonar normal. Sombra cardíaca sem alterações.

Reacção reticulocitária do rato de Singer (R. R. R.): Não revelou a presença do factor intrínseco de Castle.

Prova de Castle — Feita administrando, durante uma semana, carne digerida pelo doente, a uma outra enferma de anemia perniciosa progressiva em recaída, não provocou resposta reticulocitária, demonstrando assim a falta do factor intrínseco de Castle no suco gástrico.

O PRIMEIRO ANTIBIÓTICO SINTÉTICO

Chloromycetin



As enormes possibilidades terapêuticas deste novo antibiótico estão-se tornando dia a dia mais evidentes.

O «Chloromycetin» está sendo usado com sucesso nas seguintes doenças:

INFECÇÕES DO TRACTUS RESPIRATÓRIO

Tosse convulsa
Pneumonia bacteriana
Pneumonia atípica primária (vírus)

INFECÇÕES DO TRACTUS ALIMENTAR

Gastro-enterite infantil
Intoxicação alimentar (Salmonella)
Disenteria bacilar

INFECÇÕES DO TRACTUS URINÁRIO

De origem cócica ou bacilar

OUTRAS INFECÇÕES

Uretrite não específica
Meningite por Haemophilus influenzae
Herpes zoster

O «Chloromycetin» está-se mostrando também promissor em oftalmologia, dermatologia e, ainda, em cirurgia. Já estabeleceu o seu valor no tratamento de muitas doenças tropicais, incluindo o tifo e a febre tifóide, úlceras tropicais e tracoma.

Em frascos de 12 cápsulas de 0,25 grs.

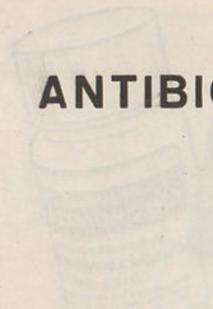


PARKE DAVIS & COMPANY, LIMITED

HOUNSLOW — próximo de LONDRES

Representantes em Portugal:

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA



ANTIBIÓTICOS AZEVEDOS

NEOCILINAS AZEVEDOS

•

NEOCILINA AQUOSA — 300.000 U. O.
NEOCILINA OLEOSA — 300.000 U. O.
NEOCILINA **P** INFANTIL — 150.000 U. O.
NEOCILINA **P** NORMAL — 400.000 U. O.
NEOCILINA **P** FORTE — 600.000 U. O.
NEOCILINA **P** FORTÍSSIMA — 800.000 U. O.

•

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA

EVOLUÇÃO

Em 14-XI-1947, iniciou-se o tratamento com extracto hepático (Hepolon). O doente foi melhorando progressivamente e essa melhoria foi confirmada pelos sucessivos exames citológicos do sangue periférico. Assim temos:

Em 1-XI-1947 — Hemoglobina 60 %. Valor globular 1,0. Glóbulos rubros 3.000.000. Reticulócitos 8,9 %.

Em 11-XII-1947 — Hemoglobina 80 %. Valor globular 1,1. Glóbulos rubros 3.500.000.

Em 28-XII-1947 — Hemoglobina 80 %. Valor globular 0,89. Glóbulos rubros 4.480.000. Reticulócitos 0,1 %.

Em 14-I-1948 — Hemoglobina 85 %. Valor globular 0,87. Glóbulos rubros 4.840.000.

Em 6-II-1948 — Hemoglobina 80 %. Valor globular 0,86. Glóbulos rubros 4.600.000.

Teve alta nesta data, sentindo-se completamente bem.

Reentrou na enfermaria, a nosso pedido, em 17-I-1949, dizendo sentir-se bem e ter mantido o tratamento com uma injeção semanal de Hepolon.

Ao *exame objectivo*, bom estado geral, pele e mucosas bem coradas. Aparelho respiratório normal. Tons cardíacos puros. Tensão arterial Mx. 14, Mn. 7 (Pachon). Pulso rítmico 70 por minuto. Nada de anormal no abdómen.

Exames laboratoriais:

Análise citológica de sangue — Hemoglobina 78 %. Valor globular 1,0. Glóbulos rubros 3.860.000. Glóbulos brancos 8.000. Neut. 68, Eos. 2; Bas. 0. Monoc. 3, Linfoc. 27.

Reacções de Wassermann e Kahn — Negativas.

Reacção de Takata, muito fracamente positiva.

Reacção de Weltman — Faixa de coagulação até ao tubo 6.

Ureia no sangue — 0,40 gr. %. Reacção xantoproteica, muito fracamente positiva.

Suco gástrico (refeição de prova de Ewald-Boas) — Ci H livre 31. Ac. tot. 51.

Análise de urina, normal.

Teve alta em 28-I-1949.

*

Hoje em dia, o diagnóstico de anemia perniciosa progressiva baseia-se num conjunto de dados clínicos e laboratoriais que não são exclusivos da doença, faltando-nos os meios de objectivamente o confirmar.

Este facto é principalmente sensível em presença de casos de certo modo atípicos, como o que referimos.

Ninguém cuidaria de impugnar o diagnóstico de anemia perniciosa progressiva, neste doente, se não fora a presença repetidamente confirmada de ácido clorídrico livre no seu suco gástrico. Levou-nos este facto a executar provas que já saem da rotina habitual — a reacção reticulocitária do rato de Singer e a prova de CASTLE.

Os resultados de ambas estas provas, assegurando-nos da falta de factor intrínseco de CASTLE no suco gástrico do doente,

confirmam o diagnóstico de anemia perniciosa progressiva. Importa: porém, discutir o valor desta confirmação.

CASTLE verificou que a administração, a doentes de anemia perniciosa progressiva, de carne digerida in-vivo, ou in-vitro, por um suco gástrico normal, desencadeava, no doente de anemia perniciosa em recaída, uma remissão comparável à que se pode provocar pela hepatoterapia. Pelo contrário, a carne digerida pelo suco gástrico de doentes de anemia perniciosa já não tem a mesma propriedade.

Os resultados destas experiências, das quais saiu a noção da existência no suco gástrico normal dum factor cuja falta determinaria os transtornos hematopoiéticos dos biermerianos, são hoje universalmente aceites.

Contudo, vários investigadores têm procurado demonstrar que essa falta, nos doentes de anemia perniciosa, não é absoluta. ISAACS e GOLDHAMER foram os primeiros a fazer essa demonstração que MESCHÉDE, OLIVA e PIZURRA e CEI e CATTANEO e CEI parecem confirmar. Inclusivamente há autores, como JAGIC e KLIMA e VERODI que descreveram casos de anemia perniciosa com conservação da secreção clorídrica e do fermento de CASTLE!

Não repugna aliás admitir que, na anemia perniciosa, a falta de secreção do factor intrínseco de CASTLE possa ser temporária, sem o que seriam difíceis de compreender as remissões espontâneas dos doentes não tratados, com reacção hemática em tudo idêntica à provocada pela hepatoterapia.

Por outro lado, GOLDHAMER publicou o relato dum caso de cancro do estômago, com anemia macrocítica e ausência do factor intrínseco na secreção gástrica.

Vê-se assim que os resultados da prova de CASTLE não são decisivos para o diagnóstico de anemia perniciosa progressiva, embora tenham mais valor quando, como no nosso caso, evidenciam a falta do factor intrínseco do que quando provam a sua existência.

O mesmo se pode dizer da reacção reticulocitária do rato de SINGER.

Em vista das dificuldades práticas que se opõem à realização da prova de CASTLE, SINGER propôs um outro meio de pesquisa do factor intrínseco que consiste na injeção do suco gástrico do doente a ratos de laboratório. Em presença do factor intrínseco, os animais inoculados reagem com uma reacção reticulocitária que BORI demonstrou dever-se à entrada na circulação de eritrócitos provenientes de aceleração do amadurecimento dos eritroblastos medulares.

Esta prova foi experimentada entre nós, com bons resultados, por PIEDADE GUERREIRO e TRINCÃO. Vários autores admitem que

ela possa demonstrar a presença do factor intrínseco de CASTLE em doentes de anemia prniciosa progressiva, especialmente nos casos tratados e durante as remissões. Como a prova original de CASTLE, também a reacção reticulocitária do rato de SINGER se tem demonstrado mais valiosa quando nega a existência do factor intrínseco no suco gástrico, do que quando a afirma. Contudo, STORTI e RETTANNI referiram um caso de carcinoma da zona pilórica em que a citada reacção demonstrou a falta do factor intrínseco.

No caso particular do nosso doente, o valor destas duas provas que revelaram a falta do factor intrínseco, parece ainda reforçar-se pelo facto de não haver lesões radiológicas do estômago que justifiquem os resultados apontados.

BIBLIOGRAFIA

- ALSTED, G. — *Acta Med. Scand.*, 82: 288, 1934.
 BORI, D. V. — *Haematologica*, 17: 797, 1936.
 CAHN e MEHRING — Cit. por Alsted.
 CASTLE, HEATH e STRAUSS — *Am. J. Med. Sci.*, 182: 741, 1931.
 CATTANEO, A. e CEI, C. — *Haematologica*, 33: 979, 1949.
 CEI, C. — *Ibid.*, 33: 213, 1949 e 35: 779, 1951.
 FERRATA, A. e SORTI, E. — *Le Malattie del Sangue*, ed. Società Editrice Libreria, Milano.
 GOLDHAMER, S. MILTON — *Am. J. Med. Sci.*, 195: 17, 1938.
 telial, ed. Cultural, S. A., La Habana, 1943.
 HEIMEYER, L. e BEGEMANN, H. — *Blut und Blutkrankheiten*, ed. Springer, Berlin, 1951:
 ISAACS e GOLDHAMER — Cit. por Heilmeyer e Begemann.
 JAGIC e KLIMA — Cit. por Heimeyer e Begemann.
 MARTIUS, FABER e NYFELLD — Cit. por Alsted.
 MESCHEDE — Cit. por Heilmeyer e Begemann.
 NAEGELI, O. — *Blutkrankheiten und Blutdiagnostik*, ed. Springer, Berlin, 1931.
 OLIVA e PITZURA — Cit. por Cei.
 PIEDADE GUERREIRO, J. e TRINCÃO, C. — *Lisboa Médica*, 19: 1, 1942.
 PITTALUGA, GUSTAVO — *La Patologia de la Sangre y el Sistema Reticulo-Endotelial*. Ed. Cultural, S. A., La Habana, 1943.
 SINGER, K. — Cit. por Piedade Guerreiro e Trincão.
 STORTI, E. e RETTANNI, G. — *Haematologica*, 19: 611, 1938.
 STURGIS — Cit. por Heilmeyer e Begemann.
 VERODI — *Sang.*, 8: 39, 1934.
 WHITHY, L. E. H. e BRITTON, C. J. C. — *Disorders of the Blood*, ed. J. & A. Churchill.
 WINTROBE, M. M. — *Clinical Hematology*, ed. Lea & Febiger, Philadelphia, 1947.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XVII, 1951 — N.º 9 (Set.): *X Congresso de Medicina do Trabalho*, por Jorge Niny; *Programa de medicina industrial*, por Couto Nogueira; *Sobre alguns casos de silicose nos trabalhadores da indústria cerâmica*, por Heitor da Fonseca; *Síndrome de Pellegrini-Stieda de origem reumática*, por J. A. Neiva Vieira; *Reabilitação nos acidentes de trabalho*, por M. Silva Jaquet; *O balneário em higiene industrial*, por Couto Nogueira. N.º 10 (Out.): *Bruceloses*, por Cristiano Nina; *A brucelose como doença transmissível por hemoterapia*, por L. A. Cayolla da Mota.

BRUCELOSES. — Passam-se em revista os vários aspectos clínicos e terapêuticos das bruceloses. Relativamente aos primeiros nota-se o polimorfismo extraordinário, que a par das formas clássicas, típicas, dá formas oligosintomáticas, atípicas, que sem os recursos laboratoriais não é possível diagnosticar; estes recursos ainda não satisfazem interamente, quanto à sero-aglutinação e à intradermo-reacção de Burnet, e a prova segura só é dada pela pesquisa da brucela por cultura do sangue ou de outros produtos orgânicos, infelizmente inexequível fora dos grandes centros. Sobre os aspectos terapêuticos, apontando a limitação da utilidade dos antibióticos, por motivo de se tratar de uma doença de longa evolução, o que atesta a grande dificuldade de desenvolvimento dos mecanismos imunitários do organismo humano em relação à brucela, e considerando que na evolução da doença não são de reear complicações imediatas de infecção focal específica, entende o A. que o tratamento deve orientar-se no sentido de proteger o organismo infectado contra os fenómenos agudos, transformando a marcha tempestuosa em infecção sub-clínica, inaparente. Por isso aconselha séries periódicas de administração de antibióticos (aureomicina, terramicina e cloranfenicol) em doses o mais pequenas possível.

Estas ideias são expostas da seguinte maneira, com que o A. conclui o seu trabalho: « — Baseados nestes fundamentos teóricos, o único plano terapêutico acietável terá de ser em sucessivas curas periódicas visto não existir, por enquanto, qualquer fundamento para o receio de possível aquisição de antibiótico-resistência da parte dos microorganismos do género *Brucela* empregando os 3 modernos antibióticos.

O problema resumir-se-ia, então, na determinação do número de dias de cada período de tratamento e dos respectivos intervalos.

Da experiência colhida em todos os doentes tratados precocemente e durante 8 a 10 dias só com um dos 3 modernos antibióticos, temos observado que as recrudescências surgem somente passados 25 ou muito

Ataque em conjunto, a partir de dois pontos diferentes:

Este sinergismo dos dois componentes torna possível, no

Cardiazol-Efedrina «Knoll»

(medicamento de acção central e periférica), sem renunciar á acção completa da efedrina, empregar esta substância numa dose tão reduzida (0,015 g) que não há a temer nenhuma acções accessórias tais como um aumento brusco da pressão sanguínea. Além disto o Cardiazol vai aumentar ainda mais a tolerância para a efedrina. O Cardiazol-Efedrina é, deste modo, uma medicação bem tolerada de efedrina, nos casos de

asma e nas perturbações circulatórias



Caixas de 6 empôlas
Vidros de 10 c.c. de liquido.
Tubos de 10 comprimidas.

Posologia: 1-3 vezes ao dia 1 empôla por via subcutanea ou intramuscular. — 2-3 vezes ao dia 10-20 gotas ou 1/2-1 comprimido.

KNOLL A.-G., Fábricas de Produtos Químicos
Ludwigshafen/Rheno — ALEMANHA

Representantes em Portugal: **AUGUST VEITH, HERDEIROS**
Rua da Palma, 146 — LISBOA

AETRAT

ASMOTRAT

HEPARNOVINA

VOMIPAX

Outros produtos ULZURRUN:

ACETAROL	HEPATRAT	PILOTIMOL
ARISTAMIDA	HEPATRAT-BÊDÔZE	RUTINOTRAT
BÊDÔZETRAT	LUHICAL	THAZOTRAT
DERMOTRAT	MIOTICOL	TEBETRAT
FERRO-FOLICOTRAT	NUCLEOTRAT	TEBETRAT-COMPÔSTO
FOLICOTRAT	OMNIVAL	THAZOTRAT
HEPAFOLICOTRAT	OKAL	TIMUTÉRO

mais dias e por isso propomos provisoriamente o seguinte plano de tratamento:

1) uma semana de tratamento com 50 mgrs./kg., dividida em fracções de 4/4, de qualquer dos antibióticos aureomicina ou terramicina (2 cap. de 0,250 de 4 em 4 horas para um adulto de peso médio);

2) repetição periódica do tratamento, com 3 semanas de intervalo, no total de 3 «curas». Entretanto, estamos tratando de averiguar, executando hemoculturas periódicas durante os períodos intercalares das «curas», se é possível reduzir as doses individuais e principalmente alongar os intervalos entre si. No entanto, podemos já afirmar que é insuficiente o tratamento proposto muito recentemente por Woodward que preconiza 3 meses de intervalo entre as várias curas. Muitos dos nossos doentes tiveram recrudescências depois de 25 dias de suspensão do antibiótico, principalmente quando usamos cloranfenicol cuja acção supressiva parece ser mais fugaz.

É evidente que um dos aspectos que terá de merecer especial atenção, ao apreciar os resultados tardios deste tratamento descontínuo é a frequência com que surgirão complicações tardias do tipo crónico, principalmente ósteo-articulares e sua comparação com os tratamentos contínuos e prolongados, mas disso nos ocuparemos, detalhadamente, quando reunirmos mais ampla experiência. — »

IMPRESA MÉDICA, XV, 1951. — N.º 8 (Agosto): *A Misericórdia de Luanda*, por Augusto d'Esaguy; *A recuperação funcional em medicina do trabalho*, por Luís Guerreiro. N.º 9 (Set.): *Um lactente com eritroblastose deve ser amamentado pela mãe?*, por C. Salazar de Sousa; *Deveres de medicina do trabalho*, por Soares da Fonseca; *Frenologia e higiene — a obra de Carlos Londe*, por Luís S. Grangel; *Água de Inglaterra*, por Augusto d'Esaguy; *Tuberculose nos animais domésticos e suas relações com a tuberculose humana*, por L. Navarro Brazão. N.º 10 (Out.): *Aneurisma congénito da aorta ascendente*, por E. Coelho, M. da Fonseca, A. Nunes e F. Pádua; *Isaac Cardoso, médico, filósofo e poeta*, por Augusto d'Esaguy; *Aspectos médico-sociais do reumatismo*, por Américo Cortez Pinto. N.º 11 (Nov.): *Oróbio de Castro*, por Augusto d'Esaguy; *O serviço social nos meios industriais*, por Fernando da Silva Correia; *Os problemas médicos em acidentes de trabalho*, por Luís Guerreiro. N.º 12 (Dez.): *Duas cartas de Ricardo Jorge a Menendez y Pelayo sobre «La Celestina»*, por José Lopes Dias; *O calor na conservação dos alimentos*, por L. Navarro Brazão; *Arabescos* (continuação dos números 8 e seguintes), por M. da Silva Leal.

ERITROBLASTOSE E AMAMENTAÇÃO MATERNA. — A pergunta «Um lactente com eritroblastose deve ser amamentado pela mãe?» o A. (a propósito de um caso de doença hemolítica do recém-nascido em que teve de tomar uma decisão a tal respeito), tendo em conta que a cura da doença

pode dar-se espontâneamente, mesmo sem transfusão, e que, pelo contrário a hemólise pode persistir durante bastante tempo, quer a criança seja amamentada quer alimentada a biberão, — responde:

«— O reconhecimento destes factos leva naturalmente a concluir que uma opinião decisiva só pode assentar num estudo sério, em que a aplicação das regras matemáticas de estatística a um número considerável de casos, quer amamentados, quer criados artificialmente, permita verificar se existem diferenças quanto a mortalidade, gravidade de evolução, tempo de persistência de anticorpos no sangue, duração, presença ou ausência de complicações neurológicas, e determinar se as diferenças constatadas são significativas ou dependem apenas do acaso da distribuição. Não tendo tal estudo sido até hoje publicado, os escassos dados estatísticos de que dispomos permitem-nos apenas dizer que não é constante a passagem de anticorpos hemolizantes ao leite e quando aí existem o seu título é sempre fraco.

«A atitude pró ou contra a amamentação depende pois muito de factores próprios a cada caso. Em meios onde a higiene e a cultura são fracas, o médico não pode deixar de ter presente no espírito os perigos do aleitamento artificial em tais condições e deve medir bem a responsabilidade que assume ao aconselhar o desmame. Mas, nas classes sociais de nível mais elevado, sabemos que o regime artificial, conduzido em obediência às boas regras de puericultura, nos proporciona resultados em absoluto equivalentes ao aleitamento natural.

«Embora não esteja ainda perfeitamente esclarecida a razão do Kernikterus: obstrução de capilares, como pretende Wiener? Anoxia devida à anemia, como pensa Claireaux? Acção directa dos anticorpos? ou ainda agressão por produtos de proveniência hepática, como o sugere o facto de poder aparecer o mesmo síndrome em icterícias infecciosas, não dependentes de incompatibilidade sanguínea (Boucoumont, Zuelzer, Van Creveld, etc.)? Seja como for, o que é certo é que as probabilidades de não ficarem complicações neurológicas, são tanto maiores, quanto mais precocemente o doente for tratado e mais rapidamente desaparecer a icterícia.

«Por isso, pessoalmente, quando o meio social é favorável, preferimos aconselhar o desmame. Isso evita-nos correr o risco, ainda não provado, mas teóricamente possível, de prolongar uma situação que, quanto mais durar, mais probabilidades tem de deixar *reliquats* graves! — »

ACÇÃO MÉDICA, XVI, 1951 — N.º 60 (Abril a Junho): *Ciência de hoje e o respeito pela pessoa humana*, por João Porto; *Novos rumos da medicina, onde estamos, para onde vamos?*, por Mendonça e Moura. N.º 61 (Julho a Setembro): *O serviço social nos meios industriais*, por Fernando da Silva Correia; *A propósito de um projecto de código de deontologia médica*, por José Garrett; *Apontamentos sobre a organização social da medicina*, por Mendonça e Moura. N.º 62 (Outubro a Dezembro): *Parecer acerca do projecto de código deontológico português*, por

Luís de Pina; *Os defeitos de linguagem*, por Alice de Melo Tavares; *As casas para rapazes*, por Maria I. Leite da Costa; *A psicanálise nas crianças atingidas por perturbações do comportamento*, por Dolto Marett; *Fomção da consciência moral da criança*, por A. Meyrelles do Souto; *O ombro do homem sob o aspecto da anatomia artística*, por F. Portela Gomes.

OS DEFEITOS DA LINGUAGEM. — Encara o assunto como factor de atrasos psíquicos e de conflitos afectivos. Os defeitos são, em elevada percentagem, as dislalias e a gaguez.

As dislalias aparecem no período de formação da linguagem e são muitas vezes originadas pela repetição deformada da palavra ouvida ou incorrectamente pronunciada diante da criança, ou por deficiência auditiva de esta, ou por a palavra ser composta de articulação de difícil imitação (como são as línguo-dentais); e podem ter origem no medo do ridículo, que leva a criança à indecisão de falar, no momento em que tem de atacar a sílaba que lhe é mais difícil; e ainda podem aparecer em crianças de atenção instável e em certos casos de debilidade motora de Dupré; e finalmente a dislalia pode estar ligada a complexos de natureza afectiva, como, por exemplo nas neuroses de situação. As famílias podem auxiliar a criança a libertar-se da dislalia que apresenta, obrigando-a a repetir com correcção as palavras defeituosamente pronunciadas, e evitando criar-lhe sentimentos de inferioridade, a vergonha de «falar mal». Na escola o professor deve proceder de igual forma.

A gaguez aparece entre os 3 e os 7 anos, geralmente; é a altura em que a criança é mais impressionável. Exige a observação por médico psiquiatra da infância, para adequado procedimento terapêutico.

JORNAL DO MÉDICO, XII. — N.º 467 — (5-I-1952): *A higiene mental*, por Barahona Fernandes; *Reflexões sobre o tratamento do cancro*, por Luís Raposo; *Valor da electroencefalografia em traumatologia craniana*, por Diogo Furtado e Orlando de Carvalho; *Melanodermia, cirrose hepática e diabetes mellitus*, por W. S. Hossne e Dutra de Oliveira; *A neurectomia da artéria hepática no tratamento de algumas ictericias por hepatite*, por P. Mallet Guy. N.º 468 (12-1): *Considerações a propósito de um caso de hérnia isquiática*, por Oliveira Santos; *Contribuição da eritró-sedimentação no despiste da tuberculose*, por J. Pereira de Carvalho; *O professor J. A. Pires de Lima*, por Hernâni Monteiro; *Universidade e ensino*, por Fernando Namora; *Ideias médicas virgilianas*, por J. Pereira Gens. N.º 469 (19-1): *Estudo da personalidade humana* (continuação), por Lopes Parreira; *Medicina socializada — medicina socialista*, por Américo Pires de Lima. N.º 470 (26-1): *Sobre os erros de diagnóstico na patologia abdominal digestiva*, por A. E. Mendes Ferreira; *Miguel Bombarda*, por Diogo Furtado; *Aspectos da reumatologia norte-americana*, por J. A. Mendonça da Cruz.

SOBRE O TRATAMENTO DO CANCRO. — Quando não é possível ressecar a totalidade do tumor, o problema terapêutico é extremamente delicado, pois é necessário escolher o procedimento que melhor se adapta a cada caso, tarefa melindrosa para o clínico geral, e até para os especializados em cancerologia; só em centro dotado de pessoal adestrado e com instrumental apropriado, é possível a selecção dos métodos (físicos, químicos, bioquímicos e mistos) e depois a correcta aplicação dos escolhidos como mais convenientes.

SOBRE OS ERROS DE DIAGNÓSTICO NA PATOLOGIA ABDOMINAL AGUDA. — A maioria dos erros provém de histórias e observações deficientes. Na maioria os casos são correntes, de fácil diagnóstico; os casos em que as dificuldades aparecem são relativamente raros. Só excepcionalmente não há tempo para se fazer uma história da doença e uma observação cuidada do doente; a urgência, mesmo nos casos graves, é relativa, e não se deve, por decisão precipitada, pôr em risco a vida do doente, intervindo cirurgicamente. Actuar depressa, mas na colheita de dados anamnésticos e de observação, e no emprego de medidas terapêuticas destinadas a melhorar a situação, de molde a tornar a operação compatível com a sobrevida. Os exames laboratoriais e frequentemente os radiológicos auxiliarão a diagnose, que assenta fundamentalmente nos elementos da história e do exame clínico. Quando o doente chega em bom estado para a intervenção cirúrgica, se tais elementos, rapidamente colhidos, não chegam para diagnóstico seguro, é melhor operar, ainda que depois se verifique que a operação era desnecessária; é isso preferível a porventura condenar o doente à morte, por demora numa intervenção que o podia salvar.

GAZETA MÉDICA PORTUGUESA, IV, 1951 — N.º 3: *Friedrich Wohlwill*, por Egas Moniz; *Idem*, por M. Nonne; *A biópsia do fígado* (em alemão), por H. E. Bock; *Valos das epizootias nas epidemias das rickettsioses*, por Fernando Fonseca e Manuel R. Pinto; *Alguns aspectos e novos dados experimentais sobre a circulação do rim*, por Cascão de Anciães; *Um caso clínico de adenoma brônquico*, por A. Morais David; *O bloqueio do simpático no estrangulamento do intestino* (em inglês), por H. Nathan; *Acerca de um caso de ganglioneuroma torácico operado*, por J. Celestino da Costa; *Tuberculose gástrica*, por A. G. de Sousa Dias; *Sobre xeroderma pigmentosum* (em alemão), por C. Froboese; *Relações entre as células basófilas da hipófise e a produção da hormona tirotrópica* (em inglês), por W. Griesbach; *Glomerulosclerose intercapilar e diabetes* (em inglês), por P. Kimmelstiel; *Adiposidade e glândula tiroide* (em inglês), por Alfred Plaut; *Reacção dos tecidos ao contraste*, por Jorge Horta; *A histogénese da cirrose pós-hepatite*, por Arsénio Nunes; *Leucemia aguda descalcificante*, por J. Cortez Pimentel; *A cardio angiografia e o cateterismo intracavitário*, por E. Coelho, J. M. Fonseca, Rocha Pinto, A. Nunes e F. Barros; *O estado actual da luta contra a tuberculose infan-*

UM NOVO PRODUTO "LAB"
PARA O TRATAMENTO DAS
TOSSES

TRANSBRONQUINA - GOTAS

Composição :

TIMOLSULFONATO DE TRIETANOLAMINA
Desinfectante das vias respiratórias
e expectorante.

DIETILBARBITURATO DE CODEÍNA
Calmante enérgico da tosse.

Apresentação :

Frasco de 20 gramas.

LABORATÓRIOS LAB

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

Avenida do Brasil, 99 — Lisboa — Norte

Novidade!

Em dores intensas

POLAMIDON»C«

»HOECHST«

Bem tolerado devido a um componente de acção vagolítica

Especialmente apropriado á clínica quotidiana

Embalagens:

Para uso oral: gotas a 1%, frascos de 10 cc
tubos de 10 comprimidos a 5,25 mg

Soluto injectavel a 1/2%: 10 ampolas de 1 cc



FARBWERKE HOECHST

vormalis Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal:

Mecius Lda.

Rua D. Pedro V, 7-1º Lisboa

til, por L. Castro Freire; *Mucocelos e colesteatoma dos seios frontais*, por Carlos Larrourdé; *Importância da determinação indirecta dos grupos sanguíneos* (em alemão), por A. Schuback; *Sobre a histologia da cromoblastomicose* (em alemão), por E. G. Nauck; *Acerca de um meningioma* (em alemão), por J. Heine; *Encefalomyelite alérgica experimental* (em inglês), por G. Steiner; *Os diagnósticos falhados* (em inglês), por R. D. Loewenberg; *Particularidades e atípicas em craniofaringiomas*, por Diogo Furtado e Orlando Carvalho; *Dois casos de esclerose tuberosa*, por Lobo Antunes; *A tiosemicarbazona no tratamento da tuberculose laringea, brônquica e pulmonar*, por José Rocheta, A. Batoreo, Yglésias de Oliveira e Neves de Almeida; *Micose fungosa com lesões viscerais*, por Juvenal Esteves; *Cisto-adenoma e adeno-carcinoma situados na ampola do canal de Gartner* (em alemão), por Hans Baltzer; *Acerca das dificuldades no diagnóstico do corionepitelioma ectópico*, por A. de Castro Caldas; *Um caso de leucemia eosinófila*, por Carlos Trincão, Vasconcelos Esteves e Francisco de Aguiar; *Anomalias congénitas do testículo e seu tratamento*, por A. Carneiro de Moura; *Como deve colaborar a enfermeira com o anátomo-patologista*, por M. E. da Silva Horta; *Notas sobre a rotina de um laboratório de histopatologia*, por Joana F. B. de Herédia.

— O ESTADO ACTUAL DA LUTA CONTRA A TUBERCULOSE INFANTIL. — Começa o A. por notar que a eficiência da higiene na luta contra a tuberculose é quebrada pelas guerras, mercê das dificuldades alimentares e decadência do estado sanitário que elas provocam; do que foram exemplos claros as duas grandes guerras europeias, sofrendo-se presentemente as consequências da segunda. Por isso, a terapêutica medicamentosa assume, nas condições actuais de deficiência do armamento anti-tuberculose, em toda a parte, uma importância de destaque. Por isso, em França, a primeira investida de luta pela vacinação não tomou expansão, pois outras nações, como os Estados Unidos e a Suíça, só com medidas de higiene geral e melhoria do nível de vida, conseguiram grande redução na mortalidade por tuberculose.

E como em muitos países medidas gerais eficazes não podem tomar a necessária amplitude, aos antibióticos e à vacinação se recorre como principais elementos a utilizar.

Relativamente aos antibióticos, aponta os resultados já obtidos, inteiramente satisfatórios na granúlia pulmonar, mas muito menores na granúlia meníngea, na meningite tuberculosa e na maioria dos casos de caseose pulmonar. Refere-se especialmente à meningite, nos seguintes termos:

« — No início das primeiras experiências sobre a meningite tuberculosa, de pronto se reconheceu que tínhamos conseguido modificar a marcha, a evolução da doença que, de aguda, fatal em poucas semanas, em muitos casos se tornava crónica, arrastada, susceptível de remissões, de

melhorar ou mesmo de curar. Os quatro anos de experiência mundial, já decorridos, confirmaram plenamente as primeiras impressões.

Com percentagens muito variáveis, segundo as várias estatísticas, alguns casos continuam a morrer dentro do prazo até então habitual; outros seguem uma marcha primeiramente aguda, estacionária, depois subaguda, com lenta melhoria clínica e líquoral; desaparecem os bacilos de Koch e torna-se negativa a inoculação no cobaio se previamente um ou outro exame eram positivos. Esses casos, algumas vezes, seguem numa linha lenta, mas seguramente regressiva, para a cura, curas de mais de três anos para muitos casos já, com ou sem sequelas somáticas e psíquicas que felizmente não são muito numerosas e nem sempre muito marcadas, se atendermos à gravidade e cronicidade da doença, sendo mesmo algumas delas susceptíveis de se atenuarem a pouco e pouco.

Outros casos há porém, em que tal evolução feliz se não mantém, casos de evolução entrecortada, chamemos-lhe assim, com tipos vários: uns que sem razão aparente e muitos deles sem terem chegado a uma verdadeira situação de cura clínica e líquoral, apresentam agravamento neste duplo sentido, com reaparecimento de bacilos, sintomas focais de encéfalo e mais raramente de mielomalacia, lesões onde, como se sabe, predominam as alterações vasculares; noutros é a acentuada hidrocefalia, os fenómenos de septação e bloqueio, tão justamente temidos pela dificuldade de se continuar o tratamento, obrigando muitas vezes ao tratamento cisternal ou à drenagem ventricular ou ainda à irrigação ao longo da convexidade do cérebro; uns e outros manifestam-se pelo agravamento dos sintomas gerais (febre, vômitos, anorexia, obnubilação mental, graves perdas de peso, caquexia, etc.) e pelo reaparecimento ou agravamento de sinais meníngeos e sinais focais (paralisias, contracturas, convulsões, etc.). Estes casos, que se verificaram sobretudo ao princípio quando se interrompia precocemente o tratamento, tinham muitas vezes um decurso rápido e fulminante.

Nós que, em 1947 defendíamos a ideia de tratamentos prolongados por largos meses, indo até além de um ano, decrescentes nas doses e sucessivamente distanciados, método de tratamento que se tornou extensivo a quase todos os centros de tratamento da meningite tuberculosa, não vimos com frequência essas recaídas fulminantes, mas temos assistido à evolução de vários casos de agravamento, de recaídas duas, três e mais vezes, após curas aparentes; alguns desses casos acabam por se curar, pelo menos aparentemente e mercê da intensificação do tratamento ajudado com elementos subsidiários específicos e não específicos e levantamento do estado geral; outros acabam por succumbir ao marasmo, às convulsões e ao coma. Por vezes as recaídas surgem a seguir a doenças intercorrentes (gripe, varicela e sobretudo *pertussis*). — »

O A. aduz as variadas razões farmacológicas, clínicas e anatómopatológicas pelas quais se tem explicado a variabilidade dos resultados, e invocando a sua experiência pessoal escreve:

« — Vão já decorridos mais de quatro anos sobre a experiência da estreptomina na meningite tuberculosa e ainda estamos longe de conseguir resultados seguros, de podermos estabelecer com precisão o prognóstico dos casos que dia a dia nos procuram. Segundo a nossa experiência e para a condução do tratamento apenas podemos assentar como normas:

1.º É indispensável a aplicação da estreptomina directamente nos espaços subaracnoideus. Embora se encontrem publicados alguns casos de cura só com a aplicação intramuscular da estreptomina, são em escassíssimo número relativamente aos casos tratados e curados pelas duas vias; pelo contrário temos alguns casos da nossa estatística curados só com a aplicação intra-raquidiana.

2.º Actualmente, no nosso serviço, associamos as duas vias, intramuscular e intra-raquidiana durante os primeiros dois a três meses e seguimos depois só com a via intra-raquidiana nos casos em que as lesões intratorácicas, ou outras, não exigem a continuação da via intramuscular. Aproveitamos assim o período em que a permeabilidade meníngea nos garante uma verdadeira eficácia da via intramuscular e por outro lado evitamos desta forma, até certo ponto, a acção tóxica do medicamento, embora a via endolombar seja incriminada como a mais responsável pela lesão do oitavo par, lesão que, felizmente, é raridade entre os nossos casos; de resto, o prolongamento da aplicação intramuscular de rotina, tal como é de uso em quase todos os serviços, aumenta o desconforto da criança e torna o tratamento mais dispendioso, sem real benefício.

3.º A via endolombar é a preferida; as vias cisternal e ventricular são vias de excepção e a primeira destas duas, a via cisternal, não é isenta de perigos, podendo mesmo conduzir à morte.

4.º É conveniente a associação de outros antibióticos (sulfona, Pas, Conteben; temos aplicado recentemente como tratamento intra-raquidiano, coadjuvante ou de substituição, o Solvoteben); no entanto, devemos considerar para o tratamento da meningite tuberculosa estes antibióticos como de importância secundária relativamente à estreptomina.

5.º Nos períodos em que suspendemos temporariamente a estreptomina intra-raquidiana, por receio de acção tóxica, meningite irritativa, bem como nos casos de agravamento ou recidiva, voltamos à aplicação intramuscular.

6.º Nos últimos anos prevaleceu a ideia de empregar doses baixas e prolongadas por via intra-raquidiana. Fomos sempre, logo de início, apologistas do tratamento prolongado como defendemos no Congresso de Nova Iorque, em 1947. Comparando porém os resultados com o emprego de doses moderadas por via endolombar com os nossos primeiros casos em que empregámos doses relativamente elevadas até a 200.000 U., uma vez por dia, nos casos mais graves, voltamos ultimamente a empregar doses diárias de 100.000 U., nos casos de mediana intensidade, subindo nos mais graves a 200.000 durante duas a três semanas, para depois bai-

xarmos e espaçarmos as doses progressivamente, mantendo o tratamento durante um ano e mais, mesmo com cura clínica e liquoral.

7.º Nos casos de despistagem e de simples reacções tubérculo-tóxicas, empregamos doses baixas (25.000 U.) e durante algumas semanas apenas se o caso evoluciona para uma verdadeira meningite.

8.º Todas as outras indicações e métodos terapêuticos, bem como vários tratamentos auxiliares, melhoria do estado de nutrição, etc., e que variam naturalmente de centro para centro, de clínica para clínica, têm interesse certamente como melhoria de pormenor, mas não constituem elementos absolutos de garantia dos resultados terapêuticos.

Continua assim em aberto e sem solução segura o problema clínico e social da tuberculose. Mesmo que, mercê de uma mais perfeita organização em centros especializados e bem dotados, se atingissem os 80 % de curas de meningite tuberculosa que proclamam Cocchi e os seus colaboradores, número que a maioria dos serviços está longe de atingir, o desconforto, a enorme despesa do tratamento, a inquietação em que as famílias têm que viver durante meses e meses, as sequelas, por vezes importantes, que nos ficam, justificam plenamente, na luta contra o grande flagelo, o interesse pela vacinação com o intuito de reduzir a um mínimo desprezível as formas graves da tuberculose infantil. Acresce ainda, porventura, a enorme vantagem que traria a vacinação, se as esperanças se confirmarem no sentido da criação de imunidade contra as formas do terciarismo da juvenilidade e do adulto, onde a acção dos antibióticos é muito menos operante do que nas formas de disseminação do período primo-secundário. — »

Refere-se depois, pormenorizadamente, à vacinação pelo B. C. G., citando os progressos técnicos devidos a Walgreen, Aronson, etc., e os resultados favoráveis publicados por muitos autores. Apresenta a discussão entre os que preferem a introdução da vacina por escarificação ou por injeção intradérmica e os que proclamam a via oral em doses altas, proposta por Arlindo de Assis, que tornaria mais fácil a generalização de este processo profilático. E sobre ele escreve:

« — Dentre os casos que em 1950 foram vacinados entre nós, segundo o novo método oral, por indicação do Prof. Lopo de Carvalho, foram alguns seguidos por nós e pelo meu assistente do Serviço de Pediatria Dr. Mário Cordeiro; todos viraram a reacção à tuberculina e tivemos a impressão de que o método é susceptível de reacção alérgica geral um pouco mais viva do que pelos métodos intracutâneo e percutâneo; coincidindo com a viragem da reacção, nitidamente positiva, pode aparecer um movimento febril de alguns dias e dores discretas no ventre, lembrando as dores torácicas da primo-infecção; num caso observamos um típico surto de eritema nodoso, falaríamos então de becegeite; este último caso foi sujeito a dúvidas de interpretação. O Prof. Lopo de Carvalho é de opinião que se trata de uma primo-infecção infratuberculínica, activada pelo B. C. G. e com o nosso ilustre fisiologista concorda o Dr. Arlindo

Procilina

PENICILINA G PROCAÍNA

Nova apresentação

Caixa com 1 ampola de 150.000 U. I.	Esc.	12\$00
Caixa com 3 ampolas de 150.000 U. I.	Esc.	27\$00
Caixa com 1 ampola de 300.000 U. I.	Esc.	21\$00
Caixa com 1 ampola de 400.000 U. I.	Esc.	24\$00
Caixa com 3 ampolas de 400.000 U. I.	Esc.	52\$00
Caixa com 5 ampolas de 400.000 U. I.	Esc.	80\$00
Caixa com 10 ampolas de 400.000 U. I.	Esc.	150\$00
Caixa com 1 frasco de 600.000 U. I.	Esc.	30\$00

INSTITUTO LUSO-FARMACO

Únicos Depositários:

PAOLO COCCO, L.^{DA}

LISBOA: R. do Quelhas, 14 - PORTO: R. Fernandes Tomás, 480 - COIMBRA: Av. Fernão Magalhães, 32

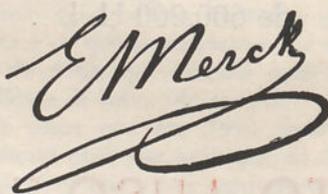
OPOTÓNICO VITAMINADO

em

ESTADOS DE ESGOTAMENTO
NA CONVALESCENÇA,
ESTADOS ANÉMICOS,
HIPOTONIA, NEURASTENIA e
DISTONIA VEGETATIVA

APRESENTAÇÃO:

Frasco com aproximadamente 180 grs.



DARMSTADT

FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS

Amostras e Literatura:

Químico-Farmacêutica, Lda.

Lisboa

Rua de Santa Marta, 64

Eduardo de Almeida & Cia.

Porto

Rua do Cativo, 22/24



Assis que diz ter observado vários casos similares. Não será talvez exagerado considerar sistematicamente todos esses casos como de reacção infratuberculínica, assentando para essa interpretação, na viragem precoce da reacção?

Nos casos por nós observados a viragem e os fenómenos concomitantes deram-se após as primeiras quatro semanas a seguir à vacinação. Uргуigo (chefe de Laboratório experimental e do Centro de vacinação da Liga Argentina contra a tuberculose) põe também em dúvida aquela interpretação a não ser que a viragem se observe logo nos primeiros dias; verifica que mesmo os recém-nascidos, onde, talvez pela maior hidrofília do tecido celular, a viragem da reacção vacinal se verifica mais tardiamente, apresentam 12 % de reacções positivas entre os 15 e os 30 dias de vacinação. Em adultos jovens a precocidade da viragem é muito maior, de 58 % aos 15 dias. Contra a hipótese de alergia infratuberculínica em tais casos aponta a negatividade da reacção verificada em reacções seriadas, abaixo dos dias indicados e a ausência de fenómeno de Koch, atenuado, nas vacinações intradérmicas, habituais nos casos de vacinação concorrente.

Não deixam de nos impressionar, nos casos que seguimos os factos seguintes: 1.º o número relativamente elevado dessas reacções; 2.º a tenra idade dessas crianças e as boas condições higiénicas em que viviam tornando pouco provável a existência de infecções latentes, infratuberculínicas, em número relativamente elevado; 3.º o aparecimento dos fenómenos, coincidindo com a viragem da reacção, nunca abaixo de 30 dias; 4.º a ausência de sinais radiológicos de primo-infecção ou dos seus reliquats; 5.º nenhuma dessas crianças tomava leite cru e sabemos que a primo-infecção bovina em Lisboa não excede 6 % (Castro Freire e Marques Pinto); 6.º a evolução benigna de todos os casos, pois passados poucos dias de febre, que o exame dos vários aparelhos não explicava, nunca mais essas crianças manifestaram sintomatologia, nem geral nem focal (exames radiográficos sucessivos) de natureza tuberculosa, sendo pelo contrário os sintomas clínicos e radiológicos manifestos em casos de primo-infecção concorrente, como já tivemos ensejo de verificar desde que colaboramos na campanha antituberculosa pelo B. C. G.; finalmente o termos observado, várias vezes, reacções fortes à tuberculina nos casos de vacinações por outros métodos, sobretudo em lactentes, embora de uma maneira geral as reacções de viragem pós-B. C. G. sejam fracamente positivas ou de mediana intensidade.

Deixamos portanto a questão em aberto por não termos ainda experiência suficiente para nos pronunciarmos; no entanto queremos acentuar que aquelas reacções, mesmo aceitando como boa a interpretação de bece-gite, são da maior benignidade e de modo algum justificariam a nosso ver o abandono do método oral, que justamente, dizemo-lo mais uma vez, pela comodidade e facilidade de aplicação merece ser experimentado em mais larga escala. Possível é também que os casos de bece-gite, se é que existem, sejam os que maior e mais duradoira imunidade conferem e este ponto

é fundamental na escolha do método de vacinação a empregar, embora de difícil apreciação por não termos estatísticas de comparação. — »

Quanto a métodos de vacinação, o A. dá preferência às punturas múltiplas, especialmente para as crianças nos primeiros meses de vida, por dar menos acidentes locais do que a via intradérmica. Mas o assunto está em discussão ainda.

Finalmente trata da vantagem real da vacinação, e do seu valor no conjunto de medidas de luta contra a tuberculose, escrevendo:

« — Para se ter uma ideia da disparidade de opiniões sobre o valor da vacinação pelo B. C. G basta atentar nos dois artigos publicados no n.º 57 da revista americana de tuberculose. Rosenthal, de Chicago, apresenta uma estatística criteriosamente elaborada e após largos anos de observação; segundo esta de 1.400 crianças vacinadas apenas em 11 casos se encontraram alterações de natureza tuberculosa; desses apenas um caso necessitou de tratamento vindo a falecer de meningite tuberculosa e pela evolução e reacções se mostrou como um mau reactor (reacções negativas ao fim de seis meses, seguidas de revacinação com fraca alergia, negatizando a reacção novamente ao fim de 15 meses). Entre os 1.400 não vacinados 39 adoeceram de tuberculose, carecendo 15 de tratamento atuado, dos quais faleceram sete. Pelo seu método de punturas múltiplas observou 99,4 % de reacções positivas pós-B. C. G. ao fim de um mês, das quais ao fim de seis anos ainda reagiam positivamente ao adesivo e a 0,1 mgr. na reacção de Mantoux (1 %/00) 80 %.

Em contraposição Myers da Universidade de Minneapolis, insurge-se contra o optimismo da vacinação e é de opinião que se uma primeira infecção virulenta não impede as formas destrutivas ulteriores que mais podemos esperar de um agente virulento? Mas há mais. Na experimentação animal, os animais inoculados previamente pelo B. C. G. apenas morrem mais tarde que os animais de «contrôle» e na América do Norte a tentativa de liquidar a tuberculose bovina pela vacinação falhou. Além disso vemos países com largo uso da vacinação sem que a morbidade e mortalidade tenham diminuído consideravelmente ao passo que outros, têm melhorado consideravelmente a sua situação só com as medidas de profilaxia geral.

Não existem ainda dados suficientes para se poder ajuizar, como o B. C. G. actua num grande núcleo populacional desde a infância até à velhice. O B. C. G. nem impede a entrada de bacilos virulentos, nem os destrói. A vacinação pelo B. C. G. pode entre os leigos, por comparação errada com outras vacinas, a antivariólica por exemplo, trazer consigo graves prejuízos como seja o afrouxamento de medidas de profilaxia geral. Quando lemos os últimos relatórios dos vários países sobre a questão, colhe-se a impressão de que naqueles de mais adiantada civilização, onde a higiene e a subida do nível de vida conseguiram já uma importante redução na morbidade e mortalidade pela tuberculose, os seus higienistas põem em destaque o valor dessas mesmas medidas, mostrando um

certo cepticismo pela importância da vacinação; entendem que ao lado dela e sobrelevando-a mesmo, é necessária a boa coordenação das acções de «contrôle», prevenção e tratamento da tuberculose se se pretende uma acção verdadeiramente eficiente contra o mal; há que pôr em acção uma boa organização e apetrechamento dos centros de estudo e de «triage», além da multiplicação dos dispensários, preventórios, conseguindo-se um número suficiente de camas para isolamento e tratamento, associando-se-lhe naturalmente medidas e reformas sociais, conduzindo a melhores condições de vida e de higiene de toda a população.

O Prof. Telatycki (Polónia) termina por estas palavras o relatório apresentado à Reunião Internacional da Tuberculose em 1950: «Nas regiões com elevado índice de tuberculização a simples aplicação do método da vacinação preventiva, não acompanhada pelo simultâneo isolamento das fontes de infecção e elevação do nível de vida comum, deve dispor-se a esperar largos anos para obter efeitos marcantes se é que os obterá.»

Ustvedt (Noruega) coloca o B. C. G. que, segundo diz, se não pode considerar como uma panacea para erradicar a tuberculose dos vários centros populacionais, em 3.º lugar na campanha antituberculosa colocando à frente a melhoria do nível de vida e a reforma da educação médica no sentido de criar corpos de médicos e de enfermeiras especialmente treinados em sanidade pública e na luta contra a tuberculose.

São estas as críticas mais importantes que, hoje ainda, se fazem contra o B. C. G. No entanto o material de que dispomos já, sobretudo as estatísticas que nos vêm da América do Sul, a experimentação basilar de Arosen na América do Norte, os resultados da campanha pelo B. C. G. na Suécia pela iniciativa persistente de Wallgren e outros, são de molde a fazer-nos perseverar e a ter largas esperanças na campanha antituberculosa pela vacinação, embora os aspectos higiénicos devam ser acarinados e desenvolvidos ao máximo e não só no que diz respeito à luta antituberculosa, mas no sentido de melhorar inúmeros outros males que afligem a humanidade. — »

A TIOSEMICARBAZONA NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE LARÍNGEA, BRÔNQUICA E PULMONAR. — Trabalho baseado numa estatística de 70 casos. A droga veio sem dúvida enriquecer o arsenal terapêutico; apesar de ser tóxica, é geralmente bem suportada quando dentro de doses médias, de 100 a 200 miligramas por dia, mas deve-se começar por pouco, a tactear a sensibilidade individual, e acompanhar o tratamento com um controle laboratorial periódico, de sangue e urina. A eficácia da acção terapêutica foi particularmente nítida nas lesões laríngeas e brônquicas. Nas pulmonares é muito menos sensível, mas deu melhoras em metade dos casos; ela é útil sobretudo como apoio do pneumotórax. Este e o repouso continuam com os seus méritos.

Há necessidade de esclarecer, de maneira mais perfeita que a actual, o problema da administração óptima, associada, concomitante ou alter-

nada, dos três bacteriostáticos que se empregam nos tuberculosos: estreptomocina, PAS e tiosemicarbazona.

HOSPITAIS PORTUGUESES, III, 1951 — N.º 11 (Maio-Junho): *Compras em conjunto*, por Coriolano Ferreira; *Cuidados post-hospitalares ao domicílio*, por Ramos Lopes; *As Misericórdias na tradição e na coordenação da assistência*, por Manuel Sarafana; *Exames médicos «em cadeia» na América*, por A. L. Chapman; *A posição e o papel da enfermeira no hospital*, por A. E. Rau.

CUIDADOS POST-HOSPITALARES AO DOMICÍLIO. — Uma avalanche de indivíduos procura o hospital, uns que realmente precisam de internamento, outros que o buscam mais como asilo para a sua miséria do que para tratamento de doenças, outros que vêm à procura de um diagnóstico que cá fora não podem obter sem gastos que não suportam, outros ainda por causas mínimas e às vezes só imaginárias. Faltam albergues, asilos e sanatórios para recolher muitos do que batem à porta do hospital. Deduzidos os que nele não têm legítimo lugar, ficam muitos a hospitalizar.

A carência de leitos nos hospitais torna-se cada vez mais sensível, e só há um meio rápido e eficaz de a remediar, e é racionalizar os serviços, de modo a darem maior rendimento por unidade-leito. O número de doentes tratados poderá aumentar bastante desde que assim se faça.

Este importante problema de assistência é tratado assim:

«Hoje, não basta bem diagnosticar e bem tratar. Exige-se, sempre que possível, diagnosticar e tratar *bem e depressa*, para diagnosticar e tratar *muitos*. Só assim compensaremos a insuficiência de números de leitos. Ora, a experiência dos hospitais portugueses ensina-nos que a média da permanência neles é alta, pelo tempo que se demora em obter exames complementares indispensáveis ao diagnóstico correcto.

Dentro de um hospital, o número de enfermos é muito elevado para cada médico, para cada enfermeiro e sobretudo para cada analista. Os doentes demoram por isso demasiado: há prejuízo para eles, prejuízo para o Estado, porque cada doente lhe fica assim mais caro, e prejuízo, finalmente, para a legião daqueles que, lá fora, aguardam uma oportunidade de internamento. A solução eficaz e económica que se impõe é o aumento do número de laboratórios, sempre que possível anexos a cada clínica, bem como o aumento de enfermeiros e médicos até ao nível necessário ao máximo de rendimento. Assim diagnosticar-se-á bem e depressa, tratar-se-ão os enfermos dentro do mesmo ritmo e os nossos estabelecimentos de assistência passarão a render várias vezes mais.

«Ao diagnóstico precoce deve seguir-se o tratamento rápido e eficaz, para uma alta a curto prazo. E isto tornar-se-á exequível dispensando aos doentes cuidados post-hospitalares ao domicílio. Muitos enfermos necessitam de cuidados post-hospitalares para garantia e manutenção dos bons resultados conseguidos durante o internamento. Para tanto se torna impres-

Novo preço!
tubo com 20 compr. de 0,5 g cada
Esc. 25. 50

*O cumulo dos preparados na série de sulfonamidas
com um alcance de acção rigorosamente alargado*

SUPRONAL

contra
AEROBIOS

Estreptococos
Estafilococos
Pneumococos
Meningococos
Gonococos
Bact. coli
Bact. pyocyaneum
Pneum. Bact. Friedlaender
Bact. proteus
Bacilos de disenteria

e
ANAEROBIOS

Agentes patogénicos do
edema gasoso,
Estrepto e Estafilococos
anaeróbios,
Bact. floccosum
Bac. enterotoxigenus
Bac. funduliformis e outros

Actinomyces



»Bayer« Leverkusen, Alemanha

Representante para Portugal:

Bayer, Limitada, Lº Barão de Quintela, 11, 2º - Lisboa

REGISTO DE LIVROS NOVOS

P. DELORE **Précis d'hydrologie et de climatologie clinique et thérapeutique.** 538 pág. (G. Doin, Edit., Paris — 2.750 fr.).

Volume da reputada «Collection Testut», não desmerece da série. Diz tudo o que é preciso saber sobre terapêutica termal e climática. Embora seja escrito com base nas estações francesas, as duas primeiras partes (hidrologia e climatologia) são aplicáveis a qualquer país, e a terceira, que trata das aplicações terapêuticas em cada capítulo da patologia, por paridade dos tipos de águas com os nossos, é muito aproveitável.

M. BOPPE — **Maladies des os et des articulations.** 494 págs., com 342 figs. (Editions Herel, Paris, 1950).

Livro de ortopedia, no seu sentido lato. O cirurgião dos Hospitais de Paris que o escreveu consegue dar uma noção prática deste ramo da clínica, tratando sucessivamente, com boa documentação, os seguintes temas: osteítes, artrites e osteo-artrites; malformações congê-

nitas osteo-articulares, distrofias ósseas e articulares, tumores dos ossos e das articulações.

L. TESTUT & A. LATARJET — **Traité d'Anatomie Humaine.** Tomo V, da 9.ª edição. — *Peritoneu e aparelho urogenital.* 618 págs., com 659 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1949).

Desnecessário é qualquer referência a esta obra consagrada há muito. A nova edição não desmerece das anteriores. Os estudantes e os cirurgiões encontram nela o reputado guia, bem conhecido, pelo qual sucessivas gerações tem estudado a anatomia normal.

R. LAVEZZARI — **L'ostéopatie.** 120 págs., com 61 figs. (G. Doin, Edit. Paris, 1949 — 550 fr.).

Exposição de processo de tratamento, por manobras manuais, de diversas afeições osteo-articulares. O método, ideado por A. Still, é pouco conhecido, e o A. procura divulgá-lo, expondo os seus fundamentos e a sua técnica, e casos por ele tratados com sucesso.

INSULINA

“HOECHST”

DEPOT-INSULINA

“HOECHST”

Exactamente doseado e sob controle clínico permanente

Pureza absoluta e estabilidade garantida

em frascos de 10 cc com 400 U. I.



FABWERKE HOECHST

normals *Meister Lucius & Brüning*

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal: *Mecius Lda.*, Rua D. Pedro V, 7-1º Lisboa

cindível um corpo de enfermeiros que, estabelecendo a ligação entre o hospital e os doentes vão ao seu domicílio dispensar-lhes os cuidados de enfermagem de que estes, porventura, ainda careçam. Assim tornaremos mais eficiente e prolongado o resultado da terapêutica instituída e poderemos encurtar a permanência do doente na enfermaria. Trabalhando em coordenação com os serviços clínicos das consultas externas, as enfermeiras visitadoras tornam possível, por outro lado, o tratamento domiciliário de muitos doentes que, sem elas, só no hospital teriam ambiente apropriado ao tratamento da sua enfermidade.

«Em alguns países estrangeiros, tornou-se há muito coisa corrente a prática dos cuidados post-hospitalares. Entre nós não tem passado de aspiração. Porém a semente acaba de ser lançada à terra com a organização das Brigadas de Educação Sanitária à Família. De acordo com as Direcções da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, e do Lar das Alunas Enfermeiras, organizou o Instituto de Assistência à Família as Brigadas de Educação Sanitária da Família.»

Transcreve em seguida o Repulamento, superiormente aprovado, das Brigadas, que em Coimbra vão trabalhar, iniciando-se assim entre nós esta modalidade assistencial. Cada Brigada compõe-se de duas alunas do 2.º ano durante o período escolar e de uma aluna e auxiliares de enfermagem fora de esse período. A indicação dos doentes que as Brigadas devem cuidar compete ao chefe dos serviços clínicos do Banco dos Hospitais da Universidade; é feita ao Serviço Social do Instituto de Assistência à Família, que requisitará as Brigadas à direcção do Lar, as quais trabalharão cooperando com as agentes do Serviço Social.

O MÉDICO — N.º 34 (5-1-1952): *A inocuidade e o poder protector da vacinação anti-tuberculosa pelo BCG*, por Lopo de Carvalho; *Formação escolar e formação profissional*, por Delfim Santos; *Para a história do Hospital Joaquim Urbano*, por Carlos Ramalhão; *Exumação do caso da pintora Josefa Greno*, por Barahona Fernandes; *Considerações à margem de uma vaga socializante*, por M. da Silva Leal; *Novos horizontes da tomografia*, por Albano Ramos; *Diagnóstico precoce do cancro do estômago*, por Mário Conde; *Diagnóstico radiológico do cancro do estômago*, por Idálio de Oliveira; *Terapêutica do cancro do estômago*, por Jorge Rosa de Oliveira. N.º 35 (15-1): *O ensino dos post-graduados*, por Eduardo Coelho; *Doentes do coração e seu lugar na medicina do trabalho*, por João Porto; *Terapêutica de urgência das convulsões*, por Orlando de Carvalho; *A ética antiga e os modernismos igualitários*, por M. da Silva Leal. N.º 36 (25-1): *O humanismo do professor Joaquim Pires de Lima*, por Luís de Pina; *Panorama da ginecologia europeia*, por Mário Cardia; *Imunização activa na criança*, por Mário Cordeiro; *Fogos fátuos no cemitério da socialização*, por M. da Silva Leal; *II Congresso Internacional de Gerontologia de St. Louis (E. U. A.)*, por José Reis Jr.

INOCUIDADE E PODER PROTECTOR DA VACINAÇÃO PELO B. C. G. — Apologia calorosa do processo, que registamos no número do mês passado (pág. 36 a 42).

DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CANCRO DO ESTÔMAGO. — O A. começa por pormenorizar as três razões fundamentais que justificam a ansiedade pela resolução de este problema: ser o cancro do estômago uma das localizações mais frequentes de tumores malignos, poucas vezes se conseguir o diagnóstico precoce, e o facto de, sendo a sua terapêutica exclusivamente cirúrgica, ser assustadoramente pequena a sobrevivência post-operatória, justamente por ser excepcional o diagnóstico precoce.

Para se fazer tal diagnóstico é preciso suspeitá-lo, à aparição de pequenos sinais, e logo proceder a exame radiológico; mas este exame, na fase inicial do carcinoma, é um problema delicado, que necessita técnica precisa e perfeito conhecimento de imagens particulares, nuns casos de simples infiltração e noutros já de ulceração limitada.

Se o diagnóstico for definido, o doente deve ser enviado sem demora ao cirurgião. Nos casos duvidosos, recorre-se a métodos subsidiários: exame do suco gástrico para procura de hipocloridria ou acloridria, pesquisa de sangue oculto nas fezes, gastroscopia.

TERAPÊUTICA DE URGÊNCIA DAS CONVULSÕES. — Distinguindo as convulsões acidentais e sintomáticas das por epilepsia, e expondo a fisiopatologia do fenómeno, assim resume a atitude a adoptar pelo clínico:

«Perante uma criança com convulsões, podemos tomar várias medidas. Em geral, o clister da água fria ou os envoltimentos frios são óptimo recurso. Poderemos administrar luminal na dose de 0,01 grama por ano de idade ou, no caso de haver febre, a administração de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ comprimido de aspirina. Se as convulsões não cedem a estas medidas, trata-se em geral de epilepsia, ou por uma lesão cerebral, epilepsia sintomática por hemorragia, por trombose, por hematoma, por abcesso, ou epilepsia essencial. Neste caso, é muito importante a dieta, geralmente a dieta anti-cetogénea ou a fome: a inanição conduz geralmente à suspensão das crises convulsivas, assim como a desidratação. Muitas vezes, os medicamentos anti-convulsivos que se empregam podem, numa criança, ajudar ainda a manter o estado convulsivo.»

IMUNIZAÇÃO ACTIVA NAS CRIANÇAS. — Exposição das vacinações cuja eficácia está provada, e citação das que, por motivos vários, não conseguiram ainda segura utilização, a respeito das quais escreve: — «A imunização contra a escarlatina não entrou na prática corrente no nosso país em parte porque ela se apresenta benigna e também porque as vacinas empregadas são desagradáveis pelas reacções que provocam.

A imunização contra a gripe ou infleuza da mesma maneira provoca reacções gerais apreciáveis sem a contrapartida de imunidade elevada ou

Idade ideal	Tipo-via	Doses	Revacinas	
1 - TUBERCULOSE	$\left\{ \begin{array}{l} 15 \text{ a } 20 \text{ dias} \\ 2 \text{ a } 6 \text{ dias} \end{array} \right.$	$\left. \begin{array}{l} \text{B. C. G. -bucal} \\ \left\{ \begin{array}{l} \text{escarificação} \\ \text{puntura} \\ \text{intradérmica} \end{array} \right\} \end{array} \right\}$	$\left. \begin{array}{l} 3 \times 30 \text{ mgr.} \\ 20 \text{ mgr. / c. c.} \\ \text{a} \\ 75 \text{ mgr. / c. c.} \\ 0,10 \text{ mgr.} \end{array} \right\}$	quando negativa a intradermo a 1/10
2 - VARÍOLA	> 3 meses	$\left. \begin{array}{l} \text{escarificação} \\ \text{puntura} \\ \text{intradérmica} \end{array} \right\}$	0,1 cc. dil. a 1/10	aos 6 anos ao ano por via usual
3 - T. CONVULSA	> 6 meses	subcutânea vacina forte 20 bilhões (fase I) por c. c. precip. por alúmen	3 x 1 cc. c/ intervalo de 2 a 4 semanas	anual
4 - DIFTERIA	> 6 meses	subcutânea anatoxina toxóide precip. pelo alúmen	2 a 3 vezes 1/2 c. c. intervalo de 1 mês	no fim de 1 ou 2 anos e aos 6 anos
5 - TÉTANO	> 6 meses	subcutânea toxóide precip. pelo alúmen	3 x 1/2 cc. intervalo de 1 mês	anualmente ou em caso de ferida suspeita
6 - TIFÓIDE e PARATIFÓIDES	> 1 a 2 anos	subcutânea antig. Vi	2 injeções de 0,20 a 0,30 cc.	de 2 em 2 anos

De acordo com estas indicações o A. propõe o seguinte esquema:

Idade	Vacina
- 20 dias	B. C. G.
- 2 1/2 meses	Prova à tuberculina.
- 3 >	Antivariólica.
- 6 >	1. ^a inj. - Vacina triplíce-difteria-tétano-pertussis, (Trimunol (0,5 cc).
- 7 >	2. ^a inj. - Vacina triplíce-difteria-tétano-pertussis.
- 8 >	3. ^a inj. - Vacina triplíce-difteria-tétano-pertussis.
- 1 1/2 ano	Prova à tuberculina.
- 1 1/2 >	1. ^a inj de TAB-Vi - 0,20 cc. 2. ^a inj. de TAB-Vi - 0,30 cc.
- 2-2 1/2 anos	Revacina da vacina triplíce + T. A. B. (0,5 cc) (0,3 cc).
- 6 >	Revacina da vacina triplíce + T. A. B. (0,5 cc) (0,3 cc).
- 6 >	Revacina antivariólica.

duradoura, sobretudo nas crianças de tenra idade que por falta de uma imunização básica prévia por falta de contactos anteriores respondem insufficientemente à vacina (Nicholas e Henle, Dukcs e Gillespie).

As tentativas de imunização activa contra doenças tão espalhadas como o sarampo e a parotidite, ou de si graves, como a poliomielite, de grande alcance se bem sucedidas, têm sido até agora infrutíferas. Para o sarampo dispomos da seroprofilaxia, para a qual a Escola de Lisboa, pelas investigações do Prof. Jaime Salazar de Sousa, muito contribuiu. Se feita a tempo, isto é, nos primeiros três dias após o contacto, se consegue evitar o sarampo, a imunidade conferida não vai, em geral, além de 3 semanas. Experiência curiosa é que citamos porque dela poderá surgir uma técnica prática futura, é a de A. Toma e Constatinescu que vacinaram contra o sarampo 369 crianças com uma mistura de vírus e soro imune (0,1 a 0,01 cc. de sangue virulento para 1 cc. de soro), dizem os autores romenos terem obtido assim imunidade forte e eficaz. — »

Como conclusão prática, apresenta os quadros de doenças e respectivos meios de imunização activa da criança, que junto registamos.

ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA, I, 1951 — N.º 4: *Struma ovarii*, por C. Colmeiro-Laporet; *Doença de Addison e gestação*, por J. A. Rodriguez Soriano; *As possibilidades de cura pelo tratamento pelos raios X nos casos avançados e nas recidivas do cancro do colo do útero*, por R. K. Kepp; *Diagnóstico rápido das gonadotropinas coriônicas mediante a Rana Esculenta*, por C. Strecht Ribeiro e Fernando Figueiredo; *Tratamento da eclampsia*, por J. Perez Soler.

DOENÇA DE ADDISON E GESTAÇÃO. — Apresentação de um caso de gravidez numa addisoniana em tratamento, com melhoras clínicas; corresponde a uma experiência humana, que pode esclarecer sobre o comportamento da glândula suprarrenal durante a gestação. De este e casos similares conclui-se que a função das cápsulas suprarrenais não é indispensável nem para o estabelecimento da gestação nem para o seu prosseguimento. Contudo, a gravidez constitui uma complicação a ter em conta nas addisonianas, pois frequentemente surgem acidentes graves depois do parto, de colapso devido a insuficiência suprarrenal aguda.

TRATAMENTO PELOS RAIOS X DOS CANCROS DO COLO DO ÚTERO. — A irradiação, por introdução na vagina de tubo anódico, vai incidir sobre os tecidos lesados e os do parametrio, em cujo tecido conjuntivo se faz a infiltração carcinomatosa, sem lesar os órgãos mais distantes nem chegar à pele com intensidade nociva. Este processo tem sido empregado pelo A., em combinação com a irradiação pelo rádio do tumor primário do colo, e com os raios X através da parede abdominal quando é necessário irradiar as ramificações do tumor e os gânglios linfáticos da pequena bacia.



AMINOIODARSOLO

CAIXAS DE 5 EMPOLAS DE 2 e 5 c. c.

COMPOSIÇÃO:

EMPOLA DE 2 c. c.		EMPOLA DE 5 c. c.	
Iodo	mgr. 20	Iodo	mgr. 30
Arsénio	> 1	Arsénio	> 1
Cobalto	> 0,5	Cobalto	> 1,25
Histidina base	> 40	Histidina base	> 100
Ácido glutâmico	> 40	Ácido glutâmico	> 100

Indicado nas Anemias secundárias, Astenias, Linfatismo, Escrofulose, Tardio desenvolvimento físico e psíquico, Esgotamento cerebral por excesso de trabalho intelectual, Depauperamentos orgânicos de qualquer natureza, Perturbações digestivas, etc.

POSOLOGIA: 1 ou 2 empolas por dia, por via intramuscular, segundo prescrição médica

ABSOLUTAMENTE INDOLOR

Distribuidor para Portugal, Ilhas e Ultramar:

M. RODRIGUES LOUREIRO

RUA DUARTE GALVÃO, 44—LISBOA

Concessionário exclusivo do

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

V . B A L D A C C I - P I S A

ANTI-GRIPAIS BARRAL

QUETACHIM

GUAIACOL, QUININA BÁSICA, CÂNFORA E ESSÊNCIAS AROMÁTICAS
GRIPES / BRONQUITES / BRONCO-PNEUMONIAS

AMPOLAS DE 2 c. c. PARA INJEÇÕES INTRAMUSCULARES

DIOMEL - XAROPE

SULFOGUAIACOLATO DE POTÁSSIO, CANFOSSULFONATO
DE EFEDRINA, ACÓNITO, BELADONA, ETC.

**ANTI-SÉPTICO, EXPECTORANTE SEDATIVO
E ANTI-ESPASMÓDICO**

BALSOPEX - BÁLSAMO REVULSIVO

ÓLEOS ESSENCIAIS DE EUCALIPTO, CEDRO, TEREBINTINA, ETC.
RESFRIAMENTOS / CATARROS NASAIS / GRIPES

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.^{DA}

AOS SRS. ASSINANTES

A ADMINISTRAÇÃO DO

PORTUGAL MÉDICO

pede o favor do envio, em vale postal, ou em selos em carta registada, da importância de 40\$00, relativa à assinatura no corrente ano. Contra a recepção, o recibo será expedido sem demora.

Aos srs. assinantes que não efectuarem esse pagamento durante o mês de Março será enviado, no começo de Abril, o recibo à cobrança pelo correio, recibo que será então de 45\$00, sendo a diferença de 5\$00 para ocorrer às despesas com o respectivo expediente.

A Administração espera que este apelo seja atendido, pois traz tanta vantagem para ela como para os srs. assinantes; o que desde já agradece.

Os resultados obtidos em 329 casos são os seguintes: I estágio — operados depois de tratamento por radiação 37 (com 48,6 % de curas), tratados só por radiações 35 (com 62,8 % de curas); II estágio 76 (com 48,7 % de curas), III estágio 175 (com 36,5 % de curas), IV estágio 6 (nenhum curado).

Nos casos de recidivas as probabilidades de cura são menores, porque já se criou resistência à acção das radiações; no entanto, a irradiação intravaginal, permitindo alta dose de raios num espaço limitado, consegue êxitos, que num total de 183 casos, em diversos estádios, orçaram por 17,2 por cento, subindo a proporção a 28,5 % quando referida somente às recidivas pós-operatórias.

A superioridade da evisceração para tratamento das recidivas está por esclarecer. O facto é que, com as radiações, applicadas segundo ficou indicado, se obtêm resultados bons em muitos casos, sem a alta mortalidade primária da intervenção; se com elas podem produzir-se fístulas que exigem intervenções cirúrgicas, estas são muito menos graves do que a evisceração.

TRATAMENTO DA ECLAMPSIA. — Passa-se em revista, em exposição didáctica, o tratamento durante o ataque convulsivo e no intervalo dos ataques, distinguindo a terapêutica médica destinada a evitar a repetição dos acessos e o tratamento activo ou obstétrico.

A terapêutica médica, ou conservadora, compreende os seguintes meios: sedantes (morfina, cloral, barbitúricos, sulfato de magnésio), modificadores da circulação encefálica (punção lombar, infiltração anestésica do simpático cervical), hipotensores (sangria, veratrum viride), modificadores das propriedades físicas do sangue (soro glucosado, rim artificial), desintoxicantes (purgantes, diuréticos, descapsulação renal, oxigenoterapia); a que há que acrescentar os destinados a combater a acidose (bicarbonato de sódio, soro glucosado hipertónico, insulina) e a tratar o edema pulmonar (limpeza das mucosidades, elevação dos pés da cama, cloreto de amónio). Nesta lista há meios pouco usados e outros empregados correntemente. Geralmente associam-se vários de estes procedimentos, sendo muito adoptada hoje a associação do sulfato de magnésio ao soro glucosado, e, por alguns, à sangria.

O tratamento activo, ou obstétrico, consiste em provocar ou acelerar o parto. São muito diversas as opiniões sobre este assunto, mas a tendência é para só intervir quando existe dilatação completa; forceps ou versão, conforme a cabeça está ou não encravada, sob anestesia geral, dão resultados favoráveis. A cesariana fica para os casos de distócia e para as primíparas com colo por dilatar. Mas o momento de tomar uma decisão é diferente para cada caso, dependendo da intensidade e frequência dos ataques ou de qualquer sintoma ameaçador.

ACTA ENDOCRINOLOGICA IBERICA, I, 1951. — N.º 3:
A nossa experiência na prova da eosinopenia adrenalínica, por E. A.

Laviada; *Tratamento da acromegalia pela associação de androgénios e estrogénios em doses elevadas*, por J. Schermann e J. A. Escosteguy; *Rim e diabetes aloxânica*, por J. L. Arteta e J. D. Gil; *O alcance social da Endocrinologia*, por Eurico Pais. N.º 4: *A neuro-hipófise*, por Xavier Morato; *Os 17-cetosteroides na diabetes insípida*, por L. Botelho e J. R. Puchol; *A nossa experiência na prova de Thorn*, por J. F. Noguera, E. A. Laviada, S. Marquez e B. de Huelva; *Tratamento da tireotoxicose pelo 1-metil-2-mercaptoimidazol*, por J. Schermann e J. A. Escosteguy.

A NEURO-HIPÓFISE. — Estudo de conjunto sobre a porção nervosa da hipófise, no qual o A. expõe sucessivamente: o desenvolvimento embriológico do órgão, os seus elementos nervosos, a interpretação histofisiológica de cada um de esses elementos, a interpretação geral das funções hipofisárias em relação com a sua constituição nervosa. Sobre este ponto diz que os dados actuais conduzem a três noções: *a)* independência embriológica e funcional da neuro-hipófise; *b)* autonomia da neuro-hipófise como zona especializada do cérebro; *c)* consideração da neuro-hipófise como órgão sensorial, que recebe estímulos por via vascular e sanguínea, excitando as terminações nervosas através das paredes dos capilares, atingindo assim os centros vegetativos que desencadeiam acções a distância.

TRATAMENTO DA TIREOTIXICOSE POR UM NOVO ANTITIREÓIDEO. — Trata-se de uma nova substância de estrutura química e de acção semelhantes às do propiltiouracil; o 1-metil-2-mercaptoimidazol (Tapazol). A experiência clínica, embora ainda em limitado número de casos, mostra que tem uma actividade 20 a 50 vezes maior do que o tiouracil, e 7 vezes mais activa do que o propiltiouracil em doses iguais.

Os AA. empregaram a nova droga em 10 doentes, e são as primeiras observações publicadas fora dos Estados Unidos da América. Eram 8 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. A idade variou de 16 a 60 anos, sendo 8 de acima dos 30 anos. Um caso apresentava o quadro típico da doença de Graves-Basedow, 6 pacientes eram portadores de bócio difuso sem exoftalmia, 2 de adenoma tóxico, e 1 de tireotoxicose recidivante pós-tireoidectomia, 2 casos estavam já equilibrados pelo propiltiouracil em dose de manutenção. Cinco casos não haviam recebido ainda qualquer tratamento. Um já fora tireoidectomizado e 8 haviam feito uso de propiltiouracil e iodo, sem êxito. Oito doentes foram tratados em ambulatório e dois estiveram internados durante uma parte do tratamento. O tempo de observação variou entre 40 e 180 dias. Apenas um caso teve 40 dias de observação; 4 com 60, e os restantes com 120 a 180 dias. Nos dois casos em que se desejava apenas manter a remissão em continuação ao uso de propiltiouracil, o novo medicamento foi usado na dose de 1 mg. para cada 5 mg. de propiltiouracil. Seis pacientes iniciaram o tratamento com 30 mg. diários, e dois, nos quais as manifestações de hiperfunção eram mais leves, com 20 mg. diários. As doses foram sendo reduzidas



de acordo com as melhorias do quadro clínico para 20, e após, para 10 mg. diários; 10 mg. de 8 em 8 horas para os de 30 ao dia; 10 mg. de 12 em 12 horas para os de 20, e 5 mg. de 12 em 12 horas para os de 10 mg. ao dia. A todos os pacientes foi administrado conjuntamente um sedativo do grupo dos barbitúricos.

Nenhum dos doentes apresentou qualquer intolerância ao medicamento. Não houve nenhuma reacção tóxica. Embora o contróle hematólogico não tenha sido muito rigoroso, também não houve registo de nenhuma alteração imputável ao medicamento, nos casos em que foi feita maior frequência deste dado de laboratório. Uma paciente apresentou uma manifestação alérgica, possivelmente relacionada com a droga, mas que cedeu rapidamente ao uso de anti-histamínico e não se repetiu; é de anotar que a doente informou apresentar, com certa frequência, reacções semelhantes a outros medicamentos e, às vezes, a alimentos. Na dose em que a droga foi administrada, as respostas obtidas foram, de um modo geral, melhores e mais rápidas do que as observadas com o propiltiouracil. Em três casos que se destacavam pela gravidade do quadro, o resultado obtido foi espectacular, pela rapidez e intensidade das melhorias observadas.

Parece, pois, estar-se em presença de uma valiosa aquisição farmacológica.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

Tratamento das pancreatites agudas

O. F. LONGO & C. S. GALLARDO dão, em *Rev. Brasil. de Gastroenterologia* (N.º 6 de 1951), uma interessante contribuição para o tratamento conservador, orientação que hoje quase todos seguem, no período agudo, passado o qual se intervirá cirurgicamente, sobre as vias biliares, quando o estudo clínico-radiológico mostrar estarem comprometidas.

O tratamento médico das crises agudas pancreáticas tem por fim: inibir a actividade secretora da glândula, calmar a dor, eliminar o agente causal, restabelecer o equilíbrio hidro-salino-proteico dos humores. Para estes objectivos tem-se empregado diversos medicamentos e processos, que a seguir se mencionam.

O repouso do pâncreas, a inibição da actividade secretória, faz-se pela abstenção da alimentação por via oral, pela administração de drogas estimulantes do vago (prostigmina, atropina) ou vaso-constritoras (efedrina), e impedindo a passagem do quimo ácido para o duodeno por meio da aspiração gástrica e dos alcalinos.

Para acalmar a dor tem-se empregado a morfina (contraproducente por vezes por estimular a secreção e aumentar a pressão da árvore biliar), a anestesia dos esplâncnicos, a novocaína endovenosa.

A medicação causal tem dependido da teoria patogénica que cada um adopta. Os que ligam ao espasmo do esfíncter de Oddi e dos vasos arteriais o principal papel indicam substâncias vaso-dilatadoras e antiespasmódicas

(papaverina, aminofilina, associação aminofilina-atropina-sulfato de magnésia, anestesia dos esplâncnicos, novocaína endovenosa. Os que apoiam a teoria infecciosa administram os antibióticos; a penicilina é empregada pelos que não aceitam a etiologia infecciosa, para prevenir infecções secundárias, com a vantagem de moderar a secreção pancreática e ter alguma acção anti-alérgica. Os que aceitam um mecanismo anafiláctico aconselham drogas dessensibilizantes (hipossulfito de sódio, cloreto de cálcio, e sobretudo adrenalina e efedrina).

Para o desequilíbrio hidro-salino-proteico, que desencadeia o choque: transfusão de sangue ou plasma, soro fisiológico, soluções glicosadas e insulina (quando houver nítida hiperglicemia), vitamina C e K, ácidos aminados (metionina, colina, etc.).

Para os AA, a novocaína endovenosa atinge as finalidades propostas; como escrevem:

«Com efeito, actua: 1) Diminuindo a secreção pancreática; 2) Acalmando a dor; 3) Bloqueando o agente desencadeante; 4) Melhorando o estado geral e contribuindo para prevenir o «choque».

1. A novocaína intravenosa diminui a secreção do pâncreas por um duplo mecanismo: a) freando a hiperactividade vagal, pois actua como correctora dos desequilíbrios do sistema nervoso vegetativo, de qualquer forma, seja pelo predomínio simpático ou vagal. A esta acção denominamos, em 1947, anofrenadora ou anfolítica. Recentemente, Frommel chama também a atenção sobre este efeito paradoxal da novocaína intravenosa na clínica; b) por outra maneira, a novocaína intravenosa, diminui directamente a secreção do pâncreas. Com efeito, Rovenstine e Popper, demonstraram, ultimamente que a concentração da novocaína no plasma não aumenta, com a sua administração contínua, pois imediatamente se decompõe em ácido para-aminobenzóico e em álcool dietil-aminoetanol, sendo este o principal agente da acção farmacológica; e sabemos que os alcoos exercem um efeito inibidor muito nítido sobre os fermentos proteolíticos do pâncreas (Jiménez Vargas e Popper).

2. O alívio da dor, alcança-se imediatamente após a injeção de 20 cm³ de novocaína a 1 por cento. A crise dolorosa desaparece de forma radical em algumas oportunidades; em outras, persiste sob a forma de mal-estar. Estes mesmos resultados obtêm-se com o bloqueio paravertebral esquerdo ou anestesiando os esplâncnicos. Entretanto estas medidas terapêuticas, exigem uma técnica rigorosa e precisa, e, por outra parte citam-se casos de quedas tensionais que podem determinar ou acentuar o estado de «choque».

As diferenças dos efeitos destas modificações, se devem a nosso juízo, a que a novocaína actua anestesiando somente as terminações nervosas da zona afectada, anestesiando os filetes sensitivos dos esplâncnicos. A infiltração dos esplâncnicos e gânglios semilunares, ao actuar sobre os troncos nervosos suprime também a inervação das cápsulas supra-renais, impedindo a secreção da adrenalina, que é a que mantém o tono vasomotor (Annersten). Com efeito, na primeira etapa do «choque», i. é., na etapa compensada ou periodo de adaptação de Selye, é dado observar uma acentuada contracção dos vasos esplâncnicos, fenómeno observável mediante a arteriografia (Pasteur-Vallery-Radot), ou pela observação directa com um microscópio especial através de uma janela que se abre na parede abdominal, como procedem Page e Abell.

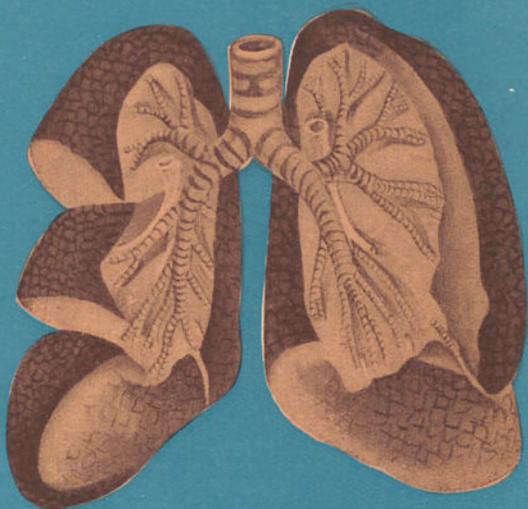
Referem-se os AA, por fim, ao modo de administração e ao que observaram:

«Deve-se praticar previamente a prova cutânea de tolerância; efectuando uma picada intradérmica ou injectando 1 a 2 cc. endovenosa para provar a intolerância da droga. Se aparecem convulsões, suspende-se a medicação e injecta-se um anti-convulsionante.

Procedemos em nossos pacientes, de duas maneiras:

1. No principio, administramos novocaína como se se fora uma simples

CERRELLI
GRAVÉS '60



**ASMA
BRONQUITES
TOSSES
GRIPES**

AMPOLAS - XAROPE

Bronquiasmol
SCIENTIA



Alfredo Cavalleiro Lda.

LABORATÓRIO QUÍMICO - FARMACÊUTICO

"SCIENTIA"

Director Técnico: A. Queiroz da Fonseca (Licenciado em Farmácia) ★ Av. 5 de Outubro, 164 • Telef. 73057 • Apartado 20-4 • Lisboa

BRONQUIAS MOL

"SCIENTIA"

AMPOLAS

FÓRMULA—Cada ampola de 2 cc. contém:

Timol	0,02 grs.
Cânfora do Japão	0,18 grs.
Quinina básica	0,01 grs.
Efedrina básica	0,0144 grs.
Essência de terebentina recli- ficada de «Pinus Larix»	0,20 grs.
Vitamina A....	12.500 U.I.
Excipiente oleoso — q. b. p.	2 cc.

A acção anti-bacteriana do QUININO por inibição do metabolismo das bactérias e o poder leucoestimulante inespecífico da TERESENTINA concorrem excelentemente para que se criem as condições necessárias para um perfeito sinergismo terapêutico.

A associação da Vitamina A em altas doses como elemento anti-infeccioso geral, da CÂNFORA do Japão como estimulante cardio-respiratório, das ESSÊNCIAS VOLÁTEIS como fluidificantes e desodorizantes da expectoração, dão ao BRONQUIAS MOL injectável um lugar de relevo no tratamento e profilaxia das PNEUMONIAS a PNEUMOCOCOS, PNEUMONIAS POST-OPERATÓRIAS, BRONCO - PNEUMONIAS GRIPAIS, BRONQUITES AGUDAS e CRÓNICAS, ABCESSOS PULMONARES, etc.

XAROPE

FÓRMULA - Cada 100 gramas contém:

Cloridrato de efedrina	0,20 grs.
Cloridrato de etilmorfina..	0,10 grs.
Benzoato de sódio	0,30 grs.
Piramido	0,50 grs.
Fenobarbital..	0,19 grs.
Xarope aromatizado — q. b. p.	100 grs.

O BRONQUIAS MOL não só não fere a sensibilidade de doentes exagerados como também não provoca a acção obstipante e sistente que os xaropes em geral produzem.

No BRONQUIAS MOL, a acção excitante simpática da EFEDRINA (Cloridrato) está associada à do BENZOATO DE SÓDIO como expectorante, à da DIONINA como calmante, à do PIRAMIDO como antipirético suave, e, finalmente, à acção sedativa do LUMINAL sódico—um agente terapêutico contra as hemicrâneas.

(PODE FAZER-SE USO DO BRONQUIAS MOL SEM RECEIO DE HABITUAÇÃO.)

AMOSTRAS E LITERATURAS À DISPOSIÇÃO
DOS EX.MOS MÉDICOS.

injecção endovenosa de 10 a 20 cm³ de uma solução a 1 %, lentamente, colocando 1 cm³ de 20 a 30 segundos. Repetimos esta injecção de 3 a 4 horas.

2. Pelo método de gota a gota endovenosa, administra-se 1 gr. de novocaína em 500 cm³ de soro fisiológico (ou melhor, injecta-se em soro Baxter) efectuando uma solução a 2 por mil, no ritmo de 40 a 50 gotas por minuto, na quantidade de 1 a 3 g. diários.

Nos nossos últimos casos, utilizamos ambos os métodos: colocamos primeiro a injecção de 20 cm³ a 1 % com 500 g. de Vitamina C, para actuar rapidamente, e depois aplicamos gota a gota, dissolvendo-a nos líquidos que se injectam por fleboclises: soro fisiológico, glicosado, plasma e sangue. Nestes dois últimos casos, constitui também um grande profilático para os fenómenos de idiosincrasia, que poderão advir (Organe e Seurr, Leger).

Tratamos, dessa maneira, até o presente, 26 casos clínicos de pancreatite aguda, muitos deles de suma gravidade. A mortalidade tem sido aproximada de 8 %, o que se pode considerar como amplamente satisfatória, tendo-se em conta que um caso foi no pós-operatório imediato, de uma intervenção sobre as vias biliares, no qual praticou-se a prova de Doubilet, consistindo da instilação de ácido clorídrico no duodeno, que age como poderoso excitante da secreção pancreática.

A novocaína, por via endovenosa, pode provocar acidentes, que se corrigem com a associação de Vitamina C. O paciente que recebe 2 a 3 g. diários da droga, experimenta sensação de bem-estar, tranqüilidade, ligeiras cefaleas e as vezes sensação de peso cefálico, manifestações estas que não apresentam perigo, visto ter usado o método em uma centena de pacientes.»

3. Qualquer que seja o conceito fisiopatogénico que se aceite para explicar o mecanismo de eclosão das pancreopatias agudas, a venoclise com novocaína, actua em forma eficaz contra o agente desencadeante e não apresenta nenhum dos reparos que temos referido sobre o emprego de outros medicamentos. Com efeito:

a) produz uma diminuição do tónus do esfíncter de Oddi (Eisenstein e Neckelos). Suprime o espasmo deste esfíncter determinado por uma hiperatividade, já seja de origem vagal ou simpática. Logo, se o agente causal do reflexo biliar no Wirsung é um cálculo ou uma distonia biliar, a novocaína actua benéficamente.

b) se como sugere Popper, Mallet-Guy, etc., o espasmo vascular é o agente desencadeante, igualmente a novocaína intravenosa está indicada pelo seu efeito simpaticolítico, contribuindo para aliviar ou fazer desaparecer o espasmo.

c) se pelo contrário, a pancreatite fora o resultado de uma apoplexia por choque anafilático (Gregoire e Couvelaire, Vacari, Maragliano e Graña) do mesmo modo a novocaína endovenosa está formalmente indicada, pois ela age anestesiando as fibras sensitivas dos esplâncnicos, cuja irritação é a que determina, segundo o novo critério, por condução antidrómica, toda espécie de lesões que caracterizam a afecção: vasodilatação, edema, hemorragia, etc.

4. Finalmente, a novocaína, tem uma acção estimulante sobre o estado geral do paciente. No aparelho cárdio-vascular, actua regulando o pulso, aumenta a tensão arterial quando está baixa, atenuando ou fazendo desaparecer as trocas significativas que o electro-cardiograma experimenta nesta afecção (Gorresman, Shen e Burnstein). No aparelho respiratório, é evidente sua acção sobre a dispnéa, aumentando a ventilação pulmonar, como temos tido a oportunidade de comprovar, mediante o metabolismo basal, efectuado antes e depois da injecção, comprovando nesta circunstância um aumento de 20 por cento, aproximadamente, e sobre o aparelho urinário age favorecendo a diurese (Millic).

Por outro lado, ao actuar a novocaína endovenosa sobre a dor, constitui também uma excelente medida preventiva para evitar o colapso vascular gene-

realizado que se apresenta nesta enfermidade. Em 1945, Swingle, Kreinberg, Remington, etc.), experimentalmente chegam à conclusão que o afluxo dos estímulos nervosos (nocivos) que partem da zona lesada, desempenha papel importante no desencadeamento do «choque», já que o factor nervoso conjuntamente com a perda sanguínea, o provocam constantemente. Anestesiando a zona afectada, reduz-se consideravelmente a frequência e a severidade do colapso vascular. Estas experiências são confirmadas por Wang e Overman, quem em reiteradas contribuições comprovaram que a mortalidade se reduz a 50 %, quando se anestesia a zona traumatizada. Surge de maneira convincente que a anestesia, seja pela infiltração local ou por via endovenosa, previne eficazmente o «choque», ao deter ou coibir a corrente de estímulos nocivos originados na área lesada. Devemos assinalar que recentemente, os autores romenos Djuvara e Coucou, recomendam a injeção endovenosa de novocaína para prevenir o desenrolar do «choque» em algumas intervenções cirúrgicas, traumatismos, etc., entretanto sem mostrarem uma explicação a respeito do seu mecanismo de acção.»

Procura em seguida explicar o mecanismo de acção da novocaína endovenosa nas pancreatites, entendendo que os seus efeitos resultam de dupla acção, uma central, outra local, ao nível da lesão. Pela acção central, a novocaína injectada por via venosa exerce um efeito analgésico poderoso, é um estimulante geral e regulador das funções vitais do organismo. Localmente, a novocaína anestesia os tecidos afectados, restabelece a normalidade da circulação, regula o trofismo dos tecidos, corrige as funções perturbadas do sistema nervoso vegetativo; e isto de uma maneira electiva, mercê do aumento de permeabilidade capilar que se dá apenas no local lesado.

A digitalina por via rectal

As vantagens da administração da droga por via rectal resultam de ser o meio rectal alcalino (ao passo que o suco gástrico, pela sua acidez, pode inutilizar os glucosídeos digitálicos), da via rectal permitir uma absorção mais útil (por a digitalina não passar pelo fígado), e por ser melhor a tolerância. Esta opinião defende J. LAHAM, na *France Médicale* (Abril de 1951), que aconselha: para tratamento de ataque, a empregar principalmente nas cardiopatias mitraes ou mitro-aórticas com taqui-arritmia, e insuficiência cardíaca, um supositório de 2 milig. pela manhã e um de 1 milig. à noite, no 1.º dia, diminuindo-se a dose nos dias seguintes, até que se reduz a um supositório dia sim dia não.

O penso compressivo no tratamento das queimaduras

Em lições sobre dermatologia de urgência, S. NOGUER MORÉ, expõe o tratamento das queimaduras, referindo-se elogiosamente ao método do penso compressivo (*Anales de Medicina*, N.º 437, Nov. de 1951).

Quando as lesões são extensas é preciso nunca esquecer que há três coisas de ordem geral a fazer: prevenir e evitar a toxemia, prevenir a infecção.

Tratamento do choque. — O choque é físico, pela destruição de terminações nervosas; é tóxico, por absorção; é psíquico, pela emoção.

A dor requer espasmolíticos eupaverina, etc.). A temperatura deve ser mantida sem excesso, pois é prejudicial aquecer demasiadamente as extremidades, pois a vaso-constricção é um fenómeno defensivo. Para regularizar o metabolismo aquoso, água em grande quantidade, alternando com pequenas porções de caldo de legumes e água açucarada; geralmente é útil a injeção endovenosa de soro fisiológico, para regular a natropenia.

Mas o procedimento mais eficaz é a injeção de plasma, em quantidade proporcional à superfície da pele queimada: por cada 10 por cento da superfície do corpo que está queimada, 500 cc. de plasma nas primeiras 24 horas,

reduzindo-se a metade esta dose, no dia seguinte. Para diminuir a plasmorreia, extracto de cortex suprarenal, em pequenas doses. A administração de bicarbonato de sódio ajudará a neutralização dos amino-ácidos.

Conseguido o equilíbrio electrolítico do sangue, é indispensável a extirpação das zonas necrosadas, com os maiores cuidados de assepsia.

Modernamente, o tratamento local faz grande progresso com os pensos assépticos e compressivos, que só por si bastam para tratar as queimaduras do primeiro e segundo grau. Assepsia rigorosa, repouso absoluto, compressão adequada, são os preceitos a observar.

Visto a maior parte das queimaduras serem produzidas pelo calor entre 60 e 100 graus, a superfície queimada é estéril, logo a seguir ao acidente. Se se acode na ocasião, a queimadura será coberta por gaze estéril parafinada. Se houve já conspurcação, empapá-la com soluto aquoso de penicilina-procaína. Nas queimaduras de terceiro grau, é preciso eliminar todos os tecidos necrosados sob jorro continuo de soro fisiológico ou de água esterilizada.

O penso deve cobrir toda a superfície queimada e estar coberto por substâncias gordas, para que não se cole à ferida, não perturbe a drenagem e facilite a renovação do curativo se esta for necessária. As gazes parafinadas esterilizadas são excelentes para fazer o penso. Quando há infecção, óleos ou pomadas esterilizadas e com penicilina são muito úteis, embora se deva estar prevenido contra a dermite por contacto. O penso deve ficar apertado suavemente, para impedir a saída da serosidade e a formação de ampolas.

Terminado o penso, coloca-se sobre ele o revestimento gessado.

O repouso do doente, no leito, é indispensável, e os membros queimados devem colocar-se em posição elevada, para facilitar a circulação de retorno. Se não há febre nos dias seguintes, o penso só se renova passados oito a quinze dias nas queimaduras do primeiro e segundo grau; mais cedo nas mais graves.

Nas queimaduras recentes, pequenas e profundas, é muito útil fazer imediatamente enxertos de pele total ou sub-total, que correspondem a uma sutura imediata da ferida. Nos outros casos, vendo-se, passados uns dez a catorze dias, que a sintomatologia geral desapareceu e que a ferida não está infectada, é a ocasião de proceder aos enxertos, para evitar as retracções.

Diabetes e arterioesclerose

J. L. RODRIGUEZ-MIÑON e J. M. PALACIOS MATEOS, da revisão de 492 observações de diabéticos, concluem que a arterioesclerose é mais frequente nos diabéticos que nos indivíduos que o não são. Pelo contrário é mais frequente na mulher do que no homem e sobretudo na que é diabética. Não há relação entre a gravidade da diabetes e a frequência da arterioesclerose; nem a arterioesclerose é causa de diabetes nem a diabetes o é de arterioesclerose, mas a evolução desta é acelerada pela diabetes. O contróle severo da glicemia não evita a degenerescência vascular, mas o tempo de duração da diabetes é importante na aparição da arterioesclerose; por isso é preciso esforçar-nos por despistar o estágio precoce, em que as lesões vasculares são ainda reversíveis. (*Revista Clínica Española*, 31-XII-1951).

Acetato de pregnenolona na febre reumatisal

P. DAILHEN-GEOFFROY diz que esta hormona sintética lhe tem dado os melhores resultados no tratamento do reumatismo articular agudo, mesmo já com complicações cardíacas. Em dez casos, só num falhou. Julga útil o conhecimento de esta acção, pois trata-se de droga cujo emprego é inofensivo, e que é fácil de administrar, por via oral, sendo, aliás, pouco dispendioso. (*Gazette Méd. de France*, Out. de 1951).

MEDICINA SOCIAL

Estruturação da medicina social (1)

Presados colegas: — Muito obrigado pelo honroso convite para participar esta noite nos vossos trabalhos associativos. Aceitei-o com muito prazer, não só porque é sempre agradável conversar com colegas sobre assuntos a que nos dedicamos, mas também porque ele me dá ensejo para manifestar a minha admiração por quem, excedendo as preocupações da vida profissional, gasta energia e tempo com problemas de grande interesse colectivo e nacional. Bem hajam.

*

O termo «medicina social» vem sendo empregado, de há um século para cá, com significados um pouco vagos, variáveis com os aspectos pelos quais cada autor tem versado o assunto; e compreende-se que assim suceda, porque um tema tão complexo e vasto é susceptível de diversas concepções.

A expressão, no sentido etimológico, quer dizer «medicina para a sociedade», ou seja a aplicação da ciência e da arte da medicina aos agrupamentos humanos, às várias «sociedades», cujo conjunto forma a sociedade global do território que habitam (a sua população, em linguagem demográfica).

Os agrupamentos podem ser mais ou menos numerosos, desde os dos habitantes de um país, de uma região ou simplesmente de uma localidade, até aos grupos mais restritos constituídos por indivíduos colocados em semelhantes condições de vida, como, por exemplo, os operários de uma fábrica ou os alunos de uma escola.

Naturalmente as aplicações da medicina social referem-se às necessidades de todos os indivíduos em matéria de conservação da saúde, umas a todos comuns, outras próprias do agrupamento a que pertencem. Mas todas tem o carácter essencial do seu objectivo profilático, de prevenção do estado de doença. A medicina social não se ocupa de doentes, a não ser de aqueles que, pelo facto de o serem, podem prejudicar os outros, transmitindo-lhes o mal de que padecem, ou que, por motivo de lesões irreversíveis, implicando redução da capacidade de trabalho ou nocivo reflexo sobre a descendência, exigem simultaneamente cuidados médicos, vigilância e assistência social.

Por isso, lógicamente se opõe à medicina social a medicina individual, quer esta se exerça em casa dos doentes, quer em estabelecimentos

(1) Palestra feita a convite da «Liga Universitária Católica (Sector dos Médicos)», para o seu ciclo de estudos; acrescida de algumas notas sobre os aspectos portugueses, no pé de página final.

a eles destinados, consultórios, dispensários e hospitais. E porque assim é, é geral a preferência de esta denominação à de higiene social, mais apropriada para designar a parte da medicina social que abstrai da medicina clínica para empregar somente meios de índole higiênica. No entanto, as duas expressões andam frequentemente confundidas, e entre nós é de isso exemplo o nome de «Dispensários de higiene social» dado a centros de tratamento de algumas doenças contagiosas, especificadamente da sífilis.

*

Adoptada tal definição de «medicina social», faça-se um rápido inventário das necessidades principais em matéria de conservação da saúde, de preservação da doença, e dos meios de as satisfazer.

Começemos pelo princípio da rota da vida, pela concepção de novos seres; e surge um ramo da medicina social, a eugenésia, que pretende evitar a transmissão de predisposições mórbidas ou de doenças hereditariamente propagáveis, impedindo a conjugação de elementos capazes de promover tais prejuízos. É terreno ainda por desbravar, presentemente com precários fundamentos científicos e consequentemente sem aplicações práticas louváveis.

Vem a seguir a gestação e aqui aparecem duas necessidades: a de procurar bom desenvolvimento fetal, com isenção de doenças congénitas, e a de procurar, por cuidada vigilância da gravidez, bom parto para a mãe e para o filho. É o papel destinado aos dispensários de puericultura ante-natal, onde as gestantes são observadas e tratadas das doenças transmissíveis ao feto, particularmente da sífilis, e se prevêem as possibilidades de parto anormal, para a oportuna actuação. Para atender as gestantes sem recursos, estão os hospícios para grávidas e as maternidades, órgãos, portanto, de medicina social.

No período de recém-nascido e de lactente, a idade de mais instável vitalidade, a higiene desempenha preponderante papel na defesa da saúde e da vida. Esta defesa compete aos dispensários de puericultura post-natal, onde se faz a educação das mães em higiene da infância, se regula a alimentação das crianças, se vigia o desenvolvimento do seu organismo e se corrigem os seus desvios, e se efectuam as vacinações contra doenças infecciosas comuns nessa quadra da vida.

Subsidiariamente, os hospícios para lactentes socorrerão as mães com seus filhos e receberão as crianças abandonadas ou de mães pobres, incapazes de amamentar, contribuindo assim para defender a vida de crianças que, sem esses estabelecimentos, difficilmente subsistiriam.

Depois, até à idade escolar, a vigilância sanitária ainda é útil, conquanto de menor urgência, por ser maior a resistência às doenças; e são ainda os dispensários que se encarregam de essa tarefa, como órgãos do sistema de medicina social da infância, em continuação da puericultura.

Para estas idades prestam serviços de medicina social as creches e jardins da infância, cuidando das crianças de mães que vão trabalhar, impedindo por essa forma um perigoso abandono.

Seguidamente, na escola juntam-se crianças que, embora vivendo em variadas condições familiares, constituem um agrupamento em que a doença de um dos componentes pode afectar os demais. Não só por isso, mas também porque o meio é propício às observações sobre o desenvolvimento dos alunos e à correcção dos defeitos que tenham, há na escola uma tarefa de medicina social a realizar, nitidamente de feição profilática. Nela se integram as colónias de férias, de campo ou praia. A medicina escolar é um ramo da medicina social que deve estender-se desde a escola primária até ao ensino superior.

Vem depois a idade do trabalho, e então pode fazer-se medicina social quando os indivíduos, menores e adultos, se juntam no mesmo local, oficina ou fábrica. Aparece, para eles um novo sector, o da medicina do trabalho, reguladora das condições em que pode desempenhar-se sem perigos, defensora dos acidentes traumáticos, tóxicos ou infecciosos, a que a natureza do trabalho pode sujeitar. Exerce-se indirectamente por regulamentações oficiais que pautam horários e estabelecem condições de instalação e funcionamento, e directamente pelos médicos dos estabelecimentos industriais, que examinam os empregados e indicam as normas higiénicas a seguir; médicos cuja existência devia ser obrigatória em todas as fábricas que utilizam avultado número de operários.

Outros agrupamentos há que, conquanto de menor número de indivíduos, carecem de acção médico-social. Assim os desportistas, cuja inspecção médica proibirá a prática dos desportos aos que com ela prejudicarão a sua saúde. O exame médico prévio de condutores de automóveis, impedirá, na medida em que o pode fazer, os acidentes de viação. A regulamentação sanitária de casas de espectáculos impõe medidas de segurança e de condições higiénicas, na defesa dos espectadores. Pela mesma forma a higiene de casas colectivas, asilos, hospícios, hospitais, etc., entra nos domínios da medicina social. Se bem que entre, em grande parte, nos domínios da higiene pública o que respeita a várias de estas actuações, são de medicina social, porque a higiene pública também a esta pertence, como vereis.

Passemos agora à acção da medicina social para a colectividade, indistintamente. Temos aqui de encarar dois grandes ramos: o da higiene pública e o da profilaxia dirigida em sentidos especiais.

Todas as medidas de higiene pública geral, ou seja as que aproveitam à população em conjunto, tem a maior importância, de há muito universalmente reconhecida. Sem elas, as medidas especiais não darão todo o seu rendimento, e por vezes resultam inoperantes. O abastecimento em boa água, a remoção e inutilização dos dejectos domésticos e industriais, a sanidade das habitações, a fiscalização dos géneros alimentícios, a insta-

lação de cemitérios, etc., são obras e serviços de índole sanitária, a exercer pelos poderes públicos, com a intervenção doutrinária ou activa de médicos, cuja tarefa é da mais autêntica medicina social.

A profilaxia especializada dirige-se às doenças que, pela sua fácil disseminação ou por constituírem notório perigo para a subsistência da comunidade humana em boas condições vitais, carecem de particulares actuações. Mencionarei as principais.

À frente tem de apontar-se a tuberculose, doença social por excelência, na qual se reúnem todos os requisitos de mal que exige luta especial, a par das medidas de higiene geral (habitação salubre, alimentação suficiente), de tão relevante importância para as possibilidades de uma profilaxia eficaz. Uma série de instituições — dispensários, postos de vacinação, preventórios, sanatórios, hospitais de isolamento — conjugam a sua acção, que só é realmente útil quando em combinada união de seus esforços.

A sífilis, cujos prejuízos sociais (pondo de lado exageros que já passaram de moda) são incontestáveis, impõe uma organização de luta, que vai desde as medidas públicas de difusão dos contágios venéreos, até ao tratamento dos doentes, em dispensários principalmente affectos a esse objectivo.

O sezonismo, por ser doença que inferioriza os atacados pelo plasmódio, e se reflecte na sua descendência, reclama não somente obras de salubridade dos terrenos e de combate ao insecto vector, que é função extra-clínica, mas também o tratamento dos impaludados, serviço puramente médico, a cargo de postos públicos, assentes nas zonas sezonáticas.

A lepra, apesar da sua moderada incidência, requer também um armamento especial, que vai desde dispensários de indagação e vigilância armada, até ao isolamento em gafarias ou leprosas. E semelhantemente para o tracoma, de muito mais larga disseminação.

Doenças crónicas que desvalorizam os padecentes e ditam a necessidade de uma acção social conjugada com a médica, entram mais no âmbito da medicina social do que no da meramente curativa. De entre elas merecem menção o reumatismo e as cardiopatias, pela sua notória frequência.

E talvez deva entrar no âmbito da medicina social a assistência aos psicopatas, por exigir uma intervenção de carácter social ligada à vigilância clínica dos restabelecidos; eu penso que sim.

Finalmente, para não estender a lista a males de menor vulto, a prevenção das doenças epidémicas, pelo isolamento, desinfecção, combate aos animais vectores e vacinações específicas contra aquelas doenças que, no estado actual da ciência de imunização, devem ser generalizadas (a varíola, a difteria e a coqueluche), — tem de fazer-se através de uma orgânica de saúde pública, integrante da multiforme teia da medicina social.

*

A medicina social encontra valioso subsídio na educação do público em matéria de higiene, em todos os seus múltiplos aspectos. É evidente quanto pode produzir o ensino da higiene individual, da maneira como cada indivíduo deve alimentar-se, sem exageros nem desequilíbrios, dos perigos do abuso das bebidas alcoólicas, da necessidade de lutar contra a mosca e o mosquito, dos procedimentos para evitar os contágios, da utilidade de vacinações, etc., etc. A divulgação de noções claras e firmes de higiene individual e colectiva é missão a exercer pelas autoridades sanitárias, pelas instituições que participam nas tarefas da medicina social, por todos quantos podem exercê-la. Imprensa, folhetos, cartazes, palestras, todos os meios servem para o desempenho de esta modalidade, tão importante, da medicina social.

*

Pelo inventário que acabo de fazer, se verifica que a medicina social precisa das actividades de muita gente: políticos, administradores, engenheiros, veterinários, etc.; e como mentores e principais actuantes os médicos e os seus auxiliares técnicos, de entre os quais se destacam, pela importância do seu labor e pelo número em que tem de empregar-se, as visitadoras sanitárias e sociais.

Verifica-se ainda que a execução das obras e medidas, tão variadas, da medicina social, compete a entidades muito diversas; umas dependentes dos poderes públicos, governo central e corpos administrativos, outras das instituições particulares que mantêm estabelecimentos de cuja acção resulta utilidade sanitária, outras de simples particulares que contribuem, pela propaganda da higiene, para a mesma finalidade.

E o médico clínico, aquele que não cuida, aparentemente, senão de tratar doentes, seja em clínica particular, seja em organização assistencial, desempenha sempre um importante papel profilático. Desempenha-o na clínica das doenças contagiosas, ditando medidas tendentes a evitar a sua propagação, nos conselhos de higiene doméstica e individual que dá aos seus doentes para prevenção de futuros males, e procurando, por boa conduta terapêutica, reduzir ao mínimo possível as sequelas da enfermidade que trata, criadoras de inferioridades orgânicas.

*

Acima de todas essas múltiplas actividades, tendentes a satisfazer as necessidades particulares ou gerais da população, em matéria de defesa da saúde, paira uma necessidade mais elementar: a de que cada indivíduo tenha o indispensável para uma vida sã. A quem não tem com que se alimentar e se abrigar, aos sem casa nem pão que cheguem para assegurar o equilíbrio orgânico que é a saúde, não pode aplicar-se medicina social aproveitável.



MIOCILINA R

200.000 U.

Caixas de 1 e 3 frascos

400.000 U.

Caixas de 1, 3, 5 e 10 frascos

600.000 U.

Caixa de 1 frasco



LABORATÓRIOS
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



FRENANTOL

H - 365

FRENADOR ANTE-HIPOFISÁRIO

TODAS AS INDICAÇÕES DOS ESTROGÉNEOS, QUANDO ESTES NÃO ESTÃO FORMALMENTE INDICADOS, E TODAS AS INDICAÇÕES DA FRENAÇÃO E DO REEQUILÍBRIO DO BLOCO NEURO-HIPOFISÁRIO



LABORATÓRIOS
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

A assistência económica aos incapazes de angariar os meios de subsistência é, embora indirectamente, importante contributo para a eficiência do complexo da medicina social. Poderes públicos e obras particulares contribuem, por via de essa assistência, com um elemento de evidente importância.

Mas a assistência, a caridade protectora dos pobres, para falar em mais lato sentido, não é, para a maioria dos que dela aproveitam, na maior parte do mundo, mais do que a resultante de uma parca remuneração do trabalho, insuficiente para prover às instantes requisições do viver quotidiano. Se sempre há-de haver miseráveis, que o sejam só os que não podem trabalhar.

É neste ponto que a acção dos governos assume o mais alto valor de interesse geral. Se por uma política económico-social bem conduzida, procurarem a melhoria das remunerações do trabalho, evitando a contra-partida da elevação do custo da vida, darão à medicina social um concurso cujo alcance é tão considerável e evidente, que não precisa de demonstração justificativa.

*

Posto isto tudo, que já foi demasiadamente longo mas que mais curto não pode ser, pois na exposição que acabais de ouvir há muitas falhas propositadas (pela ância de ser breve) e certamente outras (cometidas por esquecimento), é tempo agora de abordar incisivamente o tema que me foi marcado: — Estruturação da medicina social. E dados os elementos expostos, posso fazê-lo em poucas palavras.

O principal papel cabe aos poderes públicos. A defesa da saúde é obrigação estadual.

Não quer isto dizer que tudo se deva pedir a um Estado-providência; mas que sem a acção dos governos e das administrações locais não pode haver medicina social. Grande parte de ela, a relativa à higiene pública, pertence-lhes por inteiro, como lhes deve pertencer, pelo menos na organização e direcção técnica, a parte respeitante à profilaxia dos males evitáveis. Ou seja, pois, tudo o que se refere à medicina social para a população na sua totalidade, sem distinção de classe ou grupo social.

Pelo que toca à medicina social de agrupamentos, cabe-lhe também, se não o exercício prático (só indispensável nalguns casos), a orientação administrativa e técnica e a sustentação económica, total ou parcial, segundo as circunstâncias. A iniciativa particular não pode desprezar-se, mas em matéria de tão grande interesse público, não deve exercer-se indiscriminadamente. Deve concorrer eficientemente, com obediência às normas que a ciência aconselha, para o máximo benefício público; e deve contar, além da prescrição orientadora, com o constante apoio financeiro e técnico, dos poderes públicos.

A participação de instituições particulares, assim condicionadas, é

necessária, direi mesmo indispensável. Quando tudo se entrega a organismos oficiais, o público desinteressa-se das suas actuações, não as auxilia, nem directamente com colaboração activa, nem indirectamente pelo acatamento às suas prescrições; e tende-se para uma burocratização excessiva, com menor rendimento útil.

Em suma, directa ou indirectamente, a medicina social tem de ser pautada, e na sua maior parte sustentada pela Nação; pautada pelas autoridades sanitárias com competência especializada nos vários ramos em que se divide, e sustentada com dinheiro proveniente dos cofres públicos, dos orçamentos do Estado e dos corpos administrativos locais.

Salvo para os aspectos da medicina social que, pela sua feição quase exclusivamente técnica e não apenas médica (como sejam os da higiene pública e da profilaxia das doenças epidémicas, principalmente) sou de parecer que não há qualquer vantagem na sua inteira oficialização, mesmo quando por completo, ou quase por completo, sustentadas com dinheiros públicos. Antes pelo contrário, há benefício em interessar nelas os particulares, todos os que com o seu auxílio, em trabalho ou em dinheiro, nelas possam participar.

A fórmula que defendo pode esquematizar-se assim: orientação, fiscalização, subsídio técnico e financeiro, a cargo dos poderes públicos; administração e execução a cargo das entidades locais que diariamente asseguram o funcionamento das obras, tanto quanto possível.

Pelo que respeita às obras existentes em cada centro urbano, impõe-se uma relação constante, embora cada uma de elas trabalhe independentemente. É que por esse meio se evitarão inúteis duplicações de trabalho (tantas vez prejudiciais para os socorridores e para os socorridos), e mutuamente se trocarão informações, da maior utilidade, sobre o passado patológico de cada indivíduo.

É para tal indispensável, numa boa estruturação da medicina social, a existência em cada cidade ou vila de certo vulto populacional, de um centro de informações médico-sociais.

Quando um indivíduo procura um estabelecimento de medicina seja qual for a sua natureza, este enviará ao centro a respectiva indicação, e o Centro colherá todos os informes de interesse, médico e económico-social, que inscreverá numa ficha, da qual será remetida cópia ao estabelecimento indicador. Quando voltasse ao mesmo estabelecimento, ou fosse a outro, nova indicação, nova indagação, e consequente averbamento na ficha, com cópia para o estabelecimento em questão. Pouco a pouco irá fazendo-se assim a história médico-social de cada indivíduo, cujo interesse é desnecessário explicar e exaltar, tão evidente é.

Por outro lado, obtém-se manifesta economia para cada instituição, que deixa de ter pessoal próprio para colher as necessárias informações, aliás mais incompletas do que as que o centro lhe fornece.

Esta é, resumidamente, a estruturação que me parece preferível, para

qualquer país, e mormente para o nosso. E devia agora ocupar-me da sua aplicação ao caso português, se antes não devesse aludir às relações da medicina social com a outra medicina — a curativa.

*

A medicina curativa, além da já citada influência da actuação pessoal do médico e dos casos em que contende com a epidemiologia, quando não é clínica livre mas sim exercida sobre determinados agrupamentos humanos, terá também que ver com a medicina social?

De entrada contrapuz as duas, separando-as pela distinção dos seus caracteres, para a social eminentemente preventiva da doença, para a curativa com a ocupação de restabelecer doentes.

Essa distinção é fundamental. Com efeito, tanto faz que um médico receba um cliente no seu consultório ou o visite em sua residência, como que um médico trate um enfermo no hospital ou o trate num estabelecimento qualquer de que é funcionário. Ao cabo, é sempre o clínico que entra em acção e da mesma maneira: observando, diagnosticando, indicando tratamentos. A clínica é sempre um acto individual, uma intervenção do médico sobre o doente. O que faz diferença, sobretudo, é a situação do médico quanto à maneira como é remunerado. O resto, a regulamentação a que esteja sujeito quando funcionário, é uma particularidade das condições em que trabalha; pode limitar muito sensivelmente a liberdade da sua actuação profissional, mas mantém-se o carácter de esta, essencialmente de medicina clínica, curativa.

Na clínica livre, o médico é directamente remunerado pelo cliente. Na clínica funcionalizada, o médico recebe da entidade que serve; e isto seja qual for a forma da remuneração: por serviço prestado, por avença ou capitação, ou por vencimento fixo.

As limitações derivam principalmente de ter o médico que defender a economia da instituição de que é funcionário, e mais quando se trata de obra de previdência, que dispensa subsídios financeiros aos doentes, do que quando se trata de estabelecimento de assistência. São limitações a trabalho consciencioso se por motivo de desproporcionado número de doentes que o médico tem de tratar; são limitações ao emprego de procedimentos de diagnose e de terapêutica que a instituição não fornece; são limitações à escolha de médico pelo doente, forçado a tratar-se com o médico ou médicos da instituição. Mas tudo isto, decorrente da funcionalização médica, é apenas aspecto do exercício clínico, estranho ao carácter da medicina social.

As instituições nem por isso deixam de ser de medicina curativa, exclusivamente.

Mas o facto de prestarem serviços a importante massa de doentes, dá-lhes claras possibilidades de concurso às obras de medicina social, porque podem encaminhar para estas muitos indivíduos que necessitam de

assistência de tipo profilático; e por outro lado, as obras de medicina social devem encaminhar para as de assistência curativa os que precisem de tratamento que elas não podem nem devem efectuar.

Estas relações mútuas terão, evidentemente, notórias vantagens, quando mais não seja pela circunstância de, muita vez, as duas actuações, a profilática e a curativa, serem interdependentes, e deverem succeder-se sem descontinuidade.

As duas grandes categorias da medicina continuam cada uma com a sua esfera de actividades. Relação não implica fusão ou simplesmente confusão.

Uma aliança mais íntima, derivada de único sustentáculo, pode no entanto, existir; mas isso só é possível quando todos os serviços médicos, seja qual for a sua natureza e a sua finalidade, estejam organizados para servir indistintamente toda a gente, e então é de socialização da medicina que se trata. E não é este o caso que directamente nos interessa, a nós, portugueses, cujo carácter individual e colectivo, e cuja orgânica política, se não prestam a instituição de tal índole.

Tem-se discutido muito entre nós os problemas da clínica funcionalizada, mormente a propósito da extensão que tomaram os serviços médicos das caixas de previdência dos sindicatos. Trava-se apaixonado debate entre os que consideram esses serviços como prefácio de uma socialização da medicina que será inevitável, e os que entendem que, limitando-os aos economicamente débeis, pode aceitar-se como modalidade particular de assistência, para a qual concorrem os beneficiados. E sobre a maneira de recrutar os médicos que nesses organismos trabalham e de os remunerar, a discussão tem sido acesa.

Não entrarei na apreciação do assunto (que, aliás, por mais de uma vez tenho versado nas colunas do «Portugal Médico»), porque é tema que se afasta do mercado para esta palestra. Sòmente me cumpre apurar em que medida esses organismos podem relacionar-se com os da medicina social, por se tratar de serviços prestados a grupos numerosos de indivíduos, componentes de certos aglomerados profissionais, dentro do conceito que acabei de indicar.

Porque os serviços médicos dos sindicatos são na realidade mutualidades, que divergem das mutualidades livres em serem de inscrição obrigatória e de não terem voz na sua administração os respectivos filiados, tem de se considerar em parecidas circunstâncias as mutualidades de assistência médica livremente constituídas, e os estabelecimentos de assistência médica a pobres; porque umas e outros recebem diàriamente grupos numerosos de indivíduos carecidos dos socorros da medicina, se bem que pertencentes a diversos sectores profissionais.

E sendo assim, no que respeita às relações com a medicina social, todas essas instituições estão no mesmo plano; todas elas podem indirectamente ajudar os propósitos da medicina social, sem sair da função que

lhes é própria. Por intermédio dos centros de inquérito médico-social com o benefício das mútuas informações; e ainda pela acção médica mutuamente complementar que podem exercer.

*

Fechado este parêntesis, vou por fim dizer alguma coisa, como me cumpre, da adaptação do parecer doutrinário que emiti ao nosso país, tendo em conta o seu carácter e a altura em que vamos na evolução de este campo de manifestações do progresso colectivo.

Estamos, em relação a outros países, insuficientemente apetrechados, apesar do muito que nas duas últimas décadas se tem progredido nesse caminho. Temos, para a higiene pública e a profilaxia das doenças epidémicas, a Direcção Geral de Saúde com as suas secções especializadas e os seus estabelecimentos votados a objectivos especiais, salubridade urbana e rural, alimentação, sezonismo, doenças epidémicas, doenças venéreas, tracoma, etc. Existem os institutos públicos de luta contra a tuberculose, contra a lepra, de protecção à maternidade e à infância, de assistência psiquiátrica, etc. (1).

Mas ao lado dos organismos oficiais, há importantes obras de iniciativa particular, com idênticos objectivos que mutuamente se ignoram (2).

Tudo isso devia conjugar os seus esforços, em íntima ligação, dentro de planos sistemáticos, de geral orientação e perfeita coordenação de actividades. Penso ser fácil conseguir essa conjugação, sem incorporações desnecessárias, e que por vezes até seriam prejudiciais, criando junto de cada sector de cada organismo central, um Conselho orientador, composto por delegados das instituições oficiais e particulares que contribuem para o objectivo em questão, e eventualmente por médicos estudiosos dos respectivos problemas. A principal tarefa de esses Conselhos seria a de uniformizar a actividade de todas as obras, pertencem a quem pertencerem, que trabalham para a finalidade comum; de incitar à fundação das que faltam para que o país fique dotado de uma rede suficientemente extensa para abranger toda a colectividade nacional e, mediante os relatórios obrigatoriamente elaborados segundo modelos bem demonstrativos do labor desenvolvido, de indicar os subsídios financeiros que o Estado deve conceder a cada uma das obras do sistema estabelecido.

Estou convencido, pelo que pessoalmente conheço, através de uma vida já longa de contactos com organismos de medicina social, que se esta fórmula fosse adoptada, progressivamente se conseguiria um notável desenvolvimento neste campo, se enraizaria na população o interesse por estes assuntos, e se obteria um rendimento útil muito superior ao que dão as obras sem conexão, tal como presentemente se encontram (3).

E de essa orgânica geral, sistematisada, decorreriam naturalmente, sem dificuldades, sem atritos, com proveito para ambas as partes, relações da medicina social com as instituições de exclusiva assistência médica curativa, para todo o público, assim como com as de previdência.

Pelo que respeita à relação entre as obras existentes na mesma localidade, deveriam criar-se centros de inquérito médico-social, tal como os já existentes em Lisboa, no Porto e em Coimbra, mas de uso obrigatório para todas as obras de medicina social.

As obras de medicina curativa, dispensários e hospitais, teriam toda a vantagem em servir-se do centro de informações, pelos mencionados motivos. E até as de mera assistência social, orfanatos, patronatos, asilos e hospícios, beneficiariam com o aproveitamento de tal centro informador.

A sua organização e sustentação seria fácil. Com pequenas quotas de cada instituição, e subsídios das administrações locais (que deveriam fornecer a instalação) se manteria o centro sem dificuldade, pois a despesa, que não é avultada, seria proporcional à importância do aglomerado populacional a servir, e o pessoal que empregaria seria inferior ao representado pela reunião do pessoal, com idênticas funções, das várias obras.

Nas terras pequenas, que não precisam de obras especializadas, os «Centros de Saúde», de que já há exemplos entre nós, podem assumir todas as funções de medicina social: protecção à maternidade e à infância, higiene escolar, profilaxia das doenças contagiosas, educação sanitária. Devem organizar-se e funcionar, quanto possível com os recursos locais, comparticipando técnica e financeiramente os poderes públicos, à semelhança do que faz com os chamados «melhoramentos rurais».

Não confio na virtude do reclamado Ministério da Saúde, antes de se operar essa sistematização, porque não é por passar de Subsecretariado de Estado a Ministério que o problema se resolve, mas sim com o estabelecimento de uma orgânica que não estanque, em compartimentos fechados, os serviços das Direcções Gerais de Saúde e Assistência, que por meio de Conselhos orientadores estabeleça a ligação entre os dois sectores de aquele Subsecretariado, os de outros Ministérios que têm serviços de medicina social e as instituições particulares cuja participação tenha interesse para a finalidade visada, que se conseguirá a almejada eficiência. Depois, quando os serviços tomarem vulto que o reclame, o Ministério da Saúde nascerá sem se pedir.

*

Estas as linhas gerais. As particularizações, as feições especiais de cada modalidade de serviços, excedem os limites de uma palestra, e certamente os da minha competência em muitos dos aspectos a considerar. Por isso fiquemos por aqui. Para pretexto de discussão creio que chegam bem. E muito obrigado, novamente, pelo convite, agradecimento agora extensivo à atenção com que me ouviram.

NOTAS

(¹) A reforma dos serviços sanitários de 1926-27 (em que Ricardo Jorge me deu a honra de colaborar) representou importante avanço na orgânica de saúde pública. Criou as inspecções especializadas, procurou relacionar o papel do Estado com o dos municípios por meio das juntas de higiene, iniciou a formação de um corpo de sanitaristas exclusivamente dedicados às suas funções, deu maiores possibilidades de actuação aos funcionários de saúde, etc. Realcei o valor de essa reforma («Portugal Médico», N.º 9 de 1926 e N.º 2 de 1927), que posteriormente foi valorizada por novas disposições.

Criou-se, com o auxilio da Fundação Rockefeller, um bom serviço anti-sezonático, que hoje conta com o Instituto de Malariologia e 10 estações ou postos de inquirição e tratamento dos impaludados. Desenvolveram-se os serviços contra as chamadas «doenças sociais», desempenhados pelos «Dispensários de Higiene social». Reformou-se a Assistência Nacional aos Tuberculosos, construindo-se novos sanatórios. Com a criação da Leprosaria Rovisco Pais, estabeleceu-se um sistema de luta contra a lepra. Enquadraram-se os serviços psiquiátricos numa orgânica que vai desde os «Centros de assistência psiquiátrica» até à ampliada e ordenada hospitalização. Fundou-se o «Instituto Maternal» com obras existentes de protecção à maternidade e de puericultura, no propósito de acrescentar. Isto para só citar os mais importantes progressos, em sectores de Saúde e da Assistência Públicas, dos respectivos Subsecretariados de Estado.

(²) Como notou o colega Gorjão Henriques, Delegado de Saúde de Leiria, na bela conferência publicada no «Boletim da Assistência Social» (N.ºs 92-94, de 1950) — Cooperação dos serviços públicos na sanidade e na assistência —, as primeiras iniciativas de intervenção no combate às doenças sociais e na prevenção dos males evitáveis, devem-se aos ensaios de instituições particulares, sem directa interferência do Estado.

(³) Pelo decreto que organizou a Assistência Social, à Direcção Geral de Saúde competia emitir directrizes técnicas para as autarquias e instituições de assistência, e colaborar, em tudo o que respeita à saúde pública, com os serviços dependentes de outros Ministérios. Estas louváveis disposições não foram, porém, asseguradas, com a necessária precisão; resultam praticamente inoperantes. Que eu saiba, verdadeira cooperação, efectiva, só se observa na «Junta Sanitária de Águas», organismo que já existia, e com óptimo rendimento. É o melhor exemplo que entre nós se pode dar dos benefícios da sistematização de actividades dispersas.

Um exemplo interessante, lá de fora, foi o que tive ocasião de ver em Inglaterra, em 1924, relativo à saúde escolar, o qual mencionei numa série de artigos sobre a orgânica sanitária inglesa («Portugal Médico», N.ºs 11 e 12 de 1924 e N.ºs 3, 5, 6 e 7 de 1925). Também lá a sanidade escolar não estava no Ministério da Saúde, mas o secretário geral de este era cumulativamente director geral da saúde escolar; e em cada Condado o médico-chefe escolar estava sempre em contacto com o da saúde pública, a quem entregava os seus relatórios, de este recebendo cópias das fichas individuais elaboradas nos dispensários de protecção sanitária da infância, com os informes sobre os antecedentes de cada criança. Belo exemplo de cooperação.

De como é possível estabelecer coordenação de esforços provenientes de diversas entidades, tive a prova quando, em 1932, fundei o Instituto de Puericultura do Porto com sua rede de dispensários (depois incorporada no Instituto Maternal), para o qual concorriam com pessoal e dinheiro, a Junta de Província, a Câmara Municipal e a Faculdade de Medicina; com serviços e resultados de que no fim de cada ano se dava conta pública, provando a viabilidade útil de tal associação.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

SOCIEDADES. — Trabalhos apresentados: — Na *Sociedade das Ciências Médicas*: Rádio-rastreo da tuberculose pulmonar e vacinação pelo B. C. G. da população portuguesa, por Carlos Santos e Casanova Alves; Considerações sobre uma amputação do útero praticada por José Cordeiro em 1827 no Hospital de S. José, por A. Mac Bride; O médico português Francisco Sanches e a sua época, por Mário Monteiro Pereira; Para a história da Sociedade e revistas médicas portuguesas, por Costa Sacadura. Na *Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis*: A patologia e a patogenia dos síndromas de choque, por M. Mosinger. Na *Sociedade P. de Neurologia e Psiquiatria*: O interesse da interceptividade nas funções do eu, por Barahona Fernandes. Na *Sociedade P. de Hidrologia Médica*: A inquinação das águas medicinais, por Amaro de Almeida; Lamas medicinais portuguesas. Na *Sociedade P. de Estomatologia*: Distoclosões, por Palma Leal. Nas Quinzenas Médicas dos *Hospitais da Universidade de Coimbra*: A importância da medicina dos micro-choques e de integração total, por M. Mosinger; Cortisona e mastocitose, por M. Mosinger e Renato Trincão; Sobre mastose quística e cancro mamário, por M. Mosinger e Oliveira Franco; Gastrostomização jejunal, por Montezuma de Carvalho; Encavilhamento de Kuntscher, por Ponty Oliva. Nas reuniões do *Hospital de Santo António do Porto*: Forma particular de neuropatia periférica, por Corino de Andrade. Na *Sociedade P. de Pediatria* (Secção do Norte): Fragmentos históricos da pediatria portuguesa, por Luís de Pina.

INTERCÂMBIO. — No Hospital Escolar de Lisboa, conferência do Prof. José Silveira, da Bahia, sobre o B. C. G. e a extinção da alergia. Na Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa e no Hospital da Universidade de Coimbra, o Prof. Ivan Bertrand, de Paris, falou sobre displidoses e proteínoses cerebrais.

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA. — Celebrou solenemente o centenário dos nascimentos de José António Serrano e Miguel Bombarda, tendo sido oradores os profs. Victor Fontes, Barbosa Soeiro e Barahona Fernandes.

CONGRESSO DE MEDICINA TROPICAL — De 24 a 29 de Abril realiza-se em Lisboa este congresso nacional, cujos trabalhos se repartirão por 4 secções: Higiene, Clínica, Micrologia e parasitologia, Investigação científica e organização dos serviços de agronomia e veterinária no meio indígena. Haverá exposições, uma de bibliografia de medicina tropical e outra sobre a ocupação sanitária ultramarina.

CONFERÊNCIAS. — No Instituto P. de Oncologia, de Lima Bastos, sobre polipose do estômago e do intestino delgado.

CURSO DE PATOLOGIA VASCULAR. — Com a assistência de médicos estrangeiros efectuou-se este curso no Serviço do Prof. Cid dos Santos, no Hospital de Santa Marta.

NECROLOGIA. — Dr. Fernando Basso Marques, professor aposentado de Escola Médica de Goa. Dr. António Dias da Silva, médico chefe da Associação de Socorros Mútuos dos Empregados do Comércio de Lisboa. Dr. Manuel Paulo Martins, sub-inspectr da Assistência Social. Dr. José S. Xavier de Sousa, cirurgião reformado do Ultramar. Dr. José Nogueira Menezes de Almeida, antigo e considerado clínico em Corniche, nosso presado leitor.





MARTINHO & C.ª L.ª

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

Rua de Avis, 13-2.º — PORTO — Telef. P. P. C. 27583 — Teleg. «MARTICA»

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

Alcalóides integrais da quina, metilarsinato de sódio e — vitamina C em veículo estabilizador

Soberano em anemias, anorexia, convalescenças difíceis. Muito útil no tratamento do paludismo. Reforça a energia muscular, pelo que é recomendável aos desportistas e aos enfraquecidos.

Fórmula segundo os trabalhos de Jusaty e as experiências do Prof. Pfannestiel

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO
NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO

TRICALCOSE

SAIS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

Depósito geral: FARMÁCIA GAMA — Calçada da Estrela, 130 — LISBOA



GRIPE

QUINOPIRINA

ANTIPIRÉTICO
ANALGÉSICO

GRIPE, CONSTIPAÇÕES, RESFRIAMENTOS, BRONQUITES, TRAQUEOBRONquite AGUDA, OUTRAS AFECCÕES DAS VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES, REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO, CEFALÉIAS, NEURALGIAS, ODONTALGIAS, ETC.

Boião-frasco de 40 grajeias 20\$00
Tubo plástico de 10 grajeias 6\$00

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sala
Est.
Tab
N.º