

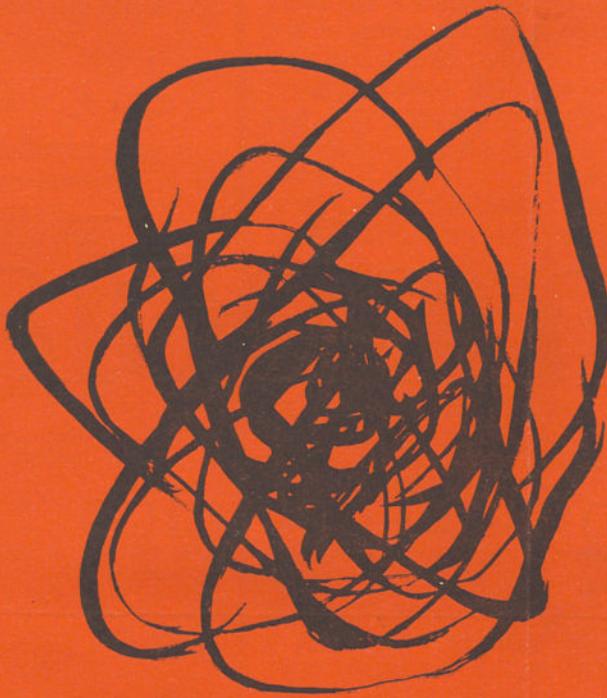
ANALGÉSICO POTENTE PARA USAR APENAS  
POR PRESCRIÇÃO E SOB ORIENTAÇÃO MÉDICA

# numorphan

Lic. ENDO CORP.

1-14-hidroxi-dihidromorfinona

UM DOS MAIORES PROGRESSOS NO DOMÍNIO DOS ANAL-  
GÉSICOS DEPOIS DO ISOLAMENTO DA MORFINA, EM 1805



**APRESENTAÇÃO**

**Comprimidos:**

- Tubos de 10, doseados a 10 mg.

**Injectável:**

- Caixas de 6 e de 12 ampolas, de 1 cm<sup>3</sup>, doseadas a 1,5 mg.
- Caixas de 6 e de 12 ampolas, de 2 cm<sup>3</sup>, doseadas a 2 mg. (Forte).

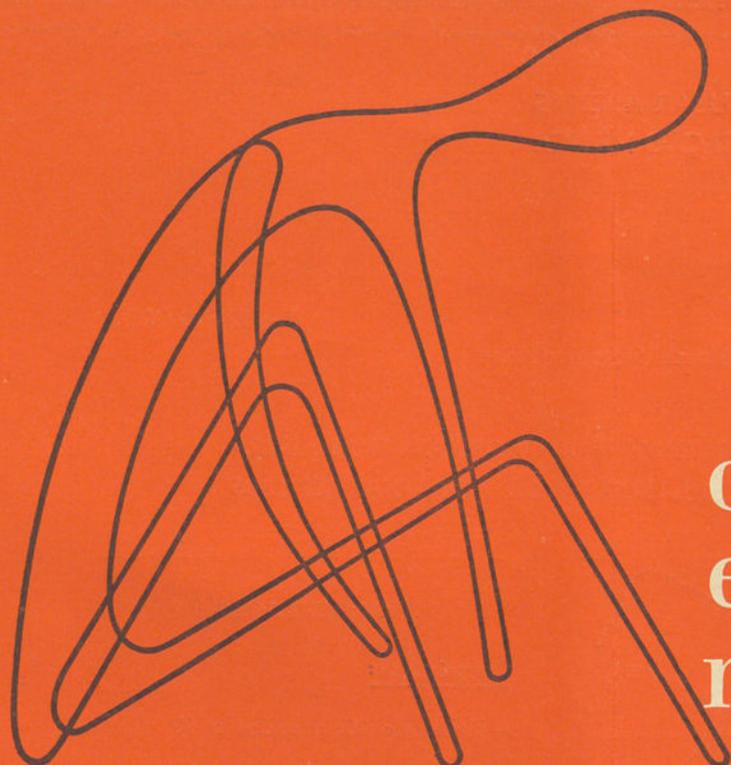
**Rectal:**

- Caixas de 6 supositórios de 2 mg.
- Caixas de 6 supositórios de 5 mg. (Forte).

 **LABORATÓRIOS AZEVEDOS**  
Medicamentos desde 1775  
LISBOA — PORTUGAL

## SUMÁRIO

Aos prezados leitores .....	639	Sumários da Imprensa Médica Nacional .....	674	
<b>CIÊNCIAS MÉDICAS — CLÍNICA</b>		<b>MÉDICOS PORTUGUESES</b>		
<b>ARTIGOS ORIGINAIS</b>		O Dr. Raul Outeiro — Médico do Porto e Tisiologista — OCTAVIO SÉRGIO .....		677
CARLOS DA SILVA LACAZ e CELESTE FAVA NETTO — Imuno- patologia das Micoses .....	642	<b>ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS</b>		
E. SUBIZA MARTIN — Comentários sobre Alergia Al Grupo «Para» J. A. SERRA — Cancro e Micróbios — (Rectificação sobre um artigo) L. MICHON — O que fazer em face das icterícias do recém-nascido	655 660 661	Ernst Kretschmer: A Alemanha presta homenagem a um sábio — AZEVEDO FERNANDES .....		678
<b>CORRENTES DO TEMPO</b>		ECOS E COMENTÁRIOS — J. ANDRESEN LEITÃO .....		680
A evolução do desenho na criança .....	664	Na Assembleia Nacional — Notável discurso do Dr. Jorge Correia Sobre o Plano Intercalar de Fomento (Capítulo XI—Saúde)—depõem os técnicos da Medicina .....		684 690
<b>MOVIMENTO MÉDICO</b>		Centro Anticanceroso do Norte .....		692
Tratamento do diabético—pág. 667; O desenvolvimento na linguagem pág. 673. QUE DESEJA SABER? — Versão cefálica e anoxia fetal — pág. 674; Aneurismas cerebrais congénitos — pág. 674; Provas para sangue oculto — pág. 674.		NOTICIÁRIO NACIONAL — Sociedade Portuguesa de Obstetria e Ginecologia — pág. 694; Sociedade Portuguesa de Cardiologia — pág. 695; Instituto de Anatomia Patológica — Sessões das Quintas-feiras — pág. 696. Diversos.		



o organismo  
esgotado  
necessita de

# Primobolan

favorece o anabolismo proteico

---

Primobolan-Depot 100 mg. 1 amp. .... Esc. 64\$00  
Primobolan-Depot 20 mg. 1 amp (infantil) ..... Esc. 28\$00  
Primobolan Compr. 5 mg./20 compr. .... Esc. 51\$00  
Primobolan Compr. 1 mg./30 compr. (infantil) ..... Esc. 25\$50

**SCHERING A. G. BERLIM - ALEMANHA**

Representante comercial: QUIMIFAR, LDA.  
Av. da República, 2, 1.º  
Lisboa - 1

Delegação científica:  
Av. da República, 2, 3.º  
Lisboa - 1

Semanário de assuntos médicos  
e paramédicos

XV ANO — N.º 692

Vol. XXXIII (Nova série)

3 de Dezembro de 1964

DIRECTOR e EDITOR:  
MÁRIO CARDIA

SECRETÁRIO DA DIRECÇÃO: Guedes Guimarães—Médico do Inst. da Ass. Psiquiátrica.

CONSELHO DE REDACÇÃO: Luís A. Duarte Santos—Prof. da Fac. de Med. (Coimbra); Fernando Rodrigues Nogueira—Prof. da Fac. de Med. e Chefe de Serviço dos H.C.L. e José Andresen Leitão—1.º Assistente da Fac. de Medicina (Lisboa); Alvaro Mendonça e Moura—Dir. da Cir. Sanit. da Zona Norte e Joaquim Pinto Machado—1.º Assistente da Fac. de Med. (Porto).

Delegados no Brasil—Hilário Veiga de Carvalho (Prof. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) e Reginaldo Fernandes (Presidente da Assoc. Brasil. da Imp. Médica—Rio de Janeiro).

ADMINISTRADOR: Manuel dos Santos.

★

#### CONDIÇÕES DE ASSINATURA (Pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 180\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 240\$00; Outros países: um ano — 300\$00.

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

Portugal Continental e Insular — 220\$00; Ultramar — 290\$00.

As assinaturas começam em Janeiro; no decorrer do ano (só para «O MÉDICO») aceitam-se assinaturas a iniciar em Abril, Julho e Outubro (respectivamente, 120\$00, 90\$00 e 60\$00).

RED. ADM.: Av. dos Aliados, 41-4.º — PORTO  
Telefone 24907

LISBOA: Rua Quirino da Fonseca, 2-C-1.º  
Telefone 52074

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

★

Composição e impressão:  
TIPOGRAFIA SEQUEIRA, L.da

R. José Falcão, 122 — PORTO  
Telefone 24664

★

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

★

VENDA AVULSO — Distribuidores exclusivos: Editorial Organização, L.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — LISBOA  
Telefone 327507

ESTE SEMANÁRIO  
É TRANSPORTADO  
PARA TODO O PAÍS  
NOS COMBOIOS DA



de «O MÉDICO», desejamos comunicar que em 1965 os preços, avulso e por assinaturas, aumentarão um pouco em relação ao que tem sido nestes últimos anos; no entanto, «O MÉDICO» continuará a ser, por assinatura, a revista médica mais barata, mesmo sem contar com a «EUROPA MEDICA», que, como tem sucedido no ano corrente, será enviada gratuitamente em 1965 a todos os assinantes daquele semanário.

«O MÉDICO», cujos progressos em todos os campos — expansão, número de páginas, colaboração — se acentuaram consideravelmente durante o ano corrente, publicou em 1964, até ao fim de Novembro, mais 520 páginas do que em igual período de 1963. Mas não é só em relação ao número de páginas de leitura que «O MÉDICO» se salienta, mantendo-se em lugar cimeiro na imprensa médica nacional; este semanário é também o que apresenta mais variada colaboração, mantendo numerosas secções relacionadas com assuntos médicos e paramédicos e inserindo completa informação sobre a vida médica nacional e variado noticiário a respeito de manifestações médicas estrangeiras; é, também, muito apreciada a secção «Fora da Medicina» (colaborada por médicos, estudantes de medicina e filhos de médicos), sobretudo a respeito do movimento bibliográfico nacional; mas o que tem causado mais admiração nos meios médicos nacionais e estrangeiros — onde «O MÉDICO» goza também de prestígio, sobretudo nos meios internacionais da imprensa médica — é a quantidade de trabalhos originais de autores portugueses que este semanário publica, o que é altamente honroso para a medicina nacional. Assim, por exemplo, no ano corrente (Janeiro a Novembro), não falando nos «Comentários da Semana» e nos artigos da secção «Ecos e Comentários», «O MÉDICO» publicou 171 artigos originais de autores portugueses (cujos nomes se publicam noutra parte deste número).

Para 1965, podemos anunciar novos progressos. Publicaremos mais números especiais (que são enviados aos assinantes sem aumento de preços), mas esses números — semelhantes a outros que, com grande sucesso, publicámos em 1964 e em anos anteriores — custarão, avulso, muito mais do que habitualmente (no próximo ano, cada um dos números vulgares custará 6\$00). Entre esses números especiais, podemos anunciar desde já o de início do ano, a sair em 7 de Janeiro de 1965, que apresentará duas dezenas de trabalhos relacionadas com pro-

blemas de Endocrinologia, portanto de interesse para todos os médicos. Contamos que esse número, organizado pelo Prof. R. Iriarte Peixoto, tenha tantas páginas quantas as do que saiu no dia 2 de Janeiro de 1964, subordinado ao tema «Progressos em terapêutica» (com 252 páginas).

São os seguintes os preços das assinaturas com referência a 1965:

UM ANO (pagamento adiantado): Portugal Continental e Insular — 230\$00; Ultramar, Brasil e Espanha — 290\$00; Outros países — 350\$00. (Nestes preços inclui-se a «Europa Medica»).

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com a «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana» (incluindo também «Europa Medica»): Portugal Continental e Insular — 270\$00; Ultramar — 340\$00.

Quer dizer, com respeito a Portugal (Continente e Ilhas), cada número de «O MÉDICO» custa, por assinatura, 4\$40.

Todos os assinantes de «O MÉDICO» receberão gratuitamente a edição portuguesa da revista «EUROPA MEDICA» (que é editada em 5 línguas) e cujos números em 1965 publicarão, entre outros, numerosos trabalhos subordinados aos seguintes temas: Terapêutica dos estados de ansiedade, Afecções das vias respiratórias superiores, Urologia prática, Quimioterapia do cancro, Cefaleias, Tratamento da hipotensão arterial — mais de três dezenas de artigos, propositadamente redigidos para «EUROPA MEDICA» por eminentes personalidades, escolhidas entre as mais prestigiosas na Medicina de 10 países europeus.

*Os que desejarem ser novos assinantes para 1965 terão de nos comunicar (o que poderão fazer em simples postal) até ao dia 20 de Dezembro corrente, se quiserem ter a certeza de receberem o 1.º número especial (a sair, como dissemos atrás, em 7 de Janeiro). A cobrança, pelo correio, faz-se no início de 1965.*

Prezados amigos e nossos leitores assíduos: por assinatura, este semanário fica mais barato do que comprando-o avulso. Transmitam esta observação aos colegas que ainda não assinam «O MÉDICO» — o periódico que interessa a todos os médicos, o que apresenta mais leitura e a mais variada.

## CONSELHO CIENTIFICO

Augusto Vaz Serra (Director da Fac. de Med.), A. Meliço Silvestre, A. Tavares de Sousa, Albertino de Barros, Bártolo do Vale Pereira, Elísio de Moura, Fernando Serra de Oliveira, Henrique de Oliveira, Herménio Cardoso, Ibérico Nogueira, J. Correia de Oliveira, J. Gouveia Monteiro, J. Lobato Guimarães, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Renato Trincão (Profs. da Fac. de Med.), Luís José Raposo e M. Ramos Lopes (Enc. de Regências na Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (Chefe do Lab. de Radiol. da Fac.), Carlos Gonçalves (Dir. do San. de Celas), Domingos Vaz Pais (Delegado do Inst. Mat.), José Maria Raposo, Luciano dos Reis e Manuel Martins Ruas (Assistentes da Fac. de Med.), Manuel Montezuma de Carvalho (Cir.) e Mário Tavares de Sousa (Ped.) — COIMBRA

Adelino Padesca, Ayres de Sousa, Aleu Saldanha, António Mendes Ferreira, A. Castro Caldas, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Santos, Carlos Larroude, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, J. Moniz de Bettencourt, J. Cid dos Santos J. Oliveira Machado, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos, R. Iriarte Peixoto, Costa Sacadura, Toscano Rico e Xavier Morato (Profes. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Prof. do Inst. de Med. Tropical) Almerindo Lessa (Dir. do Serv. de Sangue dos H. C. L.), Augusto da Silva Travassos, Emílio Faro, Alexandre Sarmiento (Dir. do Lab. do Hosp. do Ultramar), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.) Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando Silva Correia, J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Manuel Marques da Mata (Insp. de Águas Minerais da Dir. Geral de Saúde), Mário Conde.—LISBOA

Albano Ramos, Amândio Tavares, Daniel Serão, J. Afonso Guimarães, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Emídio Ribeiro, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, José Garrett, Luis de Pina, M. J. Bragança Tender, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima, (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Oftalmologia do Disp. de Higiene Social), António da Silva Paul (Chefe do Serv. de Estomatologia do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), F. Gonçalves Ferreira (Dir. da Deleg. do Instituto Superior de Higiene), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hospital de Santo António), Gregório Pereira (Psiquiatra), Jorge Santos (Dir. do Hosp. Semide), J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de Santo António) e Pedro Ruela (Chefe de Serv. de Anestes. do Hospital Geral de Santo António) — PORTO

Pacheco de Figueiredo — (Nova Goa)

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Lisboa), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matosinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Subdeleg. de Saúde de Viana do Castelo) e Montalvão Machado

## DELEGADOS

Madeira: Celestino Maia (Funchal); Espanha: A. Castilho de Lucas (Madrid); França: Jean Huet (Paris); Alemanha: Gerhard Koch (Munster)

A. Campos Costa, A. Carneiro, A. Costa Machado, A. Diogo de Sousa, A. M. Teixeira Lopes, A. P. Lino Ferreira, A. Proença (3), A. Santos Pinto, Adelino Padesca (2), Aires Manuel Rangel, Aires Pedroso de Lima (2), Albano Ramos (3), Albano Rebelo, Albertino da Costa Ramos, Alberto Saraiva, Alexandre Sarmiento, Almeida Lima, Amândio S. Tavares (4), Amaro de Almeida, Amílcar Moura (2), António Alvelos, António Carneiro de Moura, António Carvalho Dias, António Pecegueiro, António da Silva Leal (3), António de Saavedra (3), António Tenreiro, Antero G. Palma Carlos, Arnaldo Sacadura da Fonseca, Artur Matos, Assis Camillo, Aureliano da Fonseca (6), Azevedo Fernandes, Barahona Fernandes, Bruno da Costa, C. Salazar Leite, Carlos Larroude, Carlos Leite, Carlos Lima, Carlos Pina Vaz (2), Carlos Silva Leal (3), Celeste Malpique, D. Vaz Pais, Daniel Serão, Dilma Nicolau, Domingos Santos, Eduardo Coelho, Eurico de Almeida, F. A. Gonçalves Ferreira (9), F. Amaral Gomes, F. Paes de Vasconcelos (2), F. Silveira do Amaral, Fernando Basílio, Fernando Nogueira (4), Fernando Silva Correia, Fernando Tomé, Franklin Figueiredo, Guedes Guimarães (3), Irene Azevedo Pina Vaz (2), Isolett Amaral, J. A. Serra (2), J. Araújo Moreira (2), J. Cortez Pimentel, J. Costa Maia, J. Jesus Martins, J. M. Pacheco de Figueiredo,

J. M. Rodrigues Pereira, J. M. Santos Mota (2), J. Fraga de Azevedo, J. Pinto Machado Correia da Silva (6), J. Rosa de Oliveira, J. Salazar de Sousa, J. Soares Fortunato, Jaime Milheiro, Jaime Rocha Reis, João Correia Guimarães (2), Joaquim Pacheco Neves (9), Jorge S. C. Santos (6), José António Neiva Vieira, José Crespo, José de Oliveira Firmo (2), José Fernando D. Oliveira e Silva, José Lopes Dias, Júlio Gesta, Juvenal Esteves, Kírio Gomes, L. Marques Pinto, Levi Guerra (2), Ligia Ázera, Luciano dos Reis, Luís Abecassis, Luís de Pina, Luís Guerreiro, Luís José Raposo (4), Luís Meneses de Almeida, Luísa Ducla Soares, M. Abecassis, M. Assunção Teixeira, M. J. Bragança Tender, M. Lourdes Lery, M. Marques da Gama, M. Silva Leal (3), Manuel Rodrigues Gomes, Maria Armada O. Pinheiro, Maria Clara Santana Mosca, Maria Júlia M. Queirós (2), Maria Luciana Mano, Maria Luísa de Abreu (2), Maria Luísa Gusmão, Maria Virgínia Calheiros Lobo, Mário Basto, Mário Cardia (8), Mário Carmona, Mário Cordeiro, Mário Damas Mora, Mário J. Cerqueira Gomes, Mendonça e Moura (2), Miller Guerra (2), Octávio Sérgio (7), Olympio Duarte Alves, Pedro Garcia Anacleto, Quitéria G. Pinto da Silva, Ricardo Chaves de Almeida, Rolão Candeias, Romeu Barradas, Sérgio Rosa, Veiga Pires, Veiga Vieira, Wilhelm Osswald.

Nunca em Portugal qualquer outra revista publicou tantos artigos originais, nem de tantos autores!

(\*) Entre parêntesis indica-se o número de artigos que o autor publicou; quando não há indicação do número, entende-se que só publicou 1 durante o período referido.

## Habitualmente o «O Médico» publica as seguintes secções:

*Comentário da Semana. Semana a Semana* (informações rápidas).

### Ciências Médicas — Clínica

*Artigos originais* — *Movimento Médico* (condensações ou resumos de artigos seleccionados em centenas de revistas publicadas em algumas dezenas de países). *Bibliografia* (referências a numerosos livros editados em vários países). *Que deseja saber?* (perguntas e respostas sobre problemas de prática médica).

*Ecos e Comentários* (pelo director e redactores de «O Médico»).

*Periscópio* (referente a assuntos no campo da biologia em geral, genética, ciências da população, medicina experimental, etc.). *Correntes do tempo* (textos de autores que, na imprensa médica ou não médica, comentam com autoridade e imaginação muitas das questões que tocam a medicina). *Actualidade* (assuntos na ordem do dia). *Scientific American* (selecção de artigos

de interesse médico-biológico da grande e prestigiosa revista norte-americana). *Ecos do passado* (nesta secção procura-se trazer para o presente alguns fragmentos do passado). *Documentário* (aspectos gráficos). «O Médico» há 10 anos anos. *Novas especialidades farmacêuticas*.

*A Vida Médica Nacional e A Vida Médica Estrangeira* (noticiário).

*Temas Médico-Literários*.

*Fora da Medicina* (colaboração de médicos, estudantes de medicina e filhos de médicos; entre outros assuntos, referência a livros recentemente aparecidos).

*Para o próximo ano*, entre secções novas e nova colaboração, podemos anunciar desde já «Notas terapêuticas» e na secção «Fora da Medicina»: finanças, automobilismo, desportos, cinema.

Outros índices referentes aos progressos de «O Médico» — anúncios em 1964 (até fins de Novembro) 1 366 páginas (em igual período de 1963 — 1 061 páginas).

\* \* \*

Desde Janeiro de 1965, no «Conselho Científico», figurarão, além dos actuais, outros nomes de ilustres colegas: os Profs. Armando Ducla Soares, Almeida Lima, Carneiro de Moura e Miller Guerra (da Fac. de Medicina de Lisboa), Fraga de Azevedo (do Inst. de Med. Tropical), Júlio Machado Vaz, Abel Tavares, Carlos Lima e Fernandes da Fonseca (da Fac. de Med. do Porto) e Drs. D. Maria Luísa Van Zeller, Castro Soares, Ferreira da Silva, Arnaldo Sampaio, Marques da Gama, Pimentel das Neves, Azevedo Fernandes e Waldemar Ferreira.

TERAPÊUTICA ANABOLIZANTE SEM ESTERÓIDES

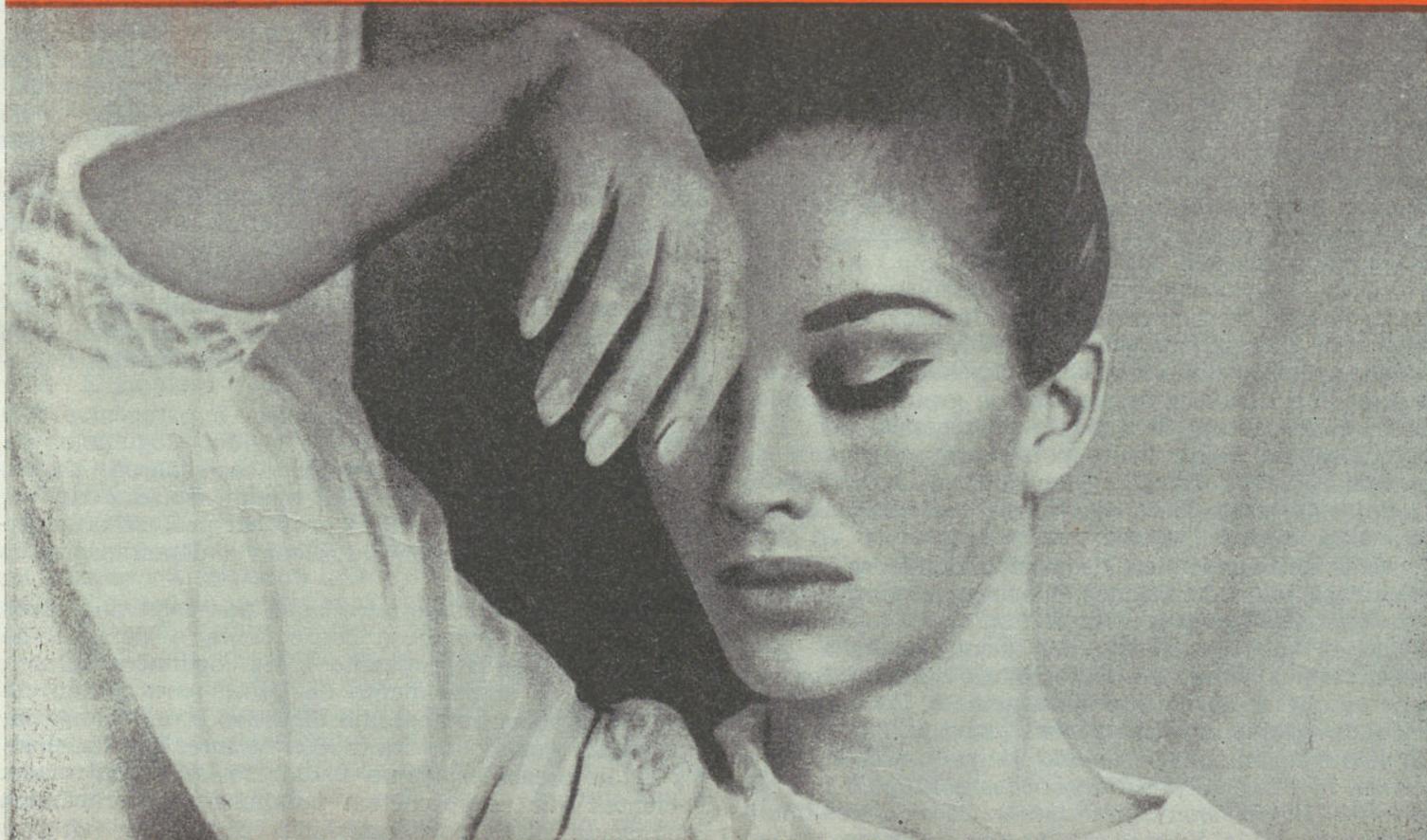
# HALIVITAN + DIGESTENZIMAS

(Vitaminas, lipotrópicos e oligoelementos) + (fermentos digestivos e sais biliares)

**Uma via nova na terapêutica reconstituente e anabolizante**

*Aumento de peso e recuperação da capacidade dinâmica sem esteróides e portanto sem riscos de virilização.*

*Utilização terapêutica de factores biológicos activos e inócuos, racionalmente conjugados.*



INSTITUTO LUSO-FÁRMACO • LISBOA-PORTUGAL • MILÃO-ITÁLIA

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA E IMUNOLOGIA  
(Prof. CARLOS DA SILVA LACAZ)

## IMUNOPATOLOGIA DAS MICOSES

CARLOS DA SILVA LACAZ (\*)

CELESTE FAVA NETTO (\*\*)

### I—DADOS PRELIMINARES SOBRE OS FUNGOS PATOGENICOS

Os cogumelos, seres vegetais heterotróficos, incluindo os actinomicetos, os bolores e as leveduras, estão amplamente disseminados na natureza. No reino vegetal, na terra e poeira, em alimentos os mais diversos, proliferam cogumelos, alguns deles patogênicos para o homem. Uma das fases do ciclo evolutivo de determinados fungos ocorre no solo, como é o caso do *Coccidioides immitis*, do *Histoplasma capsulatum* e do *Microsporium gypseum*.

O homem doente e o convalescente, bem como animais domésticos e silvestres, também constituem fontes de infecção de grande importância epidemiológica. Assim, gatos e cães portadores de «tinhas» podem constituir fonte principal de epidemias de tricomicoses, principalmente de «tinhas tonsurantes» microspóricas (*Microsporium canis*). Os alimentos veiculam flora micótica muito rica, constituída principalmente por leveduras, cuja actividade enzimática caracteriza bioquimicamente este importante grupo de cogumelos. Bebidas alcoólicas, leite e derivados lácteos são ricos em leveduras, principalmente do género *Saccharomyces*. O *Cryptococcus neoformans*, agente da criptococose, pode ser veiculado através do leite, em casos de mastite bovina provocada por aquele microrganismo.

O ar atmosférico transporta cogumelos ditos contaminantes, de crescimento rápido e invasor, bem como esporos de fungos patogênicos. A flora micótica do ar (fungos anemófilos) é variável, na dependência do clima, da estação do ano, da temperatura e grau higroscópico do ar, chuvas, local de colheita do material, etc. Tais cogumelos, no nosso meio, pertencem principalmente aos géneros *Cladosporium*, *Penicillium*, *Aspergillus* e *Rhodotorula*, sendo reduzida a sua capacidade alergénica (LACAZ e colab., 1958).

Nas zonas endémicas de coccidioidomicose e de histoplasmosse, têm sido isolados da poeira, respectivamente o *Coccidioides immitis* e o *Histoplasma capsulatum*, cogumelos que frequentemente, quando inalados, produzem formas benignas ou subclínicas de infecções pulmonares que se curam espontaneamente. Do ar atmosférico de grutas, o *Histoplasma capsulatum* também tem sido frequentemente isolado, já que o ambiente das mesmas favorece a proliferação desse fungo. Ao contrário do *Histoplasma capsulatum*, o *Coccidioides immitis* cresce em solo árido, seco, de tipo desértico.

Não conhecemos exactamente como se encontram no solo, poeira e vegetais, as formas ditas infectantes dos fungos patogênicos. Provavelmente, elas ocorrem sob a forma de clamidósporos, que são órgãos de resistência e, também, de proliferação dos cogumelos.

Nessas considerações iniciais, convém referir, igualmente, que os vegetais (sementes, folhas e cascas de árvores) possuem rica flora micótica, podendo diver-

sos fungos patogênicos para o homem ser isolados desta importante fonte de infecção. Assim, o *Sporotrichum schencki* e cogumelos do género *Phialophora* podem ser cultivados a partir de vegetais os mais diversos. É provável, também, que o *Paracoccidioides brasiliensis*, agente da chamada blastomicose sul-americana, encontrado, no reino vegetal, o seu grande reservatório.

Das cavidades naturais do homem (boca, cáries dentárias, criptas amigdalíneas, etc.) podem ser isolados, em condições normais, dois fungos de biologia completamente diversa, ambos patogênicos quando determinadas condições predisponentes estão presentes: o *Cohnistrepthrix israeli* (*Actinomyces bovis* ou *Actinomyces israeli*) e a *Candida albicans*. O primeiro microrganismo é um actinomiceto anaeróbio ou microaerófilo, agente da chamada actinomicose endógena ou urbana, que se manifesta geralmente por lesões cervicofaciais ou pulmonares, de evolução aguda ou subaguda e muito sensível à acção da penicilina e dos antibióticos do grupo das tetraciclina.

A *Candida albicans* é uma levedura filamentosa anascógena que pode ser isolada com relativa frequência, em condições normais, de cáries dentárias e de secreções as mais diversas, principalmente a vaginal. Rompendo-se o equilíbrio micróbio-hospedeiro, a *Candida albicans* pode proliferar intensamente, tornando-se patogénica. Assim, a hipo ou arriboflavinose, a diabetes, a gravidez no seu último trimestre, o emprego prolongado de antibióticos, a prematuridade, etc., podem constituir condições que garantem maior viabilidade à *Candida albicans*, que prolifera abundantemente, tornando-se patogénica, também, pela presença de lesões das mucosas do organismo infectado.

O conceito de fungo saprófita e patogénico não pode ser estabelecido de modo rígido. Cogumelos da ordem *Mucorales*, pertencentes aos géneros *Mucor*, *Rhizopus* e *Absidia*, frequentemente isolados do ar, como contaminantes, podem provocar processos meningocéfálicos graves, conhecidos com a denominação de mucormicose.

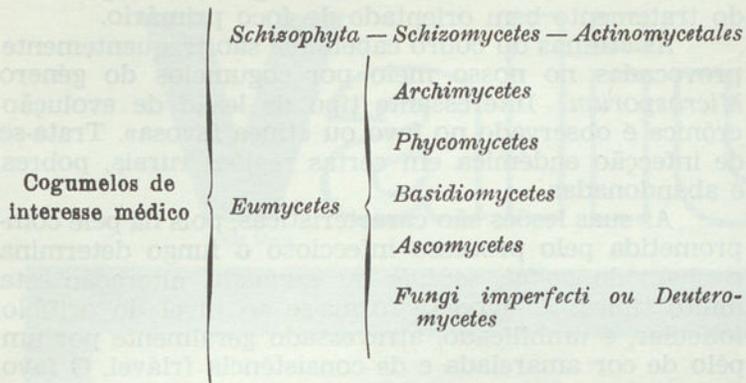
Formando massas micelianas nos pequenos vasos cerebrais, com trombose consequente e dotados de nítida actividade necrotizante, estes cogumelos actuam provocando o aparecimento de lesões para o lado do sistema nervoso, no aparelho digestivo e pulmões, principalmente quando determinados factores predisponentes estão presentes, como a diabetes não controlada. Pacientes que se submetem igualmente à terapêutica prolongada pelos corticosteróides podem ser vítimas de mucormicose, conforme assinala BAKER (1956).

Os cogumelos ou fungos, dentro da classificação

(\*) Professor de Microbiologia e Imunologia.

(\*\*) Livre-docente de Microbiologia e Imunologia.

botânica de ENGLER & GILG (1924), estão compreendidos entre os *Schizophyta* e os *Eumycetes*.



Os *Archimycetes* e os *Basidiomycetes* não possuem espécies patogénicas para o homem. Os *Eumycetes* ou cogumelos propriamente ditos são constituídos por um talo que, na maioria das vezes, pode ser perfeitamente diferenciado em duas partes: um aparelho vegetativo, denominado micélio ou *Rhizopodium* e um aparelho de frutificação ou encárpio, cujos órgãos se diferenciam para servir à reprodução do cogumelo.

O aparelho vegetativo ou micélio é constituído por aglomerado de células, havendo, porém, micélios unicelulares, destinados a desempenhar funções da vida vegetativa dos cogumelos.

Na sua vida parasitária, os fungos apresentam aspectos morfológicos diversos. Nas micoses superficiais, os artigos micelianos, bem como os esporos, vivem na camada queratínica da pele, pêlos e unhas. Nas micoses profundas, as células fúngicas, através da sua acção directa ou de produtos do seu metabolismo, produzem reacções tissulares as mais diversas, as quais, segundo BAKER (1947), podem ser assim agrupadas:

**Grupo I** — Todas as alterações podem estar presentes: supuração, macrófagos, células gigantes, necrose caseosa e fibrose. Exemplos: blastomicose norte-americana, blastomicose sul-americana, coccidioidomicose e esporotricose.

**Grupo II** — Todas as alterações, excepto a necrose caseosa. Exemplos: actinomicose, maduromicose e cromomicose.

**Grupo III** — A supuração geralmente está ausente. Exemplos: histoplasmose e criptococose.

**Grupo IV** — Inflamação aguda e necrose. Exemplos: mucormicose e aspergilose.

**Grupo V** — Ausência de reacção ou inflamação crónica. Exemplos: monilíase e dermatomicoses superficiais.

Segundo BAKER (1947), os fungos podem agir como corpos estranhos, principalmente os de maior tamanho, a localização do cogumelo interfere com a reacção, pois quando situados em pêlos, unhas e camadas superficiais da pele, a reacção é mínima ou ausente. A produção de endotoxinas, a estrutura química dos fungos e o estado imunoalérgico do indivíduo infectado condicionam, também, diferentes tipos de reacções.

Os fungos, de modo geral, cultivam-se com relativa facilidade, sendo que nos laboratórios de rotina o clássico meio de ágar-Sabouraud ainda é frequentemente utilizado para o isolamento de fungos patogénicos. Apenas o *Cohnistreptothrix israeli* exige condições de anaerobiose e a temperatura de 37° C para o seu isolamento, enquanto que os outros cogumelos agentes de micoses superficiais e profundas crescem relativamente bem, à temperatura ambiente.

O único cogumelo até hoje não cultivado é o *Rhizosporidium seberi*, agente da rinosporidiose.

Os métodos de estudo adoptados em micologia já estão bem padronizados, consistindo no estudo da *morfologia do cogumelo nas lesões* (exames a fresco, após coloração ou em cortes histológicos), estudo das *culturas do cogumelo* em meios nutritivos os mais diversos, incluindo suas variantes; a análise cuidadosa da

*micromorfologia do cogumelo* (micélio e aparelho de reprodução); estudo dos *caracteres bioquímicos*; verificação do *poder patogénico*, bem como da sua *estrutura antigénica*. SEELIGER (1956), foi um dos pioneiros de tais estudos que hoje, em micologia, vêm ganhando adeptos, no sentido da obtenção de meios mais seguros para a perfeita caracterização genérica e específica dos fungos.

Constituintes antigénicos de fungos patogénicos têm sido demonstrados através de provas sorológicas e imunoquímicas.

Os cogumelos podem ser divididos, sob o ponto de vista da sua actividade patogénica, em parasitas obrigatórios e parasitas facultativos; estes últimos somente em condições favoráveis se tornam patogénicos.

Nesta parte introdutória, devemos referir que os fungos agentes de micoses superficiais, principalmente os chamados dermatófitos (géneros *Epidermophyton*, *Microsporium* e *Trichophyton*) têm particular preferência para a localização nas camadas queratínicas da pele, pelos e unhas, onde os esporos e artigos micelianos se localizam. Em meios apropriados de cultura, tais dermatófitos produzem substâncias solúveis, utilizadas no preparo da chamada tricofitina, de tal modo que «in vivo» essas mesmas substâncias podem ser elaboradas, podendo eventualmente provocar manifestações de hipersensibilidade em determinados pacientes.

Os cogumelos agentes de micoses profundas, penetrando no organismo do homem ou de outros animais, podem provocar quadros infecciosos evolutivos, com manifestações anátomo-clínicas as mais diversas ou, então, infecções frustas, subclínicas e até mesmo inaparentes. Na dependência do estado de resistência orgânica, desenvolve-se a doença, com exteriorização clínica ou a infecção. Assim, na coccidioidomicose, na histoplasmose, na blastomicose norte-americana, na blastomicose sul-americana, na esporotricose e, provavelmente, na criptococose, estes factos se manifestam, o que é de importância fundamental no estudo das micoses, sob o ponto de vista clínico e epidemiológico.

Para o reconhecimento das formas de infecção, as provas imunoalérgicas são vulgarmente utilizadas na prática, principalmente em inquéritos epidemiológicos. Em determinadas zonas dos Estados Unidos, onde a coccidioidomicose é endémica (Vale de São Joaquim, Califórnia) é bastante elevada a incidência de positividade à prova de coccidioidina, enquanto que, em Cansas, a reacção à histoplasmina realça em positividade.

## II — PECULIARIDADES CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS DAS MICOSES

Os fungos e seus produtos de metabolismo podem provocar, no organismo do homem ou dos animais de experimentação, processos de hipersensibilidade ou doenças bem definidas do ponto de vista anátomo-clínico. As manifestações de hipersensibilidade, conforme a natureza do alérgeno e a sua via de penetração, traduzem-se clinicamente por quadros da rinite, asma brônquica, urticária e até choque anafiláctico, como é o caso da penicilina. Quadros de mícides podem ocorrer no decurso das micoses superficiais ou profundas, especialmente nas dermatofitoses.

As micoses de interesse médico podem ser primariamente divididas em superficiais e profundas. As primeiras determinam lesões superficiais, sem carácter granulomatoso, ao passo que as segundas provocam lesões profundas, com estrutura granulomatosa. O grupo das micoses superficiais pode ser subdividido em cinco grupos, conforme a localização do processo: na pele e nas mucosas, nos pêlos, na pele e nos pêlos, nas unhas e dobras periungueais e no conduto auditivo externo.

### 1 — Micoses superficiais

Os aspectos alergizantes das micoses superficiais são estudados preferentemente no capítulo da chamada

dermatofitose, das «tinhas do couro cabeludo e da barba» e das candidíases ou monilíases.

A «tinha da pele glabra», a «tinea cruris», a «tinea versicolor», a acromia parasitária de Jeanselme, o eritrasma, a «tinea imbricata», a «tinea nigra», a piedra, a tricomicose nodular axilar, as onicomicoses e as otomicoses não oferecem ao alergista e ao imunopatologista peculiaridades clínicas especiais e dignas, portanto, de menção, neste trabalho.

Segundo LEWIS & HOPPER (1943), entendemos por dermatofitose toda a infecção fúngica que se localiza nas zonas planas e intertriginosas da pele, particularmente nos pés e mãos, bem como as manifestações alérgicas provocadas pelos fungos — as dermatofitides, micídes ou alérgides micóticas.

No grupo das dermatofitoses, incluem-se a *tinea pedis*, a *tinea manuum* e as *dermatofitides*. As dermatofitoses são produzidas quase sempre pelo *Trichophyton mentagrophytes* (grupo *gypseum*) e *T. rubrum*, pela *Candida albicans*, *Epidermophyton floccosum* e mais raramente, pelo *Microsporium lanosum*. Manifestam-se nos pés, sob forma aguda determinada pelo *Trichophyton mentagrophytes* ou sob forma crônica, pelo *T. rubrum*. As dermatofitides, segundo PECK & SCHWARTZ (1943), podem ser classificadas em: epidérmicas (formas eczematóide, liquenóide, paraqueratósica e psoriasiforme), dérmicas, afectando o corpo papilar, subcutâneas (com nódulos hipodérmicos, tipo «eritema nodoso») e vasculares (flebite migratória e urticária). As formas dérmicas podem ser difusas (exantemas e enantemas escarlatiniformes; eritrodermia) e circunscritas (localizações foliculares, em geral do tipo liquenóide); erupções maculosas, papulosas e exsudativas, bem como erupções do tipo erisipelóide.

ARÊA LEÃO (1940), considera as seguintes manifestações de alérgides micóticas: tipo liquenóide (líquen escrofuloso, espinuloso, rubro plano, folicular e córneo), o tipo exantemático (exantema escarlatiniforme) e o tipo exsudativo com os seguintes caracteres: eczematóide, vesicular, disidrosiforme, penfigóide, eritema exsudativo polimorfo e eritema nodoso. As dermatofitides parecem resultar de manifestações de hipersensibilidade, provocadas pela disseminação hematogénica de produtos tóxicos, de natureza fúngica. Elas englobam, no seu conjunto, microspórides, tricofitides, fávidas e epidermofitides. Geralmente, tem em tais casos, cogumelos do género *Trichophyton* são os responsáveis pelo quadro clínico e o «foco sensibilizador» localiza-se quase sempre nos pés. Assim, lesões muitas vezes ignoradas pelos pacientes e localizadas nos pés podem determinar alterações disidrosiformes nas mãos. A chamada *disidrose lamelosa seca* é muito frequente na prática dermatológica e está, algumas vezes, relacionada a uma infecção fúngica dos pés. A localização mais frequente das micídes nas palmas das mãos é explicada como sendo devida à maior irritação que sofrem estas partes do corpo, motivadas por trauma, fricções, maceração, variações de temperatura, humidade, acção da luz e também devido ao tipo chamado terminal, de circulação da palma das mãos e planta dos pés. Em alguns casos, as dermatofitides determinam sintomatologia geral (febre, mal-estar, cefaleia, adenopatia), principalmente quando no tratamento dessas manifestações se empregam vacinas antimicóticas, sem anteriormente verificar o estado de «sensibilidade» do paciente.

Para se considerar uma lesão como de dermatofitide, é necessário, segundo LACAZ (1960), que se preencham os seguintes dados: demonstrar a presença de foco primário, de onde o fungo seja isolado; o foco geralmente está irritado, por acção medicamentosa mal orientada ou pelo próprio fungo; a irritação do foco primário pode ser produzida por traumatismo, fricções muito fortes, agentes ceratolíticos enérgicos, radioterapia, etc.; a prova de tricofítina deve ser positiva, demonstrando o estado de hipersensibilidade cutânea ou de reactividade alterada do organismo; nas lesões de dermatofitide, o fungo não é encontrado, pois tais

manifestações são secundárias a processo cutâneo situado algures; as lesões de dermatofitide desaparecem com a medicação dessensibilizante geral, acompanhada do tratamento bem orientado do foco primário.

As «tinhas do couro cabeludo» são frequentemente provocadas no nosso meio por cogumelos do género *Microsporium*. Interessante tipo de lesão de evolução crônica é observado no favo ou «tinea favosa». Trata-se de infecção endêmica em certas regiões rurais, pobres e abandonadas.

As suas lesões são características, pois na pele comprometida pelo processo infeccioso o fungo determina o chamado *godet*, *scutula* ou *excudete*, alteração esta muito típica. O «godet» forma-se ao nível do orifício folicular, é umbilicado, atravessado geralmente por um pêlo de cor amarelada e de consistência friável. O favo pode apresentar-se sob três formas anátomo-clínicas: pitiróide, impetiginóide e papiróide (rara). O agente do favo é o *Trichophyton schoenleini*.

É interessante assinalar a variedade dos quadros clínicos na microsporia e tricofítia. No caso da «tinha microspórica», a placa de tonsura quase sempre é grande, única e arredondada. Falta em tais lesões o componente eritematoso. A tricofítia do couro cabeludo é determinada frequentemente, no nosso meio, pelo *T. violaceum* e *T. tonsurans*. As placas, em tais casos, são geralmente múltiplas, lenticulares, acompanhadas de escamas com induto gorduroso. Do ponto de vista clínico, a tricofítia do couro cabeludo pode assumir duas formas: a de «Kerion Celsi» (tricofítia inflamatória) e a tricofítia não inflamatória (placas de tonsura).

A sicose de natureza tricofítica (tricofítia folicular dos pêlos da barba e do bigode) pode assumir, segundo NEGRONI (1942), três formas clínicas: inflamatória aguda (foliculite agminada); crônica, pouco ou nada inflamatória e crônica, infiltrada, de tipo furunculóide.

A sicose parasitária é infecção geralmente rebelde, principalmente se produzida por *Trichophyton* do tipo *endothrix*.

NEGRONI & BOSQ (1942), acreditam que o granuloma tricofítico de Majocchi seja uma tricofítia subcutânea ou dérmica, de evolução subaguda ou crônica. Conseguiram os pesquisadores argentinos a reprodução experimental do granuloma, em cobaias, demonstrando que se trata de reacção tissular alérgica para um antígeno específico que funciona como entidade química. RAMOS e SILVA (1956), estudou nova modalidade clínica de tricofítia, conhecida pelo nome de «perifoliculite abscedante», de Hoffmann, caracterizada por lesões hipodérmicas, com ponto de partida folicular, dando lugar a uma alopecia cicatricial definitiva. A abscedação é solapante, progressiva e a fistulização faz-se em longos trajectos. Em muitos casos, diz RAMOS e SILVA (1956), a perifoliculite de Hoffmann deve ser considerada complicação ou sequela de «tinhas tricofíticas» do couro cabeludo. RAMOS e SILVA (1956), agrupa as tricofitias, em geral, do seguinte modo:

Tricofítia epidérmica	— Herpes circinado tricofítico
Tricofítia do cabelo	— Tinha tricofítica
Tricofítia folicular	— Tricofítia profunda, sicose parasitária, quérion tricofítico
Tricofítia dérmica	— Granuloma tricofítico de Majocchi
Tricofítia hipodérmica	— Perifoliculite de Hoffmann

No caso particular das leveduroses ou monilíases de localização cutânea, mucosa ou cutâneo-mucosa, muito raramente podem ocorrer manifestações alérgicas, conhecidas com a denominação de levedúrides (oidiomíides, de BLOCH ou monilíides, de HOPKINS). Elas consistem em reacção secundária, estéril, determinada pela reactivação de lesão primária provocada geralmente pela *Candida albicans*. Esta levedura pode provocar lesões as mais diversas e raramente manifestações alérgicas, divididas por RAVAUT & RABEAU (1936), em dois tipos: paraqueratósico e eczematoso. BLOCH descreveu leve-

# Valium ROCHE

Trade Mark

Novo derivado da benzodiazepina

Uma nova via  
para se obter  
o relaxe  
psicossomático  
e a calma

O «Valium» Roche reduz dum modo selectivo a irritabilidade das estruturas subcorticais que regem as emoções e as funções neurovegetativas que lhes estão estreitamente ligadas.

Indicações: Perturbações psicorreacionais e psicossomáticas acompanhadas de tensão, excitação, agitação, ansiedade, insónias, irritabilidade, agressividade, reacções hipocondríacas e perturbações funcionais neurovegetativas.

Espasmos musculares de origem central e periférica. Aceleração do parto.

F. Hoffmann-La Roche & Cie., S.A., Basileia, Suíça

Representante comercial: Henri Reynaud Lda.,

Secção científica Roche, Rua do Loreto, 10, Lisboa, Tel. 30 177

64179

# Valium ROCHE

**MAIS UM  
XAROPE**

**UM NOVO  
XAROPE**

## **XAROPE MICRA "1"**

NO  
PERÍODO  
CONGESTIVO

ESTIMULANTE E FLUIDIFICANTE DAS SECREÇÕES  
DESINFECTANTE DAS VIAS RESPIRATÓRIAS  
BRONCO-DILATADOR



## **XAROPE MICRA "2"**

NO  
PERÍODO  
CATARRAL

CALMANTE DA IRRITAÇÃO DAS MUCOSAS  
SEDATIVO DA TOSSE



LABORÁRIOS ROUSSEL  
VENDA NOVA — AMADORA



dúrides de forma pápulo-liquenóide. Diversos factores condicionam o aparecimento dessas levedúrides, tais como irritação do foco e a própria injeção de levedurina.

## 2 — Micoses profundas

As micoses profundas apresentam quadros clínicos variados, sendo classificadas em: actinomicose e maduromicose (micetomas), blastomicose sul-americana, blastomicose queiloideana, blastomicose norte-americana, criptococose, histoplasmose, coccidioidomicose, esporotricose e outras micoses gomosas, cromomicose (dermatite verrucosa cromoparasitária), rinosporidiose e mucormicose ou hifomicose.

Com relação aos micetomas, designação proposta por CARTER, em 1896, para designar todos os tumores produzidos por fungos, produzindo grãos parasitários de forma, cor e tamanho variáveis, nada existe de particular do ponto de vista anátomo-clínico. A actinomicose, pela sua frequência, apresenta maior interesse, sendo melhor conhecida, principalmente nos seus aspectos etiológicos. Em nosso meio predomina a actinomicose de tipo exógeno, provocada pelo *Actinomyces (Nocardia) brasiliensis*, actinomiceto identificado em 1909 por LINDENBERG. A actinomicose de tipo endógeno, causada pelo *Cohnistreptothrix (Actinomyces) israeli* provoca quadros de evolução mais aguda, com localização geralmente cervicofacial e tóraxopulmonar. Na actinomicose cervicofacial, o processo inflamatório geralmente localiza-se no ângulo do maxilar e daí se propaga para as regiões geniana, têmporo-maxilar, submaxilar e mentoniana. Ulteriormente, aparecem trajectos fistulosos intercomunicantes, por onde se escôa líquido purulento mais ou menos rico em grãos micóticos, de coloração branco-amarelada. Observa-se quase sempre trismo doloroso, com endurecimento profundo dos músculos mastigadores, percebendo-se nitidamente, em certos casos, tumefacção acolada ao ângulo do maxilar inferior. São frequentes as lesões ósseas na actinomicose. Na actinomicose de tipo exógeno, provocada por actinomicetos aeróbios que vivem no reino vegetal e na terra, os fungos são veiculados para o organismo animal através de ferimentos os mais diversos. A evolução das lesões é de decurso subagudo ou crônico, com localização geralmente nos membros inferiores. A presença de grãos, ao exame a fresco ou anátomo-patológico, permite o diagnóstico, com facilidade.

Enquanto que a actinomicose se caracteriza por ser processo predominante piogénico, na maduromicose, infecção provocada por diversas espécies de eumicetos (*Madurella grisea*, *Monosporium apiospermum*, *Cephalosporium falciforme*, etc.), a doença tem evolução crônica, com localização predominantemente podal, não comprometendo o estado geral do paciente. Quase sempre é escassa a secreção sero-sanguinolenta que se elimina pelas fistulas. Os grãos parasitários, na maduromicose, apresentam estrutura interna bem definida, não possuindo clavas.

Na criptococose, infecção geralmente de evolução grave, provocada por levedura capsulada — o *Cryptococcus neoformans*, os quadros clínicos são variados, dominando as manifestações pulmonares, cutâneas e meningecefálicas.

A criptococose frequentemente associa-se a afecções malignas do S.R.E. Não há nenhuma particularidade especial na descrição desta micose profunda, bem como do seu agente etiológico. A introdução do método da Tinta da China na rotina de exames líquóricos tem permitido, com maior frequência, o diagnóstico da criptococose do sistema nervoso central.

A blastomicose sul-americana, pela sua frequência no Brasil, merece comentários à parte. Provocada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*, esta infecção foi assinalada pela 1.<sup>a</sup> vez, em São Paulo, pelo genial pesquisador brasileiro ADOLFO LUTZ, em 1908. Tudo faz crer que o habitat desse fungo seja o reino vegetal, as plantas e o

solo, desempenhando papel de reservatórios para as infecções humanas. Não se conhece, exactamente, o período de incubação da blastomicose. Em 1960, OLIVEIRA & BAPTISTA registaram em Coimbra (Portugal), um caso de blastomicose sul-americana em paciente que havia residido 8 anos no Brasil, trabalhando na lavoura e no corte de madeiras nas florestas do estado de São Paulo. Vinte e três anos após, em Portugal, desencadeou-se a doença, sob a forma de lesões mucosas, ganglionares e pulmonares. Os AA. sugerem, então, que o período de latência, no presente caso, foi longo, o parásito ficando em equilíbrio com o hospedeiro, provavelmente sob a forma de um processo pulmonar que regressou espontaneamente e que se reactivou anos depois, com o desencadear das lesões orais.

Formas frustas de blastomicose devem ocorrer. Em 1959, LACAZ e colab. efectuaram 529 provas de paracoccidioidina (preparada e padronizada por MACKINNON), verificando em 25 indivíduos «normais» a ocorrência de positividade, com uma incidência de positividade de 4,72 %. No trabalho em apreço, os AA. procuraram verificar o comportamento humoral dos indivíduos paracoccidioidino-positivos, através de duas provas sorológicas — a de fixação do complemento e a de precipitação. Em 5 indivíduos, reacções positivas de fixação do complemento foram observadas com títulos significativos pela técnica de WADSWORTH, MALTANER & MALTANER, isto é, acima de 2. Seis reacções de precipitação foram igualmente, positivas. Esses dados mostram que a resposta humoral ao agente infectante deve-se processar, constituindo-se em um elemento a mais para a melhor conceituação do problema da «blastomicose-infecção». Os exames radiológicos realizados nos 25 indivíduos que responderam positivamente à prova da paracoccidioidina revelaram imagens anormais em 9 casos. Essas imagens são constituídas por nódulos, pequenas condensações ou acentuado exagero da trama broncovascular. Esses achados constituem elementos que, isoladamente são destituídos de valor para o diagnóstico de «blastomicose-infecção» ou de formas iniciais de «blastomicose-doença». Isto porque o tecido pulmonar reage de maneira idêntica frente às diversas agressões microbianas, gerando processos anátomo-patológicos exsudativos, produtivos, supurativos, necróticos, com suas características de evolução, estabilização, regressão ou cura. Assim, diante de causas etiológicas diferentes, temos, frequentemente, imagens radiológicas semelhantes.

O conhecimento das lesões iniciais pulmonares, de etiologia blastomicótica, propiciará a administração da medicação específica, evitando-se desta maneira o tratamento das formas avançadas da infecção, com as desastrosas consequências conhecidas, onde lesões cicatríciais extensas conduzem à insuficiência respiratória, às bronquiectasias e ao enfisema, sobrevivendo posteriormente graves infecções secundárias.

Os aspectos anátomo-clínicos da blastomicose sul-americana ou granulomatose paracoccidioidica são os mais variados, podendo ocorrer formas tegumentares (cutâneo-mucosas), ganglionares, viscerais, em outros órgãos e mistas (linfaticotegumentar e linfaticovisceral). É interessante assinalar o polimorfismo das lesões cutâneas, bem estudadas principalmente por AGUIAR PUPO & CUNHA MOTTA, em 1936.

FONSECA (1957) assinala a frequência com que a blastomicose se inicia com sintomatologia bucal (18 dos 25 casos), na qual predominam as alterações gengivais (dores, ulceração e hemorragia), mobilidade dos dentes e extracções em consequência disso. Odontalgias, lesões na língua e bochechas provocadas por trauma causado pelos dentes, edema e ulcerações dos lábios, sintomatologia gripal e faríngea foram ainda registados.

Lesões de blastomicose podem ser observadas, sob a forma de manifestações cutâneas pápulo-foliculares, com estrutura tuberculóide. Ausência de parasitas nas lesões. Formas de blastomicose com lesões localizadas na mucosa da boca, de longa duração, também são veri-

ficadas na prática, demonstrando o papel das relações parasita-hospedeiro na evolução da doença. PERYASSÚ (1946), em trabalho experimental, demonstrou que animais com bloqueio do S.R.E. se apresentam mais sensíveis à infecção e o quadro histológico difere, nesses casos, do observado em animais normais. Nos casos de exaltação do S.R.E., domina o quadro de hiperergia tissular, ao passo que, no bloqueio, impera a anergia.

FAVA NETTO e colab. (1961), realizaram estudo imunológico e anátomo-patológico em cobaios experimentalmente infectados pelo *Paracoccidioides brasiliensis*. Demonstraram que os anticorpos cuti-sensibilizadores aparecem após 15 dias, enquanto que os anticorpos circulantes (precipitinas e fixadores do complemento) aparecem dentro de 30 dias, após o início da infecção, na maioria dos animais.

O estudo anátomo-patológico demonstrou ser a infecção de carácter localizado, mas recorrente, formando-se sempre novos focos, sem que a infecção se cure espontaneamente. Esta verificação coincidia com as variações verificadas no teor de anticorpos fixadores do complemento pelo estudo imunológico evolutivo dos animais infectados. Pelo estudo anátomo-patológico, verificou-se aumento da virulência do *P. brasiliensis* por passagens sucessivas em testículo de cobaio.

Correlacionando a imunologia com a anatomia patológica, verificou-se que a necrose do foco de infecção coincidia com o aumento no teor de anticorpos fixadores do complemento, concluindo-se que a necrose possa ter como uma das causas estado especial de reatividade do organismo infectado.

A disseminação hematogénica processa-se frequentemente, sendo o *P. brasiliensis* isolado, então, da corrente sanguínea.

Foge do âmbito deste trabalho a descrição clínica dos diversos quadros encontrados na granulomatose paracoccidióidica, infecção endémica no estado de São Paulo, onde ela tem sido melhor estudada. Aos interessados pelo tema, recomendamos a leitura do «Manual de Micologia Médica» (1960), da autoria de um de nós.

O quadro hematológico na blastomicose sul-americana revela quase sempre eosinofilia.

A *blastomicose queiloideana* (*blastomicose de Jorge Lobo*) constitui, segundo a nossa opinião, dermatose autónoma, com características clínica, anátomo-patológica e micológica próprias, determinadas por nova espécie de *Paracoccidioides*—o *Paracoccidioides lobo*. Vários elementos justificam colocar o agente da blastomicose queiloideana em espécie distinta do *Paracoccidioides brasiliensis*.

Trata-se de micose primitivamente cutânea, com ausência de comprometimento visceral, sem adenopatia (esta última a não ser em raríssimas eventualidades), sendo longa a evolução do processo, mantendo-se conservado o estado geral do doente. Nem sempre as lesões assumem aspecto puramente queiloideano. Alguns AA., como AZEVEDO (1949), consideram que a blastomicose queiloideana constitui, apenas, forma clínica diferente da «blastomicose sul-americana».

A doença de Jorge Lobo tem sido descrita principalmente em doentes que procedem da bacia amazônica, bem como em índios do Brasil Central (Alto Xingú). Todavia, outros casos foram assinalados fora do Brasil (Colômbia, Venezuela e Costa Rica).

Esta nova entidade clínica apresenta peculiaridades dermatológicas que a distinguem fundamentalmente da blastomicose sul-americana. As lesões localizam-se preferentemente nos membros inferiores e pavilhão auricular, sob a forma de nódulos ou tubérculos.

MONTEIRO LEITE (1954) assinala, com razão, que o quadro histopatológico da doença de Lobo é bastante típico para permitir a sua distinção de qualquer outra micose profunda.

Na *blastomicose norte-americana* (doença de Gilchrist), provocada pelo *Blastomyces dermatitidis*, as manifestações dominantes são para o lado do tracto respiratório, traduzindo-se por tosse, dores torácicas,

fraqueza e perda de peso. Outras vezes, a lesão inicial localiza-se na pele e excepcionalmente na mucosa buco-faríngea. As lesões podem-se restringir à pele ou, então, disseminar-se. O comprometimento pulmonar é frequente, simulando a tuberculose.

A *histoplasmose* (doença de Darling) é infecção micótica provocada pelo *Histoplasma capsulatum*, cogumelo que apresenta especial afinidade patogénica para o sistema retículoendotelial.

FURCOLOW (1949) classifica esta infecção micótica em: a) formas assintomáticas; b) formas benignas, simulando resfriado comum; c) formas moderadamente graves, acompanhadas de tosse e febre, com quadro clínico e radiológico de «pneumonia atípica»; d) formas graves, com três tipos de lesões: pneumonite aguda, algumas vezes com carácter epidémico; tipo progressivo agudo, com hepatoesplenomegalia, febre, tosse, dispneia e emagrecimento; tipo progressivo crónico, com lesões pulmonares escavadas, podendo tais processos estarem associados à tuberculose pulmonar.

A «histoplasmose-infecção» determina frequentemente lesões pulmonares, seguidas de calcificações. Reconhece-se a etiologia de tais processos, através da prova de histoplasmina. LACAZ e colab. (1958), em 500 indivíduos examinados, encontraram 19 % de resultados positivos.

Em 1952, VANBREUSEGHEM descreveu com o nome de *Histoplasma duboisii*, nova espécie de *Histoplasma* cultivada do caso de «histoplasmose africana». Os parasitas são grandes, sendo extremamente polimorfo o quadro clínico que ele determina.

Células leveduriformes, medindo de 8 a 14 micra de diâmetro, são encontradas nas lesões. Segundo NEGRONI (1960), existe apenas uma espécie de *Histoplasma* patogénica para o homem—o *H. capsulatum* que, nos casos africanos, por estímulo mais eficiente da resistência adquirida específica, conduz a uma resposta tissular altamente produtiva, com a formação de granuloma tuberculóide. O parasita sofre, em tais casos, atraso na sua multiplicação, com aumento de volume.

Para CAMAIN e colab. (1958), o agente da «histoplasmose africana» deve ser considerado como variedade ou subespécie do *Histoplasma capsulatum*.

A *coccidioidomicose*, provocada pelo *Coccidioides immitis*, não ocorre no Brasil, apesar de ter sido assinalada pela 1.<sup>a</sup> vez, na Argentina, por POSADAS & WERNICKE, em 1891. A coccidioidomicose-infecção, que se revela pela positividade à prova da coccidioidina, quase sempre se manifesta sob a forma de lesões pulmonares, com sintomatologia frusta ou benigna. Na granulomatose coccidióidica, com lesões em evolução, o quadro clínico é muito proteiforme, tratando-se de processo grave, com manifestações tegumentares, pulmonares, ósseas, bem como para o lado do sistema nervoso central.

Na *rinopsporidiose*, infecção determinada pelo *Rhinosporidium seeberi*, formam-se granulomas vegetantes, poliposos, com sede predominantemente nasal. Esta micose tem sido assinalada maior número de vezes na espécie humana e, em menor número, em bovinos e equinos.

As lesões localizam-se preferentemente na mucosa nasal e conjuntiva e o quadro histopatológico é sempre bastante característico.

Na *cromomicose* ou *dermatite verrucosa*, o cogumelo ou os fungos assumem, nos tecidos, aspecto característico. As células parasitárias são arredondadas ou elíticas, de coloração parda, membrana bem nítida, de duplo contorno, reproduzindo-se por cissiparidade; outras vezes, observámos nítida filamentação no material colhido das lesões.

A micose é de evolução lenta, apresentando-se segundo TIBIRIÇÁ (1939), sob três formas anátomo-clínicas: verrucosa nodosa, constituída por verrugas isoladas; verrucosa confluyente e verrucosa ulcerosa ou úlceroverrucosa. Outros AA. consideram no estudo clínico da cromomicose as seguintes modalidades:



## **DRENISON® e DRENISON® com NEOMICINA** eficaz . . . mesmo na psoríase

A aplicação tópica de Drenison alivia prontamente o prurido, reduz o edema, o eritema e a descamação, provocando a cicatrização de lesões superficiais nas dermatoses crónicas rebeldes — mesmo na psoríase.

Os pensos oclusivos aumentam nitidamente a eficácia do Drenison produzindo uma absorção cutânea local e um contacto mais íntimo com o medicamento. Uma técnica indicada quando a psoríase se mostra especialmente rebelde, é a da aplicação de folhas maleáveis ou luvas, em plástico, na área tratada.

Estes produtos apresentam-se sob a forma de creme ou pomada em tubos de 5 e 15 gramas.

DRENISON® (flurandrenolona, Lilly)

DRENISON® com NEOMICINA (flurandrenolona com sulfato de neomicina, Lilly)

Distribuidor exclusivo para Portugal  
União Fabril Farmacêutica

Trav. das Pedras Negras, 1 Apartado 2065  
Lisboa 2

Rua do Bolhão, 192-6.º — Apartado 268  
Porto

Eli Lilly and Company · Indianápolis 6, Indiana, E. U. A.



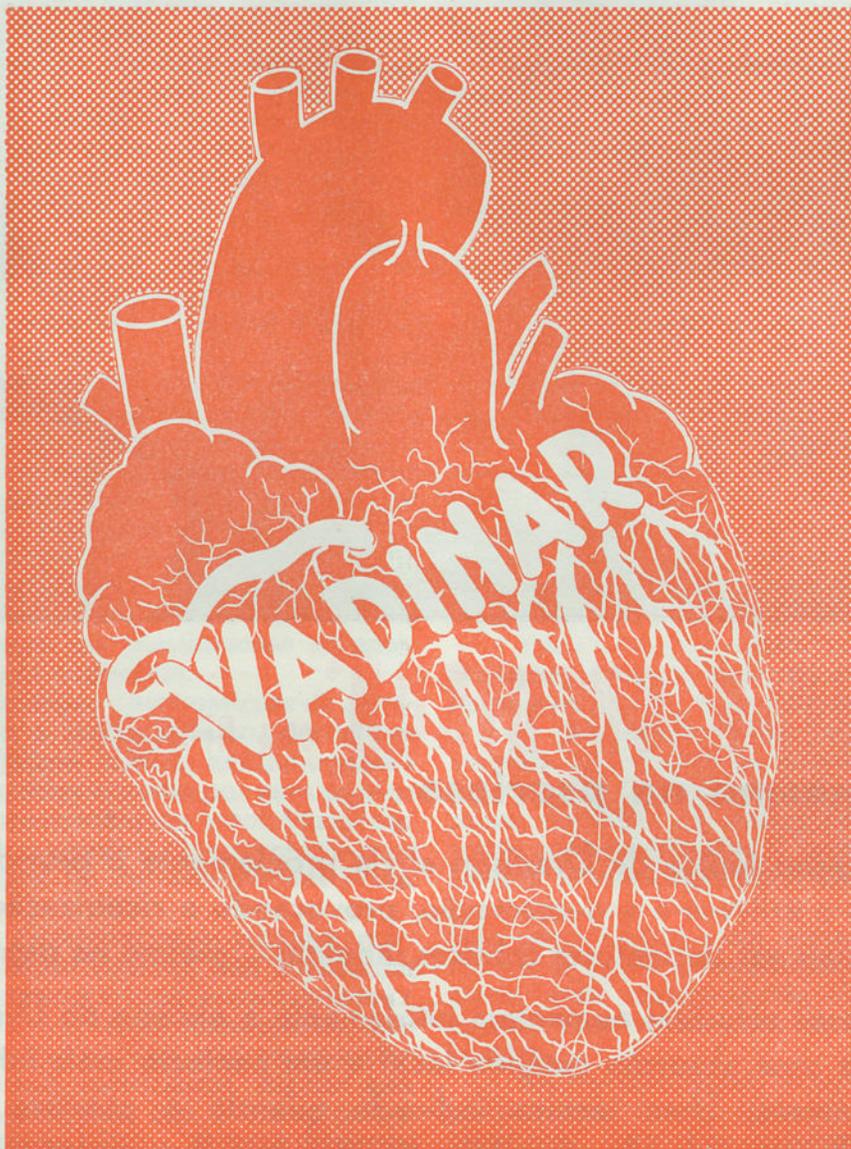
# VADINAR<sup>®</sup>

Bial

INJECTÁVEL

DRAGEIAS

VASODILATADOR CORONÁRIO DE EFEITO RÁPIDO,  
INTENSO E PERSISTENTE



## COMPOSIÇÃO

2,6-bis(dietanolamina)-4,8-dipiperidino-pirimido(5,4-d)  
pirimidina (*Dipiridamol*)

INJECTÁVEL

10 mg

Por ampola de 2 ml

DRAGEIAS

25 mg

Por drageia

## INDICAÇÕES

*Insuficiência coronária aguda e crônica, «angor» de qualquer etiologia, incluindo o que depende de lesões degenerativas dos vasos coronários.*

*Profilaxia e tratamento do enfarte do miocárdio.*

*Miocardose senil.*

*Tratamento pré e pós-operatório de indivíduos com cardiopatias.*

*Insuficiência cardíaca (associado aos cardiotônicos).*

verrucosa ou papilomatosa, sarcoídea, tuberculóide, sifilóide, psoriasiforme, a cicatricial ou elefantíase e a eczematóide.

As micoses gomosas são geralmente provocadas pelo *Sporotrichum schencki*. SAMPAIO e colab. (1954), estudando 235 casos de esporotricose, na base de critério morfológico e topográfico, classificaram a esporotricose nas seguintes formas: cutâneo-linfática ou linfática, cutâneo localizada (dermo-epidérmica), cutânea disseminada e formas extra-cutâneas.

A localização mais frequente da esporotricose é a cutânea e a infecção pode limitar-se ao ponto de inoculação do cogumelo ou, então, atingir o sistema linfático regional. O acidente primário da esporotricose — o cancro esporotricótico ou esporotricoma inicial, pode localizar-se em territórios diferentes do organismo, até mesmo nos órgãos genitais, confundindo-se, em tais casos, com certas moléstias venéreas. Ao lado do acidente primário, aparece quase sempre linfangite (linfangite em cordão ou linfangite nodular), bem visível quando a lesão é localizada nos membros inferiores (linfangite gomosa ascendente).

O acidente primário pode seguir-se a um ferimento com espinhos, arranhão de esporas de galináceos, palhas de engarrafamento, etc.

As formas atípicas de esporotricose são muito comuns (verrucosa, tuberculóide, acneiforme, furunculóide, papilomatosa, ectimiforme, ulcerosa, fistulosa, etc.) e devem merecer a atenção cuidadosa do dermatologista. É interessante registrar que o *Sporotrichum schencki*, nos tecidos, pode assumir a forma asteroíde, característica esta que não deve servir, porém, para a individualização de nova espécie.

Na mucormicose, o diabetes não controlado, o emprego de antibióticos e de hormônios, bem como de drogas antineoplásicas favorece a patogenicidade de cogumelos da ordem *Mucorales* (*Phycomycetes*) considerados como contaminantes ou saprófitas. Na vigência daquelas condições predisponentes, cogumelos dos géneros *Mucor*, *Rhizopus*, e *Absidia* podem provocar, principalmente no sistema nervoso central, três ordens de processos: acção inflamatória aguda e necrotizante; obstruções vasculares com enfartes e acção directa, neural e perineural, provocada pelos filamentos micelianos.

Raros casos de infecções humanas provocadas pelo *Basidiobolus ranarum* e *Cercospora apii* foram descritos na literatura médica, procedentes os pacientes da Indonésia. As lesões são do tecido celular subcutâneo, sob a forma de nódulos e tubérculos. São limitadas as observações, razão pela qual não se pode ter, ainda, ideia exacta a respeito das principais manifestações clínicas dessas infecções, ainda não registadas no Brasil.

### III — ASPECTOS IMUNOLÓGICOS

No decurso das micoses, principalmente as profundas, formam-se anticorpos humorais e cutisensibilizadores que podem ser revelados através de métodos conhecidos em imunologia.

A pesquisa e a identificação dos anticorpos plasmáticos apresenta grande interesse, não só no diagnóstico, mas no prognóstico de certas micoses. Assim, na coccidioidomicose-doença, bem como na histoplasmose e blastomicose sul-americana, por exemplo, com quadros evolutivos graves e generalizados, o título de anticorpos fixadores do complemento é geralmente elevado, contrastando com a negatividade das reacções intradérmicas.

Das provas sorológicas, as mais frequentemente utilizadas são as de fixação do complemento e de precipitação. Eventualmente, utilizámos a prova da hemaglutinação passiva. NORDÉN (1949) verificou que hemácias de carneiro previamente sensibilizadas com histoplasmina eram aglutinadas por um soro de coelho imunizado ao *Histoplasma capsulatum*. Das reacções intradérmicas utilizadas com finalidade diagnóstica, a maio-

ria é de leitura tardia (tipo tuberculínico). Apenas para o diagnóstico das alergoses devidas a fungos, faz-se leitura precoce, empregando-se os extractos, geralmente na concentração de 1 %.

As provas intradérmicas prestam-se, também, para inquéritos epidemiológicos, no reconhecimento de quadros infecciosos frustos, benignos ou assintomáticos. Assim ocorre com a coccidioidina e a histoplasmina, no reconhecimento respectivo da coccidioidomicose-infecção e histoplasmose-infecção.

Na blastomicose sul-americana, FAVA NETTO (1955), trabalhando com antígeno polissarídico extraído do *P. brasiliensis*, verificou que o mesmo se prestava muito bem para a prática de reacções quantitativas, de fixação do complemento. Foi possível padronizar a reacção pelas técnicas de WADSWORTH, MALTANER & MALTANER, bem como pela de STEIN & VAN NGU. Títulos elevados em anticorpos fixadores do complemento foram observados nas formas generalizadas de infecção. Em 100 casos de blastomicose sul-americana, FAVA NETTO (1955) obteve 83 % de positividade pela técnica de STEIN & VAN NGU e 86 % pela técnica de WADSWORTH, MALTANER & MALTANER. Excluindo-se os casos clinicamente curados, onde pode ocorrer a negatividade serológica, a positividade elevou-se respectivamente para 87,3 % e 89,5 %.

Em trabalho posterior, FAVA NETTO (1960), efectuando reacções de fixação do complemento e precipitação na blastomicose, verificou que as duas provas permitiram revelar anticorpos no soro de 98,4 % dos pacientes. O estudo imunológico permitiu classificar os casos em: a) blastomicose benigna, sob forma localizada, com baixo teor em anticorpos fixadores do complemento; b) blastomicose grave ou disseminada, com alto teor de anticorpos fixadores do complemento e precipitinas presentes, sempre que a moléstia se encontrava em actividade.

As precipitinas são os anticorpos que aparecem primeiro e também são os primeiros a desaparecer, quando o paciente é tratado eficientemente. Os anticorpos fixadores do complemento persistem durante mais tempo na circulação, após a cura clínica.

As provas sorológicas são frequentemente utilizadas no diagnóstico e controle da cura da histoplasmose, coccidioidomicose e blastomicose norte-americana. A prática das reacções sorológicas deveria, sempre que possível, ser combinada aos testes alérgicos. Nos pacientes com infecções generalizadas, em estado de anergia, a intradermorreacção quase sempre é negativa, contrastando com a positividade das provas sorológicas, cujos títulos se apresentam elevados.

As provas imunoquímicas estão sendo introduzidas em micologia, inclusive com finalidade diagnóstica. Assim, FERRI (1961) verificou que um lisado de *P. brasiliensis* reage com soros de blastomicose sul-americana, em provas de dupla difusão em gel de ágar. Os métodos imunoquímicos irão abrir, indiscutivelmente, novas possibilidades de trabalho a todos aqueles que se interessam pelas pesquisas imunológicas. As reacções de fixação do complemento são quase sempre negativas nas micoses superficiais. Na esporotricose, pode-se utilizar, com finalidade diagnóstica, a prova de seroaglutinação, de WIDAL & ABRAMI (1908). NEVES DA SILVA (1950), utilizando o meio de FRANCIS, (ágar-coração-cistina-hemoglobina), obteve colónias do *Sporotrichum schencki* constituídas predominantemente por elementos bacilares, alongados, em forma de charuto, outras ovais, sempre gram-positivas. Suspensões do cogumelo, no referido meio, foram utilizadas para provas de seroaglutinação e índice opsonocitofágico. A seroaglutinação rápida, que em título de 1/2 já é suficiente para o diagnóstico da esporotricose, mostrou-se reacção muito útil, pela sua rapidez e especificidade. Igualmente, a seroaglutinação lenta, em tubos, revelou-se sensível e específica, a partir do título de 1/16. A técnica de anticorpos fluorescentes tem sido utilizada para o diagnóstico da esporotricose.

KAPLAN & IVENS (1960), revelaram o *Sporotrichum schencki* nas lesões, empregando antiglobulina anti-Spo-

*rotrichum schencki* preparada em coelhos, marcada com fluoresceína.

As provas intradérmicas são vulgarmente utilizadas em micologia, tais como as reacções à tricofitina, à coccidioidina, à histoplasmina, à blastomicetina, à paracoccidioidina e à esporotriquina, sem falar nos testes cutâneos com extractos de fungos anemófilos.

A reacção à tricofitina, quando bem interpretada com os dados clínicos, serve para o diagnóstico das micides. A reacção é de tipo tuberculínico (leitura de 48 horas), considerando-se positiva quando a pápula eritematosa mede 5 mm ou mais de diâmetro. Nos casos de micides, convém injectar quantidades menores do antígeno (0,03 cm<sup>3</sup>), pois a exacerbação das lesões pode ser observada como reacção à introdução do antígeno.

A *coccidioidina* é um antígeno solúvel, de grande utilidade no reconhecimento da coccidioidomicose-infeccção. O princípio activo responsável pela positividade da prova é, segundo SMITH e colab. (1948), um polissacáride contendo 3,2 % de N. Na «coccidioidomicose-doença», principalmente nas formas avançadas, com lesões disseminadas, a prova da coccidioidina resulta geralmente negativa e, em tais casos, o melhor é tentar a demonstração do fungo, bem como praticar o seu isolamento. Há opinião uniforme a respeito do grande interesse dessa prova na epidemiologia da coccidioidomicose, reconhecendo as formas subclínicas desta infecção micótica e, indirectamente, as zonas mais atacadas por esta micose profunda, cuja maior incidência é observada nos Estados Unidos, principalmente no Pacífico (Vale de São Joaquim, Califórnia).

Em 750 pacientes adultos, internados no Hospital das Clínicas e na Santa Casa da Misericórdia de São Paulo e procedentes de todos os pontos do Brasil, LACAZ e colab. (1960) observaram num caso positividade da referida prova, com incidência de 0,13 %. Casos de coccidioidomicose-doença não foram assinalados no Brasil. Acreditamos que o teste à coccidioidina necessita ser estendido a outras zonas, principalmente do nordeste brasileiro, onde talvez existam condições ambientais que facilitem o crescimento, no solo, do *Coccidioides immitis*.

No Uruguai, MACKINNON e colab. (1953), em 977 reacções, verificaram 9 provas positivas, consideradas de fraca positividade. Na Argentina, NEGRONI e colab. (1948) assinalaram maior positividade da prova à coccidioidina, referindo ser a coccidioidomicose endémica em zonas áridas desse país.

A maior positividade foi observada na zona do Rio Colorado, com 10,26 %, de onde procedia um doente portador de coccidioidomicose-doença.

CAMPINS e colab. (1949), na Venezuela, em 6 166 provas à coccidioidina, efectuadas em vários distritos, obtiveram positividade variável, entre 1,10 % até 46,4 %. Casos de coccidioidomicose-doença foram também, registados na Venezuela.

Quanto à prova da histoplasmina, para o reconhecimento da histoplasmosse-infeccção, os resultados obtidos no Brasil estão condensados no quadro anexo.

A prova da *esporotriquina* apresenta grande interesse no diagnóstico da esporotricose. Em 1960, MARTINS CASTRO realizou oportuno trabalho sobre o assunto, contribuindo para a melhor padronização do antígeno. Este poderá ser preparado em suspensão (formas filamentosa e em naveta), bem como em solução (filtrado ou o polissacáride do *Sporotrichum schencki*). RAMOS e SILVA e PADILHA GONÇALVES (1950) concluíram que a prova da esporotriquina permite reforçar um diagnóstico clínico de esporotricose, em 48 horas, sendo que a capacidade reaccional dos esporotricósicos ao referido antígeno é duradoura.

Segundo observações de NORONHA MIRANDA e colab. (1953), a esporotriquina possui valor terapêutico, mesmo quando aplicada por via intradérmica.

No que diz respeito à *paracoccidioidina*, os tipos de antígenos empregados têm sido diversos, não permitindo, ainda, conclusões definitivas a respeito do real e

## RESULTADOS DA PROVA DE HISTOPLASMINA EFECTUADA NO BRASIL

Estado	Autores	N.º de indivíduos	Incidência percentual de positividade
Rio Grande do Sul	MARSIAJ & colab.	200	7,0
	MARSIAJ & colab.	870	14,6
Baía	PEDROSA CUNHA SILVEIRA	119	9,24
		355 (Salvador)	13,0
	VENTURA MATOS	540 (Feira de Sant'Ana)	19,6
		557 (Histopl. 1/100)	21,9
		355 (Histopl. 1/500)	13,0
230 (Histopl. 1/1.000)	2,6		
Guanabara e Rio de Janeiro	BEJGEL & CARVALHO OLIVEIRA LIMA & GUIMARÃES	417	11,5
		176	12,5
	ALVIMAR CARVALHO	202	26,0
		3.653	15,4
		4.206	15,7
São Paulo	LACAZ LACAZ & colab.	115	25,2
		282	15,3
	ALMEIDA & colab. LACAZ & colab.	419	13,6
		500	19,0
Paraná	PAES DE OLIVEIRA PINTO DA COSTA	120	6,6
		494	15,99
S.ª Catarina	PAES DE OLIVEIRA	110	6,3
Pernambuco	SERPA ALECRIM	256 (crianças)	8,2
		1.270	29,8

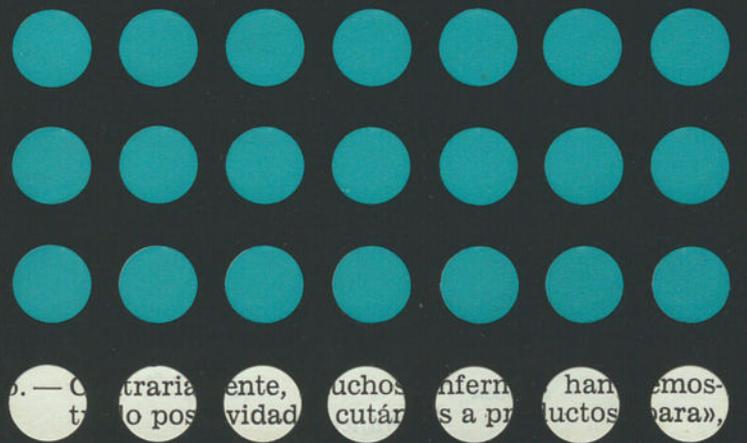
exacto significado desta prova. Em 1959, LACAZ e colab. efectuaram um estudo com a «paracoccidioidina-filtrado», (preparada e padronizada por MACKINNON) em 529 indivíduos aparentemente sadios que se haviam submetido a exame abreugráfico. A paracoccidioidina utilizada foi representada por um filtrado de *Paracoccidioides brasiliensis* (cultivo leveduriforme), em caldo peptonado a 1 %, glicosado a 2 %, com 200 mcg de tiamina por litro (pH=7,0). Crescimento em estufa a 37° C. Diluída a 1/10 a 1/100, foi injectada dentro de 48 horas após a referida diluição.

A paracoccidioidina-filtrado é superior à paracoccidioidina-suspensão, porque esta última frequentemente conduz a resultados inespecíficos.

Em 25 indivíduos considerados normais, verificaram os AA. positividade à prova de paracoccidioidina (4,72 %). A análise dos dados revelou ausência de positividade de tais provas em indivíduos de 0 a 10 anos. Em alguns dos reactores à paracoccidioidina foram encontrados títulos baixos em anticorpos fixadores do complemento.

Os exames radiológicos realizados nos 25 indivíduos paracoccidioidino-positivos revelaram imagens anormais em 9 casos, constituídas por nódulos pequenos, condensações ou acentuado exagero da trama broncovascular. Estes achados constituem elementos que, isoladamente, são destituídos de valor para o diagnóstico da «blastomicose-infeccção» ou de formas iniciais de «blastomicose-doença». A observação, porém, de alguns casos com provas cutâneas positivas à paracoccidioidina, ao lado de achados sorológicos positivos e quadro radiológico com processos pulmonares incipientes, conduz necessariamente ao emprego de medicações específicas para a blastomicose sul-americana, tratando-se tais pacientes antes do achado micológico que confirme o diagnóstico. Nos comentários finais que estabelecem, os AA. assinalam que os dados clínico-radiológicos e imunoalérgicos acumulados autorizam a acreditar na existência de formas subclínicas de blastomicose sul-americana, devendo as observações prosseguirem para a melhor caracterização e conceituação desses proces-

# Anovlar *Schering*

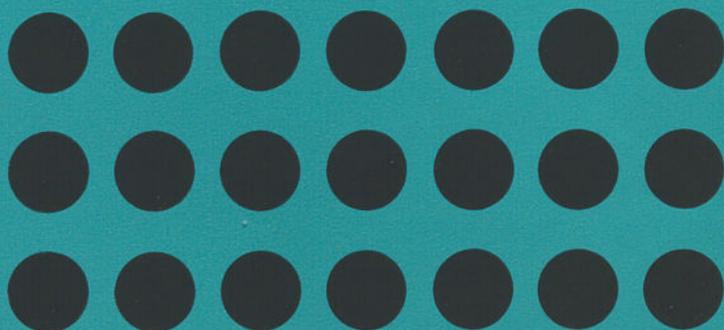


agora **Anovlar**

Regulador  
oral do ciclo

mais simples  
mais cómodo  
mais seguro

com 21 drageas para  
21 dias de tratamento



3 semanas de tratamento

de an... nos e... prega... têm... do di... sos, ... per...  
indo, ... nda, c... clusão... defini... vas a... peito... o real

1 semana de pausa

SCHERING A. G. BERLIM/ALEMANHA Representante comercial: QUIMIFAR, LDA., Av. da República, 2-3.º/LISBOA-1

sons incipientes provocados pelo *P. brasiliensis* no parênquima pulmonar.

Em 1961, FAVA NETTO & RAPHAEL padronizaram antígeno polissacarídico extraído do *P. brasiliensis* para a realização de provas intradérmicas. Verificaram, então, que conseguiam conferir grande sensibilidade à reacção, adoptando leitura de 24 horas sòmente.

Executando reacções intradérmicas em pacientes de blastomicose sul-americana, obtiveram 87 % de resultados positivos.

Em inquérito epidemiológico, encontraram 20 % de reacções positivas em estudantes de medicina, 26 % de reacções positivas em pacientes do Hospital das Clínicas portadores de outras enfermidades e 66 % de reacções positivas em familiares de pacientes de blastomicose sul-americana. Consideram que a alta positividade encontrada no inquérito epidemiológico pode representar a realidade, desde que o número de pacientes com blastomicose-doença é realmente elevado no nosso meio. Apresentam duas possíveis explicações para a alta positividade verificada nos familiares dos pacientes de blastomicose: a contaminação simultânea por contacto com o mesmo foco e o possível contágio inter-humano.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTRO, R. M. — Prova da esporotriquina. Contribuição para o seu estudo. — Tese de doutoramento. — São Paulo, 1960.

FAVA NETTO, C. — Estudos quantitativos sobre a fixação do com-

plemento na blastomicose sul-americana, com antígeno polissacarídico. — Tese de doutoramento. — São Paulo, 1955.

FAVA NETTO, C. — Contribuição para o estudo imunológico da blastomicose sul-americana. — Tese para docência-livre. — São Paulo, 1960.

FAVA NETTO, C. & RAPHAEL, A. — Reacção intradérmica com polisacáride de *Paracoccidioides brasiliensis* na blastomicose sul-americana. — Trabalho em publicação na «Rev. Inst. Med. Trop.», São Paulo, 1961.

FONSECA, J. B. — Blastomicose sul-americana. Estudo das lesões dentárias e parodontárias sob o ponto de vista clínico e histopatológico. — Tese de doutoramento. — São Paulo, 1957.

LACAZ, C. S., MENDES, E., PINTO, R. J. R., CARDOSO, T. & LUCCHETTI, L. C. H. — Fungos anemófilos nas cidades de São Paulo e Santos (Brasil). Inquérito preliminar com extractos de fungos em pacientes com alergia do tracto respiratório. — «Rev. Hosp. Clín.», 13: 187-193, 1958.

LACAZ, C. S., ALMEIDA, I. E., CURY, L., MENDES, R. & SALOMÃO, T. A. — Novos estudos sobre a prova da histoplasmina em São Paulo (Brasil). A prova de Prausnitz-Küstner em pacientes histoplasmino-positivos. — «Rev. Hosp. Clín.», 13: 194-196, 1958.

LACAZ, C. S., PASSOS FILHO, M. C. R., FAVA NETTO, C. & MACARRON, B. — Contribuição para o estudo da «Blastomicose-infecção». Inquérito com a paracoccidioidina. Estudo sorológico e clínico-radiológico dos paracoccidioidino-positivos. — «Rev. Inst. Med. Trop.», São Paulo, 1: 245-259, 1959.

LACAZ, C. S. — Manual de Micologia Médica. 3.<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro, Atheneu, 1960.

LEITE, J. M. — Doença de Jorge Lobo. Contribuição ao seu estudo anatómo-patológico. Tese. — Belém, Pará, 1954.

SEELINGER, H. P. R. — Mykologische Serodiagnostik. — Leipzig J. A. Barth, 1958.

## COMENTARIOS SOBRE ALERGIA AL GRUPO «PARA»

E. SUBIZA MARTIN

### 1. — PELIGRO TEORICO DE LA SENSIBILIZACION AL GRUPO «PARA».

1.1. — *Hay una gran cantidad de productos «para».* Entre ellos tenemos las sulfamidas como hemos visto (Gráfica 1). Los anestésicos locales, tanto los derivados del ácido p-aminobenzoico como p-aminosalicílico (Gráfica 2).

Esta lista rebasa en ocasiones la de los productos «para» propiamente dichos; tal es el caso de las anilinas y colorantes diazoicos, pues aunque no pertenecen al grupo, dan lugar en su contacto con el organismo e productos intermediarios mediante oxidaciones ó reducciones que son del grupo (Gráfica 3). Los más importantes en Alergia Industrial los exponemos en la Gráfica 4.

1.2. — *Los productos «para» tienen una alta capacidad sensibilizante.* — BERCKHARDT señala a las pomadas de anestésicos derivados del ácido p-aminobenzoico, con aptitud para sensibilizar el 100 % de los casos, es decir, equiparable a los extractos de primula acusados por BIOCH o al dinitroclorobenceno usado por SWARTZ, en sus respectivos estudios sobre dermatitis de contacto.

1.3. — *El sensibilizado a un compuesto «para» puede cruzar su alergia a los restantes productos «paras».* — LANDSTEINER en 1922 llegó a esta conclusión, lo mismo que NITTI y BOVET más tarde. Lo importante para la caracterización de los anticuerpos — se dice — es la posición que los radicales guardan en el anillo bencénico. — Este es precisamente el fundamento de esta sensibilidad de grupo.

1.4. — Por todo lo que llevamos dicho, toda la humanidad terminaría — sensibilizándose o poco menos.

### 2. — LA REALIDAD PRACTICA DE ESTA SENSIBILIDAD.

2.1. — Los alérgicos a compuestos «para» suponen el 10,25 % del total de las dermatitis alérgicas revisadas, tanto en el Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo, como en nuestra propia enfermería.

2.2. — Solamente el 62 % de este grupo fueron alérgicos a más de una sustancia, y por lo tanto etiquetados como alergias cruzadas. El 38 % lo fueron solamente a un sólo compuesto «para», y por tanto no pertenecientes a alergias cruzadas.

2.3. — El grupo que nos interesa, con alergias cruzadas, no lo fueron en modo alguno a todos los compuestos «para». Tomando como referencia el resultado de las pruebas cutáneas, tenemos sobre 70 enfermos estudiados con pruebas en 75 del que forman el grupo, que:

— En 41, se demostró alergia a dos componentes del grupo

En 18, se demostró alergia a TRES componentes del grupo

En 8, se apreció alergia a CUATRO componentes del grupo

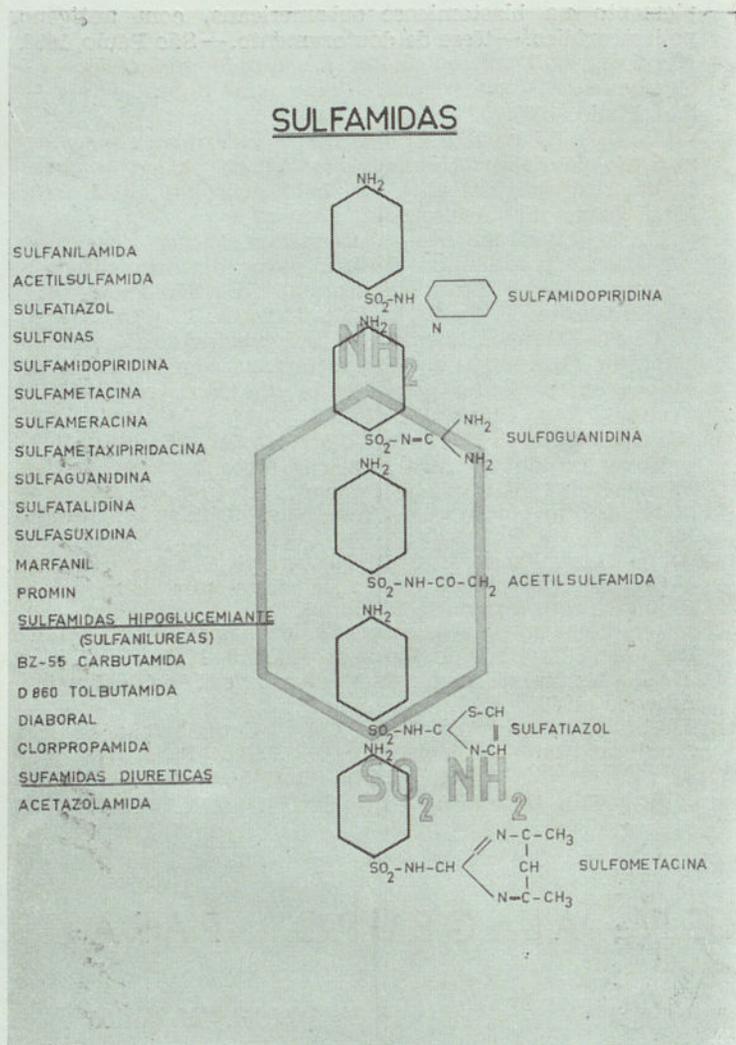
En 3, se apreció alergia a CINCO componentes del grupo.

(Gráficas 1, 2, 3, 4)

Es decir, el caso más corriente es la bisensibilización y verdaderamente rara la pentasensibilización.

2.4. — No hay concordancia absoluta entre la clínica y las pruebas epicutáneas. El porcentaje de positividades cutáneas con el agente «para» que resultó causal en la clínica, es de un 68 %.

2.5. — Contrariamente, muchos enfermos han demostrado positividades cutáneas a productos «para»,



Gráfica 1

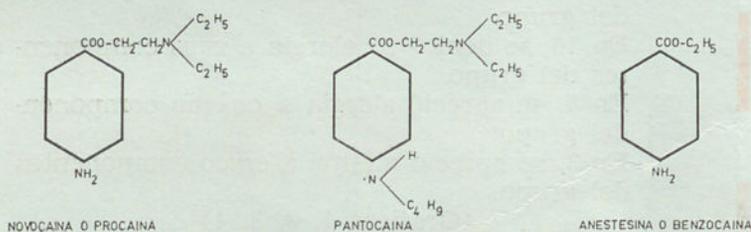
sin antecedente de exposición a los mismos. Esto es particularmente interesante para el ácido p-amino benzoico, donde en 75 enfermos se han obtenido 21 pruebas positivas sin correlación clínica.

### 3. — CARACTERISTICAS ESPECIAIS DE LA SENSIBILIZACION A ALGUNOS COMPUESTOS «PARA» Y ANALISES DE LOS SENSIBILIZANTES PRIMARIOS Y DE LOS REACTIVANTES.

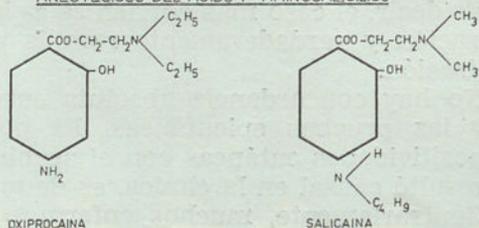
Aunque en un principio cualquier compuesto «para» puede sensibilizar y cualquier otro puede

#### ANESTESICOS DE SINTESIS 'PARAS'

##### ANESTESICOS DEL ACIDO-P-AMINO BENZOICO



##### ANESTESICOS DEL ACIDO-P-AMINOSALICILICO



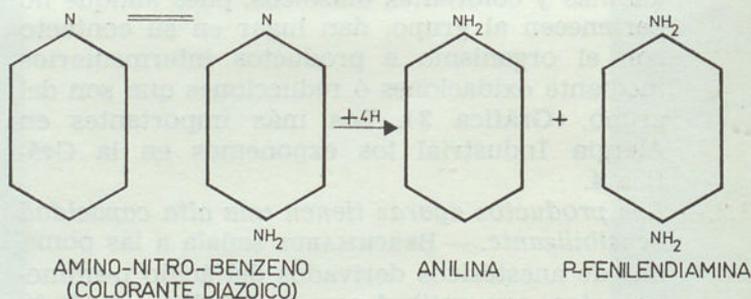
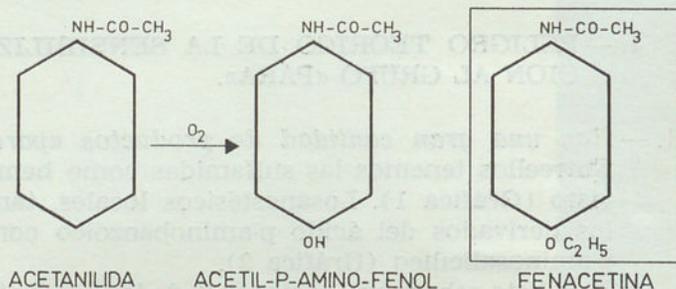
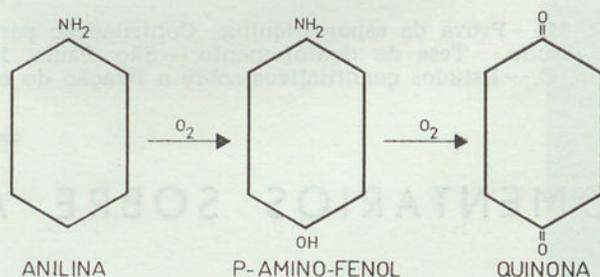
Gráfica 2

reactivar, en la práctica podemos denunciar lo siguiente:

#### 3.1. — Análisis de los sensibilizantes primarios.

- 31.1. — El más importante son las sulfamidas, 48 casos; seguidos de la procaína, 14 casos; y parafenilendiamina, 7 casos. Los tintes diazoicos y los acelerantes o aceleradores del caucho, subren el resto.
- 31.2. — La capacidad sensibilizante de las sulfamidas, depende como ha establecido SIDI, de la vía de aplicación de estas drogas. Los tratamientos tópicos originan según este autor el 90 % de los casos, mientras el tratamiento por vía oral o en inyecciones solamente el 10 % de las sensibilizaciones observadas.

#### PRODUCTOS "PARAS" EN LA OXIDACION Y REDUCCION DE LOS COLORANTES



Gráfica 3

31.3. — El mayor porcentaje de enfermos sensibles a las sulfamidas lo dan en nuestra experiencia, aquellos que padecen úlceras varicosas e tórpidas, trayectos fistulosos, etc. Ello ha sido como consecuencia de la cronicidad de estas enfermedades, repetidamente tratadas con polvos o pomadas de sulfamidas.

31.4. — Los preparados causales más importantes han sido la sulfanilamida y el sulfatiazol, en polvo o pomadas. Consecuencia del alto poder sensibilizante, de las sulfamidas por vía tópica, su uso debería estar limitado y formal-

135.000.000

**Doses administradas**

a doentes de ambos os sexos e de todas as idades;

3.946

Casos publicados em

49

Países;

51

Trabalhos científicos de

67

Investigadores.

*demonstram a eficácia do*

**DYNASTEN**



**ANTI-ASTÉNICO**



**UM NOVO PRODUTO SYNTEX EM PORTUGAL**

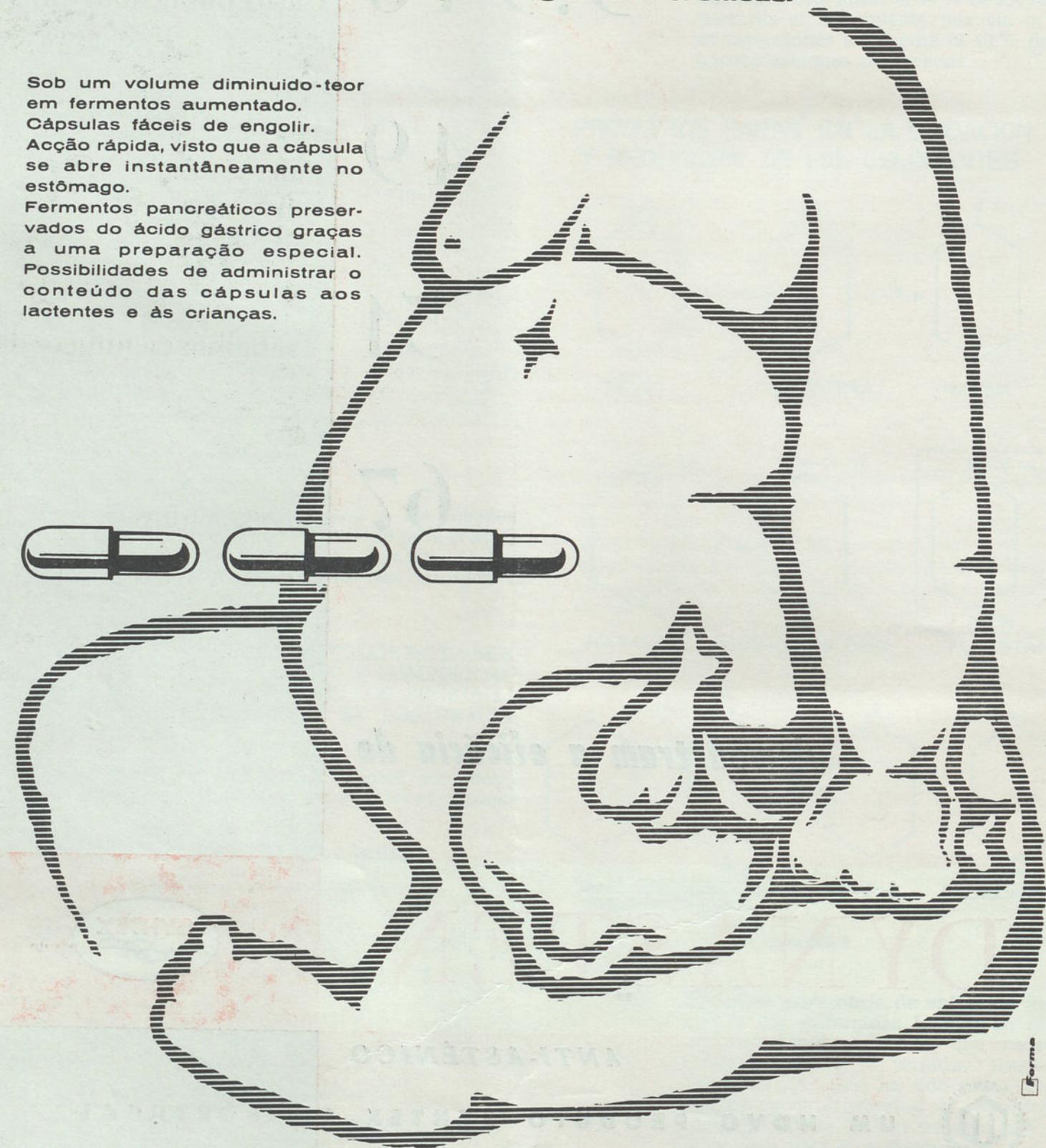
# Pantozyme

## CÁPSULAS

**WANDER**

**A associação polivalente de fermentos digestivos,  
para o tratamento das dispepsias agudas e crónicas.**

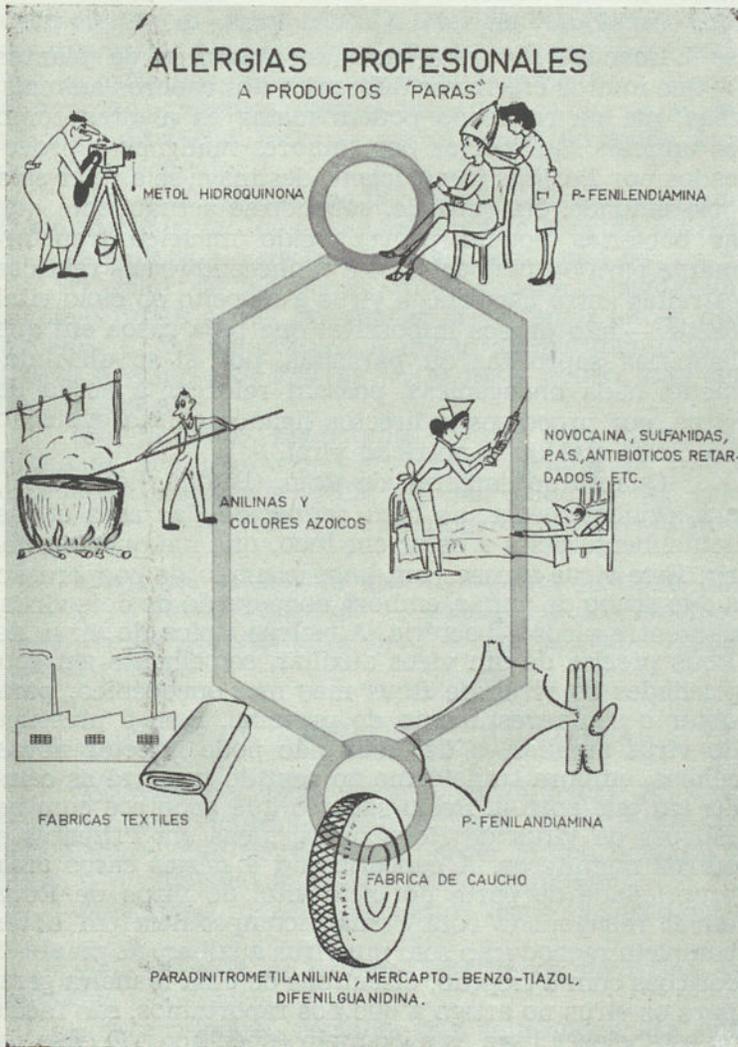
Sob um volume diminuído-teor  
em fermentos aumentado.  
Cápsulas fáceis de engolir.  
Acção rápida, visto que a cápsula  
se abre instantaneamente no  
estômago.  
Fermentos pancreáticos preser-  
vados do ácido gástrico graças  
a uma preparação especial.  
Possibilidades de administrar o  
conteúdo das cápsulas aos  
lactentes e às crianças.



DR. A. WANDER S. A. BERNA - SUIÇA

mente contraindicado en los procesos crónicos de piel.

31.5.— Los antibióticos retardados fueron los responsables de sensibilizaciones primarias en 14 casos, frente a 64 casos donde fueron los agentes reactivantes. Dada la enorme exposición por el uso dilatado a los mismos, cabe suponer que la vía intramuscular no tenga una capacidad sensibilizante muy grande.



Gráfica 4

31.6.— La parafenilendiamina, base de los tintes capilares, fijos, ha sido el tercer sensibilizante primario. Ello tiene importancia pues siendo su exposición limitada solo a un grupo de mujeres, supone una incidencia muy alta.

La limitación que algunos países como Francia han hecho de los tintes a base de parafenilendiamina sustituyéndolas por la taluendiamina y los derivados metálicos de la parafenilendiamina no es suficiente, ya que estos compuestos también sensibilizan casi en la misma proporción. Los denominados reflejos o tintes lavables, son mucho más inocuos.

En menos frecuencia, pueden también observarse sensibilizaciones primarias a la parafenilendiamina en contacto de pieles teñidas, correas del reloj y badanas de sombrero. En un caso nuestro la sensibilización se manifestó en verano, al usar zapatos recién teñidos.

31.7.— Los restantes sensibilizantes primarios, actuaron casi siempre por contacto con la piel. Entre ellos tenemos dermatitis

por luto familiar (anilinas), intolerancia a las medias de nylon (colorantes diszoicos), y a los aceleradores de vulcanización. Un caso estudiado con DANTIN GALLEGO en el Instituto, de un brero que resultó sensible a la paradinitrometilnilina. Tienen interés también las pomadas antisolares y antieczematosas, a base de ácido p-aminobenzoico.

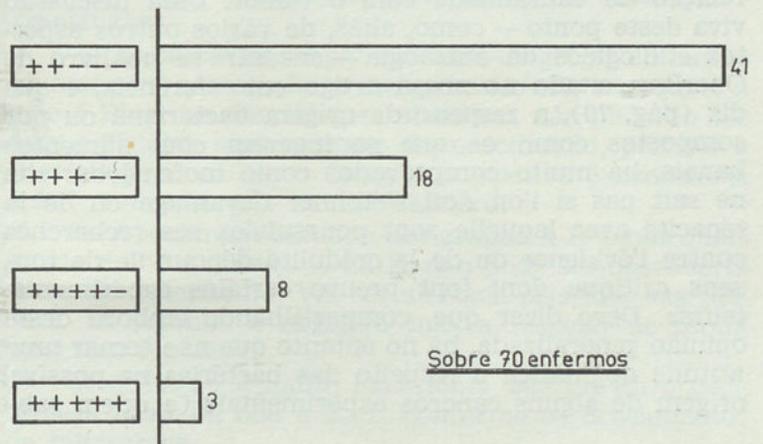
3.2.— *Análisis de los compuestos «para» que actuaron como reactivantes.*

32.1.— En 64 enfermos el agente reactivante fue la procaina contenida en los antibióticos retardados. Por ello la consideramos como el agente reactivante más importante de los sensibles al grupo «para», de la misma manera que las sulfamidas por vía tópica resultan ser los agentes sensibilizantes primarios de más importancia.

32.2.— Las sulfamidas han sido los reactivantes segundos en importancia, aunque aquí no solo en tratamientos tópicos, sino también orales. Hemos observado casos a las sulfamidas de baja dosificación, a las trisulfamidas, un caso a sulfotalidina y otro a las sulfamidas diuréticas, acetazolamida.

32.3.— En tercer lugar, los anestésicos locales, aplicados como colirios, anestesia tópica ó pastillas bucales o en odontología.

CASOS DEL GRUPO "PARA" SEGUN EL NUMERO DE PRUEBAS POSITIVAS



Gráfica 5

32.4.— Entre los restantes compuestos «para» que fueron reactivantes en algunos casos, tenemos anilinas, colorantes diazoicos, etc. Es interesante señalar que las pomadas a base de ácido p-amino benzoico, empleadas hace años en el eczema, resultaron en dos ocasiones reactivantes de enfermos sensibles a este grupo, sien do naturalmente su efecto perjudicial. El P.A.S. sólo fué causa de una reactivación en un enfermo — «para».

Por último, nos tenemos experiencia de los licores amarillos, ni de los pasteles baratos, acusados también de cruzar sensibilidad con los alérgicos a que hemos dedicado estos comentarios.

(Comunicación al Congreso de Alergia — Porto, 1962).

# CANCRO E MICRÓBIOS

(RECTIFICAÇÃO SOBRE UM ARTIGO)

J. A. SERRA

Do nosso ilustre colaborador Prof. J. A. Serra, catedrático da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, recebemos o seguinte, como rectificação a um trabalho seu publicado em «O Médico» (27-IV-1964).

Os leitores do meu artigo no n.º 660 de «O Médico», intitulado «Explicação genética unitária da origem do cancro por trepção», terão talvez notado, quando da discussão de «Hipóteses sobre a origem do cancro — Hipóteses microbianas», um período em que se atribuía origem bacteriana a alguns cancros e citando como exemplo clássico o sarcoma de Roux (sic). Se deram conta do erro desta passagem terão sido mais felizes que o autor, que não deu por ele nas provas, tendo sido o sr. Prof. F. Nogueira quem, por intermédio do sr. Dr. Gonçalves Ferreira, me chamou a atenção para esta passagem. Creio não ter havido nenhum ilustre médico que se deixasse equivocar com o período em questão, sendo bem conhecida a opinião actual acerca deste assunto. O que o autor do artigo queria dizer, e que saiu truncado, era, «É sabido como alguns cancros são efectivamente provocados por vírus e como a outros se atribuiu origem por bactérias (e ainda se atribui com razão no caso de plantas), sendo dos primeiros um exemplo clássico o sarcoma de Rous».

A origem microbiana do cancro e as antigas referências à origem por bactérias são comentadas em todos os livros de oncologia, que não passam sem dizer quanto as afirmações a este respeito se não verificaram, tratando-se de vulgares saprófitas ou de parasitas sem relação de causalidade com o tumor. Uma discussão viva deste ponto — como, aliás, de vários outros aspectos etiológicos da oncologia — encontra-se no livro de Oberling, citado no nosso artigo em referência, e que diz (pág. 70), a respeito da origem bacteriana ou por compostos como os que se ingerem com alimentos banais, há muito comprovados como inofensivos: «on ne sait pas si l'on doit s'étonner davantage ou de la ténacité avec laquelle sont poursuivies ces recherches contre l'évidence ou de la crédulité dépourvue de tout sens critique dont font preuve certains expérimentateurs». Devo dizer que, compartilhando embora desta opinião generalizada, há no entanto que não tomar uma atitude dogmática a respeito das bactérias na possível origem de alguns cancros experimentais (e quem sabe

se humanos?). A referência aos tumores de plantas — que muitos crêem ser diferentes dos cancros animais, mas que na realidade podem matar as plantas como os animais são mortos por tumores malignos — provocados por *Bacillus tumefaciens*, destinava-se a reter esta possibilidade. Na verdade, sabendo-se actualmente que as bactérias podem prover ácido nucleico transformante para outras bactérias e conhecendo-se as relações estreitas entre bactérias e vírus a respeito do ciclo vital destes — não parece impossível que haja casos em que bactérias saprófitas ou parasitas, por si só absolutamente nada oncogénicas, possam reforçar a acção de vírus, por processos indirectos ligados com a evolução do ciclo vital ou a nutrição viral.

Quanto ao sarcoma de Rous (Peyton Rous, 1910) era, evidentemente, ao bem conhecido das aves e que actualmente volta a estar em foco, que me queria referir. Este vírus fornece um bom exemplo da cooperação a que acabo de aludir, embora cooperação de dois vírus, não entre vírus e bactéria. A estirpe típica do vírus de Rous precisa de um vírus auxiliar, semelhante em propriedades ao vírus de Rous mas não oncogénico, para obter o seu revestimento de proteína. Sem a presença do vírus auxiliar, o de Rous não pode infectar novas células, embora transforme no sentido tumoral as células em que entrou. Resta saber o que acontece com as estirpes de vírus de Rous oncogénicas em Primatas e outros mamíferos. A cancerização é nestes casos uma propriedade de parte do ciclo vital do vírus de Rous talvez relacionada com a sua incompetência em obter completa reprodução sem um vírus auxiliar. As possíveis relações com a trepção, discutidas de uma maneira geral para os vírus no artigo a que nos reportamos, são fáceis de estabelecer para este exemplo específico. (O caso da cooperação viral a que acabamos de nos referir tem sido estudado por H. RUBIN e cols.: Proc. Natl. Acad. Sci. Washington, 49, 572-580 e 51, 41-48 (1963 e 1964). Há também, do mesmo A., um artigo de divulgação em Scientific American, June 1964).

Pela primeira vez

FERMENTOS LÁCTICOS VIVOS, LIOFILIZADOS, ANTIBIORRESISTENTES

**antibiophilus**

CAIXA DE 10 AMPOLAS COM 1,50 g DE PÓ, PARA SOLUÇÃO  
BEBÍVEL, TITULANDO UM BILHÃO DE GERMES POR GRAMA

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS ACIDENTES DA ANTIBIOTERAPIA

Representantes: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>ª</sup>

Av. E. U. DA AMÉRICA, 10 — LISBOA-5

Registo N.º 786 na Direcção-Geral de Saúde

(Decreto N.º 41 448)

Laboratoire  
Lyocentre

MALAKOFF (FRANÇA)

# O QUE FAZER EM FACE DAS ICTERÍCIAS DO RECÉM-NASCIDO

L. MICHON

Para nós, pediatras da maternidade, as icterícias dos primeiros dias de vida são uma grande preocupação porque a nossa responsabilidade está constante e gravemente comprometida.

O que mais tememos é a icterícia nuclear (I.N.). Com efeito, em certos casos, a icterícia complica-se com um quadro neurológico grave com, na autópsia, impregnação amarela dos núcleos cinzentos da base. Se o doente não morre persistem sequelas importantes que se podem associar de várias formas: perturbações do tónus, surdez, atraso mental.

Está estabelecido que há um paralelismo, seja qual for o mecanismo dos acidentes, entre a taxa da bilirrubina sanguínea e o risco de aparecimento de I. N.

O valor de 200 mg é habitualmente considerado como o limite acima do qual se deve temer lesões dos núcleos. É, no entanto, uma noção simplesmente estatística e valores de 250 mg % ou mais podem não ter consequências.

Não devemos, no entanto, contar com esta eventualidade, nem perder de vista o facto de uma I.N. poder complicar qualquer icterícia intensa, qualquer que seja a sua causa, e não somente a icterícia Rh como se julgava antes.

A temível catástrofe que representa justifica plenamente a nossa vigilância constante, os doseamentos repetidos da bilirrubina e tudo o que possamos fazer para a evitar.

## ANTES DE APARECER A ICTERÍCIA

Devemos despistar a incompatibilidade Rh que pode provocar icterícias tão rápidas, de evolução tão cataclísmica, que se não pode perder tempo nenhum a fazer o diagnóstico e a executar o tratamento.

Vamos recordar os elementos desta despistagem:

— determinar os grupos sanguíneos de todas as mulheres grávidas;

— determinação repetida das aglutininas nas que são Rh negativo;

— ao nascer uma criança duma mãe Rh negativa com aglutininas, *envio imediato* para o laboratório de 15 c.c. de sangue materno sem anticoagulantes, e 2 c.c. de sangue da criança, retirado por picada no calcanhar, para fazer um teste de Coombs (o sangue do cordão não serve para o teste de Coombs).

A verificação dum teste de Coombs positivo provocará quase automaticamente uma exsanguino-transfusão (E.T.). Só nos absteremos da exsanguino-transfusão se a criança é a primeira atingida dos irmãos e se não há icterícia clínica. Mas mesmo neste caso, se aparece a icterícia praticar-se-á imediatamente a exsanguino-transfusão.

Esta despistagem logo ao nascer é essencial, por causa da rapidez possível da evolução de certas formas de incompatibilidade Rh em que a cura só se obtém a custa duma verdadeira luta contra o tempo.

Isto torna-se ainda mais importante com o agravamento habitual da doença com as sucessivas gravidezes. É sempre possível que este filho seja o último que esta mãe possa conseguir vivo de termo.

## UMA VEZ APARECIDA A ICTERÍCIA

O diagnóstico *positivo* não é difícil, no entanto:

— a iluminação artificial torna impossível a sua apreciação;

— é preciso desconfiar do diagnóstico do «tom moreno» ou de pigmentação racial perante uma icterícia em início;

— em certos dias a auto-sugestão faz-nos achar amarelos todos os recém-nascidos;

— mais de temer é a negligência em assinalar uma icterícia precoce da parte de pessoal mal informado.

## 1) O CASO DE LONGE MAIS FREQUENTE É O DUMA ICTERÍCIA NOS PRIMEIROS DIAS SEM REPERCUSSÃO NOTÁVEL SOBRE O ESTADO GERAL

Data de aparecimento:

— Se surge antes da 36.<sup>a</sup> hora é quase de certeza patológica, mesmo quando se não torna mais acentuada depois;

— mais o aparecimento depois da 48.<sup>a</sup> hora não garante a benignidade.

*Qualquer icterícia um pouco intensa merece atenção, sobretudo no prematuro.*

— Uma criança de mãe Rh negativo, sem aglutininas nas últimas semanas de gravidez, poderá no entanto desenvolver uma icterícia, mas de evolução lenta, que no entanto também obriga a exsanguino-transfusão.

— As outras incompatibilidades do grupo Rh (anti-c ou anti-e) e os antigénios excepcionais (K) nas quais a mãe é Rh + na despistagem standard, não poderão ser diagnosticadas senão depois do nascimento, perante a icterícia precoce. Se o Coombs é positivo é necessária a E.T. como no caso de Rh standard.

— A incompatibilidade dos grupos A B O nos quais a mãe é O e a criança A ou B, não pode ser descoberta antes do nascimento. Vai ser alertada pela icterícia precoce. O Coombs é negativo mas a reacção de Munk Andersen é positiva.

A evolução é muito mais lenta que no Rh e decidir-se-á fazer ou não a E. T. conforme os doseamentos de bilirrubina.

Praticamente, uma vez eliminadas as icterícias do grupo Rh, é menos urgente procurar as possíveis causas do que fazer tudo para evitar a I. N.

— Nunca nos fiarmos muito no aparecimento da icterícia cutânea, muitas vezes enganadora, mesmo com a ajuda de escalas coloridas.

— Os micrométodos de doseamento da bilirrubina são actualmente pouco fiáveis mas o seu melhoramento será um grande progresso.

Deve-se dosear a bilirrubina logo que a icterícia é notória, mesmo quando isso obrigue a multiplicar colheitas difíceis de sangue.

Não é suficiente um único doseamento e se o valor se aproxima de 200 será necessário repetir no dia seguinte ou até algumas horas mais tarde porque podem surgir subidas brutais. Só se diminuirá a vigilância quando a curva demonstrar uma nítida descida ou quando a icterícia cutânea tiver diminuído de forma muito importante.

Habitualmente já não é de temer a icterícia nuclear a partir do 6.<sup>o</sup> dia. É preciso, no entanto, saber a possibilidade de agravamento brutal duma icterícia que tinha

começado a diminuir e, embora seja excepcional, pode surgir uma icterícia nuclear tão tarde como no 7.º ou no 9.º dia.

A decisão de praticar a E. T. deve basear-se unicamente no valor da bilirrubina. No centro departamental do Seine, intervimos habitualmente com a dose de 200 mg ou um pouco abaixo nos pequenos prematuros.

Postos de lado os casos em que existem sinais de icterícia nuclear não julgamos que haja argumento clínico que permita confirmar ou infirmar esta decisão, assim como não pensamos que haja actualmente outro método válido, além da E.T., para baixar a bilirrubina.

## EVOLUÇÃO

Habitualmente uma única E. T. é suficiente para impedir qualquer acidente, excepto nas incompatibilidades OAB e, à fortiori, no Rh em que as E. T. têm que ser muitas vezes repetidas e a icterícia vai diminuir e depois desaparecer.

Quanto ao diagnóstico etiológico, pensar-se-á, sucessivamente, nas diversas causas prováveis:

- reabsorção de equimoses, dum céfalo-hematoma,
- as hemólises tóxicas medicamentosas,
- ★ Vitamina K em doses elevadas
- ★ Naftalina, mesmo em pequenas quantidades que ficam nas lãs,

- ★ certas sulfamidas (gantrisin);
- doença de Minkowski Chauffard, de que pode ser a primeira manifestação a icterícia neo-natal.

Exceptuando os casos familiares, o diagnóstico raramente é possível a não ser à posteriori;

- as icterícias metabólicas:
  - ★ do mixedema congénito,
  - ★ dos déficits em glicose 6 fosfato desidrogenase, que existem em certos grupos étnicos mas que quase nunca são encontrados em França,
  - ★ da doença de Crigler Najjar;
- as icterícias infecciosas são raras, acompanhando-se muitas vezes de hepato-esplenomegalia;
  - ★ toxoplasmose,
  - ★ sífilis,
  - ★ tuberculose transplacentária.

Mas, na grande maioria dos casos não se encontra nenhuma causa. O doente cura sem sequelas e no futuro não mostra nenhuma anomalia.

Chega-se, portanto, por eliminação ao diagnóstico de icterícia simples que não é plenamente satisfatório.

O número das icterícias seguidas e tratadas durante o período neonatal vai aumentando regularmente. Sem dúvida isto é devido a uma melhor despistagem, mas

é possível também que haja um aumento em valor absoluto, cuja causa nos escapa, por agora.

Tavez se deva incriminar factores tóxicos medicamentosos ou outros que, bloqueando a glicuro-conjugação, tão precária nos primeiros dias de vida, impediria a eliminação da bilirrubina, libertada pela crise eritrolítica.

## 2) PODEM SURGIR DOIS OUTROS QUADROS CLÍNICOS MUITO MAIS RAROS

1) *Icterícia precoce com repercussão grave do estado geral*, associada ou não a sinais hemorrágicos.

— *A incompatibilidade Rh* pode dar este quadro. Se não foi diagnosticada mais cedo, os exames de sangue confirmarão ou infirmarão imediatamente o diagnóstico e, eventualmente, indicarão a necessidade de E. T.

— *Uma infecção aguda:*

★ ou septicémia por piogénios (colibacilo, proteus, estrepto ou estáfilo, listeria, cujo germe se procurará na hemocultura ou na P. L.,

★ ou por vírus:

- herpes, valor dos antecedentes maternos,
- doença das inclusões citomegálicas: procura das células na urina,
- hepatite de inoculação, tanto mais de temer visto poder ser transmitida a gestações ulteriores.

Enquanto se esperam os resultados dos exames começar-se-á um forte tratamento antibiótico polivalente, em perfusão, associado a Cortisona e, eventualmente a gamaglobulina.

A dosagem da bilirrubina será necessária porque a icterícia nuclear é possível. O prognóstico das icterícias infecciosas é muito grave.

2) *Icterícia persistindo depois do 20.º dia.*

Pode tratar-se de icterícia de *tipo retentivo* (urinas coradas, fezes descoradas). A atresia das vias biliares deve ser evocada, sem que se possa afastar a possibilidade de certas icterícias pseudo-oclusivas, sem malformações.

— A investigação sistemática da *galactose* nas urinas permitirá diagnosticar a galactosemia.

— O *mixedema* pode ser responsável pela icterícia prolongada.

— A *icterícia por vírus* em evolução por vezes para a cirrose, deve também ser considerada.

É um problema particular, relativamente pouco frequente.

(Dos «Entretiens de Bichat»)



# PENIBRON

NA TOSSE

Antitússico  
Anti-histamínico  
Balsâmicos

FRASCO DE 150 g

*Ex.<sup>mo</sup> Senhor assinante de "O MÉDICO",*

*Se conhece algum colega que ainda não assina "O MÉDICO", faça o favor de lhe dizer que, por assinatura, esta revista fica muito mais barata do que comprando-a avulso, pois terá o direito de receber todos os números especiais, que são mais caros; de resto, o preço médio de "O MÉDICO", por assinatura, em 1965 será de 4\$40 por exemplar; avulso, cada número vulgar, 6\$00. Para novas assinaturas, basta enviar o impresso junto. "O MÉDICO" é, por assinatura, a mais barata revista médica. Outra vantagem: todos os assinantes recebem gratuitamente a edição portuguesa da grande revista internacional "EUROPA MEDICA".*

*Correspondendo ao interesse dos nossos assinantes por esta revista, oferecemos gratuitamente, por cada novo assinante que V. Ex.<sup>a</sup> indicar, um dos livros que editamos, cuja lista é anunciada no número de "O MÉDICO" de 3-12-1964.*

*Ex.<sup>mo</sup> Sr. Doutor,*

*Se ainda não é assinante e quiser ter a certeza de que o pode ser em 1965, recebendo o grande número especial de 7 de Janeiro, deve enviar-nos o boletim que vai junto até ao dia 20 de Dezembro de 1964.*

A ADMINISTRAÇÃO.

“O MÉDICO” continua sempre a progredir, cada vez com mais expansão, publicando mais páginas e mais variada colaboração. Em 1964, até fim de Novembro (48 números) apresentou 3 210 páginas (em 1963, durante o mesmo período, 2 690). Em 1965, os preços das assinaturas são as seguintes: Portugal Continental e Insular — 230\$00; Ultramar, Brasil e Espanha — 300\$00; Outros países — 360\$00. Os assinantes de “O MÉDICO” recebem gratuitamente todos os números da edição portuguesa de “EUROPA MEDICA”. “O MÉDICO” é por assinatura a revista mais barata que se publica em Portugal.

## TRATAMENTO DO DIABÉTICO

CLAUDE LIGUORY,  
JEAN-CLAUDE LENOBLE

### REGIME, INSULINOTERAPIA E HIPOGLICEMIANTE ORAIS

Sob o ponto de vista terapêutico há 2 formas de diabetes:

- Diabetes do jovem, com desnutrição, insulino-dependente.
- Diabetes do individuo mais velho, obeso.

O tratamento baseia-se na aplicação isolada ou associada de:

- Regime
- Insulinoterapia
- Hipoglicemiantes orais

A finalidade é obter um equilíbrio correcto cujos critérios são:

- Ausência de glicosúria e cetonúria.
- Glicemia em jejum de 1 g/l e post prandial inferior a 1,6 g/l.
- Ausência de sinais de hipoglicemia.
- Curva de peso normal e sensação de bem-estar.

#### A — REGIME

— Adaptação a cada doente.  
— Variado e tão próximo quanto possível do regime fisiológico.

- Pesar o regimen pelo menos no início.
  - Repartição correcta, pelo dia, dos glúcidos.
- A dietética repousa nos seguintes princípios:  
No plano quantitativo, compreende:

Necessidades de base → 20-25 calorias por kg de peso ideal e por dia.

Necessidades suplementares → variam com a actividade física:

Sedentário + 30 %.

Trabalho moderado + 50 %.

Trabalho físico violento + 100 % (40 a 50 cal. por kg por dia).

No plano qualitativo, as calorias são repartidas entre os vários alimentos:

Glúcidos — 40 % ou 3 g/kg/24 h

Lipídeos — 40 % ou 1,5 g/kg/24 h

Protídeos — 20 % ou 1,5 g/kg/24 h

Regimes em pormenor:

#### I — Diabético adulto, sem cetose.

Ex: homem de 1,70 m de altura, e com o peso de 70 k e vida activa.

- A ração calórica calculada segundo os princípios anteriores é de 2 500 calorias e composta por:

Glúcidos — 210 g (840 cal.)

Lipídeos — 105 g (940 cal.)

Protídeos — 105 g (420 cal.)

— Corresponde a dar um regimen com: 100 g de leite, 100 g de pão, 300 g de batatas, 200 g de frutos, 600 g de legumes verdes, 150 g de carne, 60 g de queijo, 40 g de manteiga, 30 g de azeite.

#### II — Diabético obeso, de 50 anos.

— Regime hipocalórico — 1 500 cal. por dia ou 20 cal./kg de peso ideal.

— A sensação de fome é frenada pelo uso de moderadores do apetite. Por vezes, a cura de emagrecimento equilibra a diabetes.

#### III — Diabetes com complicações vasculares degenerativas:

— Regime pobre em lipídeos.

— Exclui mariscos, vísceras, (fígado, rim, miolos), caça.

— Usar gorduras ricas em ácidos gordos não saturados (óleo de semente de girassol, de germe de milho).

— Excluir frutos gordos secos (nozes, avelãs, amêndoas).

#### IV — Diabetes com insuficiência renal:

— Regime pobre em protídeos, em especial quando a azotemia é superior a 0,70 g/l. Em princípio, autorizar uma ração proteica igual à ureia urinária em centigramas vezes três (Ex: 10 cg de ureia × 3 = 30 cg de protídeos = 100 g de carne).

#### V — Diabético com cetosúria:

— Põe problemas especiais.

#### VI — Diabetes do adolescente.

— Necessidades em proteicos aumentadas, donde regime rico em proteínas.

— Glúcidos 260-280 g/dia.

O regime deve ser variado e adaptado ao gosto do doente. Tem grande importância fornecer a cada diabético tabelas com equivalência dos alimentos.

De início deverão ser pesados todos os alimentos e fazer um cálculo tão aproximado quanto possível.

O consumo de bebidas deve ser moderado e as calorias fornecidas pelo vinho e cerveja descontadas na ração. Notar que toda a polidipsia traduz uma diabetes mal controlada.

São proibidos licores, vinhos doces, cidra, limonada ou laranjada.

#### B — INSULINOTERAPIA

A diabetes do jovem impõe a insulinoterapia.

##### I — Tipos de insulina.

a) Insulina cristalizada (ordinária) (I.O.).

— Apresenta-se em frascos de 5 e 10 c.c., doseados a 20 ou 40 U./c.c.  
o efeito hipoglicemiante inicia-se 20 a 30 m. após

# ANGIMUTH

(Canfocarboxilato de bismuto)



anginas...

estomatites...

**ANGIMUTH «ADULTOS»:**

Caixa com 3 supositórios,  
a 40 mg de Bismuto

**ANGIMUTH «INFANTIL»:**

Caixa com 3 supositórios,  
a 20 mg de Bismuto



DIVISÃO FARMACÉUTICA  
BRUXELAS - BÉLGICA

Representantes:

NEO-FARMACÉUTICA, LDA.  
Avenida 5 de Outubro, 21 — LISBOA.  
Rua Sá da Bandeira, 605-2.º — PORTO

- inj. subcutânea; efeito máximo 2-3 h.; termina o efeito ao fim de 8 h.
- Inconveniente — acção curta, exigindo injecções de 6 em 6 h.
- Utilidade — Tratamento de ácido-cetose.

b) Insulinas lentas.

- Insulina-protamina-zinco (I.P.Z.).
- Mistura de insulina, zinco e protamina.
- O efeito hipoglicemiante inicia-se 4 h. após a injecção subcutânea, atinge o máximo às 12 h. e dura no total cerca de 24 h.
- Inconvenientes — reduz mal a hiperglicemia secundária ao pequeno almoço; expõe a uma hipoglicemia tardia, nocturna, que pode passar despercebida, mas dar sequelas.
- Não ultrapassar 60 U. por dia.
- Não dar mais que uma injecção por dia.
- Medicamento de escolha nas diabetes leves.
- N.P.H. (Insulina neutra com uma quantidade limitada de protamina).
- O efeito hipoglicemiante tem início 1 h. 30 m. após a injecção subcutânea; é máximo pela 10.<sup>a</sup> hora e termina pela 20.<sup>a</sup>.
- Vantagem — evita a hiperglicemia post pequeno almoço; evita a hipoglicemia nocturna.
- Está indicada quando o doente está equilibrado por uma dose de I.P.Z. superior ou igual a 50 U. ou quando a mistura de insulina cristalizada + I.P.Z. está a ser usada na proporção de  $\frac{2}{1}$  ou  $\frac{3}{2}$ .

— As diinsulinas (mistura de insulina cristalizada e de asocianato de insulina na proporção de:

$$\frac{1}{2} + \frac{1}{2} \text{ (diinsulina 50).}$$

$$\frac{1}{2} + \frac{1}{3} \text{ (diinsulina 75).}$$

- Efeito hipoglicemiante não superior a 12 h.
- Doses elevadas podem dar hipoglicemias. Preferível dar 2 injecções diárias.

— Insulinas zinco; comercializadas sob três formas:

- amorfa (semilenta) acção de 14 h.
- cristalizada, que dura 24 h.
- mista, contendo 30 % de amorfa e 70 % de cristalizada.
- Têm a vantagem de não conterem protamina e não darem portanto reacções locais.

c) Misturas de insulinas: (em diabetes delicadas podem ser indispensáveis).

- Insulina ordinária + I.P.Z. — podem misturar-se, mas a protamina diminui a acção rápida da insulina ordinária.
- I.O. + N.P.H. — Não tem os inconvenientes da associação anterior, pois a quantidade de protamina é muito pequena.
- Nunca associar as insulinas zinco entre si.

II — Técnica de injecção.

- Assepsia rigorosa.
- Agulha suficientemente longa para a injecção ser subcutânea profunda.
- Variar os locais de picada (lipodistrofias; más reabsorções).

III — Esquemas de tratamento. Iniciar com o doente, de preferência, em meio hospitalar.

a) Diabetes ligeira sem ácido-cetose.

— Com glicosúria moderada (2 que 60 g/24 h.): tentar equilibrar o doente com insulina lenta, dependendo a dose de início da intensidade e ser a mais baixa possível.

— Exames de urina com «Clinitest» e «Acetest» praticados de manhã, ao meio dia e à noite; resultados anotados em relação a uma escala colorimétrica (0); +; ++; +++; ++++).

— Se é o ou + a dose de insulina mantem-se.

— Se +++ ou ++++ aumenta-se a dose de insulina cada 2 dias, 10 % da dose total anterior, sem ultrapassar 10 U.

— Ao fim de 10 dias, fazer um doseamento de glicosúria fraccionada (das 8 h. às 12 h.; das 12 h. às 20 h.; das 20 às 8 h. do dia seguinte). Pelos resultados se verá a necessidade de modificações:

— 1.<sup>a</sup> amostra com glucose (caso da I.P.Z.) juntar I.O.

— 3.<sup>a</sup> amostra com glucose aumentar a I.P.Z.

— Pode ser necessário modificar a repartição de glucídeos no regime.

Equilibrada a diabetes, fazer de mês a mês doseamento da glicemia em jejum, glicosúria de 24 h., cetonúria.

b) Diabetes com cetose ou ácido-cetose:

— Sempre hospitalizado, com insulina ordinária, 3-4 vezes por dia  $\frac{1}{4}$  de hora antes de cada refeição.

— Depois de equilibrada, passar para uma insulina lenta, cuja escolha depende do resultado da prova da glicosúria fraccionada. Notar que há uma redução de  $\frac{1}{3}$  da dose global (por ex. 30 U. de I.O. = 20 U. de I.P.Z.).

A transição pode ser de um dia para o outro ou lenta.

IV — Acidentes da Insulinoterapia:

a) Alérgicos — locais ou gerais, em geral resultantes da protamina.

b) Lipodistrofias.

c) Hipoglicemia — desde simples mal-estar ao coma.

Todo o diabético deve trazer consigo açúcar e ter em casa soro glicosado hipertónico a 30 %, bem como material para injeção i.v. (a ser utilizado pelo médico chamado de urgência).

V — Casos particulares:

a) Insulino-resistência — Trata-se de um diabético que necessita de doses superiores a 150-200 U. por dia.

É preciso verificar:

— Se a insulina utilizada não ultrapassa o prazo de validade.



**IMUNADOL**

ANTI-INFECCIOSO

ACTIVADOR DAS DEFESAS ORGÂNICAS

LISADO BACTÉRICO

OBTIDO A PARTIR DE ESTIRPES LISAS SELECIONADAS DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCCOS, ESTREPTOCOCCOS, ENTEROCOCCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

COM ACÇÃO IMUNIZANTE

COMPROVADOS EFEITOS NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS ESTADOS GRIPAIS

CAIXAS DE 1, 3, 6 E 12 AMPOLAS DE 2 C.C.

VERIFICADO OFICIALMENTE NO INSTITUTO CÂMARA PESTANA

LABORATÓRIO SAÚDE, LDA.  
R. de S.to António à Estrela, 44 — LISBOA

# A América do Norte na Era Atómica

(Crónicas de Viagem)

por

MÁRIO CARDIA

com prefácio do

Prof. Reynaldo dos Santos

Um volume de 216 páginas  
ilustrado . . . . . 25\$00

## Terapêutica do carcinoma do colo do útero

por

Deolinda Camarinha, António de Castro Caldas, Francisco Valente Rocha, Jorge de Melo do Rêgo, Maria Fernandes Marques, W. Clode, Idálio de Oliveira, Pinto Carvalho, J. da Gama Imaginário, Pedro da Cunha e F. Freitas Simões.

Um volume de 210 páginas . . . . . 30\$00

## Tumores malignos do aparelho genital feminino

Os seus problemas médico-sociais

por

Mário Cardia, Albino Aroso, Levi Guerra, Alberto Milheiro, Maria Carolina Ribeiro, Fernando Figueiredo, Ferreira de Abreu, Domingos Santos e Augusto Costa.

Um volume de 170 páginas . . . . . 25\$00

PARA LÁ DA «CORTINA»

## Berlim Oriental

e a

## Checoslováquia

(Crónicas de viagem)

por

Mário Cardia

Um volume de 122 págs. ilustrado . . . . . 20\$00

## Opúsculos sobre a luta contra o cancro

pelo Dr.

MÁRIO CARDIA

A luta contra o cancro na Grã-Bretanha (1957); A luta contra o cancro uterino (1960); A luta contra o cancro em Londres (1960); Para uma orgânica nacional da luta contra o cancro (1961); Panorama actual da Ginecologia (1962); Ginecologia, luta contra o cancro e serviço social (1962); O oitavo Congresso Internacional do Cancro (Moscou, Junho de 1962); A luta contra o cancro em Portugal — A propósito de um comunicado da Fundação Calouste Gulbenkian (1963); Cancro e Centros de Saúde (1963); A Batalha do Cancro «Não desarmam!» (1964); Tabaco e Cancro Pulmonar (1964); A luta contra o Cancro em Portugal — A boa doutrina aplicada aos Portugueses do Ultramar... Quando se aplicará também na Metrópole? (1964).

Cada . . . . . 10\$00

Alguns aspectos da Batalha do Cancro (A Luta Contra o Cancro no Brasil; Apelo aos Senhores Ministros das Finanças e da Saúde e Assistência; O Porto e o Cancro — a propósito do «Centro Anticanceroso do Norte» —).

Um volume de 66 págs. . . . . 20\$00

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

**Contra reembolso ou à cobrança**

**O MÉDICO**

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDIOS

**Boletim de novas assinaturas  
para o ano de 1965**

**Escrever bem legível o nome e morada**

Nome .....

Nome .....

Morada .....

Morada .....

(quando a assinatura é proposta). Informo que desejo receber, grátis, em 1.º lugar o livro .....

.....; em 2.º .....

..... (ver anúncio sobre livros editados pela SOPIME no número de "O MÉDICO" de 3-12-1964). — O assinante; nome e morada .....

..... (proponente)

**Preço da assinatura de "O MÉDICO" em 1965: Portugal Continental e Insular — Ano: 230\$00. (Todos os assinantes recebem gratuitamente a edição em língua portuguesa de "EUROPA MEDICA"). A cobrança é feita pelo correio. Pagamento adiantado.**

**A utilizar sòmente  
no Continente e  
Ilhas Adjacentes**

**R S F**

**Não cerece de selo.  
O porte será pago  
pelo destinatário.**

**Bilhete postal-Resposta  
Autorizado pelos C. T. T.**

*A Administração de*

**O MÉDICO** SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

**Avenida dos Aliados, 41-4.º**

**PORTO**

- Se não há perturbações de absorção nos locais de injeção.
- Procurar a causa do desequilíbrio — infecção, intoxicação, infarto do miocárdio latente, corticoterapia intempestiva.
- Eliminadas as causas anteriores, suspeitar de causa imunológica. Mudar de insulina (porco ou carneiro) ou associar guanidinas.

- b) Diabetes instáveis:  
Põe problemas práticos delicados: repartir melhor os glucídeos e, se necessário, mudar de insulina.
  - c) Diabetes com arterioesclerose:  
Evitar as hipoglicemias que podem originar acidentes graves.
  - d) Diabetes e infecção intercorrente ou diabetes e intervenção cirúrgica.
- Nos diabéticos com febre, anorexia ou em choque operatório, evitar toda a ácido-cetose.

- Ração hidrocarbonada suficiente, se necessário I.V.
- Passar à insulina ordinária.
- Diariamente — glicemia, reserva alcalina e glicosúria de 24 h.

#### C — HIPOGLICEMIANTES ORAIS

##### I — Sulfamidas hipoglicemiantes:

- a) Modo de acção — Parece estimularem a secreção de insulina pelas células B dos ilhéus de Langerhans.
- b) Tipos de sulfamidas.
  - Carbutamida — comp. de 50 cg, acção de 10-12 h.
  - Tolbutamida — comp. de 50 cg, duração de acção mais curta.
  - Chlorprapamida — comp. de 25 cg.
- c) Indicações terapêuticas.
  - Regra prática: a diabetes com desnutrição e a com ácido-cetose são contra-indicações para o uso das sulfamidas hipoglicemiantes.
  - Podem usar-se nos seguintes casos:
    - Indivíduos de mais de 40 anos.
    - Obesos.
    - Diabetes recente, datando de menos de 5 anos.
    - Diabetes não tratada antes com insulina ou tratada há pouco tempo com doses fracas.
    - No caso de infecção, é obrigatório passar à insulina ordinária.
- d) Modo de utilização.
  - Doente que nunca tomou insulina:

Dose de ataque 2 g/dia (metade da dose de manhã, o resto à tarde), durante 6 dias. Em regra, desaparece a glicosúria e a glicemia normaliza. Baixar para 1,5 g/dia e após algumas semanas passa-se à dose de manutenção mais pequena possível. Quando falha, mudar de sulfamida ou passar às guanidinas. Notar que há por vezes um período de latência de 2-3 semanas.

Para vigiar o tratamento, fazer:

1.º mês — glicosúria directa (clinitest) diária; glicemia semanal. Seguintes — glicemia e glicosúria mensais.  
Vigiar a fórmula sanguínea.

##### — Doente já tratado com insulina:

Nos doentes idosos e magros não passar às sulfamidas (perigo de acidose). Nos outros, fazer a transição progressiva, em ambiente hospitalar, de preferência. As doses de insulina devem ser diminuídas em fracções de 10 U.

##### e) Incidentes e acidentes.

- Acidentes hematológicos — leucopenia (vigiar a fórmula leucocitária).
- Acidentes fetais (contra-indicadas na grávida).
- Incidentes:
  - Digestivos — náuseas (tomar os comprimidos a meio das refeições).
  - Cutâneos — urticária.
  - Efeitos antiéticos — após ingestão de álcool surgem perturbações vasomotoras.

##### f) Problemas das falhas terapêuticas das sulfamidas:

- Verificar se o regime está a ser bem seguido.
- Utilizar uma guanidina.
- Associar a sulfamida à guanidina.
- Se necessário, voltar à insulina.

##### II — Guanidinas.

- a) Modo de acção: extra-pancreático.
- b) Tipos — glucophage ou dimethylbiguanidina — comprimidos a 50 cg.
- c) Indicações terapêuticas e doses.
  - Regime dietético indispensável.
  - Condições:
    - Diabetes do adulto em que estejam contra-indicadas as sulfamidas.
    - Diabetes tratada com insulina, mas instável (associar os 2 tratamentos).

Doses — 3 a 6 comp. por dia. As doses serão lentamente progressivas, em função da glicosúria, e dadas às refeições.

##### d) Incidentes:

- Digestivos são frequentes — náuseas, epigastralgias, diarreia.
- Nunca há hipoglicemia.

##### e) Associação sulfamida-biguanidina; indicada:

- Nos casos de diabetes no obeso de 50 anos sem cetose.
- No caso de falha do tratamento pelo regime + sulfamidas ou só pelas guanidinas.

#### A DIABETES NA GESTAÇÃO, NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE

##### D — DIABETES E GESTAÇÃO

A descoberta de glicosúria na grávida impõe a realização da prova da hiperglicemia provocada, para distinguir:

- Glicosúria por descida do limiar renal, banal na gestação.
- Paradiabetes.

**GRIPES**

**BRONQUITES**

**TOSSES**

**PNEUMONIAS**

**GRIPUL**

**BRONCODILATADOR  
EUPNEICO  
EXPECTORANTE**

Anti-séptico laringo-tráqueo-broncopulmonar.

CREME — bisnago de 20 gramas

SUPOSITÓRIOS — Infantil e Adulto — caixas de 6

**Laboratório FIDELIS**

— Falsas glicosúrias:

lactosúria (reacções enzimáticas específicas).

— Diabetes verdadeira.

I — Regimen:

- Hipercalórico — 40 cal./k/dia.
- Protídeos 2,5 g/kg/dia (anabolismo fetal).
- Glúcídeos aumentados (200 a 300 g por dia).
- Fornecimento de cálcio (leite sem sal).
- Vitaminas.

II — Insulina:

- Perfeitamente regulada. Interpretar a glicosúria em função do limiar renal.

III — Problemas no início da gestação:

- Vômitos gravídicos — além do tratamento habitual, necessita ração hidrocarbonada suficiente, inclusive perfusões de soro glicosado hipertónico e insulina ordinária.

IV — Problemas do final da gestação:

- Vigiar a cetose (perigo de morte fetal).
- Hospitalizar a grávida 45 dias antes do fim da gestação. Se necessário, dar 3-4 inj./dia de I.O. (dose total repartida).

V — Tratamento hormonal: discutido:

- Vigiar a eliminação hormonal urinária nas 16.<sup>a</sup>, 22.<sup>a</sup>, 28.<sup>a</sup>, e 34.<sup>a</sup> semanas, para corrigir um défice de pregnandiol ou foliculina.

VI — Problema do parto:

- Discutível a interrupção prematura da gestação entre a 35.<sup>a</sup> e a 40.<sup>a</sup> semanas. De notar que o trabalho de parto deverá ser tão curto quanto possível e atraumático.
- Recém-nascido → vigiado permanentemente.
- Com excesso de peso — privação de líquidos nas primeiras 48 h.
- Com hipoglicemia — dar soro glicosado.

— Com perturbações respiratórias — desobstruir as vias respiratórias superiores, aspiração gástrica e dar oxigénio.

E — DIABETES DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Caracterizada por:

- Desnutrição constante.
- Perigo de ácido-cetose.
- Instabilidade, em especial na puberdade.

I — Regime:

- Livre, mas interditos os doces e o pão em excesso.

II — Insulinoterapia:

- Dose variável, de acordo com o controle urinário e dependendo da idade.
- 1.<sup>o</sup> dia  $\frac{1}{2}$  U./kg, em uma injeccção de insulina mista. Caso haja cetose, dar ainda I.O. de 4 em 4 h. em dose igual a  $\frac{1}{5}$  da dose inicial até desaparecer a cetose.
- 2.<sup>o</sup> dia — se a cetose persiste, aumentar a dose de insulina mista em  $\frac{1}{2}$  da quantidade da I.O. total suplementar dada na véspera.

III — Indispensável:

- Educação da criança.
- Contróle diário da glicosúria (clinitesta) anotando num caderno.
- Mensalmente: glicosúria de 24 h.
- De 3 em 3 meses: glicemia em jejum.
- Escolaridade normal, actividade física normal, desportos autorizados.
- Sob o ponto de vista profissional — orientar para profissões calmas (escritórios), evitar profissões perigosas e com horários irregulares.

(Condensado por B. V. de «Gazette Medicale de France», Setembro de 1964).

N. R. — «Clinitest» (Ames) — comprimidos reagentes para pesquisa quantitativa de açúcar na urina.  
«Acetest» (Ames) — comprimidos reagentes de acetona e ácido diacético na urina.

# O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM

DR. GERHARD JOPPICH

A aquisição de um idioma é um processo puro de imitação, ligado ao funcionamento de centros motores e sensoriais da palavra e também a uma determinada quantidade de inteligência.

Crianças surdas ou com extensos danos cerebrais só aprendem a falar após um treino especial ou não chegam mesmo a aprender.

A maioria dos autores pensam que os sons incoerentes dos lactentes representam um exercício prévio ao falar normal. Mas, se assim fosse, eles desenvolver-se-iam sob as mesmas condições da própria linguagem. Ora a função da linguagem encontra-se circunscrita a determinados campos do córtex cerebral e não podem funcionar no lactente, jovem. O grito é também do domínio dos lactentes sem cérebro. O facto dos lactentes surdos serem capazes de produzir sons incoerentes, demonstra que não se cumpre a outra das condições para o desenvolvimento da linguagem que é a imitação. O lactente de ouvido normal, também não imita os ruídos que se lhe ensinam mas forma os seus próprios sons, que de início são guturais.

Ao fim do primeiro ano, a linguagem em sons incoerentes alcança o ponto culminante. Sons bilabiais como o «m» e o «p» e mais tarde o «t» e o «s» aparecem então assim como a característica tendência para a repetição. Começam então os conhecidos «mamãs» e «ppapás» que seduzem os pais, pois os julgam relacionados com eles. Mas na realidade, este processo é ao contrário. É precisamente por esta tendência dos lactentes de formar estas sílabas e de as repetir constantemente que foram relacionadas com os pais. Na lingua-

gem dos arménios à mãe chama-se papá, o que já não nos pode surpreender.

A criança de um ano é facilmente estimulada para imitações de várias naturezas, bater palmas, etc., mas não inclui, todavia, a capacidade para reproduzir sons ainda que sejam ruídos que noutra oportunidade já tinha pronunciado espontaneamente.

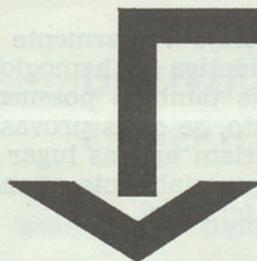
As manifestações sonoras dos lactentes não representam imitações de palavras, que são idênticas entre si, seja qual for o idioma materno. Observamos com frequência que as crianças de dois anos que já sabem pronunciar algumas palavras, em geral são mais caladas que os lactentes de nove meses. Falta-lhes ainda vocabulário e já não dispõem de capacidade para formar sons inarticulados. Indubitavelmente estas duas manifestações sonoras são duas coisas distintas. Os sons incoerentes tem localizações subcorticais, enquanto a palavra articulada procede do cérebro.

Os sons incoerentes dos lactentes serão provavelmente uma manifestação própria, cujo significado está dentro dela mesma e no momento em que se produz.

Os zoólogos, que se tem preocupado com o comportamento dos animais, tem encontrado nestes, manifestações idênticas às do lactente que são interpretadas como o desejo de se fazerem notar por quem os cria. É assim que se devem também interpretar os sons incoerentes do lactente.

(Codensado por P. V. da «Acta Medica Venezuelana», Março de 1964).

# VITAFERROSO



## TÓNICO

ANTIANÉMICO  
DE  
PODEROSA

nas formas hipocrómicas  
e hiperocrómicas



## CANOBBIO

### CÁPSULAS

FACTOR INTRÍNSECO • VITAMINA B<sub>12</sub>  
ÁCIDO FÓLICO • VITAMINA C  
SULFATO DE COBALTO • SULFATO DE  
MANGANÉSIO • SULFATO DE COBRE  
GLUCONATO FERROSO

Frasco de 20 cápsulas

### LÍQUIDO

VITAMINA B<sub>12</sub> • SULFATO DE COBRE  
SULFATO DE MANGANÉSIO • SULFATO DE  
COBALTO • VITAMINA C • GLUCONATO  
FERROSO • HIDROLISADO DE PROTEÍNAS

Frasco de 200 gramas

## LABORATÓRIOS DOS ESTABELECIMENTOS CANOBBIO

RUA DAMASCENO MONTEIRO, 144-LISBOA

## QUE DESEJA SABER?

Publicamos a seguir traduções de algumas das «perguntas e respostas» sobre problemas da prática médica que, semanalmente, aparecem sob a rubrica «Any Questions?» no periódico «British Medical Journal»; são aqui reproduzidas com autorização do Editor daquela prestigiosa revista.

### VERSÃO CEFÁLICA E ANOXIA FETAL

P. — *Quais os riscos de que a versão cefálica externa, cerca da 34.ª semana da gravidez, provoque anoxia cerebral no feto que dê, em consequência, futuras anomalias mentais?*

R. — São bem conhecidos os riscos para o feto da versão cefálica externa.

Pode haver descolamento da placenta com hemorragia antepartum; se esta for intensa resultará na morte do feto *in útero*. O feto pode ficar envolvido nas ansas do cordão umbilical; daqui, possível obstrução imediata da circulação fetal com morte do feto ou sofrimento fetal que se torna aparente mais tarde durante o trabalho de parto. Ainda outro risco é o parto prematuro.

Não se conhece bem o mecanismo pelo qual a anoxia cerebral pode vir a ser a responsável por atraso mental. É provável que a anoxia cerebral prolongada leve a lesões cerebrais permanentes, mas é difícil estabelecer a conexão entre esta hipótese e a versão externa ou pensar que a versão externa praticada com toda a prudência e gentileza conduza a riscos maiores do que no caso da versão espontânea que frequentemente ocorre em quase todas as gestações a partir da vigésima sexta semana.

### ANEURISMAS CEREBRAIS CONGÊNITOS

P. — *Qual a etiologia dos aneurismas intracranianos congênitos? Quais os resultados do tratamento?*

R. — Os aneurismas cerebrais congênitos aparecem quando há defeitos congênitos na túnica média da parede dos vasos. Encontram-se usualmente nos locais onde desaparecerem os vasos fetais. A ocorrência ulterior de hipertensão vascular, arteriosclerose ou os efeitos da pressão contínua obrigam a parede a «ceder».

Os resultados do tratamento conservador e cirúrgico dos aneurismas cerebrais têm sido objecto de enorme quantidade de publicações. A maioria dos autores apenas refere números sem método de contróle.

Os resultados dependem do estado clínico do paciente, da situação do aneurisma e mesmo possivelmente do sexo do indivíduo.

A melhor revisão deste assunto é a de McKissock e colaboradores (*Lancet*, 1960, 1, 1203 e 1962, 2, 417) que resumiram recentemente os seus achados (*The Medical Annual*, 1963, Wright, Bristol). Segundo estes autores, a cirurgia fornece melhor prognóstico àqueles pacientes que, tendo sobrevivido aos primeiros dias com melhora do estado, têm ou um aneurisma da artéria carótida interna próximo da origem da artéria comunicante posterior ou são do sexo masculino e têm um aneurisma da artéria cerebral média.

Noutras situações menos comuns os méritos relativos dos dois tipos de tratamento não são tão claros e variam de caso para caso.

### PROVAS PARA SANGUE OCULTO

P. — *Qual a prova mais sensível para a descoberta de sangue oculto nas fezes? Qual a quantidade mínima de sangue capaz de ser descoberta?*

R. — Com os isótopos radioactivos consegue-se descobrir uma quantidade de sangue tão pequena como 1 cc. por dia nas fezes.

As perdas gastrointestinais determinam-se «marcando» uma amostra dos eritrócitos do paciente com crómio radioactivo  $^{51}\text{Cr}$ , re-injectando as células na circulação e calculando subsequentemente o conteúdo de  $^{51}\text{Cr}$  nas fezes.

As provas químicas, que se utilizam muito mais frequentemente, são menos sensíveis e a quantidade mínima de sangue por elas detectada dependerá do local da hemorragia. Um indivíduo terá de engolir cerca de 10 c.c. de sangue para haver positividade do resultado; nas hemorragias rectais a quantidade requerida é muito menor.

As provas químicas hoje vulgarmente utilizadas baseiam-se na acção peroxidativa da hemoglobina, mas as matérias fecais normais também possuem alguma acção peroxidásica. Portanto, se estas provas químicas fossem muito sensíveis dariam apenas lugar a resultados falsamente positivos, especialmente quando se utilizam matérias fecais não fervidas.

(COLIGIDAS POR G. G.)

---

## SUMÁRIOS DA IMPRENSA MÉDICA NACIONAL

(ARTIGOS ORIGINAIS)

Dos periódicos ultimamente aparecidos:

«JORNAL DO MÉDICO»

(21-11-1964): *Acerca de um caso curioso de atresia do esófago ou malformação esófago-traqueal* (CARDOSO DA ROCHA).

«COIMBRA MÉDICA»

Fascículo VIII — 1964): — *Uropepsinogénio — interesse clínico da sua determinação* (J. GOUVEIA MONTEIRO, HORÁCIO DA SILVEIRA e DINIS S. FREITAS); *Hemopneumotórax espontâneo* (LUCIANO DOS REIS); *Documentos artereográficos em alguns tumores dos ossos* (ADRIANO PIMENTA); *Méthodes statistiques em Médecine et en Biologie* (MARIE-JEANNE LAURENT-DUHAMEL).

NA PENICILINO E ESTREPTOPENICILINOTERAPIA  
DOIS PRODUTOS ALTAMENTE MANEJÁVEIS !

# PIPERCILINA

DIBENZIL-PENICILINATO DE 2,5-DIFENIL-PIPERAZINA

## CARACTERÍSTICAS

- 1 — Actividade prolongada durante dois dias
- 2 — Rapidez em atingir taxas elevadas poucas horas após a injeção
- 3 — Ótima tolerância local
- 4 — Toxicidade praticamente nula

## APRESENTAÇÃO

200.000 U.  
500.000 U.  
800.000 U.

Em caixas de 1 dose

AUSÊNCIA DE PROCAÍNA E ANTI-HISTAMÍNICOS

# PIPERMICINA

DIBENZIL-PENICILINATO DE 2,5-DIFENIL-PIPERAZINA +  
ESTREPTOMICINA BASE (EM FORMA DE SULFATO)

Esta associação demonstra-se clinicamente vantajosa porque :

- 1 — O espectro anti-bactérico é mais amplo, compreendendo tanto os germens gram-positivos como os gram-negativos
- 2 — A actividade anti-bactérica é reforçada por um verdadeiro e próprio sinergismo de acção, manifestando-se portanto mesmo em concentrações relativamente débeis dos dois antibióticos.
- 3 — Alguns microorganismos módicamente sensíveis ao uso separado dos dois antibióticos, são muito sensíveis à sua associação.

## APRESENTAÇÃO

200.000 U. + 0,25  
500.000 U. + 0,50  
800.000 U. + 0,50

Em caixas de 1 dose

**LABORATÓRIOS SIGMA**

RUA JOÃO DE DEUS

VENDA NOVA ★ AMADORA

NOVIDADE TERAPÊUTICA  
CONTRA AS DORES MUSCULARES E ARTICULARES!

# IODOBÁLSAMO

ANALGÉSICO

CURATIVO

Composição	
Diiodidroxipropano . . . . .	10 g.
Cloridrato 2-benzil-4-5-imidazolina . . . . .	2 g.
Bicloridrato de histamina . . . . .	0,10 g.
Cloridrato de procaína . . . . .	1 g.
Ureia pura . . . . .	5 g.
Clorofórmio . . . . .	15 g.
Excipiente poliglicólico hidrossolúvel q. b. p.	100 g.

em bisnagas com 20 g.

- Acção detergente e permeabilizante que permite aos medicamentos de que é composto um imediato contacto com a pele e de a atravessar (excipiente poliglicólico e ureia).
- Acção vasodilatadora periférica, com a qual se prepara a cútis e os tecidos visinhos à penetração dos medicamentos presentes no IODOBÁLSAMO (2-Benzil-4-5-imidazolina; Histamina).
- Acção antidolorosa imediata e prolongada (Procaína; 2-Benzil-4-5-imidazolina; Histamina).
- Acção curativa (Diiodidroxipropano).

OUTRAS ESPECIALIDADES *Sigma* QUE A EXPERIÊNCIA CONSAGROU

## ASMOBRON comprimidos

terapêutica completa, sintomática e causal da asma brônquica.

## GÀDICINA elixir

tónico completo de agradável sabor para crianças e adultos.

## GÀDIPULMINA xarope

calmante da tosse e fluidificante da expectoração, com funções tonificantes. Especial para crianças.

**LABORATÓRIOS SIGMA**

RUA JOÃO DE DEUS

VENDA NOVA ★ AMADORA

# O DR. RAUL OUTEIRO

## MÉDICO DO PORTO E TISIOLOGISTA

OCTÁVIO SÉRGIO

Entre os meus «fantasmas», isto é, os meus contemporâneos que foram desaparecendo do número dos vivos, o Dr. Raul Claro Outeiro ocupa, sem dúvida, um lugar especial no meu coração e na minha simpatia. Costumo eu dizer, cá na minha linguagem, que certos homens bons e úteis são, de facto, de uma categoria angelical: só lhes falta as asas!

Este *médico da cidade*, que morreu durante muitos anos ali na Rua da Restauração, inteligente, culto, cuidadoso, impôs-se sempre pela sua grande seriedade mental e moral. Deixou numerosa e distinta família, educada à sua maneira de bom e honrado cidadão, muito cioso das suas crenças religiosas. Um dos seus filhos, o Dr. Fernando Outeiro, é médico como o pai. Todos os seus filhos podem bem orgulhar-se da herança honrorosíssima que o pai lhes deixou.

Tendo feito a clínica geral durante muitos anos, Raul Outeiro foi também distinto tuberculologista e fez parte do corpo clínico do «Sanatório-Hospital Rodrigues Semide», onde, ao lado de outro tisiologista, o meu saudoso amigo Dr. Eduardo Ferreira dos Santos Silva, realizou uma obra de grande dignidade. Se muitos outros clínicos ganharam muito mais e tiveram benesses e honrarias que Outeiro não teve, pode afirmar-se que nenhum outro trabalhou com maior dignidade pessoal e profissional.

Privei muito com o Dr. Raul Outeiro, que frequentou durante alguns anos uma tertúlia de médicos, a que eu, que nem enfermeiro poderia ser, pertenci também. Era mesmo o único contertúlio que não era médico. Não sei bem determinar as razões que me levaram a isso, mas posso dizer, com efeito, que a grande maioria dos meus amigos foi sempre constituída por homens formados em Medicina. E posso dizer que, geralmente, os melhores amigos e companheiros dos artistas plásticos são, na verdade, os médicos. Quando estive, de 1928 a 1930, no Brasil, vim ao conhecimento da mesma verdade.

Nessa tertúlia que tantas vezes evoco, aparecia regularmente o Dr. Raul Outeiro. Faziam parte dela o Dr. Couto Nobre, o Dr. Vítor Ramos, o Dr. Manuel Joaquim Ferreira, professor da Faculdade de Ciências, o Dr. Melo Pestana, meu tão querido amigo, e outros de que me não recordo no momento. Raul Outeiro era, com toda a certeza, dentre todos, o mais alegre. A sua

cara de plebeu bom e honrado irradiava uma grande alegria. Raras vezes o vi mal disposto. Todos o estimavam e consideravam, e ele bem merecia a estima e a consideração de todos os seus amigos.

Como a maior parte, tinha as suas ideias políticas bem definidas. Era conservador e católico, mas todos os que tinham ideias diferentes



e até opostas lhe queriam muito. Era esse um tempo já distante em que as ideias, talvez bastante mais sinceras do que as de hoje, não separavam os homens. Eu, que sou republicano desde os bancos das escolas, dei-me sempre com monárquicos. Raul Outeiro era, nesse capítulo, de uma grande delicadeza.

Conservador convencido, estava com a actual situação política.

E quando se criou a Legião Portuguesa, Raul Outeiro, já com sessenta e muitos anos, alistou-se, e, cheio de brio, com uma convicção de respeitar, entrou em muitos des-

files e paradas, vestindo a camisa verde, as calças pardas, os polainotos, e o barrete, verde também. Assim o caricaturei num cartão de guacho, passo aberto, largo, a mão direita no ar, à moda das saudações romanas. A caricatura, exposta no «Salão Silva Porto», fez sensação, pois toda a gente portuense conhecia o distinto clínico e eu o apanhara, com efeito, num razoável flagrante. Raul Outeiro riu-se a bom rir com essa caricatura, que eu não sei a estas horas onde parará.

Nessa exposição, o pintor Aníbal Alcino, que era então um petizito, diante da caricatura, disse-me: «Eu cá, se fosse este tipo, dava-lhe um tiro de pistola». Contei isto a Raul Outeiro e ele riu a bom rir. Não havia, no entanto, razões para tiros, porquanto, a caricatura nada tinha de insultuoso ou agressivo. Era apenas uma caricatura expressiva.

Raul Outeiro morreu com mais de setenta anos, mas guardou até ao fim a sua grande frescura espiritual de homem inteligente, muito inteligente, e singularmente bom.

Creio sinceramente que os homens como Raul Outeiro desapareceram e não os há agora que sequer os igualem.

Foi, em boa verdade, um tipo singularíssimo, um verdadeiro *médico da cidade* à moda antiga.

Acima daquilo, do homem boníssimo que era, só com asas, realmente.

Confesso a quem porventura me leia que quando evoco figuras destas fico cheio de saudades pela época em que convivemos.

Tive a felicidade de ser seu amigo e nunca em qualquer conversa houve entre nós o menor melindre. Todavia, Raul Outeiro era homem de espírito e às vezes seria capaz de um dito mais vivo, se bem que nunca deixasse de ser o homem perfeitamente educado que sempre se manifestou a toda a gente.

Raul Outeiro não foi apenas médico do corpo clínico do «Sanatório-Hospital Rodrigues Semide», pois exerceu também, naquela casa hospitalar, dedicadamente e com a maior distinção, o lugar de subdirector.

Evoco-o sempre com grande saudade e tenho pena de que agora já não haja homens como Raul Outeiro. Foram-se todos para o outro mundo e não deixaram substitutos.

Monárquicos ou republicanos, eram todos igualmente dignos, honradíssimos — homens admiráveis que ficaram para sempre vivos no meu coração de amigo.

## Assuntos gerais e profissionais

# ERNST KRETSCHMER:

## A ALEMANHA PRESTA HOMENAGEM A UM SÁBIO

Em 12 de Novembro a cidade de Tubinga, pitoresca e de secular renome universitário, foi centro de intelectual romagem para evocar ERNST KRETSCHMER, falecido em Fevereiro, e congregar um primeiro apontamento sobre o valor histórico e prospectivo da sua monumental obra neuropsiquiátrica.

Em manhã de sol radioso, pouco de esperar para a época, acorriam médicos, fisiologistas e psicólogos de

Os oradores que também discorreram sobre as características individuais da pessoa do sábio foram quase unânimes em estabelecer três marcos fundamentais e lapidares na sua obra. Primeiro o delírio sensitivo de auto-relação, depois, por ordem cronológica, a biotipologia e, finalmente, a psicoterapia. Sem dúvida não foram esquecidos outros trabalhos e livros de KRETSCHMER, mas estes foram vistos como sendo mais tocados por impulso criador e genial e, de certo modo, também reformador.

A psiquiatria catalogadora e nosológica de KREPPELIN sofreria o primeiro abalo de superação em prol duma psiquiatria dinâmica, relacional e pretensamente causal, com o aparecimento da célebre obra de KRETSCHMER: «O delírio sensitivo de auto-relação». Também esta obra estabelece a primeira ponte entre situações psico-reactivas ou neuróticas e psicoses. KREPPELIN e KRETSCHMER foram igualmente sábios, mas o tempo é tão cruel como desgaste das vidas como com as «verdades» científicas, por isso um supera o outro sem que isso signifique ultrapassagem. Se esta existe não o disseram os talentosos catedráticos.

«A constituição do corpo e do carácter» é um livro que só em língua alemã conta 24 edições. É o manual da primeira biotipologia psiquiátrica, a mais sólida aproximação das manifestações psíquicas com a biologia e a mais heróica tentativa de analisar o adoecer psiquiátrico em moldes de transição gradativa com o normal.

Dispensamo-nos de encarecer os pormenores com que cada um dos oradores se referiu às opiniões que de forma insofismável lhes mereceram concordância.

O terceiro pilar da obra de KRETSCHMER foi a psicoterapia de que a mais significativa publicação é o livro «Estudos psicoterapêuticos». Estes estudos, só pelo apreço que concederam ao tónus muscular, à plurificação dos caminhos psicoterapêuticos e ao desmembramento psico-fisiológico da hipnose, mereceram os melhores encómios. A integração destes estudos na linha analítica de FREUD e seus continuadores não foi esquecida.

Salvo erro W. SCHULTE, o mais destacado promotor da homenagem, não deixou fazer menção especial aos estudos sobre histeria, de que é padrão o livro «Histeria, reflexo e instinto».

Contra a minha expectativa não foi alvo de especial destaque o livro «Psicologia médica». Os estudos



Prof. ERNST KRETSCHMER

toda a Alemanha e alguns mesmo do estrangeiro — não obstante a pouca divulgação da notícia para além-fronteiras — a assistir, no salão nobre da Universidade, a sessão solene onde compareceram também o Landes Ministerpräsident, reitor da Universidade, ministro do culto evangélico e muitas outras individualidades em destaque.

Abriu a sessão o decano da Faculdade de Medicina, Harms, e discursaram RÜMKE (de Utrecht), MAUZ (de Münster) e W. SCHULTE (de Tubinga).

O CATGUT  
MAIS ANTIGO  
QUALIDADE SUPERIOR

**Lukens**  
*Surgical Sutures*

CERA HEMOSTÁTICA ESTERILIZADA.  
LINHO OYLOIDIN ATRAUMÁTICO.  
SEDA WAXOID ATRAUMÁTICA.  
SEDA TIE-CHAN.  
SEDAS ESTERILIZADAS.

DISTRIB. EXCLUSIVO: **A. G. ALVAN** — R. da Madalena, 66-2.º-D.to - Lisboa - Telef., 87 07 22

PARA UMA ENÉRGICA TERAPÉUTICA  
ANTI-INFLAMATÓRIA . . .

. . . O FÁRMACO ENZIMÁTICO  
DE INTENSO EFEITO ANTI-  
FLOGÍSTICO E RESOLUTIVO

# CHYMOSEER

(ALFA-QUIMOTRIPSINA LIOFILIZADA)  
REGISTO N.º 719 NA DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE  
(DECRETO N.º 41.448)

**Serono**

CAIXAS DE 6 AMPOLAS DE ALFA-QUIMO-  
TRIPSINA LIOFILIZADA EQUIVALENTE A  
5.000 U.P. ANSON + 6 AMPOLAS DE I.C.C.  
DE SOLUÇÃO FISIOLÓGICA ESTÉRIL.

ISTITUTO FARMACOLÓGICO SERONO — ROMA

Único concessionário para Portugal, Ilhas e Ultramar:

L LEPORI, LDA.

LISBOA-2

PORTO

66

sobre «Homens geniais» e outros foram mais fugidamente evocados.

De tarde, no anfiteatro da clínica neuropsiquiátrica, onde KRETSCHMER outrora se fazia ouvir nas suas lições que duravam duas horas, sentaram-se, em sua vez, com a presidência de HIRSCHMANN, WINKLER, JAHN, WIESER, HÖHN, STEINWACHS, SCHIFFER, SCHUBERT, MALL, BENTE e creio que mais um que não sei mencionar. Todos são professores universitários, à excepção do último, sendo HÖHN uma senhora, professora de psicologia. Estes cientistas circundavam uma mesa, como se reverentemente quisessem significar que todos eles eram parcelas do espírito que os animou, pois não escapa aos mais versados nos estudos «kretschmerianos» que entre estes nomes se contam alguns discípulos afamados do imortal sábio. Sem dúvida, D. LANGEN e HÄFNER, também presentes como tantos outros discípulos, não faziam parte do núcleo dos comunicantes, mas estavam em assentos de estudante; até parece que haviam concordado em dar uma certa prioridade aos que vinham de mais longe.

Como se o espírito do Mestre ali fora simbolizado no grupo de prelectores, também W. SCHULTE, o sucessor de KRETSCHMER, se fez anónimo entre os mais anónimos assistentes. Outro tanto fez WOLFGANG KRETSCHMER, espírito cintilante entre os melhores, com a condenação de ser «o filho do sábio».

Não vou alargar-me nos temas das comunicações e se algumas menciono nem sequer as reporto aos seus prelectores, pois se o fizesse perder-me-ia em pormenores desajustados a uma simples notícia de homenagem.

Foi reforçado o interesse pelo delírio sensitivo de

auto-relação. Focou-se a constituição nas suas relações com a endocrinologia, o ulcus, o carcinoma e outros padecimentos da medicina geral. Foi abordada a constituição asténica e o metabolismo azotado. Discorreu-se sobre os métodos «kretschmerianos» em psicologia pura e aplicada.

O almoço oferecido pelo decano da F. Medicina aos hóspedes e outros convites isolados muito concorram para estreitar velhos laços numa boa cooperação científica à volta do sábio tão digno, amado e respeitado de tão simples e bondoso.

Reportei-me, em imaginação, uns anos atrás e senti saudades dos tempos em que o meu viver tinha de ser muito mais modesto, saudades do embaraço com que pela primeira vez fui recebido em casa de KRETSCHMER, não obstante ciente do protocolo que me ensinaram, saudades do esforço que fazia para durante a manhã aguentar os olhos abertos com a fadiga da língua, dos temas e da pontualidade das 8 horas em pleno Inverno.

Tudo passa, até mesmo a crença nas nossas possibilidades e no animoso amparo dos que nos rodeiam... só não passa, ao menos nas gerações mais próximas, a luz fulgorosa com que tão esclarecido sábio iluminou o caos das ciências psiquiátricas para lhe imprimir um espírito de ordem, por certo um dos mais fecundos que a História dos tempos há-de registar.

Deixei Tubinga de lágrimas nos olhos porque me sentia grande de emoção e pequeno de valia.

Porto, Novembro de 1964.

AZEVEDO FERNANDES

## CENTRO MUNDIAL DA CIÊNCIA

UM dos maiores problemas para as sociedades científicas é o das sedes. Se não têm uma sede em edifício da administração pública (Estado ou autarquias locais) e têm que construir um edifício com os seus próprios recursos, existem sempre dificuldades, que às direcções constituem obstáculo quase impossível de transpor.

Mas o esforço traz sempre compensação e se há verdadeira vontade acaba por ser conseguida a sede condigna.

Assim está para acontecer no nosso meio, onde com o auxílio da Fundação Gulbenkian e a compreensão inteligente e patriota da Misericórdia de Lisboa, está a ser construída uma sede condigna para a Sociedade das Ciências Médicas, na Avenida da República. Este projecto grandioso e aparentemente superior às forças da Sociedade tem sido amadurecido pelas direcções que, primeiro com o Prof. Xavier Morato, depois com o Prof. Ayres de Sousa e agora com o Prof. Cândido de Oliveira, têm conseguido remover todos os obstáculos à sua realização.

★

É oportuno dar conhecimento aos nossos colegas de um projecto do mesmo género que tem desenvolvido e está a entrar em vias de realização, na Academia das Ciências de Nova Iorque.

Há muito que nos relatórios se dizia que a sede da Sociedade não era suficiente para o desenvolvimento que ela tinha, com os seus 18 000 associados, e que nem o número de salas de reuniões, tantas vezes simultâneas, nem a biblioteca, nem outras acomodações chegavam para as necessidades. Também a parte social tinha que ser realizada fora, onde um acordo com um hotel permitia a realização de banquetes e centro de convívio.

Agora comunicam aos sócios que o projecto antigo de um grande centro a que chamarão «World Science Center» vai começar a ser construído.

O projecto é tão grandioso que merece algumas considerações. É evidente que uma Sociedade que pretende realizar por ano uma média de 25 conferências plenárias, com cerca de 1 000 congressistas cada, além das reuniões periódicas de todos os tipos que a Sociedade, com as suas 14 secções, permanentemente realiza, as instalações têm que ser de grande volume.

O local escolhido é extraordinário. No chamado Lincoln Center, dedicado às Artes e às Ciências, onde está o Philharmonic Hall, o New York State Theatre e a Opera House, numa zona de terrenos pertencentes à Columbia University, e que esta vende num plano de acordo que parece muito favorável à Academia. O terreno está situado na Broadway, entre as ruas 63 e 64 e junto a Columbus Ave.

O edifício terá 17 andares. No piso térreo existirá um enorme auditório para cerca de 3 000 pessoas com todos os anexos necessários.

Logo acima, uma imensa sala de banquetes, e cozinhas anexas, depois as secretarias e salas de direcção e seguidamente dois andares para reuniões científicas. Um andar é totalmente dedicado à biblioteca. Segue-se um andar com salas de jantar e outro com largo terraço destinado a clube. Dai para cima, do 13.º ao 17.º andar, existirá um hotel para os sócios vivendo fora de Nova Iorque e que vão às reuniões da Sociedade.

Para este plano grandioso, de que damos uma imagem gráfica é necessário muito dinheiro.

A construção requer 25 000 000 de dólares e a Academia precisa de mais 10 000 000 para pôr o edifício em funcionamento, ou seja, um total de 35 000 000 de dólares, ao câmbio actual cerca de um milhão de contos!

Como é que se obtém este dinheiro?

Uma parte é oferecida pelos sócios: a direcção pede para que cada um colabore com 1 000 dólares distribuídos pelo prazo da construção (três anos). É evidente que, para o nosso nível de vida, isto nos parece enorme, mas os sócios são informados que há muitíssimas inscrições, muitas de valores mais elevados.

Apesar disso, o dinheiro não é suficiente e o restante vai ser oferecido pelo Comércio e pela Indústria, especialmente ligados aos ramos médicos, como laboratórios farmacêuticos, mas também outros. A Academia, com secções de engenharia, geologia biofísica, química organometálica, química, física e ciências planetárias, tem muitos trabalhos ligados a outros tipos de

# UNISEDIL®

Registo n.º 1041 na Direcção-Geral de Saúde (Dec. 41 448)

- TRANQUILIZANTE E ANSIO-LÍTICO
- DEPRESSÃO
- NEUROSE ANSIOSA
- FOBIAS
- ESTADOS ESQUIZOFRÉNICOS MARGINAIS
- PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS REFRACTÁRIAS



## LABORATÓRIOS LAQUIFA

RUA APRÍGIO MAFRA, 2  
LISBOA 5

Delegação no Norte:  
RUA GUEDES DE AZEVEDO, 199  
PORTO

# BRONCOPENIL-E

uma poderosa associação de fármacos para o tratamento das infecções bacterianas do aparelho respiratório. Em ampolas (Adulto e Infantil).

---

# FENIL-B<sub>12</sub>

analgésico, antipirético e anti-reumático de comprovada eficiência, à base de dietil-etanol-amino-fenilbultazona. Em ampolas, grajeias e supositórios.

---

# HISTAGLOBIN

o produto mais activo no tratamento das doenças alérgicas, composto de gama globulina humana de origem placentária e de dicloridrato de histamina. Em frasco + ampola.

---

# ROVAMYCINE

antibiótico de largo espectro, com a particularidade de uma eliminação salivar em taxa muito elevada. Rovamycine é o único antibiótico que dá concentrações salivares importantes e prolongadas. Em comprimidos e supositórios.

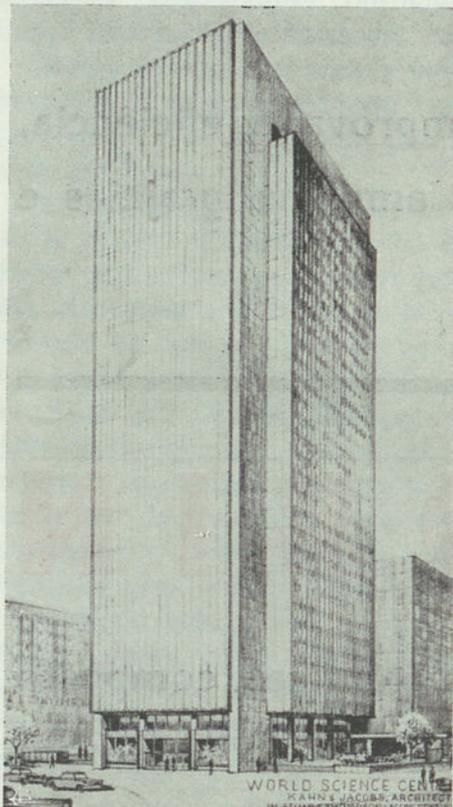
---



**L A B O R A T Ó R I O S V I T Ó R I A**  
 VENDA NOVA • AMADORA

grande indústria, como toda a casta de aparelhagem eléctrica, e para os mais variados trabalhos de engenharia. No entanto, a grande massa dos cientistas académicos são biólogos ou cultivam vários ramos das ciências médicas e é na indústria ligada à Medicina que vai ser encontrada grande parte das verbas.

Esta descrição dá-nos ideia do projecto em desenvolvimento e oferece-nos à meditação o facto de que um sonho se torna em realidade quando os homens o desejam com inteligência e sobretudo com coração.



Creio que o exemplo será estimulante para os progressos do plano da nossa Sociedade das Ciências Médicas, agora em curso, e que lhe poderá trazer achegas para as soluções próprias...

J. A. L.

## ECOS DA IMPRENSA LEIGA

### AS DÍVIDAS DAS CÂMARAS AOS HOSPITAIS

De «O Século»:

Nenhuma das providências adoptadas, até agora, para solucionar o gravíssimo problema das dívidas das câmaras aos hospitais, pelo internamento e tratamento de doentes pobres e indigentes, logrou êxito.

Em 1954, pelo Decreto-Lei n.º 39 805, de 4 de Setembro, num esforço de bons intentos, o Governo determinou algumas limitações, que, no fim de contas,

de nada valeram. E as derramas, autorizadas por esse mesmo diploma e cobradas cumulativamente com as contribuições directas do Estado, ainda que sem carácter geral, para liquidações ou amortizações daquelas dívidas, não corresponderam às esperanças nelas depositadas. As dívidas não deixaram de subir, de ano para ano, e de acumular-se, e a situação dos municípios e dos hospitais de piorar — os primeiros porque não se viam libertos de um dos seus mais pesados encargos; os segundos porque, não conseguindo cobrar regularmente e a curto prazo os seus créditos, continuaram manietados por uma situação financeira afiçante e dia a dia agravada. Uns e outros se queixam e não é sem vultosa soma de muito respeitáveis razões.

Desconhecemos quais os montantes actuais das dívidas camarárias aos hospitais de Lisboa e de Coimbra, mas sabemos que os registados pelos das Misericórdias do Porto e de Évora — talvez, entre todos, os de vida mais atribulada por tais dívidas — subiam, ainda há pouco, a 16 000 e 5 000 contos, respectivamente. E sabemos, também, que a situação da generalidade dos hospitais centrais, regionais e sub-regionais não é, por idênticos motivos, muito menos embaraçosa. Sob a pressão implacável de sucessivos e crescentes «déficits», é fácil imaginar o inferno em que se transformou, para as gerências responsáveis, a administração desses estabelecimentos; de modo igualmente fácil se pode avaliar quanto beneficiariam os serviços de assistência a cargo deles e o seu imprescindível e constante desenvolvimento, se as contas dos tratamentos fossem prontas e integralmente satisfeitas. Em semelhante regime nenhuma instituição pode viver com dignidade — não falamos em desfogo — e com dignidade corresponder à missão que lhe compita desempenhar. As tentativas aligeiradas de solução falharam. Não vale a pena insistir nelas. Nem é de aceitar que por mais tempo se fique à espera de uma melhoria fora do alcance das realidades presentes. Nos Ministérios do Interior e da Saúde e Assistência, aos quais cabe a responsabilidade de velar pela sã administração das autarquias locais e pela vida e funcionamento das unidades hospitalares, sentiu-se, por fim, sem optimismos deformantes e dilatatórios, a imperiosidade de pôr termo, decisivamente, a esta situação.

O sr. ministro da Saúde, nas suas deambulações pelo País, para visitar ora este, ora aquele hospital, e se inteirar dos problemas de cada um, tem mostrado a sua disposição de encarar com firme determinação aquela inadiabilidade. É o que exprimem as suas repetidas declarações, entre as quais se salientam as proferidas no dia um do corrente, no acto da solene inauguração do Serviço de Urgência do Hospital de S. João, do Porto. O sr. dr. Neto de Carvalho disse que o seu Ministério «espera poder resolver dentro em breve o problema dos débitos hospitalares, que, no decurso dos últimos anos, se tem agravado de forma a causar a todos as maiores preocupações, particularmente no que respeita aos hospitais centrais e regionais». Classificou a próxima concretização desta esperança como «um passo fundamental na normalização da vida financeira dos hospitais» e acrescentou que este passo se tornou possível «graças ao elevado espírito de compreensão do sr. Presidente do Conselho e extrema boa-vontade do sr. mi-

nistro das Finanças». Se ao Ministério da Saúde não falta a cooperação destes dois membros do Governo, razão suficiente se nos oferece para não pôr em dúvida a breve extinção das dívidas aos hospitais. Mas o sr. dr. Neto de Carvalho não quis deixar de mostrar-se insatisfeito com a resolução do problema dos débitos atrasados, afirmando que importa «olhar corajosamente para o futuro e encontrar soluções que impeçam o reaparecimento de situações idênticas às actuais».

Com efeito, só assim se chegará a resultados aceitáveis e tranquilizantes. É preciso pagar, sem demora e totalmente, as dívidas contraídas, mas é preciso também evituar que se repita a acumulação de outras. Parece que se encontrou já a forma de remediar o atrasado, não se tendo, porém, assentado ainda no que se fará com vista ao futuro. Ora, uma coisa sem a outra não passará de mero paliativo.

Diz o sr. ministro da Saúde que, para obstar ao ressurgimento da anormalidade presente, «duas ordens de medidas se impõem: melhorar, substancialmente, o rendimento das unidades hospitalares existentes e obter, com carácter de normalidade, as verbas necessárias ao seu funcionamento». Por seu lado, o Ministério do Interior, ao revelar que as derramas para despesas com o tratamento de doentes pobres e indigentes em 1963 produziram, a percentagens variáveis, entre 3,5 e 14 por cento, uma receita global de 33 000 contos, cobrados em 200 dos concelhos de menor capacidade tributária, sugere a uniformização de percentagens e a generalização das colectas para constituição de um fundo, a administrar pela pasta da Saúde, destinado a ocorrer às despesas de hospitalização daquela categoria de doentes.

Desconhecemos se esta sugestão, formulada em termos concretos, virá a integrar-se naquelas duas ordens de medidas. Mas apontámo-la, sem comentário, até porque contrasta com a enunciação vaga das providências preconizadas, feita pelo sr. ministro da Saúde. De resto, haja ou não indetidade de pontos de vista entre os dois departamentos, o que nos propomos deixar aqui bem expresso é o nosso desejo de que, agora, se não fique nas meias medidas. Tememos as meias medidas e temêmo-las por dolorosos testemunhos do passado. A gravidade da situação criada pelas dívidas das câmaras aos hospitais repudia, com a maior energia, soluções injustas e incompletas, tanto em relação ao presente como ao futuro. E as soluções não serão justas nem completas se os municípios não ficarem libertos, total e definitivamente, dos encargos hospitalares e se aos hospitais não se garantir o pagamento, a breve prazo, dos débitos provenientes do tratamento de todos os doentes.

Não há que aduzir argumentos em apoio destas duas condições basilares. As câmaras não podem pagar as dívidas feitas e por fazer; os hospitais não podem viver sem o pagamento imediato dessas mesmas dívidas. Sobre esta realidade hão-de os membros do Governo, de quem o assunto depende, agir de uma vez para sempre. O sr. ministro da Saúde tem asseverado que assim se fará. Pois as administrações autárquicas e os estabelecimentos hospitalares esperam-no, ansiosamente, para bem de umas e de outros e também de quantos tenham de recorrer à assistência pública.

# ATROMID

TRADE MARK

**Um novo tratamento para as perturbações lipídicas e trombogénicas associadas com a DOENÇA DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS**

*ATROMID apresenta as seguintes vantagens:*

- ❖ Baixa de lípidos séricos elevados — colesterol e triglicéridos
- ❖ Corrige a excessiva adesividade das plaquetas
- ❖ Influencia favoravelmente a sobrevivência das plaquetas e a sua renovação
- ❖ Reduz os níveis fibrinogénicos do plasma
- ❖ Aumenta a actividade fibrinolítica
- ❖ Mostrou baixa toxicidade no tratamento de mais de 2.000 doentes durante 2 anos de investigação clínica.

*Apresenta-se em cápsulas moles, de 250 mg., de fácil deglutição, para tomar pelo menos duas vezes ao dia, após as refeições. A dose média é de 6-9 cápsulas por dia.*



IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LIMITED  
PHARMACEUTICALS DIVISION ❖ Cheshire — England

Representantes:

## UNIFA

LISBOA — (Apartado 2065)  
PORTO — (Apartado 268)

## NOTÁVEL DISCURSO DO DR. JORGE CORREIA

*Quando na Assembleia Nacional se discutia o Plano Intercalar de Fomento, o deputado Dr. Jorge Correia, de Tavira, proferiu no dia 19 de Novembro último um notável discurso, que a seguir publicamos na íntegra. A respeito do que disse então o Dr. Jorge Correia, um jornal de Lisboa, dando a algumas das passagens do discurso o devido relevo, afirmava que eram raras, na Assembleia Nacional, intervenções tão desassombradas como a que teve o nosso ilustre colega.*

Senhor Presidente,  
Senhores Deputados:

O Plano Intercalar para o triénio de 1965/1967, que hoje discutimos, revela na generalidade, a par do conhecimento das nossas mais instantes necessidades, uma tal consciência do seu valor como elo que há-de ligar e ajustar os precedentes ao que vai seguir-se que seria injusta falta de colaboração não lhe dar modesta achega, tecendo algumas considerações que a sua leitura me sugeriu.

De realçar é também o esforço a que se abalança, sem quebra da posição de alerta e mesmo defesa a que nos forçaram os inimigos da Paz no Mundo.

Por isso, como português, ao mesmo tempo que dou inteira adesão ao princípio que é fim também da indivisibilidade da Pátria, formulo os melhores votos de êxito e cumprimento todos aqueles que de alguma maneira nele intervieram.

Como algarvio, tenho a consciência de que muito beneficiaremos no tocante propriamente ao turismo, mercê do qual, em boa verdade, aproveitará fundamentalmente a Nação e não apenas o Algarve, como de ânimo leve se poderá supôr.

Ficaram-me, porém, muitas dúvidas quanto a uma sensível arborização da nossa serra, ou seja cerca de 350 000 hectares para os quais até agora se não descortinou melhor capacidade e que vão continuar sujeitos à erosão. A este respeito me referi largamente na intervenção do ano passado sobre agricultura e não valerá a pena repetir o que é de todos, dirigentes e dirigidos, sobremaneira conhecido. Valerá, porém, sempre a pena reafirmar, para não esquecer e porque a causa não é pequena, que no plano provincial a arborização é o nosso segundo grande problema!

Não fiquei melhor impressionado pelo que entendi sobre projectos de tratamento dos nossos portos, que bem mereciam a todos os títulos atenções e cuidados mais rápidos e eficientes, como por exemplo a dragagem urgente da barra do Guadiana, da qual se houve falar há tanto tempo!

Também não encontrei qualquer indicação que me levasse a admitir que nestes próximos três anos venhamos a beneficiar dum abaixamento geral de tarifas na energia eléctrica, condição sine qua non para o nosso franco progresso e aumento de bem-estar. A este propósito me referi pormenorizadamente, quando em Fevereiro de 1962 intervim sobre o assunto. Porém, não é demais recordar que o preço da energia eléctrica constituiu o nosso terceiro grande problema.

Peço licença para me deter um pouco mais numa matéria com particular incidência em todas as províncias onde há muita incompreensão e injustiça, razão bastante para solicitar com todo o respeito um olhar atento do Governo, tanto mais que estou convencido que a orientação até aqui seguida não é aquela que nos conduzirá aos melhores sucessos!

Ao insistir na problemática da Saúde e Assistência, faço-o devidamente esclarecido quanto ao terreno que trilho, mal alqueivado ainda e cheio de ervas daninhas cuja monda tem sido e há-de ser ericada de dificuldades e malquerenças, merecendo, por isso mesmo, as nossas renovadas preocupações.

Faço-o ainda por imperativo de uma obrigação moral, pois alguma coisa conhecedor do que se passa neste conturbado sector da vida nacional, não me perdoariam nem a função que nesta casa exerço com verdade e amor ao meu país nem a condição de médico que constitui o escopo da minha mantença e dos meus, se a ela me não referisse com o propósito de ajudar a esclarecer situações anacrónicas e injustiças que não devem manter-se, se realmente houver sentido de servir os superiores interesses da Nação e a boa-vontade tantas vezes proclamada não é apenas figura de retórica para entreter ou adiar soluções que no fundo se não pretendem.

Se, no domínio da política pura, se pode admitir a orientação de qualquer estudioso qualificado, desde que tenha inteligência, bom senso e cultura, não há dúvida que quando entramos no domínio específico da técnica ou nas suas próximas implicações é aos técnicos fundamentalmente, como é lógico, que teremos de exigir responsabilidades, devendo dar-se-lhes consequentemente as posições indispensáveis para satisfação dessas exigências.

Pois nós, os médicos, somos frequentemente arredados daquelas posições que no pendor deste raciocínio e até no consenso geral seriam de esperar ou, melhor, de estimar. E assim, mesmo no âmbito dos assuntos para os quais seria justo esperar ocupação para médicos, somos preteridos por outros, sem a mais leve recomendação para tal que não seja não ser médico!

Só lamento que não queiram também fazer receitas e ver doentes de madrugada, à hora das refeições ou ainda quando se encontram em convívio ameno com os amigos. Neste capítulo, porém, não há que recear, estamos livres de concorrência!

À volta da Medicina, digamos, gravita um mundo de indivíduos não médicos, de formações as mais diferentes, dirigindo, sobrepondo-se ou mal compreendendo aqueles que logicamente deveriam ter não só larga audiência mas até primazia na orientação dos assuntos inerentes à Saúde e à própria Medicina.

Esta quase se não vê no seio de uma grande nebulosa, que a todos convirá menos à Nação e à Medicina, quer como ciência quer como profissão, mas que, por razões pouco esclarecidas, se vai mantendo assim, apesar de de todos os lados surgirem apêlos e críticas demonstrando que a coisa está mal.

Sem o amor dos próprios profissionais, sem a noção pormenorizada do encadeamento médico-doente e dos seus múltiplos aspectos, sem conhecimento exacto das canseiras exigidas a médicos e enfermeiros e sem convivência diária

com doentes, não admira que muita gente tenha noções insuficientes e erradas nesta matéria.

De admirar é que não se queira esclarecer devidamente sobre as nossas razões, que são em tudo coincidentes com o interesse geral e não ganância vil por nós próprios verberada!

São estes, de entre outros, alguns dos motivos por que se não esboçou já uniformidade de acção, posto que a não pode haver em indivíduos de formações as mais díspares, embora inteligentes e superiormente dotados.

Mas, pior do que isso, assiste-se com frequência a uma superiorização relativamente aos médicos de pessoas de poucas letras e às vezes de não maiores vistas em organismos nos quais o pobre médico se encontra inteiramente à mercê dos seus critérios e com os quais, por motivos óbvios, não valerá a pena estabelecer diálogo. Refiro-me, duma maneira particular, às Casas do Povo, Associações de Socorros, etc., que, por motivos de todos conhecidos e salvo honrosíssimas excepções, acabam por cair nas mãos dos escriturários, que só raramente terão nível aceitável.

Se é necessário ou forçoso manter um sistema com os inconvenientes apontados, por razões que não queremos discutir neste momento, já deveriam ter sido dispensados de poder fazer exigências e impôr condições aos médicos, por decore e princípio de hierarquia intelectual admitida e desejada éticamente nas sociedades bem constituídas. Não lembrará certamente a ninguém colocar um sargento na posição de poder impôr-se a um major!

Consequentemente, os médicos deveriam depender directamente de superiores médicos também.

Acontece isto aos médicos que, através de todas as manifestações de cultura, dentro e fora da especialidade, têm atingido os mais altos valores e trazido para a Nação as mais altas distinções, a nós que admitimos e desejamos uma hierarquização dentro da própria classe e que, reconhecendo um fenómeno universal, o domínio do social sobre o individual, entregamos ao Governo uma tese que no dizer de um ex-ministro não conhecia colaboração doutra qualquer profissão àquele nível. Como se tudo isto não bastasse, ouvem-se por vezes (já os tenho ouvido), comentários deste jaez: — então, se acham que não estão bem, por que aceitam essas situações?

— Se não quiserem aceitá-las, há sempre outros que queiram!

A estas afirmações ou semelhantes, de evidente timbre esclavagístico, em regra não respondo, reservando-lhes na altura oportuna um Perdoai-lhes Senhor, para atenuar a blasfémia, mas fico-me a pensar se já terão alguma vez, num rebate de consciência, posto o problema da mesma forma em relação a si próprios e às suas próprias ocupações!

Nesta casa, porém, onde se doutrina política e moralmente o País, faço gosto em afirmar que tal raciocínio constitui um insulto à luz dos mais elementares princípios da moral cristã que tanto se

*Losarvil*

○ **CONSTIPAÇÕES**

○ **AFECCÕES CATARRAIS**

○ **CORIZA**

Para eliminar rapidamente  
as constipações e seus sintomas



**FARBWERKE HOECHST AG. - ALEMANHA**

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL

**QUÍMICA HOECHST, LDA. - LISBOA**

## «S. NICOLAU» — REPOUSO E TRATAMENTO



A única Casa de Saúde de Coimbra e do centro do País especializada para receber doentes nervosos e mentais

Novo pavilhão de repouso em construção

Aceitação a qualquer hora em 1.ª, 2.ª e 3.ª classes

Estrada de Tovim — Tel. 22233

COIMBRA

Todos os modernos tratamentos (elétricos, insulina, curas de desintoxicação, curas de sono, etc.) em ambiente adequado sem aspecto hospitalar.

*Direcção Clínica:*

PROF. DR. L. A. DUARTE-SANTOS

apregoa e dos quais se faz frequente alarde nos discursos, que está mal porque, constituindo exploração do trabalho intelectual, é, sem dúvida, razão de insegurança e motivo pouco alicianante para futuros aspirantes à Medicina, dos quais é já evidente tanto precisamos. Basta dizer para provar a minha asserção que no ano lectivo de 1952/1953 estavam inscritos nas Faculdades de Medicina 1250 alunos e em 1962/1963, dez anos depois, apenas 1100! Se compararmos esta baixa apreciável com o aumento verificado em todas as outras Faculdades, excluindo a de Farmácia, o fenómeno ainda se torna mais impressionante.

Se tivermos presente que, na Europa, Portugal é o país de menor percentagem de médicos, que a população aumenta à volta de 800 000 pessoas de dez em dez anos, que a procura do produto médico é cada vez maior e que não podemos esquecer-nos que temos províncias ultramarinas que também precisam de médicos, teremos dado uma ideia da gravidade do problema. Tudo isto, não tenhamos dúvida, por falta de estímulo!

A acumulação de erros, a imposição de critérios demasiadamente pessoais, onde deveria apenas presidir o interesse geral, a falta dum plano de conjunto, as más condições técnicas de alguns hospitais, postos e postozinhos, serviços e serviçozinhos, o aviltamento material a que somos votados, a falta de estímulo profissional e a inacreditável possibilidade oferecida a qualquer de mandar em médicos, conduziu ao afastamento dos jovens pela profissão médica!

Esta não tem hoje, salvo raras excepções, qualquer atractivo, além dum consolo meramente espiritual!

E na verdade quem desejará ser médico, sabendo que nos hospitais se não paga condignamente e até na maioria das vezes se não paga mesmo nada aos médicos pelo seu exaustivo trabalho e que na Medicina conduzida, chamemos-lhe assim, se desce a pagar menos de \$20 per capita (!) e que por este prego temos de ser médicos e criados atentos, vendedores e obrigados?!

Em presença de perspectivas tão aliciantes, quem realmente sem ser rico poderá aventurar-se a esta vida?

Em 1962, o relatório do Conselho Regional do Porto afirmava que em 19 concelhos havia menos de 5 médicos, em 6 concelhos — 3, em 5 — 2 e em 3 apenas um. No mesmo relatório, afirmava-se que em 1957 havia no distrito do Porto 1912 médicos e que em 1962 o número era de 1516, isto é, menos 396! Em 1954, na Metrópole e Ilhas, havia um médico para 1400 habitantes, o que nos colocava na cauda das nações europeias. O mais grave, porém, é a sua distribuição, descendo a relação em muitos distritos a um para 3000. A situação de então para cá tem-se agravado e, se entrarmos em linha de conta com o Ultramar, a penúria é ainda mais acentuada! Num relatório do Conselho Regional de Lisboa, afirma-se que um pouco mais de 50 por cento dos médicos inscritos na Secção Regional de Lisboa reside na Capital!

No campo das especialidades, então aí a coisa é alarmante. Em 1960, diz o relatório sobre as carreiras médicas — quase todas as cidades sem cardiologista, neurologista, psiquiatra, muitas sem analista, cirurgia geral, obstetra, oftalmologista, radiologista, etc., etc. Ainda há dias um catedrático da Faculdade de Medicina do Porto dizia da falta de técnicos radiologistas no novo Hospital Escolar do Porto. A situação presentemente é a mesma ou pior, pois em 1963 não houve requerentes à especialidade de psiquiatria e apenas houve um exame de neurologia, quatro de cardiologia, dois de cirurgia geral e dois de ortopedia. Apenas três novos analistas, quatro utologistas e cinco radiologistas.

Em presença do fenómeno que venho relatando, o que vier a acontecer não é culpa certamente dos médicos, que há anos vimos chamando a atenção para o nosso anabático problema, mas ao qual se não dá ouvidos!

Mas o problema é ou não nacional? Deve ou não ser encarado superiormente sem quaisquer partidarismos? Deve ou não subordinar-se ao interesse geral, que é afinal um dos nossos lemas, ou situar-se como até aqui sem articulação sensível, puxando cada um a brasa à sua sardinha, como se a brasa não fosse a saúde e o bem-estar de cada um de nós e a sardinha não fosse também uma só — a Nação!

Persistir-se-á em exigir aos médicos os maiores esforços e os maiores sacrifícios em nome da caridade? Uma virtude que se nega a si própria, não tendo em consideração o trabalho e o pão desses obreiros intelectuais, virtude que só vejo desejada e apenas se teima em manter a propósito dos médicos e da Saúde e Assistência?

Mas qual caridade, aquela que apenas se exige a uma classe? E de que maneira colaboram as outras?

Servindo-se dela, criticando ou dirigindo!

A caridade é fundamentalmente uma excelência do espírito e só neste domínio deverá ser-nos exigida. Consequentemente, a caridade para médicos e enfermeiros residirá nas relações com os outros homens, na maneira carinhosa de observar e tratar os doentes, no sacrifício que fizermos em prol dos outros, sem olharmos a quem. Não se confunda, porém, caridade com escravização do homem-médico pelos outros homens, em nome duma virtude que se contradiz no momento em que, falseando o próprio conceito de caridade, explore indignamente o seu trabalho e a sua inteligência! Não podemos esquecer que o exercício da Medicina é uma enxada como tantas outras.

Que fique esclarecido que ao médico não será lícito exigir outra caridade que não seja a resultante das suas relações afectivas com os outros homens: o sacrifício das noites de vigília, o carinho e a dedicação permanente ao doente e ao estudo e fé na sua própria profissão. Termina aqui esse primor do espírito que é sentimento e não o pão dos próprios médicos!

Sempre que se afloram problemas ligados à Saúde e Assistência, é certo e sabido, lá vem a caridade! A caridade é nosso desejo que frutifique não só para consolação espiritual e índice de humanização dos povos, mas ainda pela utilidade em que pode materializar-se; contudo, há-de ser tida como achega e não base de qualquer sistema de assistência. Desejamos a caridade, mas em meu entender não devemos contar necessariamente com ela!

A Saúde e Assistência, como qualquer grande problema nacional, só com Planos de Fomento se resolverá e não com caridade certamente, pois ainda não a vi invocada em qualquer dos outros sectores da Administração. Por que então esperar nesta matéria tanto da caridade?

E o País, julgo eu, não está assim tão cheio de milionários que possam fazer caridade que se veja, ou está?

Mas vamos lá admitir como um bonito sonho que alguns davam a ajuda suficiente para cobrirmos o País de magníficos edifícios, eficientemente apetrechados. E o resto, também se espera por caridade? O trabalho dos médicos, enfermeiros e outros auxiliares técnicos, terá de ser por caridade? E a educação dos nossos filhos, a alimentação, o vestuário, numa palavra, tudo a que a vida nos obriga, ser-nos-á dado por caridade também? E alguém administra empresas por caridade? Que mentalidade é esta que teima em não se consciencializar dum problema vivo, real, cuja solução tem de ser rápida e digna, a não ser que, seguindo critério semelhante, sejam reduzidos todos os vencimentos, por caridade, ao nível dos percebidos pelos médicos nos serviços oficiais ou oficializados! Muito menos ainda pensar-se já em novos aumentos de vencimentos (quanto a mim muito justos e necessários) quando há quem trabalhe sem sequer se lhe pagar. Mas se houver quem queira justificar esta situação pelo pulso livre que só raros têm, diremos: e os engenheiros, arquitectos, advogados, etc., etc., não têm também pulso livre?

E mesmo para alguns funcionários em regime total de ocupação também não há uma coisa a que se chama «senhas de presença» para ganharem mais uns patacos, mesmo faltando aos seus próprios serviços?!

O ano passado, ao tratar nesta Câmara o problema dos hospitais regionais, disse e provei que estavam muito à quem da sua função, não só por falta de meios materiais mas também por ausência de vínculos, além da proverbial benemerência dos médicos, aquilo que todos esperamos do seu próprio exercício. E o resultado era a afluência exagerada de doentes aos hospitais centrais. Não se trata duma afirmação gratuita. Ela pode ser infelizmente largamente comprovada e os próprios dirigentes não o escondem antes o têm afirmado publicamente. Foquei então bastantes exemplos que demonstraram a falta de coordenação neste sector da vida nacional. Hoje, porém, os exemplos são ainda mais concludentes, porque, provindos da periferia, dão ideia exacta das deficientes circunstâncias ma-

teriais e profissionais a que nesta matéria estão sujeitas as populações!

Quantos hospitais quase sem médicos ou sem os necessários? Quantos sem aparelhos de Raios X, quantos sem serviços de análises, quantos sem serviços de sangue, quantos sem maternidade?

Do inquérito a que procedi e ao qual me responderam 161 Misericórdias (hospitais sub-regionais) e sempre com base neste número cheguei às seguintes conclusões:

Com Serviços de Raios X, embora por vezes insuficientes, 88, (52 por cento); com radioscopia, 29 (17 por cento); com serviço de análises clínicas, 24 (14 por cento); com serviço permanente de urgência, apenas 7 (4 por cento); não obstante servirem nalguns casos algumas dezenas de milhares de habitantes.

Quanto a serviços de sangue, a coisa ainda é pior.

Referi o ano passado o que acontece às urgências cirúrgicas que, podendo ser resolvidas nos hospitais regionais, vão parar aos hospitais centrais. Hoje, para exemplificar o que se passa com o sangue, direi que num caso concreto uma doente, mulher de um indivíduo que ganha à volta de 800\$00, mensalmente, pagou por meio litro de sangue cerca de 800\$00, além de ter levado três pessoas a quem foram extraídos 750 c.c., a título de compensação, e ainda por cima pagou mais 100\$00 pela ocupação da cama durante a transfusão. Não faço o mais leve comentário!

E quantas Misericórdias verão reduzidos os seus já exíguos quadros clínicos no futuro, se não vierem a ser pagos condignamente os seus serviços!

Mas será uma exigência gananciosa o que os médicos pedem? Vejamos: baseado no mesmo número de Misericórdias, apurei os seguintes honorários: — Em 73, os médicos internistas trabalham gratuitamente (42 por cento); em 6, os vencimentos variam de 16\$00 a 90\$00 por mês! Uma destas até refere que paga ao seu director clínico 44\$00, mensalmente; em 21, os ordenados mensais percebidos vão de 100\$00 a 300\$00, com predomínio dos de 100\$00; em 18, os vencimentos oscilam entre os 300\$00 e os 500\$00 mensais; em 19, entre 500\$00 e 800\$00 em 13, entre 800\$00 e 1 000\$00; em 16, entre 1 000\$00 e 1 500\$00. Em 3 percebiam 2 000\$00 e numa 3 000\$00.

Outra ideia que anda por aí é a de que as Casas do Povo poderiam fazer dalguma maneira a cobertura periférica do País, nesta matéria. Ideia totalmente errada, em primeiro lugar porque elas não existem, nem para amostra, em cerca de 73 concelhos (31 por cento) ou seja num terço do País, e uma apenas por concelho em 59; em segundo lugar porque, coitadas, apenas dispõem em regra de um médico e este é insuficiente, por mais inteligente e sabedor que seja, sem análises e radiografias, sem esterilizações e oxigénio, sem enfermeiros, etc., etc.

Desta forma, e apesar de tudo, é às Misericórdias que estes beneficiários e os das Caixas se acolhem tantas e tantas vezes, desde que a doença requeira maiores cuidados e tratamentos, uma vez que a Previdência os abandona precisamente nessa altura.

Do inquérito a que directamente procedi, e ao qual me responderam 249 Casas do Povo, cheguei às seguintes con-

clusões: só 43 utilizam serviços de enfermeiro ou auxiliares diplomados (17 por cento); só uma respondeu afirmativamente, quanto a serviço de Raios X, mas não especificou o nível, deixando-me dúvidas se não seria apenas uma radioscopia, e outra concretizou, declarando possuir um aparelho de radioscopia. Mas considerando as duas com serviços de Raios X, a média é de 0,8 por cento; só duas afirmaram ter serviços materno-infantis (0,8 por cento); nenhuma tem serviço privativo de análises clínicas e, todavia algumas servem vários milhares de pessoas.

Quanto a honorários médicos, chega a ser achincalhante e só por si explicaria a ausência total de aspirantes à profissão médica, se os estudantes soubessem o que os espera um dia, na vida real.

Numa Casa do Povo, paga-se menos de \$20 per capita; em 5 cerca de \$20; em 19 entre \$30 e \$40; em 41 entre \$50 e \$60; em 25 entre \$70 e \$80; e à volta de 1\$00 em 87. Mas a coisa toma proporções de pascar, quando se verifica que um desgraçado médico tem de atender populações que orçam pelas centenas de indivíduos, mesmo milhares, por quantias irrisórias no tempo presente. Por exemplo: 500\$00 mensais, para atender 2 423 pessoas (a população duma vila); 3 500\$00 distribuídos por dois médicos para atenderem 6 512 pessoas (uma cidade!); 600\$00, para 1 750 pessoas; 650\$00, para 3 276 pessoas; 3 000\$00, para 8 085 pessoas (outra cidade)!

Enfim, outra contradição que lembra a das tarifas eléctricas!

E não se venha com o subterfúgio dum sistema de pontuação, dizer que a

## CATARROS RESPIRATÓRIOS — BRONQUITES TOSSES REBELDES

XAROPE • COMPRIMIDOS • SOLUTO (ISENTO DE AÇÚCAR)

# SUCRODIL

Lev. de cálcio. Aminofórmio, Benz. de sódio.  
Cl. de codetilina. Sulfog. de potássio.  
Acónito, beladona, drosera, ipeca e senega.

Frascos de 200 gramas — Tubos de 20 comprimidos

# TRANSGRIPINA

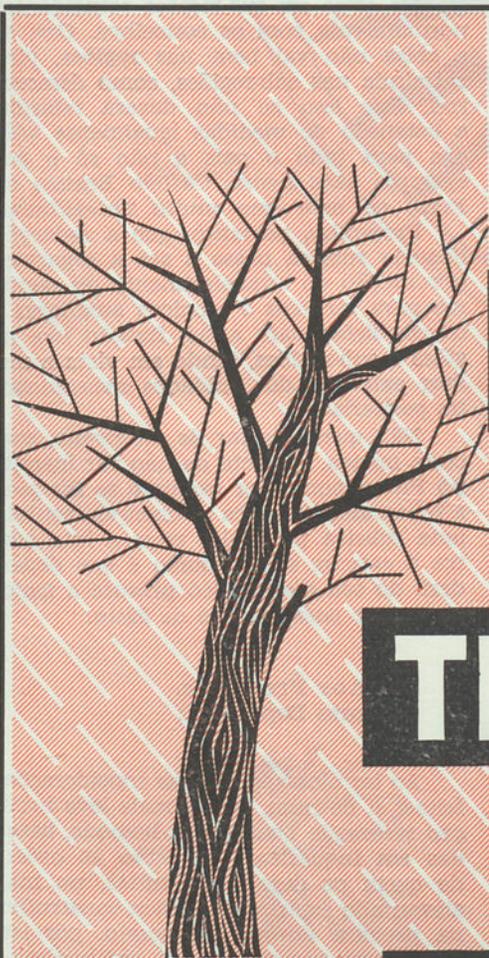
— VITAMINADA —

AMPOLAS SUPOSITÓRIOS  
BALSÂMICO • ANTIPIRÉTICO • EPITÉLIOPROTECTOR

VITAMINA A • QUININA • CÂNFORA • ESSÊNCIA  
DE LIMÃO • TERPINOL • EUCALIPTOL

Caixas de 6 e 12 ampolas de 1 ou 2 c.c.

Caixas de 2 e 6 supositórios, adultos e crianças



LABORATORIO  
UNITAS, LDA.  
C. CORREIO VELHO, 8  
LISBOA



remuneração melhoraria, posto que se não fosse aumentado substancialmente o contingente a distribuir, isto é, a importância destinada a pagar aos médicos em função do número de pessoas a assistir, poderia realmente escolher-se o médico, mas a exploração continuaria da mesma forma. Exemplificando: se uma Casa do Povo tiver dois médicos remunerados a 600\$00, cada, com o tal sistema de pontuação, poderia acontecer vir um a receber 800\$00 e o outro apenas 400\$00. Porém, a exploração continuaria, se o valor per capita não fosse realmente aumentado e consequentemente a verba global atribuída à assistência clínica.

Depois disto, temos o direito de admirar-nos que cada vez se matriculem menos alunos em Medicina?

É evidente que é injusto pagar-se, por exemplo, \$60 per capita, mas chega a ser ridículo, se ponderarmos que para uma população de 3 022 pessoas o médico perceba apenas 1 700\$00. Ora, como teoricamente o médico não deveria ocupar-se de mais de 4 000 pessoas, pressupõe-se que desse trabalho teria de bastar-se a si e aos seus condignamente e, portanto, teria de viver com 2 400\$00! E que dizem a isto aqueles que gastam ou ganham por dia à volta dessa importância ou um pouco menos?!

Mas mesmo 1\$00 per capita, que é, segundo creio, o que está preconizado, não é de modo algum um valor aceitável, quanto mais a justa recompensa dos cuidados e canseiras e, sobretudo, a prisão inerentes à função de médico de uma Casa do Povo, havemos de convir!

Façamos as contas, atentemos na dignidade que se exige ao médico, ao custo de vida, e se alguém chegar a conclusão diferente, que mo demonstre.

E as férias dos médicos das Casas do Povo e das delegações das Caixas de Previdência são pagas pelos próprios médicos, pois têm de deixar um substituto quando se ausentam, sem direito a qualquer indemnização por isso? No entanto, no restante mundo do trabalho, todos os dias assistimos a contratos de trabalho aos quais não falta, e muito bem, o requisito de férias pagas!

Enfim, como consolação, tenho ouvido alguns dirigentes, não sei se por gentileza, dizerem que nós, médicos, temos carradas de razão. Pois bem; apesar de termos razão, de sabermos onde está o mal, de já o termos proclamado, numa atitude que ninguém com isenção poderá julgar de irreverente, de termos as tais carradas de razão, a verdade é que continuamos na mesma.

Mas como é que os médicos poderão abdicar da remuneração dos seus serviços nos hospitais e nos restantes organismos que prestam assistência, se a vida está cada vez mais cara, se as contribuições aumentaram substancialmente, e se a clínica livre, salvo raríssimas excepções, pelo menos nas terras pequenas, quase desapareceu?

No meio de tudo isto, não vejo que a solução se não possa encontrar, desde que haja franca colaboração dos homens e organismos que interferem neste magno problema. A este respeito, contava-nos, numa reunião de médicos, certo dirigente, que uma entidade estrangeira, em presença da nossa dispersão e variedade de serviços de assistência, comentou que nós deveríamos ser muito ricos, para nos darmos a este luxo.

Mas se assim não fosse lá iria perder-se o prazer e a figura que se bota quando, a certa altura da visita ao Organismo, se diz assim: «e agora vamos ver os nossos serviços de assistência!»

De tudo o que deixamos atrás assinalado, podemos tirar, logicamente, pelo menos, seis conclusões:

- 1.<sup>a</sup> — Neste momento, não chegariam os médicos existentes para uma eficiente cobertura do país europeu, quanto mais ultramarino;
- 2.<sup>a</sup> — Que têm diminuído os candidatos ao curso de Medicina, enquanto que a população aumenta e são mais requeridos os seus serviços;
- 3.<sup>a</sup> — Que tudo isto resulta da falta de coordenação e estímulo profissional;
- 4.<sup>a</sup> — Que os serviços, duma maneira geral, não são eficientes, por falta de meios materiais e técnicos;
- 5.<sup>a</sup> — Que, apesar de tudo, os médicos são tratados como se fossem elementos secundários e até dispensáveis, a quem se paga uma gratificação, quando a verdade é que, sem eles, o sistema actual ou outro qualquer não poderá funcionar;
- 6.<sup>a</sup> — Que, desta forma e desde que haja disto conhecimento, os candidatos não aumentarão, certamente.

Mas se, depois destas e de tantas outras considerações, se continuar a persistir neste sistema, se, depois destas realidades, deixarmos correr as coisas como estão, não ficará em perigo apenas uma profissão pela qual deveria haver mais consideração e maior respeito, o que não deixará só por si de ser legítimo da mesma forma que é para outras, mas o próprio interesse geral, que é, afinal, o da Nação! Como está, está mal, e não agrada a ninguém!

Faço daqui o mais respeitoso apelo aos altos dirigentes da Nação que dalguma maneira interferem nestes problemas de assistência, para que eles se reorganizem de maneira a atingirem um elevado grau de eficiência, para os que dela necessitem, e dignidade para aqueles que nela exercem o seu labor.

Porque costume assentar toda a minha crítica no firme desejo de prestar serviço útil ao meu país, vou enunciar uma solução que, quanto a mim, agradaria a médicos e doentes.

Os milhentos organismos existentes deixariam de ter médicos privativos e limitar-se-iam a pagar por consulta, tratamento ou outra qualquer intervenção, aos médicos que as executassem, de acordo com uma tabela previamente acordada com a Ordem dos Médicos. Para evitar abusos, uma parte variável com o escalão do indivíduo seria paga pelos próprios doentes e o restante ser-nos-ia entregue pelo organismo responsável a que o doente pertencesse. Haveria um escalão que teria direito a tudo gratuitamente, responsabilizando-se pelas despesas o respectivo organismo. Acima de determinado escalão, tudo seria suportado pelo doente.

Entre estes dois extremos, uma gama de contribuição quer dos organismos quer dos indivíduos, mas sempre proporcionais ao rendimento de cada um, asseguraria equilibradamente aos utentes os benefícios da Previdência. Este sistema evitaria, além do mais, casos paradoxais como aqueles que passamos a descrever. Indivíduos há que, por serem considerados pessoas abastadas, não têm direitos a assistência, por exemplo, nas Casas do

Povo, mas que, em virtude de serem empregados de escritório ou de organismos corporativos, têm assistência pelas Caixas respectivas, etc., etc.

Todos os médicos poderiam trabalhar nos hospitais, percebendo por esses serviços um ordenado, em função do maior ou menor tempo ali despendido e compatível com a dignidade do seu curso. Nos lugares da periferia onde se reconhecesse que deveria existir médico permanente, além do que percebesse pela clínica que fizesse, e que então seria livre realmente, teria direito a habitação e a um subsídio de residência a estabelecer de acordo com a Ordem dos Médicos, que seria tanto maior quanto mais pobre fosse a região. Com este sistema ou análogo, deixariam os médicos de andar a saltar dum emprego para outro, miseravelmente pagos, manter-se-ia o pulso livre e então sim, haveria na realidade pulso livre, manter-se-ia a livre escolha do médico e o estímulo tão necessário a tudo na vida. Sem ele, tudo se estiola e falece, digam o que disserem os filósofos e doutoradores.

Em presença do desconchavo a que me referi, quando o ano passado aqui tratei do problema da Saúde e Assistência, e das considerações e exemplos que acabo de expôr, senti natural regosijo ao ler, no programa sectorial da Saúde do Plano Intercalar, designadamente no que respeita à Assistência Hospitalar, a rubrica: «Promoção do estabelecimento de carreiras para médicos e técnicos auxiliares e de condições para a sua fixação nos centros regionais».

Tenho fortes dúvidas quanto ao significado que se queira dar a esta expressão, uma vez que, para efeitos de organização hospitalar, o País se encontra dividido em 3 zonas, que se subdividem em regiões e estas em sub-regiões coincidentes normalmente com os concelhos. Ora, se a coisa não vai bem nas regiões, pior vai ainda nas sub-regiões, como demonstrei. Por isso se não deverá retardar a extensão de medidas igualmente válidas para todo o país e não só e por exemplo para Évora, Castelo Branco ou Faro, se bem que muito necessitadas.

Proponho, portanto, que a redacção daquela rubrica passe a ser a seguinte: «Promoção do estabelecimento de carreiras para médicos e técnicos auxiliares e de condições para a sua fixação nas regiões e sub-regiões, tendo em vista a melhor extensão dos cuidados assistenciais na periferia».

Não quero deixar de referir-me, com certa mágoa, ao facto de não ver inscrita no Plano, como por exemplo se faz para a tuberculose ou para as doenças mentais, uma rubrica particular para a luta contra o cancro, sabido como é que dependerá do seu diagnóstico precoce a maior ou menor possibilidade de êxito.

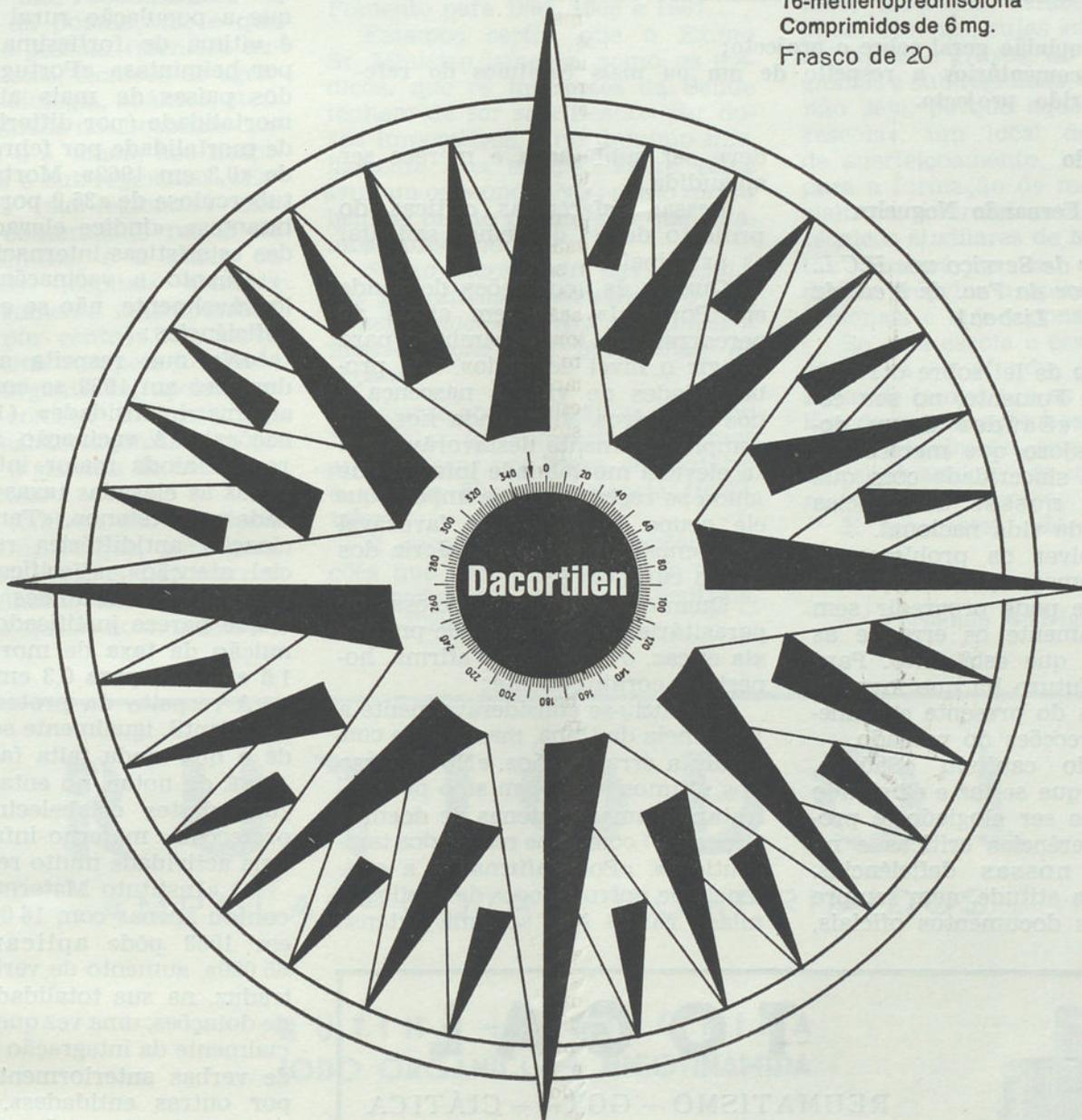
Senhor Presidente,  
Senhores Deputados:

Ao terminar as minhas considerações, feitas, aí de mim, sem a mais leve intenção reservada quanto aos homens, baseadas em inquéritos que estão às ordens de quem os desejar consultar, no mais alevantado espírito de crítica construtiva, na procura do melhor acerto, por isso que houve necessidade de escarpelizar e mostrar defeitos e insuficiências, outra coisa não pretendo senão dignificar uma profissão vítima de atropelos e incompreensões e, do mesmo passo, servir o País naquilo que será sempre o maior esteio da sua força — a saúde da sua gente!

**Símbolo da Segurança**

# Dacortilen

16-metilenoprednisolona  
Comprimidos de 6 mg.  
Frasco de 20



## Dacortilen

Até 30 mg diários, não há perigo de Cushing.

Diminuta inibição da hipófise. Excelente tolerância gástrica.

Raras reacções psíquicas mesmo em tratamentos prolongados.

Nenhum transtorno electrolítico.

Por isso Dacortilen é o corticóide mais apropriado para tratamento permanente.

**DARMSTADT  
ALEMANHA**

Representantes para Portugal:  
Químico-Farmacéutica, Lda.  
Rua das Pretas, 26 - Lisboa-2.

# SOBRE O PLANO INTERCALAR DE FOMENTO

(CAPÍTULO XI—SAÚDE)

depõem os técnicos da Medicina

(Continuação do número anterior)

## PERGUNTA:

Em relação ao projecto de lei sobre o Plano Intercalar de Fomento (capítulo que se refere à «Saúde»), solicita-se:

- opinião geral sobre o projecto;
- comentários a respeito de um ou mais capítulos do referido projecto.

## RESPOSTA do

**Prof. Fernando Nogueira**

(Director de Serviço nos H.C.L.  
e professor da Fac. de Med. de  
Lisboa)

O projecto de lei sobre o Plano Intercalar de Fomento, no seu capítulo sobre «Saúde» é um documento corajoso que merece ser elogiado pela sinceridade com que apresenta as nossas deficiências nesse sector da vida nacional.

Para resolver os problemas é necessário começar por os equacionar, e não se pode progredir sem apontar cruamente os erros e as carências do que está feito. Para projectar o futuro há que inventariar as faltas do presente e conhecer as incorrecções do passado.

O referido capítulo «Saúde», apontando o que se faz e elogiando o que merece ser elogiado, é profuso nas referências críticas e no registo das nossas deficiências. Essa corajosa atitude, nem sempre adoptada nos documentos oficiais,

deve ser sublinhada e merece ser aplaudida.

Dessas referências críticas do projecto de lei queremos salientar as principais:

Quanto às «condições de saúde em Portugal», «se tem ainda de percorrer um longo caminho para atingir o nível desejado». «As probabilidades de vida à nascença e nos primeiros anos ainda nos são comparativamente desfavoráveis» e «a elevada mortalidade infantil que ainda se regista no País impede que ele ocupe uma posição favorável em comparação com a maioria dos países europeus».

Quanto a doenças infecciosas ou parasitárias susceptíveis de profilaxia eficaz, o documento afirma, honesta e corajosamente:

«Reduziu-se consideravelmente a incidência da tinea, mas não se conseguiu a erradicação». «No decurso dos últimos anos, tem sido possível tratar algumas centenas de doentes (leprosos) com bons resultados terapêuticos». «Pode afirmar-se a existência de outros (focos de ancilostomiase rural) que só uma extensa

campanha de rastreio poderá denunciar», «além dos focos já conhecidos».

«Os trabalhos de sondagem a que se procedeu permitem afirmar que a população rural portuguesa é vítima de fortíssima infestação por helmintas». «Portugal tem sido dos países de mais alta taxa de mortalidade (por difteria)». A taxa de mortalidade por febre tifóide foi de «0,3 em 1962». Mortalidade por tuberculose de «35,9 por 100 000 habitantes», «índice elevado em face das estatísticas internacionais».

Quanto a vacinações, também, louvavelmente, não se escondem as deficiências:

«No que respeita a vacinação dupla só em 1962 se começou com alguma intensidade» (11 807 vacinações). «A vacinação antitetânica requer ainda maior intensificação, dadas as elevadas taxas de mortalidade pelo tétano». «Também a vacinação antidiférica requer especial atenção». «Verifica-se que as vacinações antitífóides decrescem, o que parece justificado pela diminuição da taxa de mortalidade de 1,5 em 1953 para 0,3 em 1962».

A respeito da protecção materno-infantil, igualmente se não esconde o que ainda falta fazer:

«É de notar, no entanto, que alguns destes estabelecimentos (de protecção materno-infantil) têm uma actividade muito reduzida».

O «Instituto Maternal, em 1953, contou apenas com 18 000 contos, e em 1963 pôde aplicar cerca de 65 000», aumento de verba que «não traduz, na sua totalidade, aumento de dotações, uma vez que resulta parcialmente da integração no Instituto de verbas anteriormente aplicadas por outras entidades». «Falta de preparação das mães para cuidarem devidamente dos filhos» («ao dispensário materno-infantil incumbe modificar tal estado de coisas»). «Ainda em 1963, cerca de 50 % dos partos não tiveram qualquer assistência qualificada».

Sobre «Saúde Mental», prestamos homenagem à hombridade com que se fazem depoimentos de análoga sinceridade:

«Considera-se, no entanto, a acção exercida até hoje como insuficiente, por falta dos indispensáveis recursos humanos e materiais». «Por outro lado nota-se a insuficiência do número de unidades de pessoal técnico especializado e de número de leitos para internamento de doentes mentais, não só nos estabelecimentos oficiais como nos particulares». «Importa dispor de meios adequados que permitam fazer face



## TOGAL

REUMATISMO - GOTA - CIÁTICA  
LUMBAGO - GRIPES E  
RESFRIAMENTOS - NEURALGIAS

FRASCO DE 14 E 42 COMPRIMIDOS

## MAFFEE

ATONIA INTESTINAL - OBESIDADE  
OBSTIPAÇÃO - DISFUNÇÕES  
HEPÁTICAS E BILIARES

FRASCO DE 30 DRAGEIAS

2 PRODUTOS DA TOGALWERK

REPRESENTANTE: ESTABELECIMENTOS BARRAL

Depositários no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, LDA.



a estas necessidades» (dos serviços de saúde mental).

E o mesmo a respeito de «Assistência Hospitalar»:

«Ampla acção em matéria de hospitais sub-regionais, que não foi, no entanto, possível seguir em relação aos hospitais regionais». Quanto a «pessoal médico», sublinha-se «a carência de especialistas». Também «se verifica que o número de enfermeiros mal acompanhou o crescimento da população», e que «a falta deste pessoal (técnicos auxiliares: dietistas, técnicos de agentes físicos, radiologia, análises, etc.) é muito acentuada nos hospitais centrais, e mais o é, ainda, nos hospitais regionais e sub-regionais». «Estes hospitais (sub-regionais) não oferecem à comunidade meios de acção suficientes», e a «taxa de ocupação dos hospitais centrais aparece largamente ultrapassada (com 99,22 por cento)». Os serviços de medicina recuperadora, «de uma forma organizada, apenas recentemente começa a existir no País». «Não existe organizado, a nível nacional, o sistema de transportes de doentes».

Podemos também deduzir deste sincero documento que, por vezes, o aumento de verbas não corresponde à melhoria, necessária, dos serviços, mas apenas ao aumento do

custo da sua manutenção: «na generalidade dos países, verifica-se o encarecimento dos meios de acção médica».

Em face de todas estas carências do que está feito e em funcionamento, e considerando, daquilo que é necessário fazer, mesmo apenas o que se aponta no projecto da proposta de lei, não se pode esperar muito dos 356 000 contos destinados à «Saúde» no Plano Intercalar de Fomento para 1965, 1966 e 1967.

Estamos certos que o Ex.<sup>mo</sup> Sr. Ministro lamenta, como os médicos, que os interesses da Saúde tenham de ser sacrificados por duros imperativos, cujo domínio infelizmente nos escapa. Entre estes avultam os económicos; como muito bem se diz no documento que estamos apreciando:

*Só «o incremento das actividades produtivas, aumentando o rendimento nacional, virá a permitir a intensificação dos programas de acção».*

Quanto aos «Objectivos do Plano Intercalar de Fomento» queremos apenas fazer um breve comentário à rubrica E) — «Assistência Hospitalar».

É com a maior das consternações que verificámos não se destinar verba aos hospitais centrais, neste Plano de Fomento.

As instalações, organização e apetrechamento dos Hospitais Cívicos de Lisboa, que compreendem mais de 50 % dos leitos dessa categoria hospitalar, precisam de ser substituídas (as primeiras), com profundas modificações e reforços, nos dois últimos aspectos. Quando se iniciará, então, essa reforma, que tem de ser uma verdadeira revolução?

Pensamos ser mais importante, neste momento, «tratar» dos hospitais centrais, cujas «doenças» são múltiplas e graves, do que dos regionais e sub-regionais. Quanto mais não seja, porque aqueles são uma «escola», um local de estágio e de aperfeiçoamento, indispensáveis para a formação de médicos, especialistas, enfermeiras e enfermeiros, técnicos auxiliares de Medicina, etc. tão necessários ao equipamento desses próprios hospitais como dos regionais e sub-regionais.

Se essa escola e esse padrão de Medicina se afunda, tudo o mais se perde também, e os demais escalões da organização hospitalar terão irremediavelmente comprometido o seu equipamento em médicos e demais pessoal técnico.

E sem estes não há «Saúde» capaz...

Fernando Rodrigues Nogueira

# RUTIODOL

AMPOLAS—GOTAS—COMPRIMIDOS

RUTINA + METIONINA  
IODO ORGÂNICO + NICOTINAMIDA

Tratamento Racional da Arteriosclerose e Afecções Degenerativas dos Vasos sanguíneos

Fluidificante. Regulador da permeabilidade. Lipotrópico

LABORATÓRIO UNITAS

R. DAS PEDRAS NEGRAS, 3 r/c Dt-LISBOA

# CENTRO ANTICANCEROSO DO NORTE

Do sr. João dos Santos Ferreira recebemos, de acordo com a nossa sugestão (ver número anterior de «O Médico»), o texto completo do discurso que proferiu no Governo Civil do Porto, que a seguir publicamos integralmente:

Quero agradecer a V. Ex.<sup>a</sup>, Senhor Governador, a consideração com que quis distinguir a minha modesta colaboração nesta reunião de esclarecimento à Imprensa, e dentro dos recursos de que disponho, vou procurar expôr os pontos principais da cruzada em que todos estamos empenhados. Daquilo que mais deva ser esclarecido peço para ser interrogado, se o meu conhecimento puder satisfazer.

Dada a situação em que nos encontramos, a doença do cancro está conquistando avassaladoramente os primeiros índices da mortalidade.

Só no Porto e Norte do País morre-se à média de nove pessoas por dia, e quem sabe se os números da estatística ainda estão aquém da realidade?

Este problema situa-se, presentemente, como, há 40 anos atrás, a tuberculose dizimava a população. Era um verdadeiro fantasma e hoje, com os progressos científicos, os novos métodos, orientação e decisão que o Ministério da Saúde, através do Instituto de Assistência Nacional à Tuberculose, tem imprimido, posso admitir, com algum conhecimento, que talvez fosse possível debelar completamente aquele flagelo no prazo de muito poucos anos.

Para isso, seria só necessário dispôr de verbas mais vultuosas para se dispôr de um amparo social mais adequado.

Como já nessa altura existia o cancro, porque não acreditar que, se quisermos, actuando-se como deva ser, se repita daqui por alguns anos o que hoje já achamos fácil para a cura da tuberculose?

Aqui no Porto, por exemplo, sei que há longos anos funciona uma enfermaria no nosso Hospital de Santo António, pertencente à Santa Casa da Misericórdia, com a sua costumada e muitas vezes mal compreendida benemerência, que trata doentes cancerosos com os poucos recursos de que dispõe, enfermaria essa criada pelo insigne e bem conhecido Dr. José Domingos de Oliveira, continuada pelo conhecido e sacrificado Dr. Couto Soares, já falecidos, e hoje dirigida, dentro do mesmo espírito de bem fazer, pelo Dr. Gil da Costa. Sei também que muitos centos de doentes têm sido tratados, fazendo-se verdadeiros milagres, pelo menos, em doenças relacionadas com o cancro.

A Santa Casa não podia ir mais longe, mesmo que dispusesse de meios, porque, hoje, nunca seria possível dentro de qualquer hospital geral instalar aparelhagem com as características necessárias para os resultados práticos.

Em 1946, pelo que então se passou, agitou-se este problema, tendo o ilustre Professor Doutor Luís de Pina, como presidente da Câmara Municipal do Porto, conseguido, com a colaboração do sub-secretário das Obras Públicas, engenheiro Saraiva e Sousa, se fizesse démarches, com escolha de terreno a ceder pela Câmara, junto da Rua de Costa Cabral e Avenida dos Combatentes, para um Dispensário. Elaborou-se o projecto, que em 1947 chegou a ser aprovado e publicado no «Diário do Governo», para, finalmente, em 1949, e também por decreto, ter sido libertado o terreno; a planta mantém-se arquivada, e portanto, mais uma vez o problema ficou sem solução.

O público, descrente à medida que os anos vão passando, vai escasseando as suas dádivas na ocasião dos peditórios na rua, e as importâncias arrecadadas,

diminuídas a olhos vistos, dão por impro-  
fícos os sacrifícios das senhoras da  
nossa cidade.

Basta dizer que o nosso ilustre governador civil veio encontrar depositados apenas Esc. 496 373\$30, o que equivale a dizer que todos contribuíram sem qualquer esperança no êxito de qualquer movimento a favor da debelação do terrível flagelo.

Mas, em Abril de 1963, numa reunião memorável neste Governo Civil, depois de ter sido possível mobilizar boas vontades, através do então governador Ex.<sup>mo</sup> Senhor Engenheiro João de Brito e Cunha, a população começou a acreditar que algo se viria a fazer. Vários contra-tempos surgiram e quase se avizinhou um fracasso, se não fosse a tenacidade, persistência e a boa-vontade da Liga Portuguesa Contra o Cancro, pela mão segura do seu ilustre cientista, Professor Doutor Edmundo Lima Basto, tudo continuaria na mesma.

Removidas as dificuldades, principalmente no que respeita à organização, tudo foi possível concretizar e dar, amanhã, na sessão solene neste Governo Civil, a boa nova ao público em geral e ao Norte que sempre será um facto a formação do Centro Anticanceroso do Norte.

Amanhã será efectuada a compra dos terrenos com a área aproximada de 23 000 m<sup>2</sup>, no valor de cerca de 2 000 contos, dentro de quatro ou cinco meses estará elaborado o respectivo projecto e nos primeiros meses do próximo ano far-se-á a respectiva adjudicação.

É interessante, talvez, apresentar já números aproximados e como deverão processar-se os financiamentos aprovados por Sua Excelência o Senhor Ministro das Obras Públicas, cujo decreto é esperado a todo o momento, para execução da 1.<sup>a</sup> fase:

Em 1965 .....	3 200 contos
» 1966 .....	3 600 »
» 1967 .....	4 900 »
	-----
Total .....	11 200 contos
A Fundação Calouste Gulbenkian contribuirá,	
para já, com .....	5 000 contos
Ministério das O. Públicas	3 700 »
Particulares, por intermédio do Centro .....	2 500 contos
	-----
Total .....	11 200 contos

Dada a boa-vontade que por toda a parte existe em auxiliar esta iniciativa, havendo, desde já, dádivas vultuosas prometidas, apesar das dificuldades que o País atravessa, com os encargos pesados que fatalmente todos têm que suportar, mesmo assim, todos compreendem que esta luta que nos propomos manter representa mais uma frente que precisa de ser defendida, até para que, com a falta de vidas ou o desânimo, o País não venha a sofrer dificuldades de maior.

É assim que eu compreendo este movimento, que me permite dirigir um apelo geral, mas muito principalmente a quem possua bens avultados, visto a obra necessitar de mais alguns milhares de contos, para satisfazer necessidades de apetrechamentos julgados indispensáveis.

Na época que atravessamos, só é rico aquele que pode contribuir para o bem comum, e, ao fazê-lo, ainda lhe fique o suficiente para as suas necessidades, ou empreendimentos normais, porque, se assim não acontecer, poderá contribuir para um mal geral, sobretudo no que respeita à falta de solidariedade humana, que, neste caso, poderá também bater à nossa porta.

É finalidade da assistência o seguinte:

- Diagnósticos feitos a tempo, com larga possibilidade do público poder ser atendido nas respectivas consultas.
- Tratamento imediato, quando necessário.
- Internamento, com cerca de 40 leitos, para tratamento de rádio.
- Cirurgia assegurada pelos hospitais de S. João e de Santo António e hospitais regionais que o possam fazer. Para isto será necessário a criação de brigadas móveis que, nos diversos núcleos a criar no Norte, darão assistência, não só de diagnósticos, como ainda de cirurgia, quando necessário.
- Prestar uma assistência especial aos incuráveis, mesmo que seja feita a domicílio.

Como os senhores jornalistas compreendem, o Centro que agora vai ser criado terá dentro em breve os seus estatutos.

A assistência que irá ser prestada, acompanhada pela Comissão Técnica, que é constituída pelo escol dos nossos mais hábeis professores, terá também que ser aprovada e orientada superiormente pelo Ministério da Saúde.

Posso afirmar que da parte do Governo, com especial apoio do nosso presidente do Conselho e a já provada boa-vontade de Sua Excelência o Senhor Ministro das Obras Públicas, há a melhor disposição no sentido da ajuda necessária.

A Direcção que irá presidir aos destinos do Centro, dotada também da melhor vontade, terá a presidência uma pessoa bem conhecida do público portuense e do próprio Terreiro do Paço, a qual, por sua vez, garante a sensatez, como é seu timbre, ao apresentar qualquer assunto de responsabilidade.

Expondo estes pontos de vista, e dando, por assim dizer, por terminada a minha modesta colaboração, que me foi pedida pela Liga Portuguesa Contra o Cancro, não posso deixar de registar a confiança e a colaboração que também recebi de todos.

Aqui, no Governo Civil, V. Ex.<sup>a</sup> procurou por todos os meios ajudar os nossos anseios, e, assim, o meu agradecimento é dirigido em primeiro lugar ao Governo da Nação, que V. Ex.<sup>a</sup> aqui tão dignamente representa, pois só assim se serve a cidade e o seu distrito.

Quero também consignar o meu sincero agradecimento à presidência da nossa Câmara Municipal, constituída pelos seus ilustres presidente e vice-presidente, e em especial aos seus mais directos colaboradores, senhores engenheiros Guedes Cardoso, Lopes Soares e Fernando Mamede, pelas facilidades que todos nos prestaram.

Aos dedicados colaboradores escolhidos para fazerem parte da Direcção, sacrificando as suas horas e saúde, que pelos antecedentes não podem deixar de, com o seu esforço, dar satisfação ao público, vai também o meu agradecimento.

Julgo ter dado os esclarecimentos que posso, que, com o que se irá passar amanhã, na sessão solene, ficará a Imprensa elucidada convenientemente dos propósitos do Centro Anticanceroso do Norte.

Com a simpatia de sempre, não me canso de fazer também o meu apelo, porque sem a necessária ajuda vossa, senhoras da Imprensa, pouco ou nada se poderá conseguir de benefício para o fim em causa.

Muito obrigado

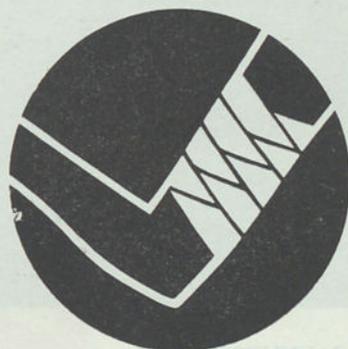
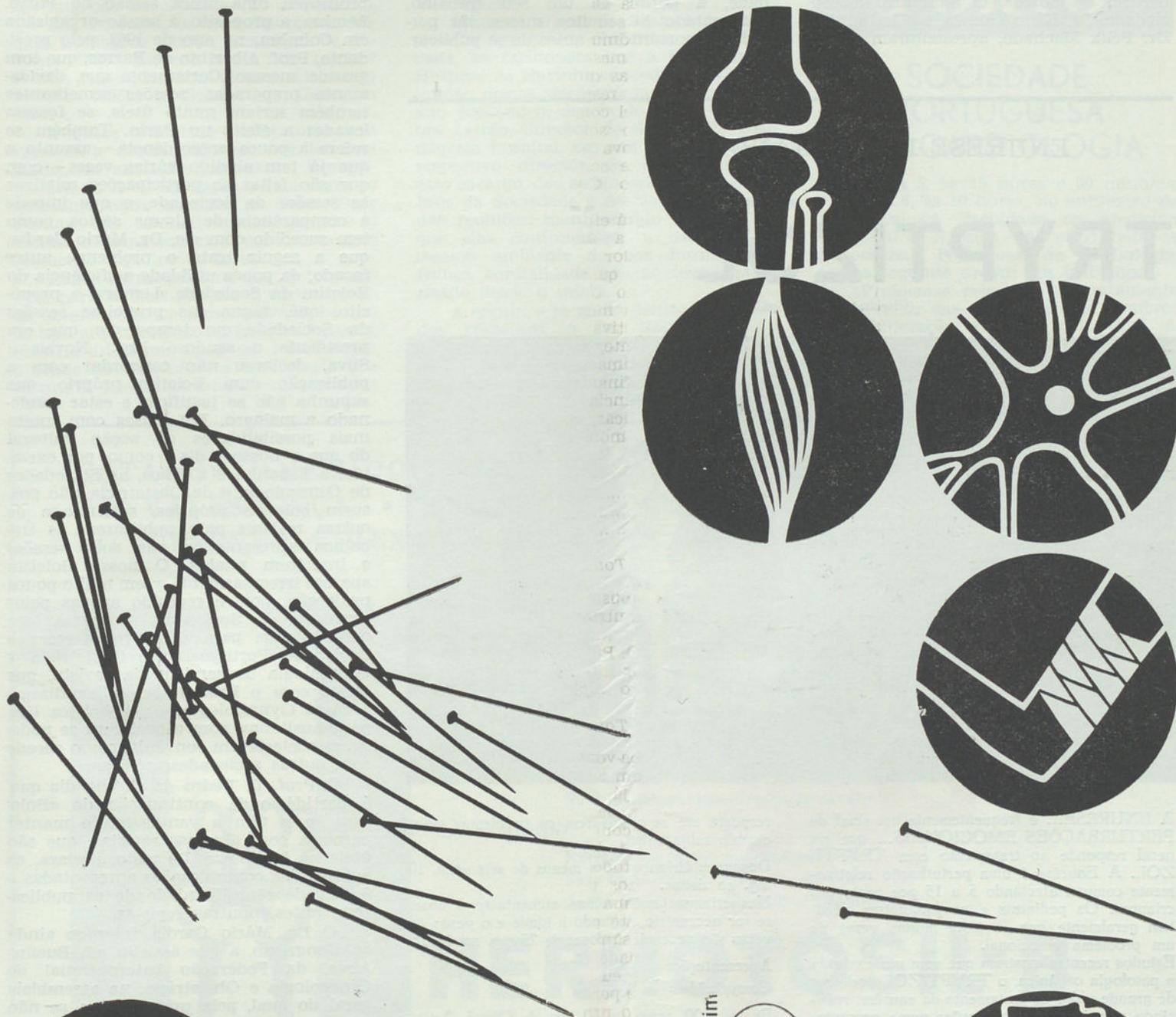
# Algifene®

sem opiáceos, sem barbitúricos,  
sem cafeína

## O analgésico para exigências especiais

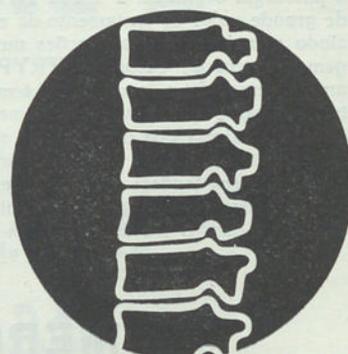
Nas dores musculares, articulares  
e nevralgias,  
nas dores traumáticas e nos estados  
dolorosos graves e crónicos  
(p. ex. nos tumores malignos),  
nas queixas dismenorreicas.

Drageias  
Supositórios (especialmente em dores  
abdominais de origem espasmódica)



mannheim  
boehringer

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE GmbH.  
MANNHEIM ALEMANHA  
FERRAZ, LYNCE, LD<sup>A</sup>. — LISBOA



## LISBOA

### SOCIEDADE PORTUGUESA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Reuniu no dia 21 de Novembro último, no Hospital de Santa Maria (Serviço de Obstetrícia) a Assembleia Geral da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia, sob a presidência do Prof. Albertino de Barros. O secretário da Sociedade, Dr. Kírio Gomes, e o tesoureiro, Dr. Félix Machado, apresentaram relató-

rios, respectivamente, sobre as actividades durante a gerência que agora termina, e as contas. Falou em primeiro lugar o Dr. Moradas, que se referiu ao atraso com que aparece o Boletim da Sociedade, a ponto de um seu trabalho, apresentado há muitos meses, ter perdido a oportunidade antes de se publicar.

O Dr. Mário Cardia começa por falar na muito lamentável fraca actividade que tem desenvolvido a Sociedade nos últimos anos. Aliás contra o que estabelecem os Estatutos da nossa Sociedade, não se promoveu uma única sessão no Porto. Lembra, a propósito, a sessão organizada em Coimbra, no ano de 1962, pelo presidente, Prof. Albertino de Barros, que teve grande sucesso. Certamente que, devidamente preparadas, sessões semelhantes também seriam muito úteis, se fossem levadas a efeito no Porto. Também se refere à pouca antecedência — assunto a que já tem aludido várias vezes — com que são feitas as participações relativas às sessões da Sociedade, o que impede a comparação de alguns sócios, como tem sucedido com ele, Dr. Mário Cardia, que a seguir trata o problema, antes focado, da pouca utilidade e eficiência do Boletim da Sociedade. Lembra, a propósito, que, numa das primeiras sessões da Sociedade, no tempo em que era presidente o saudoso Prof. Novais e Silva, declarou não concordar com a publicação dum Boletim próprio, que supunha não se justificar e estar condenado a malogro. Em países com muito mais possibilidades de acção cultural do que o nosso — diz — como, por exemplo, a Espanha e a Suíça, as Sociedades de Ginecologia e de Obstetrícia não possuem boletins próprios, servindo-se de outras revistas para publicarem os trabalhos apresentados nas suas sessões e inserirem relatos. O nosso Boletim aparece irregularmente e tem muito pouca projecção, pois é recebido apenas pelos membros da Sociedade. Aproveita esta oportunidade para de novo oferecer à Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia os serviços da revista, que dirige com o Prof. Manuel Usandizaga, a «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana», com a qual bem se poderia estabelecer um convénio, como sucede com outras sociedades médicas.

O Prof. D. Pedro da Cunha diz que é partidário da continuação do «Boletim», pois tem a vantagem de manter permua com algumas revistas, que são úteis na biblioteca. De resto, declara, os autores das comunicações apresentadas à Sociedade têm liberdade de as publicarem, antes, noutras revistas.

O Dr. Mário Cardia refere-se ainda ao Congresso, a que assistiu em Buenos Aires, da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, na assembleia geral do qual, pela primeira vez, se não fez representar, o que é lamentável e desprestigiante para Portugal, tanto mais que a Sociedade poderia, sem encargos, fazer-se representar. A propósito, o Dr. Mário Cardia lembra que ele e o Prof. Freitas Simões foram membros fundadores da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, tomando parte activa nos anteriores congressos, como delegados da Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia.

Por último, foi eleita a nova direcção, que ficou assim constituída:

Presidente, Prof. Ibérico Nogueira (Coimbra); vice-presidentes, Prof. D. Pe-

### ENURÉSE DAS CRIANÇAS

Marca Registrada

# TRYPTIZOL

(Cloridrato de Amitriptiline MSD)



A ENURÉSE... é frequentemente um sinal de PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS... que em geral responde ao tratamento com TRYPTIZOL. A Enurése é uma perturbação relativamente comum, afectando 5 a 15 por cento das crianças. Os pediatras e os psiquiatras admitem geralmente que se trata muitas vezes de um problema emocional.

Estudos recentes mostram que uma vez excluída a patologia orgânica, o TRYPTIZOL pode ser de grande valor no tratamento da enurése, reduzindo a incidência das micções numa percentagem elevada de casos. O TRYPTIZOL, um antidepressor bem conhecido, tem uma acção tranquilizante que alivia rapidamente a ansiedade. A maioria dos doentes que respondem ao tratamento melhoram logo nos primeiros dias, e as melhoras tendem a ser progressivas com o aumento do período de tratamento. É melhor continuar com o tratamento para se manter a

resposta até se resolverem os problemas emocionais subjacentes.

**Dosagem:** Crianças com menos de seis anos, 10 mg. ao deitar.

Nas crianças mais velhas aumenta-se a dose, se for necessário, segundo a idade e o peso; às vezes são necessárias doses de 25 mg. ao deitar.

**Apresentação:**

**Comprimidos:**

Fr. c/ 100 comp. a 10 mg. de Clarid. Amit.

Fr. c/ 30 comp. a 25 mg. » » »

Fr. c/ 100 comp. a 25 mg. » » »

**Injectável:**

Frs / amp. c/ 10 c. c. a 10 mg. de clorid. de amitript. por c. c.

**Nota:** Temos à disposição de médicos informações detalhadas sobre o produto.



**MERCK SHARP & DOHME**  
INTERNATIONAL

Division of Merck & Co., Inc. Rahway, N. J. E. U. A.

Repr. e Dist. em Portugal: SOC. COM. CROCKER, DELAFORCE & C<sup>o</sup> / Rua D. João V. 2-2.º - Lisboa

dro da Cunha (Lisboa) e Prof. Silva Carvalho (Porto); secretário-geral, Dr. Félix Machado (Lisboa); vice-secretários, Dr. Mário Mendes (Coimbra) e Dr. António Antunes de Azevedo (Porto); e tesoureiro, Dr. Eduardo de Albuquerque (Lisboa).

## ACADEMIA DAS CIÊNCIAS

Reuniu no passado dia 19 a Classe de Ciências da Academia das Ciências de Lisboa, tendo o Prof. M. B. Barbosa Soeiro apresentado uma comunicação intitulada «Sobre a arquitectura do esqueleto cefálico do homem».

O A. fez, no decurso da sua dissertação, uma rápida referência histórica, demonstrativa de que o assunto começou a ser tratado nos meados do século XVIII e ainda hoje aparecem estudos sobre ele, renovando-se as pesquisas constantemente, à medida que novos métodos de investigação as ciências vão adquirindo.

Em Portugal, o tema interessou Miguel Bombarda (1878), Henrique de Vilhena (1905), Azevedo Neves (1907), Vítor Fontes (1948), Barbosa Soeiro e Rolando Moisés (1956) e Simões de Carvalho (1959).

A quase totalidade dos autores tem versado a arquitectura do crânio, sem aludir, ou aludindo vagamente, à arquitectura da face. Excepção a esta regra se apresenta num trabalho do Prof. Vítor Fontes, que estudou cuidadosamente o conjunto arquitectónico do crânio e o segmento superior da face.

Expôs os métodos de que se tem servido para as suas pesquisas, em centenas de observações. Declarou que não há um só tipo arquitectónico cefálico no homem, mas há diferentes tipos, em relação com a idade do indivíduo, a morfologia e a estrutura óssea relacionadas com estados

patológicos. Certas discrepâncias, de autor para autor, são reflexos destas diferentes morfologias.

O que expõem, diz respeito a arquitectura cefálica do homem adulto, sem alterações patológicas, que deformem a morfologia e a estrutura, consideradas fundamentais. Descreveu, depois, pormenorizadamente, o crânio.

## SOCIEDADE PORTUGUESA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E DE BRONCOESOFAGOLOGIA

Com uma sessão realizada no pretérito dia 6, no Hospital da Marinha, o Núcleo de Lisboa da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e de Broncoesofagologia inaugurou as actividades do presente ano académico. Presidiu à sessão o Dr. Moniz Nogueira, secretariado pelos Drs. Ferreira da Costa e Campos Henriques.

Antes da ordem dos trabalhos, o presidente agradeceu, em nome da Sociedade, as facilidades que a Direcção do Hospital da Marinha concedeu para a realização destas sessões durante o corrente ano académico, depois do que o Dr. Nobre Leitão, director do Serviço de ORL daquele hospital, em seu nome e no do respectivo director, de quem recebera esse encargo, deu as boas-vindas aos membros da Sociedade e fez votos pelo êxito das reuniões, manifestando o desejo de que elas continuassem a decorrer no mesmo ambiente de boa harmonia e franca cordialidade que as tem caracterizado desde o início.

A seguir, e já então dentro da ordem dos trabalhos, o Dr. Nobre Leitão apresentou uma comunicação intitulada «A propósito de alguns casos de carcinoma da laringe», relatando 7 casos ilustrativos

das dificuldades de diagnóstico e dos melindres que muitas vezes se põem à consciência dos laringologistas, pelo que diz respeito às indicações terapêuticas.

Tomaram parte na discussão que se seguiu os Drs. Angelo Pena, Silva Alves, Bentes Ruah, Ferreira da Costa e Moniz Nogueira.

A seguir, o Dr. Rui Franco Gil falou acerca de «Elementos de anatomia cirúrgica do osso temporal», sistematizando, com grande clareza e concisão, as complexidades estruturais deste osso.

Intervieram na discussão, acrescentando alguns pequenos pormenores, os Drs. Campos Henriques, Moniz Nogueira e Angelo Pena, tendo este mostrado, a seguir, radiografias de um caso excepcional de laringocele gigantesco e bilateral associado com tuberculose laringea, que motivou animada troca de impressões.

## PORTO

### SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA

No dia 5, às 15 horas e 30 minutos, e no dia 6, às 10 horas, no anfiteatro de Fisiologia da Faculdade de Medicina (Hospital de S. João — 3.º piso), reúne-se a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, com a seguinte ordem dos trabalhos:

«Problemas relativos ao tratamento conservador das isquemias dos membros por obliteração arterial», pelo Prof. A. de Sousa Pereira; «Alguns resultados obtidos com a radiocirculografia cerebral», pelo Prof. A. de Sousa Pereira e

ESTADOS ANÉMICOS • DEPRESSÃO FÍSICA E PSÍQUICA •  
CONVALESCENÇA • ANOREXIA • ESGOTAMENTOS • ATRASO  
DO DESENVOLVIMENTO • DIÁTESES HEMORRÁGICAS • CERTAS  
AFECÇÕES GLANDULARES

## HERMOTOSIL

AMPOLAS BEBÍVEIS DE 10 c.c.

Suco embrionário animal  
Extracto de fígado concentrado  
Soro hematopoiético fresco de cavalo

LÍQUIDO

Extracto de fígado concentrado  
Soro hematopoiético fresco de cavalo  
Ácido nucleico. Complexo vitamínico B

## HERMOTOSIL-B

AMPOLAS BEBÍVEIS DE 10 c.c.

Suco embrionário animal  
Cianocobalamina (Vitamina B<sub>12</sub>)  
Extracto de fígado concentrado  
Soro hematopoiético fresco de cavalo

Ampolas: caixas de 6, 12, 50 e 100  
Líquido: frasco de 220 gramas

LABORATÓRIO SAÚDE, LDA.  
R. S.to António à Estrela, 44 — Lisboa — Telef. 662361

Drs. J. Aguiar Nogueira e M. Campos Costa; «Electrocardiografia fetal — Um sistema prático e fácil para o seu registo», pela Dr.ª Fernanda Sampaio; «Alguns aspectos azigográficos na patologia própria ou de repercussão mediastínica», pelo Prof. Albano Ramos e Drs. J. Aguiar Nogueira e Caldas Guedes; «Estudo angiográfico do território da artéria vertebral da via subclávia», pelos Drs. Nestor Rodrigues e J. Aguiar Nogueira; «Considerações acerca de um caso de patologia cardiopulmonar», pelo Dr. Artur Vasconcelos Teixeira; «A linfografia no estudo das obliterações do sistema linfático. Estudo experimental», pelo Dr. José Manuel

M. de Sousa Pereira; «Progressos recentes, com os computadores electrónicos, no diagnóstico pela electrocardiografia e vectocardiografia ortogonais», pelo Dr. Mário José Cerqueira Gomes; «Acerca da repercussão miocárdica na polineuropatia amiloidótica familiar», pelos Drs. Gonçalves Moreira e Corino Andrade; «Sobre um caso de síndrome de Wolff-Parkinson-White com características especiais», pelo Dr. Emílio Pérez; e «Medição do débito da artéria hepática no homem, pelo método angiográfico», pelo Prof. J. Moniz de Bettencourt e Dr. José Alberto Rato.

monar». A situação melhorou com o respectivo tratamento instituído, mas surge depois uma recaída, durante a qual o doente exibiu marcada anorexia e extremo emagrecimento. Reinstalaram-se a tosse e dispneia e com redobrada violência. Uma radiografia torácica vem conduzir ao diagnóstico de «tumor do mediastino anterior superior, com compressão de traqueia». Internado nos H.U.C., as reacções serológicas para a sífilis foram negativas e o doente não referia passado sífilítico. Biopsia de Daniels negativa. Progressiva compressão traqueal, traqueotomia que não resolve a situação e o doente morre por asfixia.

O exame necrópsico revelou um aneurisma sacciforme da crossa da aorta e situado entre o tronco braqueo-cefálico e a carótida primitiva esquerda. Era o aneurisma que comprimia a traqueia, cujos anéis anteriores se mostravam amolecidos. A parede posterior do aneurisma era já a parede anterior da traqueia e na mucosa traqueal havia já duas úlceras em início. A rotura intra-traqueal do aneurisma estava iminente. Na aorta ascendente, logo acima das válvulas sigmóides, havia típicas lesões em couro lavrado (lesões sífilíticas típicas e tipicamente situadas).

Os exames histológicos das formações patológicas revelaram, entre outras coisas, lesões sífilíticas dos vasa vasorum do lado da aorta ascendente, e metaplasia do tecido cartilágneo em tecido ósseo, do lado da traqueia. Havia, pois, uma traqueopatia osteoplástica, mas com a particularidade de ser a metaplasia óssea em questão exterior à cartilagem. Isto relativamente ao lumen traqueal. Esta posição relativa do osso metaplásico e cartilagem traqueal é muito rara (correntemente, a metaplasia processa-se interior-

# COIMBRA

## INSTITUTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

### SESSÕES DAS QUINTAS-FEIRAS

Iniciaram-se no passado dia 19 as sessões das Quintas-feiras no presente ano lectivo. Entra assim no seu 5.º ano a feliz e oportuna iniciativa do Prof. Renato Trincão. As sessões realizam-se, como nos anos transactos, no anfiteatro do Instituto de Anatomia Patológica, às 16 horas.

As sessões das Quintas-feiras vão realizar-se nos mesmos moldes e com o mesmo espírito que presidiu à sua realização nos anos anteriores. Assim o anunciou o seu promotor, nas palavras de introdução ao ciclo de sessões previstas para o presente ano lectivo.

Nesta primeira sessão foi também o

próprio Prof. Renato Trincão quem preleccionou. Sob a rubrica «Considerações sobre três autópsias», foram considerados os problemas patogénicos e a anatomia patológica dos aneurismas sífilíticos. Foram também situadas as circunstâncias clínicas dos três casos em estudo e retiradas as ilacções consequentes. O primeiro caso apresentado dizia respeito a um homem de 36 anos cuja sintomatologia, recente em relação à morte, consistia em tosse seca, habitualmente diurna, de tonalidade aguda, dispneia inspiratória. Este homem foi internado num hospital regional e aí tratado de uma «broncopneumonia complicada de abcesso pul-



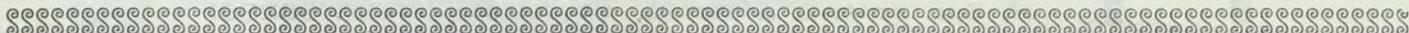
LABORATÓRIOS LAQUIFA

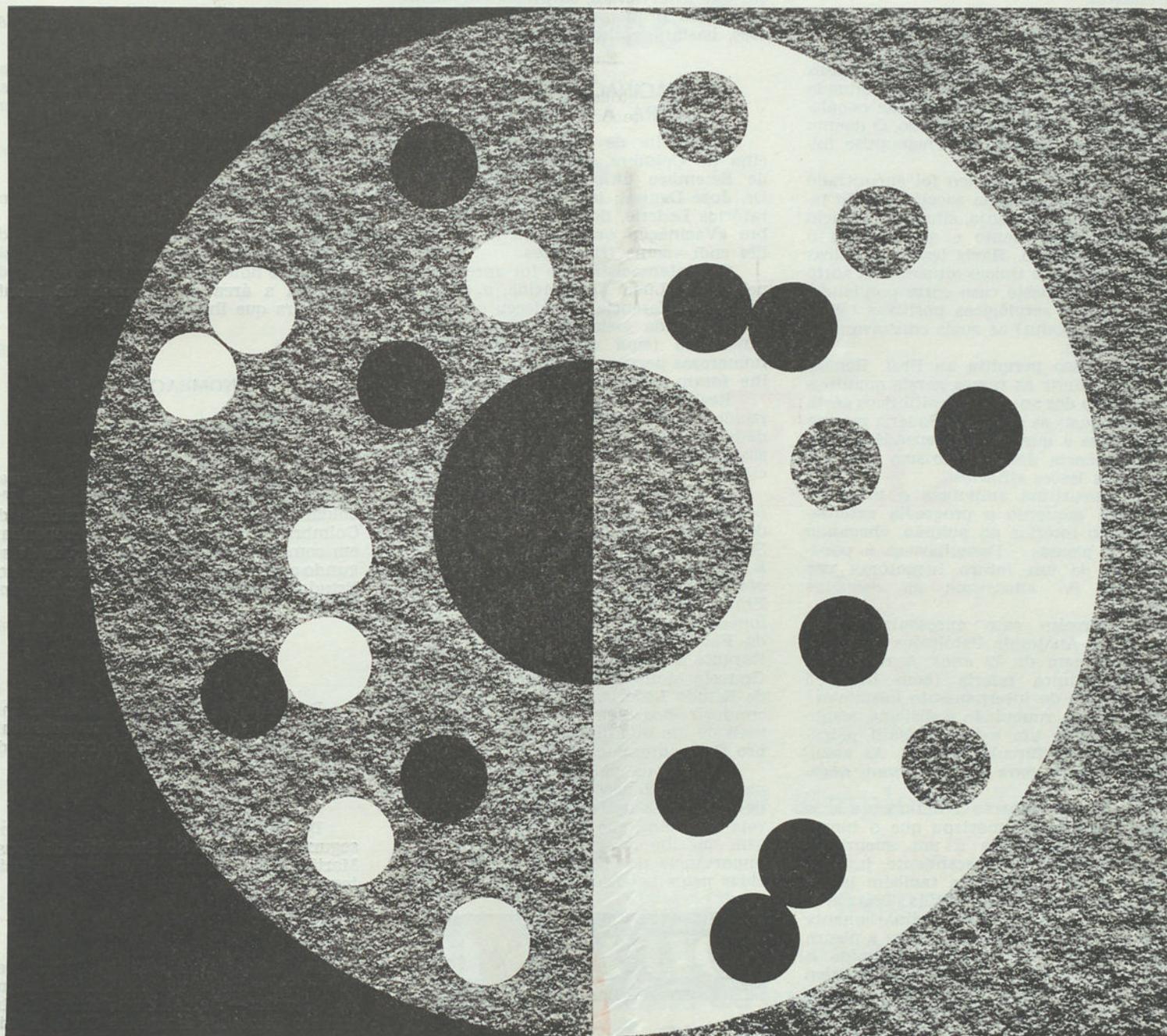


# SILOQUIFA®

**NOVO ANTI-FLATULENTE À BASE DE METILPOLISILOXANE**

Registo n.º 922 na Direcção-Geral de Saúde (Dec. 41 448)





Garantia dupla para o pleno resultado terapêutico: dá um extracto hepático de alto valor e a Vitamina B<sub>12</sub>

Nas anemias

## Campolon<sup>®</sup> Campolon «forte»

Nos estados de esgotamento, na convalescência,  
gravidez e durante a amamentação



## Campoferron<sup>®</sup>

ou seja a terapêutica hepática-ferrosa combinada

Campolon e Campolon «forte» caixas de 5 ampolas de 2 ml  
com 12  $\gamma$  e 60  $\gamma$  de vitamina B<sub>12</sub>

Campoferron frasco com 100 ml

»Bayer« Leverkusen, Alemanha

Representante para Portugal:

BAYER-FARMA, Lda.

Rua da Soc. Farmacêutica, 3, 1<sup>o</sup>, Lisboa-1

mente) e só há dois casos publicados em Portugal. Este será o terceiro e a sua co-existência com o aneurisma constituiu em caso abonador da patogenia traumática da traqueotomia osteoplástica, a que corresponde uma das suas teorias interpretativas.

O segundo caso apresentado pelo Prof. Renato Trincão era o de um homem de 52 anos em que uma radiografia torácica havia revelado uma massa pulmonar de grandes dimensões, situada à esquerda, e que foi rotulada de neoplasia gigante do pulmão esquerdo. O doente morreu inesperadamente (hemoptise fulminante).

No exame necrópsico foi encontrado um enorme aneurisma sacciforme, do tamanho de uma laranja, situado no início da aorta descendente e que invadiu o pulmão esquerdo. Havia lesões sífilíticas bem marcadas e típicas situadas na aorta ascendente e neste caso correspondendo-lhe reacções serológicas positivas (Wassermann e Kahn) as quais constavam da ficha clínica.

Este caso permitiu ao Prof. Renato Trincão referir as regras gerais quanto a localização dos aneurismas sífilíticos aórticos, dos quais se afastava. Poderia mesmo levantar-se a questão da dependência ou independência deste aneurisma relativamente às lesões sífilíticas.

O aneurisma amputava o brônquio principal esquerdo e progredia extensamente no interior do pulmão, chegando quase à pleura: — Desenhava-se a possibilidade de um futuro hemotórax por abertura do aneurisma na cavidade pleural.

O terceiro caso apresentado pelo mestre de Anatomia Patológica referia-se a um homem de 42 anos. A respectiva história clínica referia (com início 5 meses antes do internamento hospitalar) dor torácica, rouquidão e disfagia, sendo bem evidente um tumor pulsátil palpável acima da fúrcula esternal. As análises serológicas para a sífilis foram negativas.

O doente morreu súbitamente e o exame necrópsico mostrou que o tumor pulsátil correspondia a um aneurisma sacciforme na aorta ascendente, junto à crossa, e na aorta havia também lesões anatómicas patológicas de sífilis. Tratava-se de um aneurisma extraordinariamente grande que abriu caminho entre a pleura parietal e o esterno, tendo corroído o esterno e clavícula. No saco aneurismático havia restos dos ossos que haviam sido corroídos. Na zona suprassigmoideia existiam duas formações aneurismáticas em início.

Toda a exposição foi documentada com magníficos diapositivos. Aqueles respeitantes às peças macroscópicas eram exemplarmente demonstrativos.

Nas considerações finais a propósito dos casos apresentados, o Prof. Renato Trincão salientou o reaparecimento do

problema da sífilis e chamou particularmente a atenção para a falta de significado e valor probatório da negatividade das provas serológicas correntes no diagnóstico de sífilis.

Seguiram-se os habituais comentários, em que intervieram, surpreendentemente para uma primeira presença nestas sessões, bastantes alunos.

### VACINAÇÃO ORAL CONTRA A POLIOMIELITE

A convite da Faculdade de Medicina de Coimbra, realizou-se no dia 22 de Setembro último a conferência do Dr. José Daunas, investigador dos Laboratórios Lederle, dos Estados Unidos, sobre «Vacinação oral contra a poliomielite com vacina trivalente».

O conferencista, que foi apresentado pelo Prof. Lúcio de Almeida, o qual, no fim da conferência, agradeceu e chamou a atenção da assistência para a importância do tema exposto, respondeu a numerosas perguntas que sobre o assunto lhe foram feitas pela assistência.

Realizou-se, depois, um almoço oferecido ao Dr. José Daunas pela Faculdade de Medicina de Coimbra, ao qual assistiram professores e médicos daquela cidade.

À noite, o Dr. José Daunas, pelos Laboratórios Lederle, e o sr. Jorge Roque de Pinho, administrador delegado da Sociedade Farmacêutica Abecassis, S. A. R. L., seus representantes em Portugal, ofereceram um jantar em honra do Prof. José de Gouveia Monteiro, no qual tomaram parte numerosos professores da Faculdade de Medicina de Coimbra. Durante o repasto, foi entregue ao Prof. Gouveia Monteiro o certificado da Bolsa de Estudo Lederle, que lhe proporcionou conduzir nos Estados Unidos, durante mais de um ano, importantes estudos sobre Gastroenterologia.

Usaram da palavra o Dr. José Daunas, o Prof. Lúcio de Almeida, em nome de todos os seus colegas, e o Prof. Gouveia Monteiro, que agradeceu a homenagem que lhe foi prestada e enalteceu a importância das Bolsas de Estudo oferecidas pelos Laboratórios Lederle.

de S. João, do Porto, nos serviços abaixo indicados:

Análises clínicas;  
Anatomia patológica;  
Fisiopatologia e Fisioterapia.

23-XI-64

Para provimento do lugar de médico municipal do 2.º partido, com sede e residência obrigatória na freguesia de Benfica do Ribatejo (Almeirim).

24-XI-64

Para provimento do lugar de médico municipal do 2.º partido, com centro e residência obrigatória na povoação de Aldeia da Mata (Crato), sede da freguesia do mesmo nome, e no qual se compreende também a área da freguesia de Monte da Pedra que lhe fica contígua.

26-XI-64

### NOMEAÇÕES

#### Faculdades de Medicina

Dr. Vasco António Andrade Figueiredo de Barros, segundo-assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra — nomeado para desempenhar, em comissão de serviço, as funções de segundo-assistente, além do quadro, dos Estudos Gerais Universitários de Moçambique.

24-XI-64

#### Outros organismos

Dr. Amadeu Cerqueira da Silva, médico municipal — nomeado para substituir o subdelegado de Saúde do concelho de Amarante.

20-XI-64

Dr. Francisco José Pissara de Matos, segundo-assistente do Sanatório de Sousa Martins — contratado como primeiro-assistente do mesmo Sanatório.

24-XI-64

Drs. Álvaro Joaquim de Almeida e Castro, João Carlos Martins Cabral Beirão e Salvador Francisco Montes Remo de Noronha — nomeados internos do internato geral dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

25-XI-64

Dr. Daniel Jorge Relvas Almeida de Carvalho — nomeado interno do internato geral dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

25-XI-64

## DIVERSAS

### DIÁRIO DO GOVERNO

(De 20 a 26/XI/1964)

#### CONCURSOS

Estão abertos concursos:

Para médicos eventuais dos serviços de diagnóstico e terapêutica do Hospital



CENTRO CIÊNCIAS VIVAS  
UNIVERSIDADE COIMBRA

### Anunciam neste número:

A. G. Alvan .....	678	Jimenez Salinas .....	660	Química Hoechst .....	665 e	685
Rua da Madalena, 66 s/l, Lisboa-2		Av. El. U. da América, 10 — Lisboa-5		Av. Duque d'Avila, 169-1.º — Lisboa		
Atral .....	663	H. G. Morrison .....	666	Quimifar .....	653 e	2.ª capa
Av.ª Gomes Pereira, 74 — Lisboa		Av. Rodrigues Sampaio, 15-2.º-Dir.º		Av. da República, 2-3.º — Lisboa-1		
Azevedos .....	1.ª capa	— Lisboa		Roussel .....	646	
Travessa da Espera, 3 — Lisboa		Instituto Pasteur de Lisboa .....	3.ª capa	Rua João de Deus S. C. — Venda Nova-Amadora		
Barral .....	690	2.ª Circular, lote 9, Cabo Ruivo — Lisboa-6		Saúde .....	669 e	695
R. do Ouro, 126 — Lisboa		L. Lepori .....	679	R. de Santo António à Estrela, 44 — Lisboa		
Bayer .....	697	Rua da Imprensa Nacional, 86-88 — Lisboa-2		Sigma .....	675	
R. Sociedade Farmacêutica, 3-1.º — Lisboa-1		La Roche .....	645	Venda Nova — Amadora		
Rial .....	650 e	Rua do Loreto, 10 — Lisboa		S. Nicolau (Casa de Saúde) .....	686	
Rua João Oliveira Ramos — Porto		Laquifa .....	680 e	Estrada de Tovim — Coimbra		
Canobbio .....	673	Rua Aprígio Mafra, 2-2.º — Lisboa	649	União Fabril Farmacêutica .....	683	
R. Damasceno Monteiro, 144 — Lisboa		Lilly .....	649	Trav. das Pedras Negras, 1 — Lisboa-2		
Crocker Delaforce .....	694	Praça Mouzinho de Albuquerque, 79 — Porto		Unitas .....	687 e	691
Rua D. João V, 2-2.º — Lisboa-2		Luso-Fármaco .....	641	C. do Correio Velho, 8 — Lisboa		
Emerck .....	689	Rua do Quelhas, 14-2.º — Lisboa		Vitória .....	681	
Rua das Pretas, 26 — Lisboa-2		Medicamenta .....	657	Rua Elias Garcia, 26 — Venda Nova		
Ferraz Lynce .....	622 e	Apartado 2 576 — Lisboa	668	Wander .....	658	
Rua Rosa Araújo, 27-1.º — Lisboa	672	Neo-Farmacêutica .....		Av. Sidónio Pais, 24 r/c D.to — Lisboa		
Filelis .....	672	Avenida 5 de Outubro, 21 — Lisboa				
Terras de Santana, 1 — Lisboa						

Para uma aplicação  
**mais suave**  
a nova forma de  
**creme de**

**R I P E L \***



**TRATAMENTO** completo, inócuo, simples e discreto **DAS VAGINITES DE QUALQUER ETIOLOGIA.** RIPEL suprime o desconforto físico e psíquico e devolve às doentes a tranquilidade, a confiança e a sensação de higiene pessoal.

Bisnaga de 50 g. de creme, com  
cânula graduada

Caixa de 8 comprimidos vaginais

\* Marca registada



WYETH LABORATORIES, PHILADELPHIA  
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

DERIVADOS BENZODIAZEPÍNICOS

DE CONSAGRADOS EFEITOS

**ANSIOLÍTICOS**

**MIORRELAXANTES**

**ANTICONVULSIVOS**

**DIAZEPAM<sup>®</sup>**

**Bial**

**DIAZEPAM 6<sup>®</sup>**

**Bial**

CÁPSULAS

7-cloro-1-metil-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepina-2(1H)-ona  
3 mg e 6 mg

Por cápsula

PRINCIPAIS INDICAÇÕES

- Ansiedade e tensão psíquica, com ou sem sintomatologia somática.
- Síndromes neuróticas e certos quadros psicóticos.
- Insónias associadas a ansiedade e tensão psíquica.
- Crises de violência dos psicóticos.
- Desequilíbrio emocional das parturientes.
- Dismenorreia uterina.
- Aceleração do parto normal.
- Aceleração do parto demorado por hipertonia uterina.
- Ameaça de aborto tardio.
- Ameaça de parto prematuro.
- Situações ósteo-mio-articulares com hipertonia muscular dolorosa.
- Epilepsia e outros estados convulsivos.