

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 118
3 de Dezembro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

DOENÇA DE OUVIDOS?

INFLAMAÇÃO DO OUVIDO MÉDIO?



CILOPRINE

(4 carboximetilamino 4'-aminodifenilsulfona sódica)

O medicamento absolutamente inofensivo permitindo o tratamento conservador causal, *in situ*.

- igualmente em perfurações do tímpano
- cura e acalma as dores
- não tem contra-indicações.

Instilar algumas gotas de 3 em 3 horas.



CILAG, -S. A. -SCHAFFHOUSE -SUÍÇA

Representantes exclusivos para Portugal: SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA-S. A. R. L.-LISBOA

SUMÁRIO

	Pág.
ALMERINDO LESSA, CARLOS BARBOSA e MORTÓ DESSAI <i>Apontamentos de Hematologia</i>	987
L. A. DUARTE-SANTOS e M. ^a HORTÊNSIA CHAVES CRUZ — <i>Um caso de morte súbita por cisticercose cére- bro-meníngea</i>	990
MOVIMENTO MÉDICO—ACTUALIDADES CLÍ- NICAS E CIENTÍFICAS— <i>Os tumores vilosos do recto geradores de cancros rectais</i>	999
<i>Resumos da Imprensa Médica</i>	1006

SUPLEMENTO

	Pág.
<i>Há cinquenta anos</i> —BARROS e SILVA	901
<i>Ecos e Comentários</i>	902
<i>A propósito do VIII Congresso Internacional de Reu- matologia</i>	903
<i>Concurso para Catedrático de Neurologia da Univer- sidade de Lisboa</i> —L. A. D.-S.	912
<i>Noticiário diverso.</i>	



ALGINEX

ANALGÉSICO DE USO EXTERNO

apresentado na forma de **stick**
com excipiente especial

ACÇÃO INTENSA E RÁPIDA

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

SERVIÇO DE SANGUE DOS HOSPITAIS CIVIS

Director: Dr. Almerindo Lessa

Apontamentos de Hematologia

I) Notas de hematologia indiana

(ALMERINDO LESSA, CARLOS BARBOSA *
& MORTÓ DESSAI *)

Este trabalho foi executado durante a missão de 1952, ao Estado da Índia. O que mais se procurou, foi a repartição global, racial e por sexos, dos sistemas antigénicos mais importantes — ABO, CDE cde, MN e Pp — para o que se praticaram mais de 7.000 reacções, mas os resultados verificados, embora importantes, não só por serem amplos mas também pelo valor que a repartição dos factores sanguíneos assume hoje em Antropologia, não serão apresentados na sessão desta noite **. Pela sua índole, reservámo-los para outra ocasião. Hoje, limitar-nos-emos aos restantes que, por serem problemas directamente relacionados com a clínica, são aqueles que mais se acercam dos interesses desta Sociedade. Vão repartidos por quatro pequenos capítulos:

1. Sorologia sistemática da sífilis;
2. Sorologia sistemática da brucelose;
3. Pesquisa sistemática da constituição falciforme;
4. Estudos sorológicos numa leprosaria.

O nosso estudo foi orientado neste sentido por dois motivos. Em primeiro lugar, porque os problemas mais intimamente ligados à Patologia Clínica não cabem, normalmente, no âmbito orgânico dos planos da Junta das Missões do Ultramar, que custeou a missão e limitou expressamente a sua acção a «estudos de hematologia nos indivíduos normais». Em segundo lugar, porque os dois primeiros problemas estavam entre as nossas mais imediatas preocupações. Na verdade, encarregado um de nós (A. L.) de organizar na Escola Médica de Goa um Centro de Hematologia e Hemoterapia e uma Clínica de Reanimação, o estudo e selecção das fontes de sangue punha-se como uma das nossas mais importantes preocupações.

Já não se torna preciso encarecer o perigo da sífilis transfusional. A seguir ao primeiro caso, dado a conhecer por Fordyce, em 1915, foram relatados já mais de 200. A probabilidade de contágio, como um de nós (A. L.) pode demonstrar (1), é ainda muito grande, apesar dos cuidados postos na selecção das fontes de sangue, orçando por cerca de 1 caso em cada 10.000 transfusões. A positividade sorológica encontrada entre indivíduos sem qualquer passado clínico, e às vezes até sem passado epidemiológico, é bastante elevada, variando embora de região para região. Em Lisboa, num período de dez anos e numa série de 28.374 análises, encontrámos 4,6 % de positividade (2), média importante embora inferior à de outros países, pois só nos Hospitais dos E. U. A. foi, em 1939, de 9,5%. Era nossa ideia (e foi confirmada) que as possibilidades de contágio na Índia deviam ser importantes.

O problema da brucelose transfusional atingiu plena actualidade. Há casos publicados (o primeiro por Alvarez, em 1944) quer com sangue total, quer com plasma de «pooling» de indivíduos são ou clinicamente curados. Nas zonas onde esta zoonose é intensa (na Argentina atinge 12,5% e nos Estados Unidos, 10 % o perigo é maior, encontrando-se 3 a 4 % de dadores com reacções positivas. Em Portugal, os inquéritos feitos por Cândido de Oliveira, Henrique de Oliveira e Arnaldo Sampaio e pelo

Serviço de Sangue dos Hospitais Civis de Lisboa (3), revelaram mais ou menos 4 % de positividade nos indivíduos com saúde. Segundo os cálculos gerais admitidos devemos ter um portador por cada 100.000 habitantes e pensa-se que, entre os indivíduos com doença crónica, apenas 1 % vem a manifestar sinais clínicos. Ora, a Índia Portuguesa é uma zona com muito gado bovino e porcino.

Os restantes problemas surgiram como continuação de outros anteriormente encarados na metrópole, ou para aproveitar as oportunidades de trabalho da Missão. Assim, a pesquisa da constituição falciforme apresentava, além do interesse clínico uma grande curiosidade antropológica e do seu estudo já se haviam ocupado outros investigadores nacionais, como Alexandre Sarmiento (1944), Salazar Leite & col. (1950), Pinto Nogueira & col. (1950), C. Trincão & col. (1950), e Salazar de Sousa (1952).

Quanto às análises feitas na Leprosaria Central de Goa, elas foram uma tentativa para realizar, num meio com um determinado denominador patológico, o conjunto dos ensaios acima descritos.

SOROLOGIA SISTEMÁTICA DA SÍFILIS

1) Método sorológico seguido: técnica e leitura.

Utilizou-se a cardiolipina com antigénio, seguindo-se o método padrão do Laboratório de Pesquisas de Doenças Venéreas, dos Estados Unidos, conhecido por V. D. R. L. e por três motivos: a) pela confiança (medida em sensibilidade e especificidade) que nos merecia a prova; b) pelo seu fácil manejo e c) pela experiência volumosa que já havia do processo no Serviço de Sangue dos Hospitais de Lisboa (4).

a) *Preparação da emulsão do antigénio.* Deitar num frasco de uns 10 c.c. de capacidade 0,4 de soluto tampão (fornecido pela firma fabricante) e em seguida 0,5 c.c. de antigénio. Agitar o frasco durante a operação. Acrescentar em seguida 4,1 do mesmo soluto tampão e agitar o frasco durante 10 segundos;

b) *Execução da reacção.* Deitar em cada uma das concavidades duma placa de vidro, 0,05 c.c. de cada um dos soros a examinar, incluindo dois conhecidos: um positivo e o outro negativo. Em seguida, juntar a cada um dos soros uma gota de antigénio com uma seringa de 2 c.c. montada com uma agulha n.º 22 (cada 1 c.c. de antigénio dá 60 gotas). Agitar a placa durante 4 m. No fim deste período fazer a leitura da reacção, observando o maior ou menor grau de aglutinação, macroscopicamente ou microscopicamente.

2) Número de observações e resultados

Foram examinados 754 indivíduos, cujas raças e sexos constam do Quadro I que indica, igualmente, os resultados. Para a classificação antropológica seguiram-se as indicações publicadas no local por Germano Correia.

(3) A pesquisa sistemática da brucelose pela reacção de Huddleson faz-se no Serviço de Sangue dos Hospitais Civis desde 1950, procurando-se sempre que possível completar as histórias com sorologia positiva com inquéritos epidemiológicos. Desse trabalho se têm encarregado mais particularmente os médicos analistas, Drs. Madalena Brás e Alexandre Sarmiento e o interno Dr. Cayolla da Mota, que apresentou os primeiros resultados colhidos numa comunicação ao IV Congresso Internacional de Transfusão de Sangue, realizado em Lisboa, em 1951: *La brucellose, maladie transmissible. Rapports du Congrès.* Paris, 1951.

(4) A data desta comunicação tinham-se feito no Serviço de Sangue dos Hospitais Civis 4.000 reacções deste tipo. (Ver referência 2).

(*) Assistentes da Escola Médica de Goa.

(**) Comunicação à Sociedade Médica dos Hospitais, em 22 de Janeiro de 1953.

(1) Almerindo Lessa. *Doenças transfusionais.* in *Hematologia, Hemoterapia e Reanimação.* Goa, 1952.

(2) *Serviço de Sangue dos Hospitais Civis. X anos de actividade.* in *Bol. Geral da Assistência:* 9 (101-106) 100 : 140, Julho/Dezembro, 1951.

QUADRO I

Raça	Sexo e positividade	
	♂	♀
Indus	183 — 16 +	31 — 4 +
Moiros	34 — 3 +	6 — —
Cristãos	220 — 18 +	166 — 12 +
Africanos (1)	45 — 16 +	— —
Número de indivíduos com reacções positivas		
69 < 53 ♂ 16 ♀		

A positividade geral foi de 9,1% mas desigualmente reparada pelos referidos grupos etno-raciais (Quadro II).

QUADRO II

Grupo Racial	Percentagem de positividade verificada		Percentagem de positividade esperada em relação		Percentagem de indivíduos no contingente observado
	No grupo racial	Em relação ao total de positivos	ao grupo racial	ao total de positivos	
Indus	8,5	28,9	6-12	25-27	31,0
Moiros	7,0	4,3	2-16	0-12	5,7
Cristãos	7,2	43,4	7-11	48-67	55,1
Africanos	29,5	23,4	3-15	2-14	8,2

Isto é: à parte a do grupo africano onde se verifica um forte afastamento ou desvio para além das percentagens esperadas, no sentido de uma mais acentuada positividade, as restantes médias cabem dentro das esperadas e assemelham-se de um modo muito curioso das encontradas em outros dois grandes centros tropicais: São Paulo com 6,2% e Rio de Janeiro com 8%. A média da positividade é, pois, bastante elevada e nela devem pesar os casos repetidos de importação de sífilis, que é conhecida pelo nome de *Baili piddá* — doença de fora. Parte importante da população goesa vive muitos anos no estrangeiro (são os «emigrantes») ou trabalha em profissões marítimas nos barcos do Oriente. É nossa convicção que se o inquérito tivesse abrangido maior número desses elementos demográficos, a percentagem de positividade seria bem mais subida.

SOROLOGIA SISTEMÁTICA DE BRUCELOSE

1) Método sorológico seguido: técnica e leitura

Empregou-se a técnica de floculação de Huddleson, com o antigénio *B. abortus*, que preferimos por ser positivo para todo o grupo *Brucella*. Com uma pipeta de 0,2 c.c. dividida em 0,1 c.c., em quantidades de 0,08, 0,04, 0,02, 0,01 e 0,005 c.c. deita-se o soro a examinar numa placa de vidro com concavidades. Junta-se em seguida, com uma pipeta conta-gotas, 1 gota (aprox. 0,03 c.c.) de antigénio a cada uma das concavidades, obtendo no fim as proporções de 1/20, 1/40, 1/80, 1/160, 1/320. É sempre bom controlar o antigénio empregado, com soros positivo e negativo. Mistura-se com uma vareta de vidro o soro e o antigénio e agita-se a placa durante 3 minutos com movimentos ligeiros. Após este período de tempo faz-se a leitura, observando as misturas soro + antigénio, sendo o grau de positividade da reacção regulado pela maior ou menor aglutinação. Toma-se nota do título.

2) Número de observações e resultados

O inquérito abrangeu uma série não seleccionada de 409 indivíduos (Quadro III).

(1) Soldados da companhia de landins, que se tinham chamado para servir de testemunhas na pesquisa da constituição falciforme.

QUADRO III

Classificação	Sexo	
	♂	♀
Indus	82	18
Moiros	26	2
Cristãos	131	150
Totais parciais	239 ♂	170 ♀
Total geral	409	

Todos os resultados foram negativos, o que parece muito estranho numa região de gado bovino e porcino, como é Goa. A que atribuir essa negatividade? Seria muito interessante saber qual o grau de incidência desta zoonose no território de Goa, mas a Direcção dos Serviços Veterinários não nos pode dar qualquer informação a esse respeito.

PESQUISA SISTEMÁTICA DA CONSTITUIÇÃO FALCIFORME

1) Método seguido: técnica e leitura

Procurou-se trabalhar com um método que permitisse obter imediatamente, com auxílio dum agente redutor, as características morfológicas desta constituição. Nesse sentido servimo-nos de uma solução isotónica de ditionito de sódio a 2,1%, que tem o poder de provocar uma dissociação quase instantânea da oxihemoglobina. Alguns trabalhos recentes, de Daland & Castle (1948) (5), Itano & Paulino (1949) (6), Williams & Mackey (1948) (7) e Anno & Margolies (1949) (8), tinham-nos criado um vivo interesse em o empregar.

Fôra também a necessidade de encontrar um método, que reduzisse rapidamente a Hgb que levara aqueles primeiros autores a estudar o emprego do ditionito de sódio ($S_2 O_4 Na_2$) que se mostrou capaz de transformar em poucos segundos, os promeniscócitos em células falciformes. Ladearam-se, assim, as dificuldades que tinham surgido com a execução de outro tipo de prova rápida — a «prova bacteriológica» com culturas vivas de *B. subtilis* — e não nos parece que o método de Hanno, com o dióxido de carbono, seja mais manejável, embora com resultados igualmente rápidos, pois gera a transformação de 20 a 30% dos promeniscócitos em 5 minutos.

Como as soluções comerciais de ditionito se decompõem espontaneamente em tiosulfato e sulfito, com libertação de hidrogénio, tornando-se demasiado ácidas, prepara-se para cada série o reagente misturando três partes de solução 0,114 M de fosfato dissódico de sódio, com duas partes de solução de 0,114 M de ditionito de sódio, ficando assim o pH=6,8. Nós preparávamos todas as semanas uma solução final a 2,1% em água recém-distilada e fria que, distribuíamos por pequenos tubos de Kahn fechados com parafina e de que se gastava um por dia.

As condições em que trabalhámos, muito ocupados com as obras de instalação do Centro de Hematologia e do Banco de Sangue, não nos permitiram completar este inquérito com o exame clínico e hematológico geral dos indivíduos portadores do estigma. Não cremos, porém, que isso tivesse adiantado, em muito, o valor desta nota. Conceitos semelhantes foram defendidos por C. Trincão & col. (1950), num trabalho sobre a drepanocitemia na Guiné, onde encontraram 3% de positividade.

As mesmas razões nos impediram de aprofundar essa pesquisa até à identificação electroforética da Hb falciforme.

As testemunhas utilizadas foram os soldados da Companhia de landins, que apresentavam saúde e estavam no activo.

Técnica e leitura. Carregar uma pipeta Pasteur de ponta fina com uma pequena gota do reagente, picar a polpa dum dedo ou o lóbulo da orelha e aspirar o sangue, misturando com o soluto e sem interposição de ar, aproximadamente na proporção de 1/6 do volume da solução de hidrosulfito de sódio. Depositar a mis-

(5) Daland, G. A. & Castle, W. B. — J. Lab. Clin. Med. 33:1082, 1948.

(6) Itano, H. A. & col. — Blood (4): 66 — 1949.

(7) Williams, A. W. & col. — J. Clin. Path. 2:141 — 1949.

(8) Anno, H. A. & col. — Science, 112: 109-110, 1950.

tura numa lâmina, estabelecendo uma boa homogeneidade, cobrir com lamela e ler ao microscópio com fraco aumento (objectiva n.º 6).

Se houver tendência falciforme, as respectivas células revelam-se em 3 a 10 minutos, aparecendo primeiro nos bordos da preparação, possivelmente pela acção que as variações de tensão superficial provocam na reacção. Pelo menos é essa a interpretação de A. W. Williams & J. P. Mackey (1949). Considera-se terminada a prova aos 15 minutos. No sangue normal nunca se verifica o fenómeno falciforme, mas convém prestar muita atenção à leitura, porque algumas vezes a forma bizarra de alguns crenócitos (e a crenocitose é muito frequente e bastante generalizada ao cabo de 1/4 de hora) pode induzir em erro um observador apressado ou ambicioso. Por isso, aplicando pela primeira vez este método, tivemos o maior cuidado na interpretação das lâminas, repetindo a sua leitura no dia seguinte. Deve dizer-se que em nenhum caso houve que corrigir o resultado. No entanto, a experiência ensinou-nos que se torna preciso uma leitura cuidadosa. Como dissemos, feita a reacção, o campo cobre-se instantaneamente de formas reduzidas, com grande percentagem de crenócitos e outras formas aberrantes (Figs. 1, 2, 3, 4 e 5). Mas

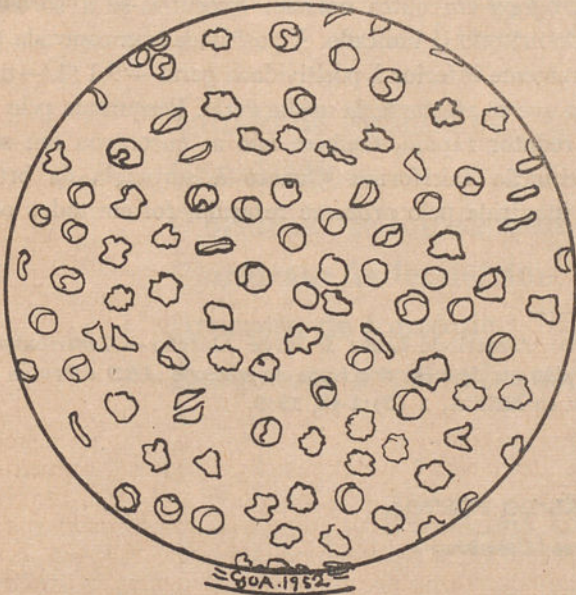


Fig. 1
Aspectos morfológicos de crenocitose

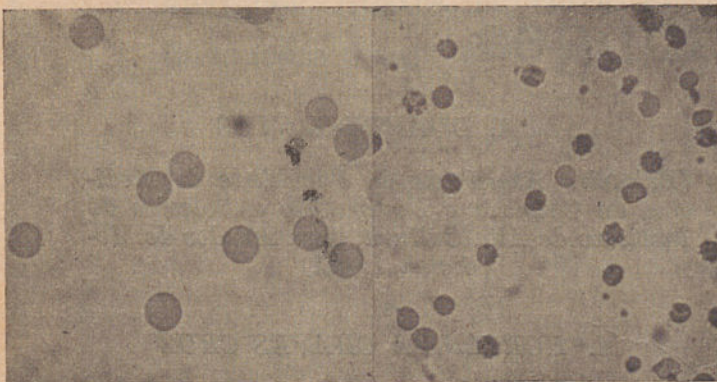


Fig. 2
Eritrócitos aos 30 seg.

Fig. 3
Eritrócitos e crenócitos aos 5 m.

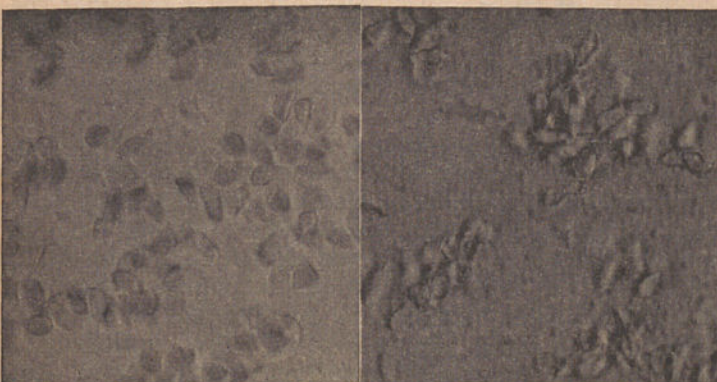


Fig. 4
Crenócitos aos 20 minutos

Fig. 5
Crenócitos às 24 horas

a imagem de positividade foi sempre nítida (Fig. 6). Ainda como contróle do nosso trabalho, repetimos alguns dos exames, tanto positivos como negativos, em meio lutado. Nunca se verificaram resultados opostos.

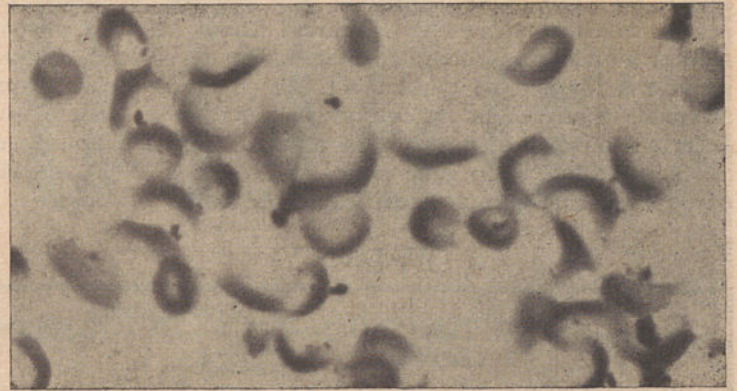


Fig. 6
Drepanócitos

b) Os resultados

Fez-se a pesquisa numa amostra não seleccionada de 384 indivíduos de ambos os sexos, servindo de testemunhas uma série de 188 melanodermos (Landins do corpo expedicionário de Moçambique); os exames abrangeram portanto 284 indus, 100 moiros e 188 africanos, num total de 572 provãs.

QUADRO IV

Raça		Drepanocitemia		
		Positiva	Negativa	
Indus	284		284	
Moiros	100		100	
Landins	188	1	187	0,53 %
Totais	572	1	571	0,17 %

A pesquisa foi negativa em todos os naturais da Índia. Na série africana apareceu 1 resultado positivo (0,53 %) (Quadro IV), percentagem portanto muito inferior à verificada por outros portugueses (Quadro V).

QUADRO V

Pesquisa da drepanocitemia por investigadores portugueses	Raça ou Região	Indivíduos observados	%
A. Sarmiento (1944) ⁽⁹⁾	Angola	216	8,3
W. Teixeira (1944) ⁽¹⁰⁾	Angola	186	27,9
Pinto Nogueira (1950) ⁽¹¹⁾	C. Verde	2.496	3,04
C. Trincão (1950) ⁽¹²⁾	Guiné	500	3
Salazar Leite & col. (1953) ⁽¹³⁾	Guiné	5.644	11,21
D. B. Jelliffe & col. (1952) ⁽¹⁴⁾	Nigéria	1.881	23,7

⁽⁹⁾ Alexandre Sarmiento—An. Inst. Med. Trop. 1:345, 1944.

⁽¹⁰⁾ W. Teixeira—An. Inst. Med. Trop. 1:365, 1944.

⁽¹¹⁾ Pinto Nogueira & col.—An. Inst. Med. Trop. 7:239-251, 1950—8 (1):83-87, 1951.

⁽¹²⁾ C. Trincão & col.—An. Inst. Med. Trop. 7:125-129, 1950.

⁽¹³⁾ A. Salazar Leite & col.—Jorn. Soc. Sc. Med. 11762). 1953.

⁽¹⁴⁾ D. B. Jelliffe & col.—British Med. J., 405-406, Fev. 23, 1952.

Na ocasião a que procedíamos ao nosso estudo, H. Lehmann & J. Humphreys⁽¹⁵⁾, publicaram os resultados dum inquérito feito em três tribus originais do Sul da Índia, com uma percentagem de drepanocitemia que chegou a atingir 30 %, ou sejam, números muito superiores aos verificados em África pelos autores portugueses. Utilizaram, como nós, um método redutor rápido com soluto de metassulfito de sódio e os seus resultados figuram no Quadro VI. Na população drávida, que serviu de contróle não se encontraram portadores do estigma. É curioso notar que na população estudada por H. Lehmann & col. a percentagem do gene D foi muito baixa (3 %) quando na população de Goa nós verificámos 68,35 %.

QUADRO VI

População	Número observado	Drepanocitemia	
		Número de observações	%
Irubas	80	24	30
Badagas	121	16	8,4
Todas	60	2	3,3
Tamils	128	0	0
Malayals	111	0	0
Canarese	95	0	0
Telegus	109	0	0

(15) H. Lehmann & J. Humphreys—British Med. J. 404-405, Fev. 23, 1952.

ESTUDOS SOROLÓGICOS NUMA LEPROSARIA

Na continuidade de uma série de trabalhos feitos anteriormente por um de nós (A. L.) no sentido de avaliar a existência ou não existência de uma correlação entre grupos sanguíneos e certos estados patológicos⁽¹⁶⁾, procedeu-se a um estudo sistemático de todas estas questões na Leprosaria Central de Goa, sita desde 1932 na Aldeia de Macasana (Director Dr. Loiola Pereira). Aproveitámos a oportunidade para estender o ensaio a outras questões.

1) *Relação dos inquéritos feitos e resultados obtidos*

Foi estudada toda a população doente da leprosaria: 100 indivíduos, pesquisando-se: a) sorologia da sífilis; b) constituição falciforme; c) sorologia da brucelose; e d) repartição dos sistemas sanguíneos ABO, MN, CDE cde e Pp, cujos resultados apresentaremos em outra ocasião. Procurou-se a sorologia da sífilis pelo método já indicado. A positividade encontrada (7,1%) foi ligeiramente inferior à positividade geral — 9,1 % — mas não tão baixa que se afastasse da média geral. Pesquisada pelo mesmo método redutor rápido, também não se encontrou um só caso, de constituição falciforme. Quanto à sorologia da brucelose, também inquirida pelo processo referido, foi em todos os casos negativa.

(16) Almerindo Lessa & Jorge Alarcão — *Contribuição para o estudo das incidências dos tipos do sistema ABO sobre os estados mórbidos*. in HEMA, 1 (2):1-48, 1949.

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DO PORTO

(Director: Prof. Doutor Francisco Coimbra)

Um caso de morte súbita por cisticercose cérebro-meningea

L. A. DUARTE-SANTOS

(Primeiro Assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra e Equiparado a Bolseiro do Instituto de Alta Cultura, para estudos de Medicina Legal)

e

M.^a HORTÊNSIA CHAVES CRUZ

(Assistente do Instituto de Medicina Legal do Porto)

O interesse médico legal da morte súbita começa logo ao querer defini-la, pois torna-se necessário combater o critério clínico com que é aceita tal expressão — morte que súbitamente ocorre no decurso de um estado patológico agudo ou crónico.

Com Thoinot (39), nós, médicos legistas, não exigimos o carácter verdadeiramente súbito da morte, bastando que ela surja de maneira mais ou menos rápida, mas de modo *imprevisto*, em indivíduo são ou doente por mal crónico ou agudo latente, sendo, neste último caso, a própria morte o sinal revelador da causa patológica que a determinou e que era ignorada pelo próprio e pelos outros.

Aceita esta definição, é claro que, logo, se compreende o interesse prático de tal capítulo da Medicina Legal.

Quantas mortes súbitas não ocorrerão em circunstâncias ambientais e desenrolando-se em quadros que farão lembrar a morte violenta e muito especialmente o envenenamento?

Que o caso que nos ocupa é frizante exemplo disso, demonstra-se transcrevendo a informação que, pelo Hospital, foi dada ao Instituto de Medicina Legal a, propósito da requisição de autópsia: «Cerca das 21 horas F... foi observado, no posto de socorros deste Hospital, vindo acompanhado por dois soldados que o transportaram em maca, dizendo tê-lo encontrado no Parque Automóvel. O doente chegou em estado de choque, pulso taquicárdico, arritmico, muito pequeno. Respiração estertorosa. Reflexos cutâneos e tendinosos normais ou levemente diminuídos e reflexos pupilares, à luz, um pouco preguiçosos. Fundo dos olhos normal. Ligeira escoriação da região

RINOBIÓTICO

Anti-alérgico • Anti-bacteriano • Anti-congestivo

COMPOSIÇÃO

Sulfato de Neomicina	0,010	Grs.
Gramicidina	0,000 5	Grs.
Cloridrato de tonzilamina	0,100	Grs.
Cloridrato de fenilefrina	0,025	Grs.
Brometo de tonzónio	0,005	Grs.
Excipiente a pH adequado q. b. p. 1 frasco de	10 c. c.	

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Nas diferentes afecções do sistema respiratório superior e transtornos alérgicos. Rinites, sinusites, nasofaringites e infecções bacterianas agudas da mucosa nasal.

APRESENTAÇÃO

Frasco conta-gotas de 10 c. c.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMA-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604
Delegação no Porto—Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º—Telef. 21383
Deleg. em Coimbra—Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

UM NOVO PRODUTO



para tratamento da dermite seborreica do couro cabeludo

*... o prurido e a «caspa» são eliminados
na maioria dos casos*

* Após anos de pesquisas apareceu um novo produto para o tratamento da dermite seborreica do couro cabeludo: «SELSUN» suspensão de sulfureto de selénio. As suas vantagens são: eficácia quanto ao desaparecimento das películas de «caspa»; diminuição, muitas vezes imediata, do ardor e da comichão; notável simplicidade de aplicação; extenso campo de actividade que vai desde a simples «caspa» até às dermatites seborreicas graves. Ressalta ainda o facto de que o «SELSUN» é um medicamento especializado e, como tal, destinado a ser aviado apenas mediante receita médica.

* Os melhores resultados são alcançados após 4 a 8 semanas de aplicação. Para os manter é suficiente a aplicação posterior com o intervalo de 1 a 4 semanas. Em regra o prurido e o ardor desaparecem a seguir às duas ou três primeiras aplicações. Os investigadores médicos (1) (3) que fizeram o estudo do «SELSUN» em 400 doentes relatam o desaparecimento dos sintomas da doença em 92 a 95 % dos casos de «caspa» simples e em 81 a 87 % dos de dermite seborreica. Muitos destes casos não tinham cedido aos tratamentos anteriormente ensaiados. É prático na aplicação e utiliza-se durante a lavagem habitual do cabelo. Elimina-se pelo enxaguamento, e não é gorduroso. Evita assim complicados processos de aposição e remoção. Deixa a cabeça limpa, inodora e não produz manchas indeléveis nas roupas.

* Os estudos realizados para avaliação da sua toxicidade (1) (2) demonstraram que o «SELSUN» usado externamente e como se recomenda é desprovido de acção tóxica. Está à venda nas farmácias, em frasco com 120 c. c.

SELSUN

(MARCA REGISTRADA)

Suspensão de Sulfureto de Selénio (Abbott)

REFERÊNCIAS:

1. Slinger, W. N., and Ubbard, D. M.: (1951), Arch. Dermat. & Syph., 64: 41, July.
2. Slepyan, A. H. (1952), Ibid., 65: 228, February.
3. Ruch (1951), Communication to Abbott Laboratories.

ABBOTT LABORATÓRIOS, L.^{DA}

RUA JOAQUIM ANTÓNIO DE AGUIAR, 43, R/C-LISBOA-PORTUGAL

frontal esquerda (correspondente a queda?). Durante o tratamento e observação no posto de socorros teve algumas contracções violentas dos membros (clónicas e tónicas), de pequena duração, depois das quais ficava cianosado e o pulso se tornava filiforme. Estas contracções sucederam-se, mais ou menos regularmente espaçadas, desde as 21 até às 1,30 horas do dia seguinte, hora a que faleceu, por colapso cárdio-respiratório. Tratamento de urgência: tónicos cardíacos e cárdioanalépticos, lavagem do estômago, oxigénio, adrenalina intracardíaca (no termo final)».

E acrescentam mesmo: «como se não chegou a um diagnóstico clínico e ainda porque não tivéssemos informações algumas que nos orientassem sobre o que se tinha passado antes de ser observado neste posto de socorros» se propoz a autópsia.

Depois se veio a averiguar que a vítima gozava de boa saúde aparente, não sofrera de crises convulsivas e que, súbitamente, fora acometida pela sintomatologia descrita, em que avulta o estado de choque e as contracções de tipo epilético jacksoniano — morte súbita com suspeita de envenenamento (as condições de aparecimento da doença, os sintomas, incluindo as contracções, a lavagem ao estômago).

Na autópsia:

No hábito externo — Várias e pequenas escoriações dispersas pela parte esquerda da região frontal, região supra-ciliar esquerda, parte inferior do nariz e parte direita do mento. Cianose da face. Numerosas sufusões sanguíneas sub-conjuntivais e sub-mucosas nos lábios. Livores cadavéricos abundantes e escuros, nas partes posteriores.

No hábito interno — Cabeça: Várias e pequenas equimoses dispersas pela parte esquerda da região frontal e pela região supraciliar esquerda. Neoformação fibrosa da dura-mater, do tamanho de pequena ervilha, situada na região parietal esquerda. Vários e extensos focos hemorrágicos sub-durais. Cavidade no lobo parietal esquerdo do encéfalo em relação com a neoformação meníngea referida. Várias zonas de infiltração hemorrágica ocupando a parte central e externa do lobo frontal esquerdo, circundando uma neoformação, tão consistente como a massa encefálica, do tamanho de um grão de milho alvo. Peso do encéfalo: 1550 gramas. Coração: Sufusões sanguíneas sub-pericárdicas. Pulmões: Sufusões sanguíneas sub-pleurais; congestão e edema muito abundantes. Peso do pulmão direito 920 gramas, e do esquerdo 720. Fígado: Congestão; zonas de degenerescência gorda; aspecto muscado. Peso 1420 gramas. Rins: Congestão. Peso 170 gramas cada um. Ráquis: Várias e pequenas infiltrações sanguíneas dispersas pelos músculos das goteiras vertebraes. Vários e extensos focos hemorrágicos das meninges e congestão intensa da medula.

Análises complementares: A análise químico-toxicológica visceral não revelou tóxicos minerais nem alcalóidicos e a pesquisa de álcool no sangue foi negativa. O exame histológico das neoformações meníngea e encefálica mostrou a existência de dois cisticercos.

Assim se concluiu que «a morte foi devida a epilepsia jacksoniana, consecutiva a cisticercose cérebro-meníngea» e que «as lesões traumáticas referidas são de natureza contundente e devem ter sido produzidas durante o ataque epilético».

Em pormenor o exame histológico revela-nos:

a) Nódulo encefálico — O exame de vários cortes, mais ou menos em série, revela-nos a existência de uma vesícula de parede própria, cujo centro é ocupado por um corpo invaginado, com numerosas papilas e conteúdo amorfo, intensamente infiltrado de elementos leucocitários, com predomínio nítido de polinucleares.

Num dos polos, e apesar das alterações existentes, é possível identificar duas pequenas formações circulares — ventosas —, e uns corpúsculos amorfos, arredondados uns, alongados outros, de tamanhos variados conforme a incidência dos cortes — ganchos —, aglomerados e inde-

pendentes, implantados numa pequena saliência — rostro (cabeça de *cysticercus cellulosae*).

A membrana vesicular é constituída por três delgadas camadas — reticulada, celulosa e cuticular, igualmente infiltrada de elementos leucocitários.

O tecido encefálico que rodeia esta vesícula, apresenta intensa granulação conjuntivo-vascular com infiltração leucocitária muito acentuada, que vai diminuindo sucessivamente à medida que nos afastamos do cisticercos.

A congestão é muito intensa, havendo vários focos hemorrágicos dispersos com roturas capilares dissociando o tecido cerebral, longe do cisticercos.

Não há alterações vasculares, apreciáveis.

Cysticercus cellulosae, morto, em degenerescência supurativa

b) Nódulo meníngeo — Verifica-se, igualmente, a existência de uma vesícula de parede estruturalmente idêntica à anterior, infiltrada de alguns elementos leucocitários e cujo conteúdo, em degenerescência calcária, não permite uma identificação, a não ser, pela presença de vários ganchos, em tudo semelhantes, aos encontrados no nódulo encefálico.

A estrutura da parede e a presença dos ganchos, permite dizer que se trata igualmente de um cisticercos-cysticercus cellulosae, mas em degenerescência calcária.

A reacção periférica é traduzida por um espessamento da meninge e discreta infiltração leucocitária difusa, peri-vesicular.

Cysticercus cellulosae, morto, em degenerescência calcária

Averiguou-se, como foi dito, que a vítima gozava de boa saúde aparente: não se queixara anteriormente e nada fazia suspeitar que tivesse tido qualquer crise convulsiva.

Trata-se, portanto, de um caso de cisticercose que deu origem a manifestações de tipo epilético e levou à morte súbita.

A cisticercose não é, na Europa Ocidental, afecção tão banal que não se publiquem os casos que aparecem, que aliás demonstram não ser ela também tão rara como alguns julgam e as medidas de higiene alimentar fariam prever.

É claro que só é publicada uma parte das observações e estas ficam ainda muito áquém dos casos realmente existentes, até porque alguns evolucionam silenciosamente e porque muitos outros só a necrópsia os evidencia, a sintomatologia sendo atribuída a causas muito diferentes. Ducla Soares (38) faz notar como, ultimamente, em Portugal vão sendo publicados mais casos e que ainda deixam de ser reconhecidas «certas formas clínicas pela falta de hábito de pensar na cisticercose».

Na Alemanha, com maior uso da carne de porco, os casos chegaram a tomar proporções sérias, mas exactamente lá as medidas profiláticas se revelaram mais eficazes.

Brumpt (8) indica a Alemanha como sendo país em que esta doença é muito comum, especialmente nas zonas central e nórdica, o sul sendo bastante poupado.

Contudo, Wohlwill interrogado numa discussão de um caso seu e de Pulido Valente (47), disse que não tinha elementos para afirmar que na Alemanha houvesse mais casos do que em Portugal e que naquele país era na zona central, especialmente na Saxónia ocidental, que se registavam mais observações.

Robles, no México, indica a cisticercose como causadora de 25 % dos seus casos de hipertensão craniana (cit. por Miranda Rodrigues e colaboradores) (23).

Pierre Benoit (4) numa tese que elaborou em 1939, reuniu 209 casos, dos quais 160 referentes à literatura

médica dos últimos dez anos que lhe foi acessível em Paris, naqueles perturbados dias.

Em Portugal não é grande o número de observações conhecidas e, como, muito acertadamente, faz notar Arsénio Nunes (24), a maior parte dos casos publicados referem-se a exames de ordem clínica ou a exames de produtos para biópsias e os com exame necrótico são relativamente poucos.

Fernando Simões (36), em 1943, dá-nos um quadro dos publicados em Portugal até essa data. Indica os casos de: Van-Der-Laan (37) (3 oculares, o primeiro publicado em 1871 inicia a série dos casos portugueses), Gama Pinto (30) (1 ocular), Pinto Magalhães (17) (1 generalizado), Belo Morais (20) (1 generalizado), A. Bettencourt (5) (1 coração e cérebro), Geraldino de Brites (9) (2 generalizados), Deolinda Nogueira (23) (1 pele), José Bacalhau (3) (1 generalizado), Egas Moniz, Loff e Luís Pacheco (19) (2 cerebrais e 1 da meninge raquidiana), Espírito Santo (13) (1 generalizado), Ducla Soares (37) (1 generalizado, muscular) e os do próprio Fernando Simões (36) (1 do seio e 1 ocular).

No período abrangido pelo quadro só temos conhecimento de mais um caso — o de Azevedo Neves (22) (encéfalo). Conhecemos mais os seguintes casos publicados posteriormente: Corina A. Videira (5) (1 caso de pele com 183 cisticercos), Wohlwill, caso de Pulido Valente (41) (1 cerebral), Francisco Pimentel (29) (1 generalizado e indica ter tido conhecimento de mais nove casos: dois por autópsias na Anatomia Patológica da Fac. de Med. de Coimbra, quatro oculares do Dr. Cerveira, um do Dr. Mário Mendes e ainda dois do Dr. Cunha Vaz que foram, conjuntamente com outros, mais tarde publicados por este oftalmologista), Henrique Moutinho e F. Lacerda (21) (1 ocular), Miranda Rodrigues e Vasconcelos Marques (32) (5 cerebrais), Arsénio Nunes (24) (1 generalizado, mas com electividade manifesta para a musculatura estriada), Ducla Soares (38) (4 casos, dos quais um só encefálico), Cunha Vaz (43) (3 oculares), Ivaldo da Fonseca (14) (1 sub-cutâneo), Pereira Silva (35) (1 generalizado) e finalmente Miranda Rodrigues, Vasconcelos Marques e Moradas Ferreira (33) (mais 2 casos encefálicos).

Conhecemos portanto, antes da nossa, 42 observações de cisticercose publicadas em Portugal, com um ou muitos cisticercos e de localizações diversas.

É sabido que a cisticercose, desde as formas francamente generalizadas às de um único cisticercos localizado a um ponto do organismo, apresenta as mais diversas formas de transição, tocando vários órgãos ou havendo diversos cisticercos no mesmo órgão.

No polo oposto aos de um só cisticercos se colocam, quanto ao número, a observação de Austoni (2), de uma rapariga de 10 anos em que existiam de quinze a vinte mil cisticercos e, quanto aos órgãos tocados, a, citada por Arsénio Nunes (24), de H. Takamatsu, em que os cisticercos se encontravam no cérebro, cerebelo, órbita, meninges, coração, pulmão, pleura, pele, tecido celular sub-cutâneo, músculos, pâncreas, laringe, intestinos, fígado e mesentério.

No que diz respeito à preferência da localização dividem-se os autores. Aceitam em geral a cerebral como das mais frequentes e neste órgão o IV ventrículo tem certa preferência. E. Tolosa e F. Duran (41) baseados em trabalhos de diversos autores, que citam, concluem que a frequência de localização ao IV ventrículo é de 20 a 25 % das restantes localizações no sistema nervoso.

Deve-se acentuar que a localização cerebral, bem como a ocular, é a que menos silenciosamente evoluciona. Assim não deixa de ser sensata a reflexão de que a localização cerebral, tal qual a ocular, sendo de mais fácil diagnose leva a julgar estas localizações mais frequentes relativamente às outras, do que na realidade são. As estatísticas baseadas em observações necróticas mostram que os músculos constituem o terreno de eleição (Garcia Miranda (18), Arsénio Nunes (24)).

Averiguado está que o território da pequena circulação é poupado, a ponto de alguns AA. dizerem que a cisticercose não existiria nos pulmões por não julgarem suficientemente claras as observações que a referem. Contudo no caso de Takamatsu o pulmão não deixou de ser também tocado.

A forma cerebral de sintomatologia, em regra, rica, mas variável com o ponto ou os pontos atingidos, por vezes revelando aspectos predominantemente psico-patológicos, manifesta-se frequentemente nos quadros da série epiléptica.

Obrador (25) cita-nos diversas formas clínicas da cisticercose cerebral e Verney (44), em artigo de actualização, refere, como pela irritação da área motora do cérebro, podem aparecer manifestações extravagantes e periódicas capazes de fazer pensar em fenómenos de natureza ptiática.

Nem sempre o número de cisticercos enriquece a sintomatologia como o demonstra a curiosa observação de Obrador em outro seu trabalho (26), no qual existiam cerca de 200 vesículas sem sintomas cerebrais típicos.

Como bem faz notar Bono (7) nos tratados de neurologia não se valoriza a cisticercose como agente etiológico da epilepsia, falando alguns em coincidência e outros na maior facilidade com que se contaminariam os epiléticos, dadas as suas perturbações de personalidade.

No recente trabalho de Mogens Lund (15) «Epilepsy in association with intracranial tumour» não se encontra a menor referência ao cisticercos.

Pagniez e A. Plichet (28) ao passarem em revista o problema da epilepsia parasitária, para concluir, aliás, que se ela existe deve ser excepcional, acrescentam, em nota, que não tratam da cisticercose cerebral, «dont on ne saurait mettre en doute la réalité», porque não tiveram ocasião de observar qualquer exemplar. Mas a ligação com a epilepsia que observações antigas faziam entrever — por exemplo, em 1911, Vosgien (46) relata em 197 observações de cisticercose cerebral 98 de epilepsia — foi bem posta em evidência por Mac Arthur (16), Dixon e Smithers, autores a que se referem Bono (7), Benoit (4), Blyth (6), Carnegie (11) e quase todos os que posteriormente trataram o assunto. Dixon e Smithers recomendam mesmo que se não deixe de pensar na hipótese, em epiléticos sem história familiar ou antecedentes pessoais que justifiquem outra etiologia. No Queen Alexandra Military Hospital, em Milbanks, encontraram cerca de 45 % de casos de cisticercose em 179 epiléticos estudados, pertencendo às tropas coloniais britânicas (7).

Não deixa de vir a propósito citar, de Brumpt (10) que tendo sido Aristofanes (450 A. C.) o primeiro autor a mencionar a cisticercose do porco, foi preciso esperar até 1558 para que fossem assinalados, por Rumler, cisticercos no homem, mas exactamente, sublinhamos nós, na *dupra-mater de um epilético!*

Na epilepsia desta origem a primeira crise, contrariamente ao habitual na dita essencial, aparece já em idade avançada da vida e a forma predominantemente jacksoniana das crises é mais frequente.

Já Griesinger (cit. em Bono), em 1862, dava uma série de elementos para o diagnóstico diferencial destas crises a que se juntaram processos laboratoriais de valor, especialmente a reacção de fixação e a punção lombar, e o próprio raios X (artigo de actualização de Brailsford (8)) uma vez que as larvas enquistadas se carregam, como no caso que descrevemos, de concreções calcáreas opacas às radiações de Roentgen.

Parece, aliás, que mercê de técnicas especiais se podem patentear ao Raios X cisticercos não calcificados e portanto vivos, uma vez que é mais de admitir, como quer Brumpt (10), que é a morte do parasita que provoca a calcificação e não esta que, processo orgânico de defesa, ocasiona a morte do cisticercos.

A hiperlinfocitorraquia e a positividade das reacções coloidais e da própria reacção de Wassermann no liquor, o que pode originar confusão com processos sifi-

líticos, têm sido muito valorizadas no diagnóstico da cisticercose cerebral e portanto podendo servir para a diagnose diferencial da epilepsia, aceitando Egas Moniz e colaboradores (19) que a hiperlinfocitorraquia seria mesmo constante. O caso de Pulido Valente e Wohlwill (47) é contudo um desmentido de tal constância: hiperalbuminorraquia (entre 0,30 a 0,45), aumento de número de células (de 85 a 271), mas com nítido predomínio de polinucleares e só alguns linfócitos e reacção de Pandy negativa. Na discussão deste caso, Diogo Furtado (47) perguntou se as alterações do 4.º ventrículo, que foram relatadas por Wohlwill, não explicariam essa viragem dos linfócitos em polinucleares. Alguns autores assinalam, além de eosinofilia, a presença de alguns eosinófilos no liquor.

A biópsia é meio de diagnóstico muito útil noutras localizações podendo mesmo ser a chave de casos de aparente simplicidade como no de Otliz (27) de cisticercose sub-cutânea.

A determinação fatal dá-se, muitas vezes, em estado de mal epiléptico.

Ora no nosso caso deu-se logo à primeira crise que determinou, parece, mais um estado de choque do que de mal com crises sub-intrantes generalizadas. Houve, é certo, uma sucessão de contracções, mas a descrição clínica localiza-as aos membros e assim se admitiu que fossem de tipo jacksoniano. Contudo não se pode deixar de suspeitar que tivesse havido, fora das vistas dos médicos, uma crise generalizada que a lesão traumática da língua testemunharia.

De qualquer forma trata-se de uma evolução silenciosa do mal numa localização em que tal evolução é rara (entre outros os casos de Cochez, Rizzo e Nazari, citados por Bono (7), de cisticercos cerebrais sem qualquer sintomatologia nervosa) originou a morte súbita.

Os tratados de medicina legal incluem a cisticercose entre as causas de morte súbita, mas não deixa de ser uma raridade, ao contrário do que se podia supor ao ler trabalhos como o de Schmite (34), no qual se dá a morte súbita como muito frequente na cisticercose, especialmente na cerebral de localização ventricular. Esse autor cita observações de Kahlden, Franz, Merkel, Zadek e Zenker, Fredet e Lemaire, Meyer, Mennicke, Kratter e Böhmig, mas conclui de maneira a tirar-nos toda a dúvida de que não se refere a morte súbita médico-legal, mas sim clínica, pois diz que a morte súbita pode terminar toda a localização cerebral da cisticercose da mesma maneira que pode terminar toda a afecção do encéfalo que se acompanhe de hipertensão craniana.

Entre nós, Belo de Moraes (20) relata uma observação de cisticercose sob o título «Dois casos de morte inopinada». Ora a doente morreu quando se vestia para sair do hospital com alta e quando a morte ocorreu constituiu surpresa, é certo, mas pôde pensar-se numa embolia por endocardite, uma vez que nos antecedentes «parecia ter havido uma situação infectiva pseudo-reumatismal». Ela queixara-se de «dores violentas, lancinantes, na cabeça, acompanhadas de náuseas e vômitos». Na autópsia além da cisticercose generalizada, dilatação dos ventrículos laterais, cisticercos no joelho da cápsula interna direita.

Pelo contrário, como exemplo de morte súbita, bem mais próximo do nosso, nos parece o caso de Arsénio Nunes (24). Realmente: «trata-se de um indivíduo de 48 anos, transportado sem fala ao Banco do Hospital de S. José, onde lhe foi feito pelo exame clínico, sumário, o diagnóstico de úlcera da perna esquerda. Etilização. Mau estado geral. Algidez». «Feita uma medicação com cardiozol-efedrina e aquecimento, foi o doente transferido no mesmo dia para uma enfermaria de dermatologia, onde faleceu poucas horas depois de ali dar entrada». E a situação só se esclareceu, como na nossa observação, na autópsia.

Dixon e Smithers, de 71 casos de cisticercose cerebral relatam 23 mortais: 10 em estado de mal epiléptico, 7 internados por perturbações mentais graves, 2 com sintomatologia de hipertensão craniana, 1 com encefalite,

1 após intervenção cirúrgica e 4 com doenças intercorrentes diversas. Como no nosso caso, a morte parece não ter surgido em verdadeiro estado de mal epiléptico, talvez que o mecanismo da morte se possa atribuir à súbita acção tóxica do líquido das vesículas sobre centros nervosos a explicar o estado de choque e também sobre zonas epileptógenas que então e só então desencadeariam a crise. De facto admite-se, ultimamente, que podem aparecer lesões cerebrais tóxicas a distância do cisticercos, como no caso de Tretiakoff e Pacheco e Silva (em Bono) de degenerescência do feixe piramidal dum só lado.

Já em 1912 Cazeneuve e Laurès (12) atribuíram acção decisiva ao tóxico libertado, por qualquer mecanismo, sobre o pavimento do 4.º ventrículo.

É de notar que as perturbações mentais da cisticercose são mais frequentes nas formas generalizadas do que nas propriamente cerebrais, o que leva, exactamente, a admitir a possibilidade de acção tóxica a distância, que determinaria fenómenos de encefalite. Alojounine (1) valoriza bastante a acção tóxica do cisticercos na produção das aracnoidites desta afecção, ou, como ele muito bem diz, nas leptomeningites, uma vez que aracnoide e pia-mater formam um todo que reage simultaneamente e de maneira idêntica.

É claro que no nosso caso, não se pode invocar uma acção directa do próprio cisticercos sobre o pavimento do 4.º ventrículo (Redalié (31), nem tão pouco uma hidrocefalia, para explicar a morte.

A morte pode ter surgido, é certo, como surge em outros casos de epilepsia, escapando-nos o seu mecanismo.

Lesser (citado em Thoinot (29)) diz ter observado 17 casos de epilepsia em 171 casos de morte súbita, o que nos parece frequência muitíssimo exagerada, difícil de voltar a encontrar. Toledo y Valero (40) só encontrou 1 caso, e um de nós percorrendo o arquivo do Instituto de Medicina Legal do Porto, só encontrou, nos últimos dez anos, um em que se poz a hipótese da morte súbita ter sido devida a epilepsia e este que relatamos.

Os mecanismos invocados para explicar as mortes súbitas nos epilépticos não vale a pena discuti-los aqui salientando-se só que na autópsia não foram encontrados sinais reveladores de alguns deles (hemorragia meníngea ou encefálica, rotura do coração ou dos grandes vasos, como a aorta (Marchand) e até de determinadas vísceras como o fígado (Poliakoff) (40), presença de alimentos na traqueia e brônquios, sinais nítidos de asfixia que, é claro, estariam longe de ser patognomónicos, etc.).

Sob o ponto de vista histológico o nosso caso é exemplo da involução do cisticercos.

Nem sempre se apresentam calcificados os cisticercos mortos e como Arsénio Nunes (24) escreve «a reacção à volta do cisticercos é quase sempre muito intensa e pode então o exsudato ser muito rico em granulócitos neutrófilos, chegando à formação de abcessos». Ao lado do nódulo meníngeo calcificado o nódulo cerebral apresentava-se em degenerescência supurativa.

Seja-nos permitido chamar, por último, a atenção para o interesse que o caso presente tem no mostrar que nem sempre a localização a um só órgão resulta da observação ser meramente clínica, e basear-se portanto na sintomatologia de uma das vesículas, podendo outras existirem e manterem-se silenciosas, porquanto aqui houve necrópsia e, desta forma, mais difícil era essas outras escaparem ao exame.

Em resumo, a nossa observação é a de mais um caso de cisticercose de localização cerebral, mas que, além de demonstrar, mais uma vez, a ligação com a epilepsia, apresenta a particularidade de ter evoluído silenciosamente e dado assim uma morte súbita, no sentido médico-legal, de natureza extremamente rara.

RÉSUMÉ

Les auteurs présentent une observation nécropsique de cisticercose. On vérifie l'existence d'un cysticercus encéphalique, en dégénérescence suppurative, et un autre

meningé en dégénérescence calcaire; il n'y avait pas d'autres localisations vérifiables à l'autopsie.

L'évolution s'accomplit sans des symptômes jusqu'au moment où est survenue une crise épileptique, un état de choque, des convulsions localisées aux membres et décès, qui est survenu cinq heures après la première crise.

Il s'agit, donc, exactement, d'un cas de mort subite, au point de vue médico-légal, produite par le *cysticercus cellulosae*.

À propos de cette observation, les auteurs citent tous les cas de cysticercose publiés au Portugal (42 avant de celui-ci), dont quelques uns méritent des considérations. Les auteurs envisageant surtout l'expertise médico-légale, étudient quelques problèmes de la cysticercose, notamment, ses rapports avec l'épilepsie.

SUMMARY

The authors present a necropsy of cysticercosis with an encephalic cysticercus in de state of suppurative degeneracy and with a meningeal one in the state of calcareous degeneracy without any other localizations which could be verified luy autopsy.

This cysticercosis made its evolution without revealing any symptoms and all of a sudden brought on an epileptic fit, a state of shock, new convulsions localized in the members followed by death five hours after the first fit.

According to legal medical opinion it is strictly a case of sudden death due to the *cysticercus cellulosae*.

The authors take advantage of this opportunity to quote all the observations they know of published in Portugal, some of which they discuss; they broach also some problems of cysticercosis, as for instance, its relation to epilepsy and always take into special consideration medico-judicial aspect.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Verfasser zergen die Autopsie von Cysticercosis mit einem Gehirn Cysticercus mit einer eitrigen Entartung und mit einem anderen in der Hirnhaut mit einer karkartigen Entartung ohne andere fokalisierungen welche durch die Autopsie bestätigt werden möchten.

Diese Cystercosis hatte sich ohne urgendwelches symptom entwickelt und ganz plötzlich verursachte er einen epileptischen Anfall, einen schock zustand, neue in den ghedern lokalisierte Krämpfen und nach fünf Stunden den Tod.

Der gerichtlichen Ansicht nach, handelt es sich um einen durch den Cystercus cellulosae verursachten plötzlichen Tod.

Die Verfasser benützen diese Gelegenheit um alle in Portugal veröffentlichten un ihnen Bekanntenbachtungen zu zitieren.

Ausserdem erörtern sie einige von diesen Beobachtungen; treten an einige Probleme der Cystecicosis heran, zum Beispiel, ihr Verhältnis zur Epilepsie, memals die gerichtliche Ansicht ausser Acth lassend.

BIBLIOGRAFIA (*)

- 1—Alajouanine (Th.), R. Thurel e Th. Horner — Considérations sur les aracnoidites. (Cyst. méningée). *Presse Méd.*, 45, 49: 918, 1937.
- 2—Austonì (M.) — Su di un caso di cisticercose generalizzata grave. *Il Policlinico* (Sec. prática), 46, 14: 627, 1939.
- 3—Bacalhau (J.) — Um caso de cisticercose. *Coimbra*, 1927.

- 4—Benoit (P.) — Etude sur la cysticercose humaine (formes musculaires et formes cérébrales). Paris, 1939.
- 5—Bettencourt (A.) — Relatório da Missão Portuguesa da Doença do Sono.
- 6—Blyth (M. D.) — Cysticercosis and epilepsy. *Brit. Med. Journal*, 2:401, 1941.
- 7—Bono (E.) — Cysticercose cérébrale et syndromes épileptiformes. Algéria, 1936.
- 8—Brailsford (J. F.) — Cysticercose cellulosae. Its radiographic detection in the musculature and central nervous system. *Brit. Rad. Journal*, 14:79, 1941.
- 9—Brites (G.) — Observações da morgue de Lisboa.
- 10—Brumpt (E.) — Précis de parasitologie. Paris, 1936.
- 11—Carnegie (W. E. D.) e J. D. Willis — Cysticercosis of the brain with epilepsy and papilloedema. *The Lancet*, 241:415, 1941.
- 12—Cazeneuve e Laures — Cysticercose du 4.e ventricule cérébral chez l'homme. *Presse Médicale*, 717, 1912.
- 13—Espírito Santo (J. M. L.) — Algumas considerações sobre um caso de cisticercose. *Coimbra Médica*, 7, 5: 290, 1940.
- 14—Fonseca (C.) — A propósito dum caso de cisticercose sub-cutânea. *Bol. Clin. Hosp. Civis de Lisboa*, 12, 3: 297, 1948.
- 15—Lund (M.) — Epilepsy in association with intracranial tumour. *Acta psychiatrica et neurologica scandinavica*, Suplemento 81, Copenhague, 1952.
- 16—Mac Arthur (W. P.) — Cysticercal epilepsy. *Brit. Med. Journal*, 1: 92, 1941.
- 17—Magalhães (P.) — Um caso de cisticercose generalizada. *Medic. Contemp.*, 7: 151, 1915.
- 18—Miranda (G.) — Cisticercose da retina. *Rev. Clin. Espan.*, 16: 40, 1925.
- 19—Moniz (E.), R. Loff e L. Pacheco — Sur le diagnostic de la cysticercose cérébrale. *L'Encéphale*, 27: 42, 1932.
- 20—Morais (B.) — Dois casos de morte inopinada. *Medic. Contemp.*, 33: 1, 1915.
- 21—Moutinho (H.) e F. Lacerda — Cisticercose da retina. *Bol. Soc. Port. Oftalm.*, 4: 147, 1944.
- 22—Neves (A.) — Um caso de envenenamento pelo feto macho e cisticercose do encéfalo. *Arq. do Inst. de Med. Legal de Lisboa*, 1: 9, 1912.
- 23—Nogueira (D. R.) — Cisticercose humana em Portugal. *Medic. Contemp.*, 20: 201, 1921.
- 24—Nunes (A.) — Cisticercose humana. Exame necrótico de um caso. *Annatus Lusitanus*, 4: 9, 1945.
- 25—Obrador (S.) — *Actas Esp. de Neur. e Psiqu.*, 1947.
- 26—Obrador (S.), E. Roda, M. H. Larramendi e J. G. Escalada — Un caso de cisticercosis cerebral generalizada. *Rev. Clin. Esp.*, 27, 1: 45, 1947.
- 27—Otilioz (E. L.) — Cistic. sub-cutanea por «cysticercus cellulosae». *An. Fac. Med. de la Plata*, 1944.
- 28—Pagniez e Püchet — Epilepsie parasitaire. *Presse Méd.*, 48: 137, 1938.
- 29—Pimentel (F.) — A cisticercose humana. *Coimbra Médica*, 11, 2: 94, 1944.
- 30—Pinto (G.) — Comunicação à Academia Real de Ciências (Sec. 27, Fev. 1902).
- 31—Reladié — Deux cas de cysticercose cérébro-spinale avec méningite chronique et endartérite oblitérante cérébrale. *Rev. Neurol.*, 3: 24, 1921.
- 32—Rodrigues (M.) e V. Marques — Cisticercose cerebral. *Imprensa Méd.*, 10, 10: 337, 1944.
- 33—Rodrigues (M.), V. Marques e M. Ferreira — Cisticercose cerebral. *Jornal do Médico*, 17, 435: 865, 1951.
- 34—Schmite (P.) — Les cysticercoses du névraxe. Paris, 1928.
- 35—Silva (J. P.) — Três casos de cisticercose humana. *Medicina Contemporânea*, 67, 12: 533, 1949.
- 36—Simões (F.) — Sobre dois casos de cisticercose humana. *Imprensa Médica*, 9, 3: 29, 1943.
- 37—Soares (A. D.) — *Bol. Clin. dos Hospitais Civis de Lisboa*, 12, 353, 1941.
- 38—Soares (A. D.) — Cisticercose humana. *Amatus Lusitanus*, 5, 8: 475, 1946.
- 39—Thoinot (L.) — Précis de Médecine Légale. Paris, 1913.
- 40—Toledo y Valero (A.) — La muerte súbita desde el punto de vista médico-forense. Barcelona, 1943.
- 41—Tolosa (E.) e F. Duran — Cisticercose do IV ventriculo. *Rev. Clin. Españ.*, 45, 4: 243, 1952.
- 42—Van-Der Laan — *Gazeta Médica*, 1871 e 1876.
- 43—Vaz (C.) — Três casos de cisticercose intra-ocular. *Bol. Soc. Port. Oftalm.*, 5: 203, 1946-7.
- 44—Verney — Cysticercosis. *Post-graduat Med. Journal*, 20, 221: 111, 1944.
- 46—Vosgien — Le cysticercus cellulosae chez l'homme et les animaux. Paris, 1911.
- 46—Vosgien — Le cysticercus cellulosae chez l'homme et les animaux. Paris, 1911.
- 47—Wohllwill — *Lisboa Médica*, 20, 7: 347, 1943.

(*) Muitos outros trabalhos foram consultados, mas só se indicam aqui os referidos no texto. Para mais bibliografia vejamos especialmente os trabalhos de Bono, Benoit, Fernando Simões e Arsénio Nunes.



O MAIS PODEROSO ANTI-ANÉMICO POR VIA ORAL

BIFACTON

FACTOR INTRÍNSECO DE CASTLE, PELA PRIMEIRA VEZ
PURIFICADO E CONCENTRADO DE FORMA ESTÁVEL;
ASSOCIADO AO FACTOR EXTRÍNSECO (VIT. B₁₂).

0,5 Un. U. S. P. por comprimido

À parte as indicações clássicas, tais como anemia perniciosa, esprue tropical e não tropical, anemias macrocíticas alimentares, o BIFACTON está indicado em numerosos estados mórbidos que podem ser influenciados pela administração do Vit. B₁₂.

- Estados de astenia, esgotamento e convalescença.
- Atraso do desenvolvimento, deficiências de crescimento, anorexia nas crianças.
- Afecções hepáticas agudas e crónicas.

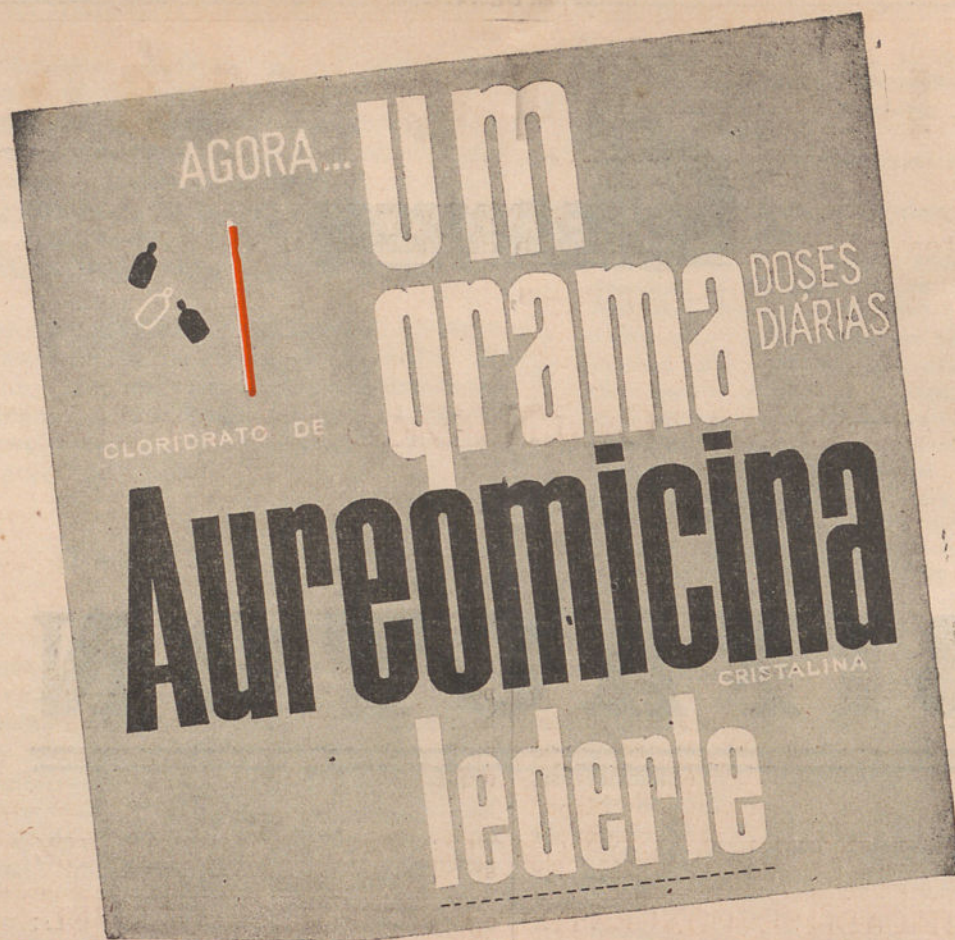
APRESENTAÇÃO

Embalagem de 30 comprimidos.

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

Rua da Prata, 250-2.º — LISBOA / Rua Alexandre Braga, 138 — PORTO



Empregada até ao presente em mais de 10.000.000 de casos clínicos, são superiores a 7.000 as comunicações que sobre a Aureomicina se publicaram, provenientes de todos os campos da prática médica mundial. Desde 1949 que a tendência destes estudos vem confirmando a eficácia na aplicação de doses mais reduzidas de Aureomicina, o antibiótico de espectro verdadeiramente amplo e actividade absolutamente uniforme.

Lederle ... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

Dose	Peso aproximado do paciente	Quantidade a administrar	Número de doses cada 24 horas
0,1 g. diário	8 quilos	Uma dose de 50 mg. duas vezes por dia, depois de comer.	2 doses
0,5 g. diário	40 quilos	Uma dose de 250 mg. duas vezes por dia, depois do almoço e do jantar.	2 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 3 ou 4 horas, depois das refeições.	5 doses
		Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,0 g. diário	80 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 4 horas, excepto durante 8 horas de noite.	4 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,5 g. diário	120 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 3 horas, excepto durante 6 horas de noite.	6 doses

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
 AMERICAN Cyanamid COMPANY
 30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N. Y.

Embalagens: CÁPSULAS — frascos de 8 e de 16, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPERSOIDS (PÓ DISPERSÍVEL) — frasco de 75 g. PASTILHAS — frascos de 25, c/ uma com 15 mg. POMADA — tubos de 14,2 e de 28,4 g. com 30 mg. por grama. OFTÁLMICA — Colírio — frascos conta-gotas com 25 mg.; Unguento — tubos de 3,5 g. a 1%. * INTRAVENOSA — frascos de 100 mg. com diluente de leucina. NASAL — frascos de 10 mg. FARINGETAS — caixas de 10 com 15 mg. c/ uma. PASTA DENTAL — boiões de 5 g. CONES DENTAIS — tubos de 12 com 5 mg. c/ um. ÓTICO — frascos de 50 mg. * PÓ VAGINAL — frascos de 5 g. a 200 mg. por g. * SUPOSITÓRIOS VAGINAIS — frascos de 8. * PÓ CIRÚRGICO — fr. 5 g. com 200 mg. por g.

* A introduzir brevemente.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar:
ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.
 Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA
 Rua de Santo António, 15 — PORTO

MOVIMENTO MÉDICO

(Extractos e resumos de livros e da imprensa médica, congressos e outras reuniões, bibliografia, etc.)

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Os tumores vilosos do recto geradores de cancros rectais

MM. JEAN BAUMEL e HERMANN GUIBERT

Desde longa data, somos vivamente impressionados pelo facto de numerosos tumores rectais cancerosos, que nos eram enviados para exame anátomo-patológico, se desenvolverem em tumores vilosos. O diagnóstico destes últimos não tinha sido feito a tempo, o que permitira a sua degenerescência cancerosa. Todo o tumor viloso, antes de sofrer a transformação maligna, é essencialmente benigno, curável sob contróle rectoscópico por uma operação ambulatória, não mutilante, isenta de perigo. Pelo contrário, todo o tumor viloso deixado *in situ* tem uma má propensão para a cancerização. É necessário fazê-lo desaparecer antes deste estado, e por isso, é preciso sabê-lo diagnosticar precocemente.

Os casos estudados por nós dizem respeito a 368 peças de ressecção ou a fragmentos de biópsia. Assim, pudemos descobrir 29 observações indiscutíveis em que o tumor canceroso era de origem vilosa, o que prova que o tumor maligno se desenvolvia sobre um tumor benigno. Se, noutros 339 casos, não pudemos descobrir o ponto de partida viloso, é porque as biópsias ou as colheitas tinham sido feitas em pontos onde não havia formações vilosas, ou em que o processo canceroso em evolução há longo tempo substituíra as vilosidades por proliferações celulares neoplásicas.

Já é tempo de reagir contra este estado de coisas que permite o desenvolvimento de 15 a 20 por cento de cancros rectais. Os centros anticancerosos quase que se limitam ao tratamento do cancro averiguado. É necessário modificar esta concepção e estabelecer ao lado centros de tratamento, centros de despistagem pré-cancerosa, ao mesmo tempo que é necessário ensinar estudantes e médicos a conhecer as doenças susceptíveis de dar ulteriormente origem a um cancro. Não há nenhum órgão que se preste melhor às investigações necessárias como o recto.

Estudantes e médicos devem saber que em presença de todo o síndrome rectal, em face de cólicas, de tenesmo, de obstipação ou de diarreia, que não cedem rapidamente, em presença duma hemorragia anal ou duma escorrência anal persistente, é necessário fazer um toque rectal e uma rectoscopia. Nunca se deve afirmar que se trata de hemorróidas, de rectite, de disenteria, de enterocolite sem se obter uma prova formal.

A polipose rectocólica, os tumores vilosos do recto são afecções relativamente frequentes e por consequência é necessário conhecer a sua sintomatologia e saber que estes tumores epiteliais benignos entregues à sua evolução, fatalmente se cancerizam.

Os tumores vilosos são tumores formados pela proliferação simultânea e ordenada de dois tecidos: o tecido epitelial e o tecido mesenquimatoso. Os sinais anátomo-clínicos que eles produzem são suficientemente nítidos para despertar a atenção de todo o médico que os conhece.

Aparecem no adulto sem predomínio do sexo, atingindo tanto o homem como a mulher. Ficam durante muito tempo latentes. Um dia, um tumor viloso já antigo manifesta a sua presença por sinais funcionais reduzidos e sem nenhuma advertência prévia. É raro diagnosticar-se no instante preciso, e entre tanto certas modificações são quase patognómicas. Têm uma importância capital.

O mais importante dos sinais clínicos é a *hemorragia anal*, isolada, muitas vezes abundante, constituída por sangue vermelho

vivo. Por vezes é uma simples enterorragia de sangue vermelho, pouco importante, saindo com as fezes. Nos dois casos, estas hemorragias fazem pensar, infelizmente, em hemorróidas internas. Só por este sintoma, deve proceder-se imediatamente a um toque rectal ou a uma rectoscopia.

Muitas vezes estas hemorragias acompanham-se de sinais que, a priori, parecem pouco importantes, mas é bom não negligenciar a observação.

Está em primeiro lugar o *escoamento pelo ânus*, durante e fora da defecção, dum produto mucoso, por vezes muito importante. A sua importância é muitas vezes tal que chega a incomodar o doente. Este é obrigado a preparar-se dia e noite, para evitar sujar a sua camisa, os seus calções, o seu pijama, o seu vestuário. Esta escorrência é constituída por uma secreção clara, transparente, viscosa, gelatinosa, que lembra a clara de ovo e que não tem nenhuma relação com as secreções muco-purulentas. Muitas vezes é a sua importância que incita os doentes a irem à consulta; é quase sempre o que leva os médicos a pensar que se trata duma enterocolite muco-membranosa.

O *síndrome disentérico* é pouco habitual, se bem que possa existir nalguns doentes. Muito menos frequente e menos marcado que na polipose rectal, está quase sempre reduzido a falsas necessidades, a uma sensação de plenitude rectal, de corpo estranho rectal ao defecar. A falta e a atenuação do síndrome disentérico explicam-se facilmente pelo facto de que, no decurso da sua evolução, os tumores, as paredes sobre os quais estão inseridos não estão inflamadas, ao contrário do que passa na polipose, a desinteria ou qualquer outra rectite.

Os fenómenos dolorosos, muitas vezes, não existem.

Em alguns casos, sobretudo durante os esforços, se o tumor está muito baixo na sua situação e se tem um pedículo suficientemente longo, prolaba-se e exterioriza-se através do ânus.

Outras vezes, são expulsos com as fezes restos tumorais. Se se reconhece a sua presença nestas está feito o diagnóstico.

O estado geral dos indivíduos que são portadores dum tumor viloso rectal não é atingido, sendo este um sinal de pequena importância.

O *toque rectal* é, muitas vezes, negativo porque o tumor viloso é duma inconsistência e flacidez perfeitas. Por outro lado é muito móvel, foge ao dedo que o toca e à pinça que o quer agarrar. Há alguns tumores volumosos que se podem aperceber pelo toque quando têm uma situação baixa; nesse caso verificam-se os caracteres que acima foram descritos.

O *exame radiológico* não oferece nenhum interesse para o diagnóstico. Os doentes apresentam, quase sempre, bons *clichés* que não mostram nenhuma anomalia. O cego, bem contrastado, não apresenta diferenças de tonalidade.

A insuflação recto-sigmoideia não permite ver o tumor. A cavidade rectal e a luz do sigmóide deixam-se dilatar bem e as suas paredes mostram-se flexíveis.

O *exame rectoscópico*, unicamente, é indispensável e suficiente para fornecer-nos o diagnóstico.

É necessário ver um tumor que se situa no recto a diferentes alturas, ora a alguns centímetros do ânus, ora a meio do recto, para a frente ou para trás duma válvula de Houston, ora na vizinhança da confluência recto-sigmóide ou então perto do esfíncter anal.

Este tumor tem um aspecto especial, patognomónico. Está eriçado de vilosidades, donde lhe veio o nome. As vilosidades são mais ou menos longas, isoladas, ou conglomeradas, móveis.

A inconsistência e a mobilidade deste tumor permite-lhe deixar-se deprimir e afastar pelo rectoscópio e, por consequência, passar despercebido, sobretudo se se encontra inserido imediatamente atrás duma válvula de Houston. Alguns tumores vilosos, e até volumosos, podem ser total ou parcialmente mascarados pela secreção muco-mucosa que faz parte integrante da sua sintomatologia.

Há tumores muito pequenos como cabeças de alfinetes, outros podem ter o volume duma grande laranja ou mesmo mais. Uns são sésseis, outros são pediculados.

De todas as vezes que se descobre um tumor viloso pela rectoscopia, é necessário procurar minuciosamente se não existem outros a montante ou a jusante, verificar se não há vilosidades aberrantes susceptíveis de dar recidivas depois da ablação do tumor principal.

Muitas vezes, a rectoscopia permite-nos apreciar se o tumor é benigno ou se começou a sofrer a transformação maligna. O tumor cancerizado é muito menos móvel. Não desaparece ao colocar o rectoscópio. Perde uma parte ou a totalidade das suas franjas, é mais ou menos duro, sangra facilmente ao menor contacto e apresenta ulcerações. Numa palavra, desaparece mais ou menos o seu aspecto típico inicial.

Os caracteres macroscópicos dos tumores vilosos são suficientes, na maior parte dos casos para estabelecer o diagnóstico rectoscópico. As causas de erro revelam um exame insuficiente ou uma falta do examinador. Portanto, quando estamos em presença dum tumor viloso é bom fazer-se a biópsia no decurso da rectoscopia, o que permitirá fazer uma classificação anátomo-patológica e evidenciará se há ou não transformação cancerosa.

CLASSIFICAÇÃO ANÁTOMO-PATOLÓGICA

1.º *Tumor viloso puro*.—Macroscopicamente, distinguem-se três tipos: o tumor pediculado, o tumor em placa e as vegetações vilosas difusas.

Os tumores pediculados têm, geralmente, pedículos curtos e largos. Todavia, alguns podem atingir um comprimento de 5 a 7 cm.

O volume médio oscila entre o duma cereja até ao dum grande ovo. Numa das nossas observações vimos e operamos um tumor do volume duma laranja. Alguns autores, especialmente Mondor, assinalam tumores que atingem o volume duma cabeça de feto a termo.

Os tumores são constituídos por grupos de vegetações inseridos lado a lado, figurando um desenho bem limitado formado por placas ou bandas oblíquas ou circulares.

O aspecto da neoformação é característico; já se descreveu acima no decurso do exame rectoscópico.

Podem haver vários tumores vilosos.

O tumor não se estende em profundidade, é sempre superficial.

Histologicamente, todo o tumor viloso é caracterizado por franjas vilosas que interrompem bruscamente a continuidade intestinal. Quando o tumor é sésseil, as vilosidades inserem-se em série linear sobre o corion que aparece mais espessado do que ao nível da mucosa sã da vizinhança.

Trata-se dum tumor pediculado, a infraestructura conjuntiva é mais espessa e divide-se numa série de saliências superficiais ao nível das quais se origina um grupo de vilosidades.

Com pequena ampliação, somos impressionados pelo grande número de vilosidades. Estas últimas são seccionadas sob diversas incidências, porque as suas ramificações dirigem-se em todos os sentidos. Quando estão cortadas segundo o seu eixo longitudinal, elas formam franjas mais ou menos paralelas, muitas vezes munidas de franjas colaterais que podem dar origem a outras arborizações vilosas.

Quando elas estão seccionadas obliquamente, o seu aspecto é ainda mais irregular. O eixo conjuntivo-vascular da vilosidade aparece menos nítido, vêem-se retalhos isolados de epitélio ou de estroma conjuntivo que não parecem fazer parte do tumor.

Quando as vilosidades estão seccionadas transversalmente, constata-se a presença de ilhotas conjuntivo-vasculares, envolvidas por um revestimento epitelial, dando o que alguns autores descreveram com o nome de imagens glandulares invertidas.

Verifica-se que os eixos conjuntivo-vasculares das vilosi-

dades não são mais do que expansões do corion da mucosa rectal.

Verifica-se, igualmente, que a partir do ponto onde surgem as arborizações epitélio-conjuntivas, a *muscularis mucosae* desaparece progressivamente.

Com maior ampliação, vê-se que o revestimento epitelial das vilosidades é bem ordenado, as células têm no seu centro ou na sua base um núcleo regular ou ovóide com finas granações de cromatina e figuras de divisão sempre normais. Todavia, estas células têm uma estrutura diferente da estrutura normal ao nível das vilosidades, sobretudo na sua porção livre. Estas são unicamente células caliciformes, produtoras de muco, que tomam mal os corantes. Sobre as vilosidades, as células caliciformes são mais raras e são substituídas por células cilíndricas altas menos mucíparas e mais cromófilas. Todavia, por toda a parte, mesmo nas extremidades das vilosidades, encontra-se um certo número de células mucíparas.

Desta maneira, a regularidade do revestimento epitelial na extremidade das franjas vilosas, a persistência todavia com diminuição, da função mucípara e, por fim, a falta de proliferação epitelial no corion intervilloso são as três características essenciais que permitem chegar ao diagnóstico de tumor viloso benigno.

2.º *Tumores adeno-vilosos benignos*.—O aspecto macroscópico deste tumor é tão peculiar — dizem todos os autores — que é difícil classificá-los quer no grupo dos adenomas, quer no dos tumores vilosos puros.

Segundo Tonnessen, este tumor aparece «macroscopicamente sob a forma duma pequena couve-flor, tendo uma base e assentando à sua superfície uma série de lóbulos e de finas arborizações».

Histologicamente, o tumor adeno ou adenomato-viloso distingue-se do tumor viloso puro pelo facto de a uma estrutura adenomatosa se juntar uma estrutura vilosa.

As franjas epitélio-conjuntivo-vasculares, extremamente delgadas, confinam com zonas em que as formações tubulares e o corion que as acompanha estão em marcada hiperplasia. Daí resulta, uma estrutura adenomatosa nestas zonas do tumor, isto é, não só uma multiplicação do aparelho glandular como uma grande diversidade nos contornos dos tubos, mas ainda uma hiperplasia importante do corion conjuntivo-vascular.

Pode-se empregar o termo de adenoma para esta porção porque há sincronismo entre a hiperplasia do elemento epitelial e a do tecido conjuntivo. A outra porção, que é vilosa, apresenta o aspecto habitual dos tumores vilosos que nós descrevemos anteriormente, em detalhe.

3.º *Tumores vilosos puros e adeno-vilosos cancerizados*.—Reunimos numa só descrição histológica os tumores vilosos puros cancerizados e os tumores adeno-vilosos que sofreram esta transformação. Como temos em vista o estudo da transformação maligna dos primeiros, é sobretudo a cancerização da porção vegetante dos segundos que prenderá a nossa atenção.

Com pequena ampliação, nos dois casos, encontra-se o aspecto vegetante dos tumores benignos, mas já a cromofilia das células epiteliais é muito mais marcada. O conjunto da preparação histológica apresenta uma coloração escura.

Por outro lado, o corion conjuntivo-vascular aparece penetrado por formações coradas que sobressaiem do aspecto habitual, geralmente pouco cromófilo.

Com maior ampliação, verifica-se que a hipercoloração das células epiteliais das franjas provém do facto delas perderem o seu poder mucíparo. Em lugar de apresentarem um citoplasma claro, encerrando uma certa quantidade de muco, esta parte da célula é mais escura e mais basófila. O núcleo, também é hiper-cromático, irregular, hipertrofiado e ocupa não o polo basal da célula, mas sim posições muito variadas. Muitas vezes está em divisão directa ou indirecta. Por outro lado, enquanto que, nos tumores vilosos ou adeno-vilosos benignos, as células epiteliais estão dispostas em palissada muito regular em relação ao eixo conjuntivo-vascular central, rompe-se esta ordenação e o revestimento epitelial torna-se irregular e, por vezes, pluriestratificado.

Além disso, nos tumores vilosos puros ou adenovilosos benignos, o corion das franjas é o do pedículo ou duma porção do pedículo e fica sempre indemne de toda a penetração das formações epiteliais glandulares. Quando estes tumores se tornam malignos, vêem-se agora os elementos epiteliais em proliferação cancerosa invadir o tecido conjuntivo-vascular do corion, e constituírem-se tubos pseudo-vasculares mais ou menos bem diferenciados.

A invasão do tecido mesenquimatoso pelas células epiteliais

cancerizadas é, evidentemente, o sinal mais convincente da malignidade histológica do tumor. Sabe-se já que a perda da potencialidade mucípara é considerada pela maior parte dos autores como um sinal importante de presunção da malignidade histológica. A isso juntam-se ainda as anomalias citoplasmáticas e nucleares, isto é, a intensidade da actividade cinética.

Em resumo, o tumor viloso é caracterizado, no seu estado de benignidade, por seu aspecto viloso, pela ordenação regular e estrutura normal do epitélio de revestimento com persistência do poder mucíparo de suas células, e pela falta de proliferação epitelial no córion.

O diagnóstico deve ser feito neste estado. É necessário evitar, de qualquer modo, em face dum quadro clínico tal como o que descrevemos, contentarmo-nos com um vago diagnóstico de colite, de enterite, de rectite ou de hemorróidas. É preciso ver. Se não fizermos a observação incorremos numa falta profissional grave, porque está em jogo a vida do doente. Com efeito, é possível fazer desaparecer, definitivamente, um tumor viloso sem a consecutiva mutilação por uma operação sem perigo, como

temos feito por várias vezes, graças à diatermo-coagulação praticada mediante a rectoscopia. É necessário que esta operação seja bem feita e seja total para que não haja recidivas. Realiza-se sem anestesia, numa ou em várias sessões, segundo a importância do tumor. Os doentes operados devem ser seguidos e observados rectoscópicamente, duas vezes por ano. Se, por acaso, no decurso dum destes exames de contróle, se verifica a presença dum botão viloso, se ele for pequeno, é preciso fazer a diatermo-coagulação imediata, e a cicatrizaçãõ deve ser perfeita; é impossível tornar a encontrar a própria sombra da cicatriz, quando a cicatrizaçãõ terminou.

Se a sintomatologia dos tumores vilosos fosse melhor conhecida, se se chegasse a diagnosticá-los, no seu período de benignidade — o que se deve fazer — veríamos mais cancros rectais desenvolvidos sobre vestígios vilosos, o que seria duma grande importância na luta anticancerosa.

(*Montpellier Médical* — n.º 4 de Abril de 1953).

O hipertiroidismo pode ser tratado com medicamentos anti-tiroideos obtendo-se, conforme a duração do tratamento, ou a normalização da função glandular ou o hipotiroidismo. Construíram-se esquemas óptimos de terapêutica e determinou-se qual a sequência provável dos resultados a obter durante o tratamento. No entanto continua a existir grande divergência de opiniões acerca da incidência das remissões prolongadas depois de terminada uma cura terapêutica com um dos compostos antitiroideos; essa divergência pode, em parte, ser atribuída ao facto de os doentes terem sido observados, somente, durante um curto espaço de tempo após a conclusão do tratamento. Mas, ainda quando esta objecção não é válida, os resultados publicados das remissões não são menos difíceis de interpretar mesmo que tenham sido obtidos a partir do peso dos doentes, em observação, durante um longo período post-terapêutico. Este processo introduz uma causa de erro evidente e torna impossível deduzir qual a incidência das remissões, em determinada época, depois do final do tratamento. Este trabalho pretende vencer estes obstáculos.

Avaliou-se o estado dos doentes examinando-os durante, pelo menos, quatro anos após a conclusão de uma cura terapêutica adequada por um ou mais do que um dos compostos antitiroideos, e registaram-se os resultados.

MÉTODOS E MATERIAL

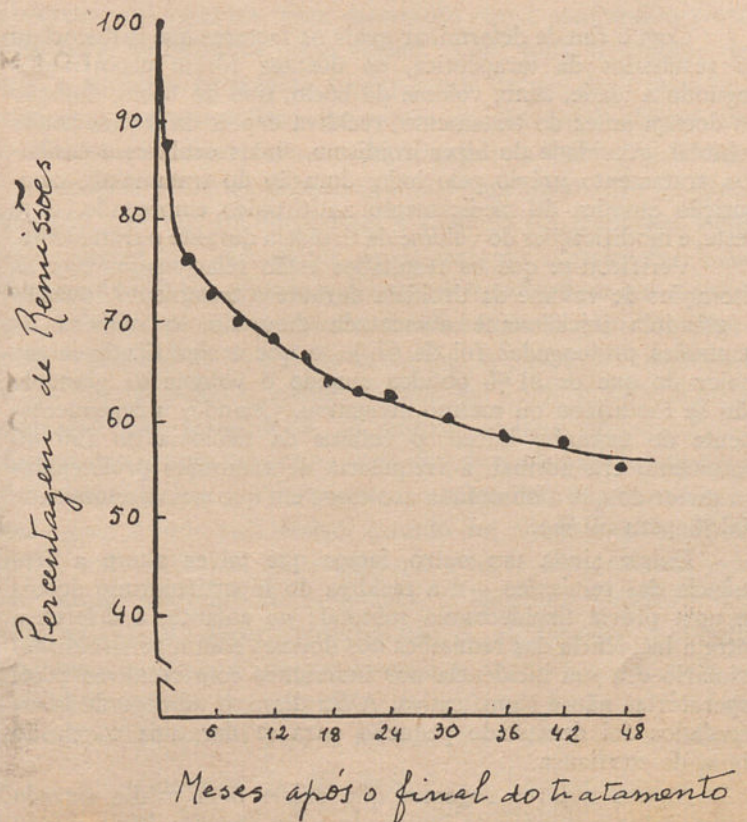
Os doentes estudados neste artigo foram observados no «Peter Bent Brigham Hospital» e no «New England Center Hospital». Os mais antigos começaram o seu tratamento em Julho de 1942 e os mais recentes concluíram a sua primeira cura terapêutica antes de Julho de 1948. Durante estes anos foram tratados com drogas antitiroideas todos os doentes com hipertiroidismo, cerca de 400. A maior parte dos enfermos continuou o tratamento noutra local em virtude dos regulamentos destas instituições não permitirem continuar a assisti-los. Este estudo reduziu-se, portanto, a 120 doentes que foram examinados, directamente, pelos autores durante a etapa inicial do tratamento. Os dados a seguir publicados foram obtidos de 101 doentes (84%) desta série. Na maior parte dos casos efectuaram-se exames repetidos depois da conclusão do tratamento; quando isso não foi possível, os autores viram, uma vez, pelo menos, os doentes ao fim de quatro ou mais anos, excepção feita a 14 casos em que as informações fornecidas pelos próprios doentes ou pelos médicos assistentes foram suficientemente completas para determinar com exactidão o funcionamento da tiroideia.

Só foram incluídos neste estudo os doentes com diagnóstico definitivo de hipertiroidismo, em que a cura inicial de tratamento provocou a normalização da glândula e em que a droga foi administrada pelo menos durante seis meses. Os compostos antitiroideos empregados foram o tiouracilo, o 6-etil-tiouracilo, o 6-propiltiouracilo e o tiobarbital. Em muitos casos foi usada mais do que uma droga. Nesta série, a dose de cada medicamento variou muito; alguns doentes receberam doses muito pequenas, mas foram incluídos neste artigo, porque a função da tiroideia se normalizou, durante o tratamento; em outros, e estes foram em maior número diminuiu-se a dose inicial do

composto antitiroideo, alguns meses antes de terminar o tratamento.

Em regra examinou-se, clinicamente, a função da tiroideia quer durante o tratamento quer após este. Ultimamente também se avaliou a acumulação de iodo radioactivo em 42 doentes, o valor do metabolismo basal e nalguns casos, mas poucos, determinou-se a concentração do colesterol no soro. Quando existiam dúvidas acerca da existência de uma recidiva, o doente era visto repetidas vezes até se adquirir uma certeza.

Vamos dar algumas definições necessárias para a apresentação dos resultados. Recaída é o reaparecimento dos sinais e sintomas do hipertiroidismo antes de terminados três meses após o final do tratamento, recidiva é o aparecimento mais tardio. Diz-se que uma tiroideia está aumentada difusamente mesmo quando a sua superfície não é perfeitamente lisa. Se aparecem nódulos múltiplos ou mesmo um nódulo discreto podemos dizer que existe um bócio nodular. Quando o hipertiroidismo recidiva depois de uma tiroidectomia sub-total encontram-se, frequentemente nódulos na tiroideia, mas neste caso, em vez de bócio nodular damos-lhe a designação de «recidiva post-operatória». O grau de hipertiroidismo foi classificado de 1+, 2+, 3+ conforme os valores do metabolismo basal de +10 a +25, +26 a +45, e superiores a +45 respectivamente, e também segundo as manifestações clínicas do hipertiroidismo: ligeiras, moderadas e graves.



RESULTADOS

Dos 101 doentes deste artigo 24 (23,7 %) tiveram uma recaída no espaço de três meses, 21 (20,8 %) sofreram, mais tarde, uma recidiva e em 56 (55,5 %) o funcionamento da tiroideia continuava normal, quatro anos após a conclusão de uma cura com um dos antitiroideos; três destes recidivaram ao fim de 49, 54 e 55 meses, respectivamente, de remissão, os outros 53 continuavam bem após um período que vai de 48 a 102 meses desde o final do tratamento.

Fez-se um segundo tratamento em 33 dos 45 doentes nos quais o hipertiroidismo voltou a manifestar-se e destes 12 (36,4 %) curaram-se; dos outros 21 em que a doença recidivou depois da segunda série de tratamento, 12 foram submetidos a uma terceira cura e só 3 (25 %) continuam bem. O intervalo de tempo entre o fim do segundo tratamento ou do terceiro e o momento da avaliação final do estado do doente teve de ser inferior a quatro anos, geralmente, 46 meses para a segunda série de 41 meses para a terceira. Se juntarmos aos 56 enfermos, que não sofreram recidivas, aqueles que se curaram depois de múltiplos períodos de tratamento com os antitiroideos, o número total de doentes em remissão quatro anos após a primeira cura sobe a 70 ou seja 70,3 % desta série. Os restantes doentes continuam em tratamento (terapêutica contínua com os antitiroideos, terapêutica pelo iodo radioactivo, tiroidectomia subtotal, ou estão ainda a fazer a sua segunda ou terceira série de tratamento com um composto antitiroideo).

No gráfico pode verificar-se a frequência das recaídas e das recidivas em diferentes épocas. As recaídas dão-se de preferência nos primeiros dois meses, mas o número de recidivas é também grande.

O declive da curva modifica-se nos valores das abcissas correspondentes a três meses. Não existe nenhuma função matemática simples que se adapte a todos os pontos desta curva. Esta curva faz-nos prever que a tiroideia continuará, provavelmente, normal ao fim de 5 anos em 54,2 %, ao fim de 10 anos em 48,8 % e ao fim de 20 em 44 %.

As recaídas e recidivas são mais frequentes depois da segunda e terceira cura do que depois da primeira, mas, aparecem passado um tempo idêntico ao observado para a primeira série de tratamento. Quando um doente tem pela segunda vez uma recaída, a duração temporária da segunda remissão não corresponde à da primeira.

FACTORES QUE INFLUENCIAM OS RESULTADOS DA TERAPÊUTICA

Com o fim de determinar quais os factores que influenciam os resultados da terapêutica, os doentes foram classificados segundo a idade, sexo, volume do bócio, tipo do bócio, duração da doença antes do tratamento, recidiva depois da tiroidectomia subtotal, gravidade do hipertiroidismo, sinais oculares e cardíacos, tratamento prévio pelo iodo, duração do tratamento, composição química do medicamento antitiroideo empregado, dose deste, e modificações do volume da tiroideia durante o tratamento.

Verificou-se que os resultados estão relacionados com as alterações de volume da tiroideia durante o tratamento: quando a glândula inicialmente aumentada diminuiu, o número de remissões prolongadas foi de 67 %, o que é significativamente maior do que os 31 % obtidos quando o volume da glândula não se modificou ou mesmo aumentou. Quando, independentemente do tamanho inicial, o volume da tiroideia no fim do tratamento era normal, a frequência de remissões prolongadas foi maior do que a observada nos casos em que estava aumentada (62 % para 39 %).

Existe ainda um outro factor que talvez altere a frequência das remissões — é a recidiva do hipertiroidismo depois de uma prévia tiroidectomia subtotal; no entanto, a diferença entre a incidência das remissões nos doentes com hipertiroidismo primário e a sua incidência nos indivíduos com recidivas post-operatórias não é significativa. Além disso, o número de casos estudados foi demasiado pequeno para se dar uma conclusão digna de confiança.

Alguns autores sugerem que existe uma média elevada de remissões nos casos de jovens, com um pequeno bócio difuso

e com um hipertiroidismo ligeiro; nesta série de doentes não verificamos qualquer influência nos resultados.

As manifestações residuais do hipertiroidismo foram avaliadas em 61 doentes, tratados unicamente com os compostos antitiroideos. Estes indivíduos foram observados pessoalmente, por nós ao fim de quatro anos, e considerados normais. Tinham desaparecido os sinais e sintomas habituais do hipermetabolismo com excepção de uma ansiedade contínua e nervosismo em 11 casos, baforadas de calor em 3 e taquicardia também em 3. Por ocasião do último exame o peso dos doentes era superior, em média, em 2,1 kg. e em 10,3 kg. ao do final e ao do início do tratamento, respectivamente.

Todos os quatro doentes que no princípio tinham sinais de insuficiência cardíaca congestiva estavam neste último exame bem compensados, três sem tratamento e um com terapêutica digitálica. Só tinham fibrilhação auricular três dos nove doentes em que o hipertiroidismo tinha sido acompanhado desta perturbação; nos outros seis o ritmo cardíaco normalizara-se sem ser necessário recorrer à quinidina. Verificou-se, inicialmente, retracção das pálpebras em 18 doentes, este sinal desapareceu em todos menos em dois; no entanto o exoftalmos verdadeiro manteve-se em oito dos dezassete casos e os sinais de exoftalmoplegia em oito dos catorze casos da série.

Encontrou-se redução do volume da tiroideia quando comparada com o seu tamanho no começo do tratamento em 40 de 48 doentes em que estava inicialmente aumentada e em 33 a glândula atingiu o volume normal; em 6 casos não houve alteração no tamanho glandular e em 12 aumentou; em 13 doentes, a tiroideia não estava aumentada nem inicialmente, nem na última observação.

Estudou-se a fixação do iodo radioactivo na tiroideia em 34 doentes, cuja função tiroideia continuou normal depois de se parar o tratamento. Exceptuando 2 casos, os valores foram normais (10 a 50 % nas 24 horas). A incidência das taxas mais altas foi ligeira, mas não significativamente superior às daquele grupo de 112 indivíduos com função normal e sem bócio, estudados durante o mesmo período; só num se acumulou, na tiroideia mais de 50 % de iodo radioactivo. Por outro lado, encontrou-se mais de 55 % nos 8 doentes observados durante uma recidiva clínica de hipertiroidismo.

Um doente que sofrera de hipertiroidismo moderadamente grave morreu com infarto agudo do miocárdio na idade de 70 anos; tivera uma remissão de oito anos e meio após a conclusão da terapêutica pelo tiouracilo. Na autópsia, a tiroideia pesava 35 gr., algum tanto mais do que o normal para este órgão e para esta idade. Histologicamente, o aumento de peso explicava-se pelo aumento de tecido fibroso. Não tinha imagens evidentes de hiperplasia residual. O aspecto microscópico era idêntico ao descrito por Reinhorff e interpretado por ele como devido à involução e hiperinvolução da glândula, previamente, hiperplástica.

COMENTÁRIO

A percentagem de 55 % de remissões obtidas com uma única cura terapêutica por uma das drogas antitiroideas é sensivelmente igual à de 54 % de remissões estudadas, anteriormente, em mais de vinte casos que estiveram em observação, após o tratamento, durante um período superior a um ano. Quando os doentes foram seguidos durante tempos inferiores a um ano atingiram-se médias mais altas de remissões, cerca de 64 %. Parece-nos que as grandes divergências da literatura sobre o número das remissões depende do tempo durante o qual os doentes foram seguidos após o tratamento: a frequência das remissões diminui quando aumenta o intervalo de tempo. Este declínio de remissões está documentado nos mapas de Iversen, no gráfico deste artigo e também nos registos mais antigos destas mesmas clínicas (de Barr e Shorr com Barr; de Menlengracht e Kjerulf-Jensen com Iversen; e de Williams com Williams).

Tem-se afirmado repetidas vezes com base em dados menos rigorosos do que os apresentados agora, que uma maioria esmagadora de recaídas e recidivas se dão antes de passados seis meses após o final do tratamento; de 313 exemplos, reunidos de 13 clínicas, em 268 (85,6 %) reapareceram os sinais de hipertiroidismo dentro de 6 meses; na nossa série os valores

foram de 49 % dentro de 2 meses, 60 % dentro de 6 meses e 80 % dentro de 18 meses.

Geralmente, a incidência das remissões varia de zero a 94 % e nem todas estas diferenças podem ser explicadas pela variação do tempo durante o qual os doentes estiveram sujeitos a exame após o seu tratamento. Nalguns casos, em doentes cuidadosamente seleccionados, obtiveram-se percentagens altas de remissões. Dois clínicos conseguiram valores extremamente elevados 77 % e 99 % em casos não seleccionados e estudados durante períodos relativamente longos. Numa série de doentes administrou-se iodo, simultaneamente, com propiltiouracilo e em outra com o metiltiouracilo. É difícil atribuir o número elevado destas remissões somente a este facto, continuando pouco claro qual o elemento essencial da diferença entre estes valores elevados e os valores inferiores obtidos noutros estudos. Finalmente, alguns relatórios, mas poucos, mencionam, um número extremamente baixo de remissões; não se encontraram, ainda, explicações aceitáveis para esta observação, mas tem interesse esclarecer, que em cada uma destas séries apenas 30 doentes completaram o tratamento. Estes resultados talvez sejam simplesmente o reflexo das possíveis variações que se podem esperar quando são estudados, separadamente, pequenos grupos de doentes, mas podem ser causados também por outros factores tais como a curta duração da terapêutica, doses pequenas ou falta de cooperação da parte dos doentes, preferindo outro tratamento.

A natureza bifásica da curva justifica a declaração de Sversen que afirma serem as recaídas imediatas um fenómeno um tanto diferente das recidivas tardias. Do ponto de vista prático consideram-se ambos os grupos como originados pela falência da primeira cura de tratamento. Não encontramos diferenças na frequência de remissões depois de uma segunda cura entre os doentes que tiveram, depois da primeira cura, recaídas dentro de três meses e aqueles que tiveram recidivas muito tardias. Apesar de um grupo representar, provavelmente, a persistência do hipertiroidismo e o outro um novo episódio, o comportamento posterior dos dois grupos é idêntico. O declive, muito gradual da descida da segunda fase da curva do gráfico que indica o número de remissões obtidas ao fim de quatro anos está, razoavelmente, adequado ao doente e aos métodos empregados. Não pode descer abaixo de 40 % devido ao número habitual de anos de vida dos doentes estudados.

É evidente que a eficiência da segunda ou da terceira cura com uma das drogas antitiroideias é menor do que a da cura inicial, no entanto, o número total de doentes com remissões prolongadas aumenta, apreciavelmente, com estas curas adicionais.

Os factores que predisõem as remissões prolongadas têm sido investigados por vários autores. Há muitas opiniões diferentes, baseando-se a maior parte nas características clínicas ao fazerem um prognóstico, de valor duvidoso, sobre o resultado do tratamento. O volume inicial e o tipo do bócio, as modificações de volume do mesmo durante o tratamento e a recidiva após uma tiroidectomia subtotal prévia foram os factores que mais de metade dos investigadores julgaram que afectavam os resultados prováveis.

Volume de bócio: quando a tiroideia era inicialmente pequena, seis autores observaram uma grande frequência de remissões, dois não verificaram alterações e um afirmou que a ausência de bócio era um sinal de prognóstico desfavorável. Tem interesse sublinhar que, nos doentes estudados neste artigo, o tamanho inicial do bócio não afectou a frequência das remissões, mas a sua diminuição de volume durante o tratamento e uma glândula de tamanho normal no final do tratamento eram factores importantes a favor de uma remissão prolongada. Na literatura somente as observações de Williams são idênticas, afirmando também que a diminuição do volume da tiroideia era um sinal de prognóstico muito favorável.

Tipo de bócio: seis grupos de investigadores julgaram que a ausência de nódulos favorece o aparecimento de uma remissão prolongada enquanto que outros cinco não encontraram diferenças entre o número de remissões dos doentes com bócios difusos e aqueles com bócios nodulares. Resumindo, não é possível

uma classificação a partir do tamanho ou do tipo do bócio por serem muito diferentes as definições empregadas pelos vários médicos a respeito dessas duas características.

Ao comparar o *hipertiroidismo primário* com o *recidivante*, oito clínicos admitiram um total de 362 casos primários e 80 casos recidivantes. Quando estes casos foram analisados, a incidência de remissões foi significativamente maior nos doentes com hipertiroidismo primário do que naqueles com recidivas post-operatórias (60 % contra 38 %).

Deve acentuar-se que poucos dados têm valor para prever quais os doentes que têm maiores possibilidades de uma remissão prolongada. Com um hipertiroidismo primário e um pequeno bócio difuso faz-se um prognóstico favorável apesar do presente estudo não confirmar qualquer acção destes factores. Os dados com que podemos lidar, actualmente, não nos guiam na conduta terapêutica a seguir na continuação do tratamento; no entanto parece estar definitivamente assente que devemos prolongar a terapêutica, pelo menos durante seis meses, desde que um trabalho anterior a este mostrou que a incidência das remissões era sensivelmente maior quando a droga é administrada pelo menos durante esse tempo. Está também assente que a diminuição do tamanho da tiroideia durante o tratamento é muito em favor do aparecimento de uma remissão prolongada e é racional, portanto, terminar a terapêutica depois de 6 meses ou mais, essa diminuição se for observada. Quando não houve alterações no tamanho do bócio durante uma única cura de tratamento de 6 a 12 meses, tem interesse determinar se o prolongamento da terapêutica originará uma diminuição da glândula, e se isso será um sinal de começo de remissão.

Desconhece-se a importância de outras alterações no programa terapêutico, porque ainda não foram concluídas as investigações a esse respeito. No entanto, entre outras coisas aconselha-se a prolongar o tratamento para além de um ano, a administrar iodo simultaneamente e depois de se interromper a terapêutica com o antitiroideo, a continuar o tratamento até ao limiar do hipotiroidismo, a usar simultaneamente extractos da tiroideia e a ensaiar a psicoterapia durante a terapêutica.

Bartels diz que após o tratamento com uma droga antitiroideia, a glândula fica ainda hiperplástica. Prognosticou que «se os ...doentes, neste momento, em remissão forem estudados durante um tempo suficientemente longo, em todos se pode observar uma recaída». Esta declaração não é confirmada pelos resultados encontrados neste estudo. Além disso o conceito de que a tiroideia permanece hiperplástica depois do tratamento com um composto antitiroideo carece revisão. Frisk afirma que a existência de hiperplasia é a regra quando a glândula tiroideia é examinada histologicamente, depois de um tratamento de curta duração, mas que foi encontrada a glândula em involução, num caso, depois de 14,5 meses de tratamento. Poates fez uma observação idêntica. Entre os doentes deste artigo em que a furação da tiroideia se normalizou, o volume desta glândula diminuiu gradualmente à palpação assim que se obtiveram remissões, tendo sido atingido o volume normal em 75 % dos indivíduos enquanto que inicialmente só tinham volume normal 21 %. Em quatro outros relatórios vêm descritas alterações idênticas do volume do bócio. Finalmente, o predomínio de valores normais para o iodo radioactivo, quando foi administrado àquele grupo com remissões, não sugere que a hiperplasia residual seja um achado frequente nestes doentes. A tendência à recidiva tão característica do hipertiroidismo não é, no entanto, explicada por uma hiperplasia da tiroideia que se mantivesse após o episódio anterior. Parece mais provável que a causa da recidiva e do episódio inicial seja a mesma, mas ainda desconhecida.

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Comparação da eficácia de diversos amebicidas—resumo de dois trabalhos publicados no J. A. M. A., 151 (13): 1055 e 1059; 1953.

Nos dois estudos referidos, os respectivos AA. investigaram a acção de diversas drogas em cerca de um milhar de casos de disenteria amebiana, que foram seguidos durante 6 a 12 meses após o fim dos seus tratamentos.

Foram ensaiados os seguintes agentes amebicidas: emetina, carbasone, chiniofon, «milibis» (glicolilar-sanilato de bismuto), «aralen» (difosfato de cloroquina), cloranfenicol, aureomicina e «terramicina» (oxitetracilina).

Os AA. do primeiro daqueles estudos chegaram às seguintes conclusões:

- 1.^a) Carbarsone, chiniofon, «aralen» e cloranfenicol, quando empregados isoladamente, têm reduzida eficácia não só nas formas crónicas, como até nas agudas, sejam quais forem as doses empregadas.
- 2.^a) Emetina ou aureomicina, quando empregadas também isoladamente, permitem a cura clínica de quase todos os casos agudos, mas consentem uma elevada percentagem de recidivas.
- 3.^a) Os resultados da associação do «milibis» (glicolilar-sanilato de bismuto)—sal de bismuto activo *per os*—com o «aralen» (difosfato de cloroquina— inicialmente empregada como eficaz antipalúdico esquizotídica e, mais tarde, também como anti-helmíntico— são semelhantes, ou mesmo superiores, aos referidos com a emetina, ou com a aureomicina.
- 4.^a) Emetina, carbarsone e chiniofon combinados dão excelente resultado nas formas agudas, com uma percentagem mediana de recidivas.
- 5.^a) A «terramicina» (oxitetracilina), só ou, preferivelmente, combinada com outros anti-amélicos (como por ex., com a emetina, a carbarsone, o chiniofon, o «aralen», ou com a mistura «milibis»-«aralen», bem como a associação da aureomicina com o «aralen», ou preferivelmente, com a mistura «milibis»-«aralen»), permitem a obtenção dos melhores resultados até hoje conseguidos, em todo o mundo, em qualquer série extensa de doentes de disenteria amebiana. Aos excelentes resultados iniciais, junta-se a menor percentagem de recidivas conhecidas em tais casos.
- 6.^a) Em conclusão e de entre os esquemas apontados na 5.^a), o amebicida mais eficaz, quando empregado isoladamente, é, para aqueles AA, a «terramicina» (oxitetracilina), na dose inicial de 2 g. seguida de 0,5 g. cada 6 horas, durante 10 dias, constituindo este esquema o mais simples, económico e prático de entre os esquemas mais eficazes e que permitem a mais baixa percentagem de recidivas. Entretanto, a associação de terramicina, ou de aureomicina, à mistura «milibis»-«aralen», é ainda mais eficaz e dá origem a uma percentagem um pouco menor de recidivas, embora seja mais cara, mais complicada e mais sujeita ao aparecimento de quaisquer fenómenos secundários ou de intolerância. Note-se que, nesta última associação, a dose dos antibióticos pode, em certos casos, ser um pouco inferior (0,5 g. cada 8 h. ou, até, cada 12 h.) e por menos tempo (5 em vez de 10 dias), embora seja aconselhável mantê-la como mais acima se indicou: 2 g. inicialmente e, depois, 0,5 g. cada 6 h. — (8 h.) por 10 dias.

No segundo daqueles estudos, atrás referidos, o seu A. afirma ter obtido, em 538 doentes sofrendo de disenteria amebiana, os melhores resultados com a associação «milibis» (glicolilar-sanilato de bismuto) + «aralen» (difosfato de cloroquina), empregados nas seguintes doses: 500 mg. do primeiro + 150 mg., de base, do segundo, duas vezes por dia, durante 15 dias. Afirmam serem raros os fenómenos secundários e extremamente baixa a percentagem de recidivas entre os doentes assim tratados.

Neste último estudo, não foram, entretanto, empregados

todos os amebicidas experimentados no primeiro, nomeadamente a oxitetracilina (vulgo «terramicina») a qual, segundo os AA. daquele trabalho, é extremamente eficaz mesmo quando empregada isoladamente. Por este motivo é-nos impossível estabelecer uma comparação entre os resultados obtidos nas duas diferentes investigações.

Parece-nos, contudo, ser possível afirmar-se, que, de entre os modernos antibióticos de largo espectro de acção, a oxitetracilina parece ser o mais eficaz e mais seguro amebicida, mesmo quando empregada isoladamente, embora se deva sempre tentar, na terapêutica de qualquer amebíase (que deve, hoje em dia, ser considerada como uma doença geral e não apenas do intestino), a associação de um daqueles antibióticos—oxitetracilina ou aureomicina— com a mistura do glicoarsanilato de bismuto e «aralen» (difosfato de cloroquina), durante cerca de duas semanas.

L. C. M.

Neomicina em infecções das vias urinárias. — ANTIB e CHEMOTH, 2:447; 1952.

Este antibiótico, que é, além de bacteriostático, marcadamente bactericida, possui um campo, ou «espectro», de acção consideravelmente mais vasto do que os da penicilina, tirotricina, bacitracina e, até, estreptomocina, parecendo ser bastante útil no tratamento de infecções das vias urinárias.

Comprovou-se que o aparecimento de estirpes resistentes é mais raro e surge com maior dificuldade e lentidão com a neomicina do que com a estreptomocina.

A neomicina é, entretanto, não só ototóxica como também nefrotóxica, quando administrada na dose diária de 1 a 2 mg., durante longos períodos de tempo (cerca de três meses).

Os A.A. do presente trabalho decidiram, por isso, empregá-la em doses parciais menores e durante mais curtos períodos de tempo: 0,25 g., em injeção intramuscular, cada 6 horas, durante 5 dias, no máximo.

Declararam ter obtido bons resultados terapêuticos, sem quaisquer reacções secundárias ou consequências desagradáveis importantes.

Aplicaram-na em 18 doentes com infecções crónicas diversas das vias urinárias, que tinham sido já previamente tratados com outros antibióticos ou quimioterápicos, sem quaisquer resultados seguros.

As provas de sensibilização *in vitro*, previamente efectuadas, mostraram que os microorganismos responsáveis eram mais sensíveis à neomicina do que a qualquer outro antibiótico conhecido, embora, por vezes, pouco sensíveis.

Dos 18 doentes, 12 revelaram urinculturas negativas no fim do tratamento e, pelo menos, 8 puderam ser considerados clínica e bacteriológicamente curados até 9 meses após aquele tratamento.

Os AA. insistem em que, com as doses que empregaram, as reacções secundárias tóxicas (sobre o ouvido interno, ou sobre o rim) foram raras, mínimas, regressíveis e absolutamente não importantes em relação aos benefícios colhidos pela maioria dos doentes.

L. C. M.

A cortisona e o ACTH no tratamento de casos graves e fulminantes de hepatites por vírus. — EVANS, SPRINZ, H., NELSON, R. S. — Ann. Int. Med. — XXXVIII: 1148; June 1953.

Os autores ensaiaram aquelas hormonas no tratamento de 11 casos de hepatite aguda por vírus, 5 dos quais eram graves, e 6 seguiram um curso muito rápido terminando no coma.

Na primeira série de 5 casos graves, a terapêutica em questão acompanhou-se de alívio sintomático dos doentes, com queda da bilirrubinémia. Mas em 3 deles verificaram-se recaídas mais ou menos graves, que se repetiram mais de uma vez.

Quanto aos doentes do segundo grupo, morreram os 6, não se tendo observado qualquer benefício resultante da hormonoterápia.

S U P L E M E N T O

HA CINQUENTA ANOS

Oftalmologia — Nodosidades dos cornos uterinos — Reorganização dos estudos médicos

IV

Xavier da Costa, oftalmologista do Hospital de S. José, relatou, em Novembro de 1903, à Sociedade das Ciências Médicas, o «caso» de uma menina de 16 anos, que, tendo adormecido ao ar livre, cegara do olho esquerdo, coincidindo esse facto com a supressão da menstruação, à qual com o tratamento instituído voltou, assim como recuperou a vista do referido olho. E, a propósito, citou outro caso de uma senhora em que diagnosticou uma papilite tumescente, que se assemelha ao primeiro.

Sabino Coelho fez uma comunicação sobre «nodosidades dos cornos uterinos», que encontrara numa doente, a quem extraira os anexos, em consequência de ovarite crónica e piosalpingite, bilaterais, aderentes, de origem gonocócica, e saíra, curada, do hospital. Pretendia demonstrar, com este caso, que as nodosidades uterinas podem ser anomalias do desenvolvimento e que a sua existência não determina sempre a hysterectomia, em doentes com lesões dos anexos, impedindo a sua conservação.

O útero, que examinou, era um útero bicorne arqueado, pela profunda depressão do fundo e pela presença do feixe fibroso. Mas, em vez de haver lateralmente o ângulo com projecção súpero-externa e infero-externa de cada um dos lados, notava-se conformação regular até o corno uterino, onde o bordo externo se levantava bruscamente, formando uma nodosidade a sua convexidade e a da restante superfície do mesmo corno, e sendo cada um dos dois engrossamentos limitados na base pelo feixe divergente que apontou, o que considerava ainda uma simplificação do que se supõe ser a forma mais simples do útero bicorne.

Disse, por fim, «julgar-se autorizado a afirmar que as nodosidades dos cornos uterinos podem ser teratológicas; formulando a sua segunda proposição com a afirmação de que as nodosidades dos cornos uterinos, acompanhados de inflamação dos anexos, impondo a extracção destes, devem ser conservados com o útero, quando teratológicos».

Despertou o grande interesse desta comunicação o facto de lhe ter dado a Sociedade, no seu jornal, ao anunciá-la, o título de «Novidades (sic) dos cornos uterinos»!

Bombarda propôs, em editorial da «Medicina contemporânea», um plano para uma reorganização dos estudos médicos, em que preconizava seis anos para o curso de medicina. O último seria con-

sagrado ao estudo desenvolvido da higiene pública e da medicina legal, com a sua clínica psiquiátrica, à frequência com ou sem internato de uma clínica geral ou de uma clínica especial e aos trabalhos requeridos para o acto grande. A tese final — dizia — seria de rigor.

*

Segue-se, agora, esta mancha de notícias:

—O Laboratório de Higiene de Coimbra foi aberto para serviço público de análises requisitadas pelas autoridades sanitárias. Era dirigido pelo professor de Higiene, Serras e Silva.

—O Ministério da Guerra nomeou Barros da Fonseca, Salvador Augusto de Brito, Gomes de Rezende, Vilas-Boas e Paiva Curado para, em comissão, «estudarem tudo quanto à invasão da tísica, sua propagação e desenvolvimento no exército diga respeito, estudando as condições... a fim de propor os processos mais consentâneos com o intuito de opor, quanto possível, barreira ao mal temerário e assegurar as melhores condições de salubridade do exército e, bem assim, o destino a dar... às praças em que a tuberculose se haja manifestado».

—Noticiou a «Medicina contemporânea» que Ricardo Jorge iria publicar um trabalho «Sobre o estudo e o combate do sezonismo em Portugal». E dizia: o neologismo, «sezonismo» fora já proposto pelo autor em comunicação feita à Sociedade das Ciências Médicas, em 1901, pois é de derivação genuinamente portuguesa e exprime a doença pelo fenómeno especial da sua manifestação, que é a «sezão», não envolvendo nenhum prejuízo etiológico, como outros termos correntes de «malária» e «paludismo» e «impaludismo», erro crasso de linguagem, vindo da afrancesada rotina, pois a «palude» pode não causar febres, nem estas provirem da «palude».

—Em artigo da «Medicina contemporânea», combate António Chaves as obras de esgoto que iam fazer-se no Porto. Diz que vão exigir-se novos sacrifícios aos contribuintes, mas os resultados estarão longe do fim desejado. E inclina-se para a adopção de sentinas fixas, praticamente estanques, do sistema Gautier.

—Começou na Alemanha e na França a produção industrial de rádio. Cada grama custava 1.600\$000 réis. Dizia já a «Medicina contemporânea» que este agen-

te disfrutaria na terapêutica importante papel. «Um pequeno tubo, mais estreito que uma pena de pato e contendo cerca de 1 miligrama de rádio, exerce uma acção tão poderosa como um custoso e pouco manejável aparelho para a produção dos raios X. Já se obtiveram com ele resultados maravilhosos, no cancro, por exemplo».

—Foi determinada a entrega ao Ministério do reino da igreja e dependências do convento de Santa Marta. O enfermeiro-mor do Hospital de S. José tomara posse daquelas dependências que lhe seriam entregues pelo delegado do tesouro do distrito. E, assim, nasceu o Hospital Escolar de Santa Marta.

—Criou-se, em Lisboa, a «Associação portuguesa da Imprensa Médica», delegada em Portugal da «Associação Internacional da Imprensa Médica».

—Nos últimos dias do mês, chegou a Lisboa, vinda da África Ocidental, a primeira remessa de doentes, destinados ao ensino da Escola de Medicina Tropical. Estava estabelecida esta escola numa das alas do edifício da Cordoaria, à Junqueira, em Lisboa. Disponha para o ensino de uma enfermaria geral, outra para sargentos e de dois quartos para oficiais, biblioteca, sala de autópsias, três laboratórios, devidamente montados com o instrumental preciso para trabalhos de parasitologia, bacteriologia e análises clínicas. Estes laboratórios ficaram a cargo de Aires Kopke. Eram professores da Escola: D. António de Lencastre e Silva Teles; director, Ramada Curto. Matricularam-se apenas 5 alunos.

—No largo do Museu de Artilharia, em Lisboa, inaugurou-se festivamente um lactário, iniciativa da Associação protectora da primeira infância, onde se distribuía leite esterilizado às crianças.

—Na Escola Médica de Lisboa concorreram aos lugares, então criados, de chefe de clínica médica, José da Graça, chefe de clínica cirúrgica, Francisco Gentil; idem de obstetrícia, João Pinheiro e Costa Sacadura; prosector de anatomia, Silva Araújo; preparador de histologia, Marck Athias. Na do Porto, foram nomeados, por concurso, Artur Veiga de Faria, chefe de clínica médica; Joaquim Alberto Pires de Lima, de clínica cirúrgica; Artur Maia Mendes, de obstetrícia; Carlos de Menezes Antunes Lemos, preparador de histologia e fisiologia; Álvaro Teixeira Bastos, prosector de anatomia.

ECOS E COMENTÁRIOS

O DRAMA DE UMA CULTURA

Almerindo Lessa publica, às terças-feiras, no «Diário Popular», uma página sobre «Medicina e Assistência». No número de 10 do corrente referia-se ao que ele chama «o drama de uma cultura» — a impossibilidade de andarmos a par de todos os progressos da medicina. Começa assim o artigo:

«O drama da cultura médica resulta da dificuldade, na maior parte dos casos intransponível, de coordenar e resumir, até à forma de verdades adquiridas, o mundo dos conhecimentos publicados. E é tanto mais intenso quanto é certo ser cada vez mais urgente conseguir, sobre uma ciência tão eminentemente analítica, uma síntese fisiológica e uma síntese terapêutica; e nem falo já numa síntese filosófica porque a biologia médica, que assume o carácter de uma interpretação e de um juízo sobre a natureza humana, constitui já toda uma filosofia. A dificuldade resulta de vários factores. Em primeiro lugar, da massa enorme desses documentos, que torna impossível um homem só abranger tamanho número de factos e de ideias. Os sábios ecuménicos — os Boherave ou os Sydhmann — não são já possíveis no nosso tempo! Em Portugal o último foi Ricardo Jorge. Por outro lado, poucas podem ser, na nossa Arte, as verdades adquiridas definitivamente — pois a de hoje é quantas vezes o erro de amanhã e muitos dos conceitos que agora não admitimos ou, têm pelo menos, a oposição da maioria, serão, quicá, leis no futuro. Depois, sendo a Medicina uma súpula da experiência de quantos se debruçam sobre o homem doente e o homem são, sofre da dispersão e do afastamento — linguístico e político até — que separa os países e as culturas nacionais. Além deste parcelamento há, ainda, que ter em conta o desenvolvimento cada vez mais vasto das chamadas especialidades (que tantas vezes enclausuram um investigador ou uma escola), pois nem sequer naquelas tão extensas como a Tocoginecologia, a Neurologia associada à Medicina Mental, a Higiene ou a Hematologia — disciplinas que abrangem por assim dizer toda a clínica humana — foi possível, na maior parte dos casos, encontrar um esquema vertebral que desse unidade ou segurança às aquisições obtidas pela intuição ou pela experiência. Essa dispersão, que mais parece um mar revolto de conhecimentos que aspectos de uma ciência, e nos obriga a prodígios de linguística e de economia para ter algum acesso às informações publicadas, dia a dia, num sem número de idiomas e em um número também quase sem limite de jornais, de revistas e de livros, gera o mais grave problema da nossa cultura, tão grave e tão fundo que bem merece o nome de drama. Para remediar, na medida possível, essa situação, organizam-se periodicamente reuniões nacionais e internacionais, publicam-se índices genéricos e revistas de referatas. Os próprios Estados correm em nosso auxílio organizando, nos seus institutos de cultura, centros de

documentação científica. Alguns de nós — aqueles que a natureza dotou para grandes voos ou se sentem com forças para tentar trabalhos de Hércules — têm ensaiado escrever obras de síntese de grande fôlego — como Marañon, sobre diagnóstico clínico, os Boyd sobre antropologia genética, Bergmann sobre a patologia funcional, Freud sobre a prospecção psicológica ou Leriche sobre a fisiologia e as doenças do esqueleto. E de tempos a tempos, tomando como pretexto o jubileu de um sábio ou um ponto no fuso do tempo, têm-se feito grandes chamadas para outras tantas tentativas de abarcar e julgar o caminho percorrido. No en-

tanto, por mais que suba, nenhum homem consegue agora abranger todo o panorama da Medicina».

A ROME NO MUNDO

O Ocidente actual já não liga importância à fome que sofreu o Mundo inteiro durante séculos e da que ainda agora sofre o Oriente. Cerca da quarta parte das famosas crises de fome que a História regista sucederam na Índia, país durante o qual em séculos consecutivos a fome foi praticamente crónica. 108 anos antes de Cristo até 1911 da nossa era, a China sofreu fome 1.826 vezes, o que dá uma média de 91 crises em cada século.

Em 1877, a fome causou 9 milhões de falecimentos na China do norte e em 1929, na província de Hunan, 2 milhões. Na Europa, a fome foi uma praga corrente até fins do século passado, especialmente na Rússia. No caso particular da França, houve nesse país 13 crises de fome no século XV, 11 no XVII, 8 no XVIII e 4 no XIX.

É para solucionar o problema da fome que se fundou a Organização Mundial para o incremento da Agricultura e Melhoria da Alimentação. A Organização considera que o problema tem solução, pois que, aplicando-se os métodos de cultura recentemente descobertos apenas à quinta parte das terras cultiváveis, obter-se-ia o equivalente de produção total de 1937. Supondo que, desde aquela data até 1860, a população mundial tenha aumentado em cerca de 25 %, chega-se à conclusão de que, se se cultivar racionalmente a terra, dentro de poucos anos a fome desaparecerá do Mundo. Para atingir tal objectivo, é necessário, em relação ao ano de 1937, aumentar a produção de cereais em 27 %, 12 % para o açúcar, 34 % para os óleos e gorduras, 80 % para os legumes secos, 163 % para os legumes frescos e as frutas, 46 % para a carne e 100 % para o leite, quere dizer, duplicar praticamente a produção de 1952.

(«Suplemento diário» de «La Semane Médica», de Buenos Aires — 6 de Novembro de 1953).

CONGRESSO MÉDICO INTERAMERICANO

A Associação Médica Panamericana organiza em Janeiro próximo um Congresso, no qual tomam parte 2.500 médicos e investigadores científicos do Continente americano. Durará 16 dias e efectuar-se-á em cinco cidades latino-americanas e a bordo dum barco. Mais de 700 médicos norte-americanos, acompanhados por membros de suas famílias, partirão do porto de Nova Iorque com destino aos lugares em que se fará o intercâmbio de informações entre médicos de Caracas, San Juan, Ciudad Trujillo, Saint Thomas, Ilhas Virgens e Habana.



LONGACILINA

N, N'-Dibenziletilenadiazina-dipenicilina G. Composto de reabsorção muito lenta.

Cada comprimido: 150.000 U.

Actividade: 8-12 horas

LONGACILINA A

Soluto aquoso estável pronto a injectar. Escassa reacção local. Menos reacções gerais que a penicilina-procaína.

Frascos de 300.000 U.

Actividade: 7 dias

Frascos de 600.000 U.

Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

A PROPÓSITO DO VIII CONGRESSO INTERNACIONAL DE REUMATOLOGIA

Aspectos sociais do reumatismo

Com o apoio do Instituto de Alta Cultura, pedido pela «Serviços Médico-Sociais» — Federação de Caixas de Previdência —, tivemos a honra de participar no VIII Congresso de Doenças Reumáticas em representação oficial do nosso País e na qualidade de equiparados a bolseiro.

Este congresso teve lugar em Genebra — Suíça e na cidade francesa vizinha de Aix-les-Bains conhecido centro reumatológico.

Dado o nosso interesse pela clínica dos reumatismos, todos os assuntos tratados no congresso justificavam a nossa curiosidade, de resto acrescida pela oportunidade de conviver e trocar impressões com os reumatologistas americanos Freyberg, Hensch, Steinbroker, Ragan, Hollander, etc., com quem estabelecemos laços de amizade durante o aperfeiçoamento em reumatologia que fizemos nos Estados Unidos da América em 1950 e 1951.

Completava este conjunto de motivos de interesse, a rara possibilidade de conhecer e colher ensinamentos dos nomes mais respeitadas da reumatologia europeia como F. Coste, professor catedrático de reumatologia da Faculdade de Medicina de Paris; F. Forestier, o grande reumatologista de Aix-les-Bains; Judet, de larga experiência na cirurgia da anca; Françon; Lacapère; de Sèze, autor de vasta bibliografia sobre patologia da coluna vertebral; L. Justin-Besançon e tantos outros franceses; Copeman, Tegner e Donald Wilson, da Grã-Bretanha; Michotte e Van-Breemen, dos Países-Baixos e este último o decano da Liga Internacional contra o reumatismo — uma inteligência lucidíssima apesar dos seus 80 anos; P. Barceló, encarregado do ensino de reumatologia na Cátedra do Prof. Pedro Pons, de Barcelona; J. J. de Blécourt, Robecchi e Bonomo, da Itália; etc., etc.

Ao chegar a Genebra, tomamos conhecimento de que mais de 1.000 especialistas participavam no Congresso — segura prova do interesse crescente neste jovem ramo da Medicina, já individualizada como tronco forte em tantos países, — especialidade que procura divulgar e investigar as razões, a prevenção e o tratamento dum dos maiores flagelos sociais de nosso tempo — o reumatismo.

Este Congresso compunha-se, além das comunicações livres, de quatro temas principais dos quais havia sido dado conhecimento aos congressistas com a antecedên-

cia de vários meses. O quarto e último dizia respeito à «Readaptação profissional dos inválidos reumáticos» e a sua importância pode deduzir-se do facto de lhe terem sido dedicadas as sessões dos dois últimos dias.

Era este aspecto social que justificava o pedido de patrocínio oficial do I. A. C. à nossa participação no «VIII Congresso de Doenças Reumáticas»; este aspecto social, constituirá pois o assunto principal deste relatório, limitando-nos a enunciar os restantes.

Porque as conferências eram proferidas simultaneamente em três salas, com a decorrente impossibilidade de ouvir todos os autores, tivemos, para elaborar este relatório, de nos servir dos resumos oficiais do Congresso e de outras fontes de informação, em todas as comunicações a que nos foi impossível assistir.

O primeiro Congresso Internacional de Reumatologia realizou-se em 1929 em Budapeste e os seguintes tiveram lugar em Liège, Paris, Moscovo, Stokholm e Oxford; com o deflagrar da II Grande Guerra houve uma pausa de 11 anos na actividade crescente da Liga Internacional contra o Reumatismo, de modo que o VII Congresso só em 1949 se reuniu, em New York. O próximo, o nono, terá lugar em Toronto-Canadá em 1957. O número de participantes tem vindo sempre a aumentar de Congresso para Congresso, de tal modo que o deste ano constituiu a maior reunião médica que se tem organizado em Geneve, cidade tão habituada a reuniões deste tipo.

O Congresso iniciou oficialmente os seus trabalhos na grande sala do Conselho Geral do Edifício Eleitoral de Geneve. A mesa da presidência era ocupada pelo

Presidente da Confederação Helvética, N. Etter, que descreveu com raro conhecimento do assunto a importância das doenças reumáticas e a necessidade de melhorar a ciência médica e intensificar a luta neste campo; pelo Presidente do Comité de Organização do Congresso, Prof. K. M. Walthard, que apresentou as boas-vindas aos congressistas; pelo Presidente da Liga Internacional contra o Reumatismo, Prof. Jarlov, de Copenhague, que fez um esboço histórico da luta anti-reumática e afirmou ser de necessidade imperiosa para o progresso científico e social estimular a investigação tanto sobre as causas como sobre os métodos de tratamento das doenças reumáticas. A mesa da presidência era completada pelo Presidente do Cantão de Geneve, Antoine Pugin e pelo Director Geral Adjunto da Organização Mundial de Saúde, Dr. P. Dorolle, cujo discurso, de que daremos a seguir os pontos mais importantes, merece a profunda meditação dos que têm a seu cargo a condução da luta contra as doenças «sociais»:

«Os progressos consideráveis realizados no domínio da saúde pública, em particular nos países que beneficiaram dum desenvolvimento económico favorável, permitiram aumentar consideravelmente a duração média da vida humana fazendo desaparecer as principais doenças pestilenciais e epidémicas e reduzindo consideravelmente a mortalidade que decorre dum grande número de doenças transmissíveis. Resulta que certas doenças sobre as quais ainda não foi possível actuar com a mesma eficácia, ou que atingem o Homem sobretudo neste período da vida que foi alongado em média, tomam uma importância que escapava anteriormente. Esta importância não se traduz somente em sofrimento mas em

Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

Alcalóides integrais da quina, metilarsinato de sódio e — Vitamina C

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

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

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS
BRONQUIES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM
GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

Depósito geral: **FARMACIA GAMA** — Calçada da Estrela, 130 — LISBOA

incapacidade de trabalho e em despesas consideráveis para as colectividades. É portanto a justo título que a Liga Internacional contra o Reumatismo se dedica a este problema de tão capital importância humana, social e económica». Terminou por apoiar e desejar o melhor sucesso ao nosso Congresso, afirmando que a saúde, segundo os termos da Organização Mundial de Saúde, é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e assim, longe de dizer respeito exclusivamente à saúde do indivíduo, refere-se também à colectividade sob o seu aspecto social. Depois desta sessão inaugural, realizada de manhã, deram-se início à tarde aos trabalhos científicos.

Pertenceram ao 1.º Tema — «Tecido Conjuntivo e Reumatismo» — 27 comunicações:

Nestas conferências se confirmou a importância cada vez maior que tem de se conferir aos tecidos de suporte, em contraste com o valor bem discreto e negligível que se lhes atribua há bem poucos anos, abrindo assim um novo mundo à investigação do seu papel e das suas reacções nas condições normais e patológicas. Autores de vários países versaram os múltiplos aspectos do tema e apontaram a infinidade das suas incógnitas. Fora do programa, o Prof. Nesterov, de Moscovo, anunciou a sua comunicação em que pretendeu demonstrar o papel do sistema nervoso na fisiopatologia dos reumatismos à luz das teorias de Pavlov e do seu discípulo Speransky, teorias em que se admite, como é sabido, que as substâncias tóxicas ou estímulos nocivos chegados à periferia dum nervo, caminham ao longo deste até à célula nervosa, provocando lesões que originariam alterações tróficas no segmento correspondente.

O assunto do II Tema era «Hormonas Esteróides do Tratamento do Reumatismo», e agrupou o maior número de conferências — 45.

O assunto deu a Phillip S. Hench, prémio Nobel de Medicina, a oportunidade de revelar a sua enorme competência

científica, o seu amor ao estudo, a sua sensatez e até as suas qualidades pessoais de simpatia ao «afinar» os conselhos para uma terapêutica anti-reumática hormonal que por vezes se apresenta tão caprichosa e de individualização tão difícil. Ele foi sem dúvida a grande vedeta deste Congresso, como já havia sido no Congresso de 1949 em New York, em que apresentou os primeiros casos tratados com cortisona e ACTH.

O Prof. Reichstein, de Basileia, outro prémio Nobel de Medicina, causou sensação pela sua brilhante síntese do problema da química das hormonas supra-renais e pela afirmação de que se conseguira isolar uma nova hormona suprarrenal, baptizada provisoriamente com o nome de «Eletrocortina», hormona mais próxima da desoxicorticosterona que da cortisona, mas cuja acção fisiológica e farmacológica seria 30 a 40 vezes mais intensa; comunicou também que os meses seguintes seriam dedicados a determinar a sua exacta posição, por enquanto desconhecida, no arsenal terapêutico, embora se possa antever a sua utilidade no tratamento dos addisonianos.

A naturalidade e até a modéstia com que o Prof. Reichstein fez a sua importante comunicação, mais ajudaram a aumentar o prestígio e a autoridade da sua personalidade de sábio e a criar à sua volta um ambiente de calorosa admiração.

Os restantes autores ajudaram a completar a informação do valor dos esteroides e ACTH em reumatologia, focando os vários aspectos deste problema tão debatido.

O terceiro dia do Congresso — quarta-feira 26 de Agosto — foi dedicado à visita a Aix-les-Bains, situada em França, a cerca de 80 quilómetros de Gêneve. Esta pausa amenizou os trabalhos do Congresso e proporcionou troca de impressões entre os congressistas a propósito dos casos clínicos de reumatologia ali apresentados.

Graças ao bom espírito de colaboração dos Drs. Forestier e Françon, o programa oferecido aos congressistas constou de 2 filmes, um sobre o Congresso de Oxford (no dealbar da reumatologia, sem corti-

sona, sem butasolidina, sem ACTH) e outro sobre as instalações termas de Aix, duma visita às termas e duma sessão de apresentação de doentes.

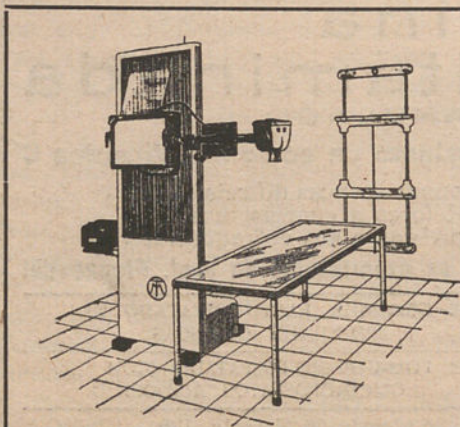
A cidade de Aix ofereceu aos congressistas, depois de um magnífico almoço, um passeio no bellissimo lago Bourget seguido de visita à Abadia de Hautecombe e um saboroso espectáculo de danças folclóricas da região.

Nos dois dias seguintes, 27 e 28 de Agosto, voltaram a ter lugar em Gêneve as sessões do Congresso.

O III tema versava os «Resultados a Distância da Cirurgia do Reumatismo da Anca». Assunto do mais vivo interesse para os ortopedistas, este tema deu motivo a 16 comunicações: duas grandes autoridades no assunto, o Prof. Merle d'Aubigné e o Dr. Judet, apresentaram os resultados de mais de 7 anos de experiência, com um optimismo de que outros autores não puderam partilhar. Seja como for, cabe-nos acentuar o interesse evidente desta cirurgia, que constituiu em tantos casos a única solução terapêutica em virtude da insuficiência dos nossos meios incruentos e permite a certos inválidos retomar a sua mobilidade e assim reentrar numa vida social mais activa e economicamente menos sombria.

Faziam ainda parte do Congresso comunicações sobre assunto livre, não incluído em qualquer dos temas, a apresentação de filmes médicos, uma bem elaborada exposição científica sobre variados assuntos da nossa especialização e uma exposição iconográfica que permitia a cada um rever as diversas imagens das lesões reumáticas.

Dentro das comunicações livres, que versaram todos os problemas da fisiopatologia, da histopatologia, da patologia, da clínica e da terapêutica dos reumatismos, foram numerosas as que versaram o tratamento pela Butazolidina e Irgapyrine, terapêutica que se difundiu largamente por todo o mundo nos últimos dois anos e que começa agora a ter indicações mais precisas. O seu papel na gota, na espondilartrose reumatoide, na artrite reumatoide, na fibrosite; o valor da sua associação com hormonas ou outras drogas; a sua acção antiflogista e antiálgica; as técnicas de administração; os casos de toxicidade em geral benignos, mas por vezes graves; etc., foram assinalados pelos numerosos oradores, entre eles, Barceló, Holbrook, Robecchi, Steinbrecker, Michotte, Coste, de Séze e outros. Pode em conclusão, dizer-se que estes acidentes não devem levar à exclusão destes úteis derivados pirazólicos do arsenal reumatológico, mas sim devem levar ao seu uso com redobrados cuidados à custa duma detalhada anamnese gástrica,



10 NOVOS MODELOS

Aparelhos de Raios X para a radiografia e radioscopia de 10-20-50 e 100 miliampères. Preços e condições excepcionalmente vantajosos.

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.
SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.

A maior organização de Raios X em Portugal

Rua dos Sapateiros, 39-2.º — LISBOA — Tel. 25701 — (fundada em 1920)
No PORTO: BACELAR & IRMÃO, LDA. — Em COIMBRA: FARIAS, LDA.

EM 1950: PROMICINA

EM 1953: ATOXIMICINA

Sinergismo de acção sem efeitos secundários

Nova associação de antibióticos:

Sulfato de dihidroestreptomicina — Sulfato de estreptomicina

Procaína penicilina G — Penicilina G potássica

Vantagens:

MAIOR EFICIENCIA

NEUROTOXICIDADE PRATICAMENTE NULA

Atoximicina

Como a Estreptomicina, na sua toxicidade, tem particular preferência pelo ramo vestibular do VIII par e a Dihidroestreptomicina pelo ramo coclear do mesmo, a associação destes dois sais, em partes iguais, reduz consideravelmente os seus fenómenos neurotóxicos.

RECONHECIDO EFEITO TERAPÊUTICO

ADULTOS

FORTE

INFANTIL

Caixas com 1, 3 e 5 frascos

Caixa com 1 frasco

Caixas com 1 e 3 frascos

Instituto Luso-Fármaco • Lisboa

hematológica e cardiovascular e de controlos laboratoriais repetidos de urina e sangue.

Vejamos agora o IV e último tema do Congresso, aquele que mais nos interessa detalhar neste relatório e que diz respeito a «Readaptação Profissional dos Inválidos Reumatisantes».

Antes de entrarmos na descrição dos trabalhos que foram agrupados neste tema propomo-nos fazer, para melhor compreensão desses trabalhos, um esboço justificativo da necessidade desta readaptação.

Reumatismo não é uma doença, mas um conjunto de doenças reunidas por um quadro clínico comum e em que sobressaiem como sintomas capitais a dor e a incapacidade funcional, por outras palavras o sofrimento e a diminuição de rendimento de trabalho do indivíduo.

Ora, são estas consequências que mais nos interessa aqui analisar:

O sofrimento do doente — a dor articular ou pararticular — tratando-se duma queixa subjectiva, é um assunto de interesse limitado ao binómio médico-doente, se puzermos de lado os sentimentos de humanidade e simpatia da sociedade para com os que sofrem, até porque os reumatismos — doenças pouco dramáticas, sem mortalidade na maioria dos casos, não contagiosas — os não suscitam em alto grau. Junte-se ainda o «fatalismo» do doente reumático, vítima duma doença arrastada, tantas vezes progressiva, com remissões e exacerbações espontâneas e, por outro lado, o pessimismo do médico até há pouco dispendo apenas de fracos e escassos recursos para tratar, já que pouco ou nada sabia sobre a maneira de prevenir — e teremos os motivos e o panorama do desinteresse da sociedade para com estas doenças.

A incapacidade funcional — o outro sintoma fundamental, este objectivo, do reumatisante — origina porém outra ordem de considerações e, agora que as vamos aduzir, parecerá seguramente estranho que só tão tarde a colectividade se tenha apercebido da sobrecarga económica e social que o problema formidável dos reumatismos representa.

Os progressos da estatística, cada vez mais fértil em conclusões e abrangendo mais amplos sectores, permitem revelar que as doenças reumáticas constituem uma das maiores causas de invalidez e uma das maiores sobrecargas económicas em todos os países. Se em certas nações a tuberculose sobrepõe os seus estragos, admite-se hoje que as doenças reumáticas desempenhem em breve o primeiro papel, uma vez que os benefícios da luta anti-tuberculosa, o despiste precoce das tuberculoses iniciais, o emprego de medicamentos mais eficazes e a melhoria geral do nível de vida mos-

trem completamente os seus benefícios. Então, a doença provocada pelo uso, pelo «gasto» dos órgãos locomotores — consequência da nossa vida actual cada vez mais activa e mais longa — sobrelevará, em prejuízos, todas as outras. Esta afirmação, que poderá ter um «sabor de sensacionalismo», é apoiada na verdade dos factos e verifica-se já naqueles países em que a tuberculose começa a deixar de ser um problema nacional. Importa pois sublinhar que, à medida que a invalidez por tuberculose diminuir, a invalidez por reumatismo passará a ocupar o primeiro lugar.

Sabido que o reumatismo não mata

(excluído o reumatismo poliarticular agudo) e escolhe as suas vítimas em geral entre os 40 e 60 anos — portanto na idade de maior capacidade produtiva do indivíduo — pode imaginar-se da sua importância social através de alguns exemplos que apon-tamos.

Em França, 20 % dos dias de incapacidade e 13,6 % das despesas com pensões de invalidez — devem-se ao reumatismo.

Nos caminhos de ferro da Suíça a morbilidade reumatismal ultrapassa 11 % por ano, enquanto que a provocada pela tuberculose não passa de 0,31 %; na Alemanha, os doentes sofrendo das articulações e dos músculos são 8,2 vezes mais numerosos que os indivíduos tuberculosos; na Grã-Bretanha, o reumatismo representa um sexto de todas as somas dispendidas para a invalidez permanente; na Suécia, há, cada dia, 80.000 a 100.000 pessoas incapazes de trabalhar por doença reumatismal; na América do Norte (estatística de 1937) verificou-se que, enquanto o reumatismo ocupava o primeiro lugar com 6.850.000 casos, o segundo cabia às cardiopatias (e destas ainda algumas são reumatismais) com 3.700.000 casos e à tuberculose o quinto lugar com 720.000 casos; também nesta estatística avaliava-se em 87.000.000 o número de dias de trabalho perdidos anualmente por reumatismo.

Duma maneira geral, deve-se admitir que os reumatismos representam o décimo da invalidez na maior parte dos países, quer o número se refira a dias de incapacidade, a percentagem de pensões pagas ou a dias de hospitalização.

Os reumatismos representam pois uma pesada carga para a sociedade, sobretudo se se considera que o reumatismo crónico é causa de invalidez tanto mais prolongada quanto é certo que a afecção é, em geral, compatível com uma longa sobrevivência.

Repare-se ainda que estes dados estatísticos que informam da magnitude do problema — já largamente suficientes para estimular a preocupação das entidades que têm a seu cargo a Saúde Pública — pecam por defeito, pois eles baseiam-se sobretudo no factor absentismo; na verdade como se pode avaliar a diminuição de rendimento dum operário que, embora trabalhando, está sofrendo dum reumatismo? Como se pode entrar em linha de conta com a imperfeição e morosidade do seu trabalho, com esta incapacidade parcial que escapa às estatísticas? Como se pode avaliar da sobrecarga económica e dos dias perdidos, nos casos em que a dona da casa é atingida, se a profissão de «doméstica» não entra nos dados que cotejamos? Isto para não falarmos no sofrimento e na miséria física e moral que a doença possa



COMPLEXO B

Tubo de 25 comprimidos 12\$50

Série fraca —

Caixa de 12 ampolas . 22\$50

Frasco de 50 comprimidos 28\$00

Série forte —

Caixa de 6 ampolas de 2cc. 32\$00

X a r o p e — Frasco de 170 cc. . . . 27\$00

Reforçado — Tubo de 20 comp. . . . 35\$00



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

PENI-14 A PENICILINA

EM SUSPENSÃO ORAL, EM COMPRIMIDOS
OU INJECTÁVEL, FORMAS IGUALMENTE
EFICIENTES SOB O ASPECTO CLÍNICO.

DOS
14
DIAS



SUSPENSÃO

300.000 U. O. de N,N'-dibenziletlenadamina
dipenicilina G

Em regra uma colher de chá cada 6 horas

COMPRIMIDOS

300.000 U. O. de N,N'-dibenziletlenadamina
dipenicilina G

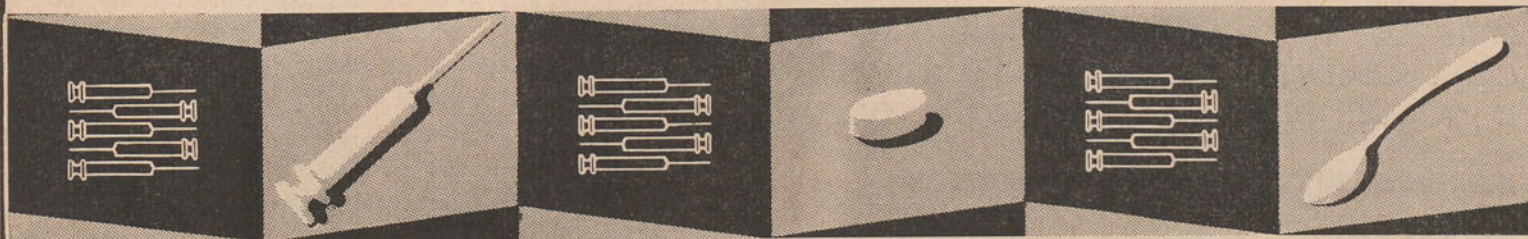
Em regra um comprimido cada 6 horas

900 INJECTÁVEL

N,N'-dibenziletlenadamina-dipenicilina G . . .	500.000 U. O.
Procaína Penicilina G	300.000 U. O.
Penicilina G cristalizada	100.000 U. O.

Em regra uma ampola por semana

MENOS INJECCÕES • UM COMPRIMIDO • UMA COLHER DE CHÁ



IGUAL EFICIÊNCIA • MAIOR COMODIDADE

LABORATÓRIO SANITAS

acarretar, factores de que se não podem tirar conclusões em termos de casuística.

Muito se pode e deve fazer por estes doentes de forma a evitar que se tornem um factor morto, improdutivo para a economia do País. A acção do médico em frente dum reumatismo não pode limitar-se à prescrição duma terapêutica medicamentosa ou cirúrgica; o reumatismo, diferentemente de tantas outras doenças, carece dum esquema de reabilitação, ponderado e iniciado logo na altura do diagnóstico, que permita recuperar o doente para o grupo dos economicamente úteis preparando-o para uma actividade em que a ou as articulações comprometidas não entrem em jogo ou sejam poupadas. Humanitária também, será a nossa ajuda se ensinarmos o doente a tratar-se a si próprio, a prover à sua independência, educando-o, adestrando-o e colocando-o numa actividade compatível com o que a doença poupou. Esta é a mais meritória ajuda, a única inteligente e sensata que a sociedade pode fornecer.

Esta empresa grande e difícil, mas necessária como aparece em conclusão do que vimos de expôr não deve, pelos seus escolhos, fazer-nos protelar a sua solução ou provocar a sua cómoda mas prejudicial ignorância. *Para a colectividade é de longe mais barato tratar o reumatismo, que sofrer os prejuízos da sua invalidez.*

Porque a saúde deixou, cada vez mais, de ser um dom ou uma graça natural para se tornar o resultado dum esforço lúcido, bem informado e perseverante tanto da sociedade como do indivíduo — os países

adiantados na luta anti-reumática olham também à necessidade duma ampla divulgação dos múltiplos aspectos deste flagelo social mal conhecido.

Assim, na Escandinávia, já hoje se faz o despiste reumatológico nos mesmos moldes e ao mesmo tempo que o da tuberculose; certas profissões que levam ao uso preponderante ou exclusivo duma ou dum grupo limitado de articulações não devem ser mantidas durante longos anos sob risco de conduzirem a um reumatismo degenerativo progressivo e daqui a necessidade de aconselhar e ajudar na escolha duma actividade que previna este reumatismo profissional; também através duma melhor informação dos problemas articulares, o leigo pode procurar o auxílio médico necessário logo no início das suas queixas — quando ainda reversíveis — poupando assim em sofrimento, incapacidade e despesa e integrando-se no que deve ser um dogma em todas as doenças de importância social — prevenir ou, pelo menos, tratar no princípio.

Muito se poderia escrever sobre o que é a profilaxia e a readaptação na doença reumatismal, assunto que tem merecido o nosso compreensível e devotado interesse, se este preâmbulo, já demasiado longo, não fosse suficiente explicação da importância do IV e último tema do Congresso que relatamos.

Sobre este assunto apresentaram-se 17 trabalhos de que resumimos os de maior interesse.

Começaremos pela conferência preparada pelo Bureau International du Tra-

vail, exposta por A. A. Bennett, e cujo resumo exporemos:

«A readaptação profissional constitui a etapa final do processo de readaptação e tem por fim a colocação das pessoas inválidas nos empregos mais adequados. Em termos técnicos, executa-se por meio de orientação profissional, da formação profissional e da colocação selectiva, em colaboração com os serviços médicos. Estes princípios, enunciados em 1944 pela Conferência Internacional do Trabalho, servem para todos os inválidos incluindo os reumatisantes.

A orientação profissional aconselha quanto à escolha de emprego; a formação profissional procura a habilidade, a experiência e o conhecimento; uma colocação adequada faz-se graças à selecção cuidada do emprego, apoiando-se sobre uma avaliação médica da capacidade física e sobre um conhecimento profundo dos factores pessoais. O critério, em matéria de selecção, deve ser o grau de capacidade e não o grau de incapacidade.

Na técnica moderna do emprego selectivo tende-se para que a capacidade física do indivíduo corresponda às exigências físicas do emprego ou, em resumo, na sua aplicação têm-se em conta as capacidades físicas e as condições de trabalho. No respeitante aos inválidos reumáticos, surgem dificuldades em virtude do carácter geral dos sintomas das doenças reumatismais, da natureza instável destas afecções e do facto de se manifestarem mais particularmente em certos períodos da vida.

Em muitos casos, o emprego «protegido» pode oferecer uma solução.

Thompson e colaboradores apresentaram um bem elaborado trabalho em que focavam o importante papel que a assistência social, ligada à clínica, desempenha nos doentes de artrite reumatoide fundamentando-se numa casuística de 307 casos tratados durante 24,4 meses.

S. de Séze, Robin e Françon, baseando-se em 600 indivíduos, estudaram a incidência social das doenças reumatismais, concluindo que um terço dos doentes de artrite reumatoide, espondilite anquilosante e coxartrose, podem continuar a exercer a sua profissão; os outros são considerados como inválidos definitivos ou obrigados a mudar de profissão. Inferem daqui a importância dos métodos de reeducação funcional e profissional, frisando a conveniência dos trabalhos manuais adequados e viáveis, dada a sua tripla vantagem de:

- 1) Desenvolver a função articular por gestos práticos;
- 2) Distrair o doente e melhorar o seu humor psicológico;
- 3) Constituir assim uma potencial

MICRIL COMPLEXO

COMPLEXO B BARRAL

FORNECE AO ORGANISMO OS MÍNIMOS NECESSÁRIOS DE CADA ELEMENTO DO COMPLEXO B, ACTIVANDO AS OXIDAÇÕES E ACELERANDO OS FENÓMENOS DO METABOLISMO.

APRESENTADO SOB 3 FORMAS:

INJECTAVEL — SOLUTO INJECTÁVEL DE VITAMINAS B₁, B₂, B₆, PP E PANTOTENATO DE CÁLCIO — CAIXAS DE 5 e 10 AMPOLAS DE 2,2 c. c.

XAROPE — AS MESMAS VITAMINAS COM EXTRACTO DE MALTE EM XAROPE DE CASCAS DE LARANJA. DOTADO DE **SABOR AGRADAVEL** — FRASCOS DE 125 c. c.

DRAGEIAS — CADA DRAGEIA EQUIVALE A 10 c. c. DE XAROPE — FRASCOS DE 40 DRAGEIAS.

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

REPRESENTANTES NO PORTO: **QUÍMICO-SANITÁRIA, L.^{DA}**



O PROPIONATO
DE SÓDIO EM

OFTALMOLOGIA

Oftalsódico

"SCIENTIA"

Em Colírio a 5% e a 10% (frasco conta-gotas)

Em Unguento a 5% e a 10% (bisnaga)

Poderosa acção anti-micótica e
anti-bacteriana ★ Provada compa-
tibilidade com os vaso-constritores
e anestésicos usados em oftalmo-
logia ★ Absoluta tolerância local
e geral ★ Perfeita e indefinida
estabilidade ★ Fácil aplicação

Laboratório Químico-Farmacêutico "Scientia"
Alfredo Cavalheiro, Lda. — Lisboa

Laboratório: R. de Entre-Campos, 15 . Escritório e Armazém: Av. 5 de Outubro, 164 . Telef. P. P. C. 7 3057

fonte de receita para os grandes inválidos.

Os A.A., acentuando que a solução destes problemas pertence em grande parte aos organismos oficiais, estudaram depois as condições da readaptação num serviço de reumatologia — instalações, material, financiamento, educação do pessoal médico e auxiliar, etc.

Brugsch, de Boston, expoz os bons resultados obtidos na clínica de doenças reumáticas do «New England Medical Center» no caso particular de doentes de poliartrite crónica que se apresentavam com

invalidez total. Graças à combinação da terapêutica medicamentosa, da cirurgia ortopédica e reparadora, da aplicação de métodos adequados de psicoterapia, da ergoterapia, da reeducação e da readaptação profissional foi possível desenvolver largamente as possibilidades funcionais destes doentes.

Poal, Wamba e La Prada focaram mais uma vez a importância social da recuperação do reumático, reprovando o erro da sua negligência e afirmando também a necessidade desta começar o mais cedo possível. Os A.A. salientaram a necessidade de não tratar cada articulação isolada-

mente, mas de ter sempre uma ideia do conjunto e da sua importância na estática e dinâmica do corpo.

Terminaram com a citação dos aparelhos usados nas primeiras sessões de recuperação e de acordo com a articulação considerada:

Bicicleta ortopédica para joelhos, ancas, tibio-tarsicas e pés; remo ortopédico para ombros, cotovelos, coluna; mesa de extensão contínua e outros aparelhos de tracção localizada para os vários segmentos da coluna; etc. — aparelhagem de pouco custo e grande auxílio na reabilitação.

A. Evers, de Bad Neundorf e J. Barzin e M. Ory, de Liège, focaram a importância de hidroterapia na recuperação funcional do inválido, salientando o primeiro a necessidade de rever a legislação social para estes doentes, legislação que em geral lhes retira todo o auxílio numa altura em que a sua recuperação se está efectuando (nove meses entre nós). Porque o reumatismo ocupa um lugar aparte nas causas de invalidez e os benefícios da recuperação carecem por vezes de largos meses, é importante fazer beneficiar de prestações ou auxílio mais demorado aqueles doentes cujo estado é susceptível de melhorar, evitando-se também assim o grave dano psíquico, além de todos os outros, que representa a invalidez.

Coste e Jilouz baseando-se nos números publicados pela Caixa da Região de Paris, põem em comparação o flagelo social que o reumatismo representa com as condições lamentáveis em que os reumatisantes são assistidos.

Estudam em seguida os factores a encarar para uma cabal reabilitação destes doentes, permitindo-se assim encurtar as convalescenças, compensar em muitos casos a incapacidade física por uma qualificação profissional superior e reclassificar a maioria dos assistidos numa categoria produtiva da população; isto representará não só uma diminuição de despesas mas também um aumento de dias de trabalho e de impostos pagos.

Michet e Colinet de Bruxelas — trataram o problema da readaptação nos casos de artrite reumatoide, salientando o facto destes doentes atingirem uma idade avançada apesar da sua doença de evolução relativamente rápida. Os cuidados na escolha da profissão — a fazer sob a direcção dum reumatólogo — tornam necessária a intervenção dos poderes públicos dado o número de problemas sociais e financeiros a resolver.

Wensing de Hamm, Alemanha, concluiu dum estudo feito de 1946 a 1953 sobre 150 casos de doença de Bechterew, que a capacidade de trabalho pode, em geral, ser bastante razoável nestes doentes, apesar

LIÇÕES DO IV CURSO DO
APERFEIÇOAMENTO MÉDICO SANITÁRIO
DO
CONSELHO REGIONAL DE LISBOA
DA
ORDEM DOS MÉDICOS

Acaba de ser posto à venda ao preço de **Esc. 45\$00**, cada exemplar.

Neste volume colaboram:

Préfacio — por *M. Cerqueira Gomes*

Relatório do Director do Curso — por *José Andresen Leitão*

As Neftropatias Médicas na Prática Clínica — por *Mário Moreira*

Diagnóstico precoce do cancro do estômago — por *Mário Conde*

Terapêutica do cancro do estômago — por *Jorge Rosa de Oliveira*

Imunização activa na criança — por *Mário Cordeiro*

Hemorragia meningea — por *Diogo Furtado*

Sinusites crónicas (Conhecimentos indispensáveis) — por *Carlos Larroudê*

Observemos a pupila — por *Lopes de Andrade*

Peritonites biliares por transudação (Peritonites bilio-pancreáticas ou coleperitoneu pancreático) — por *Jaime Celestino da Costa*

Aspectos clínicos das esplenomegalias — por *R. Adolfo Coelho*

Tratamento dietético da diabetes — por *Ernesto Roma*

A medicina do trabalho — por *Heitor da Fonseca*

Indicações e contra-indicações das transfusões de sangue e de plasma — por *Herculano Coutinho*

Dor epigástrica aguda — por *João Rafael Belo de Moraes*

Pancreatites agudas — por *Lopes da Costa*

Tratamento das peritonites por perfuração das úlceras gastro-duodenais — por *José Filipe Neto Rebelo*

Dor epigástrica no enfarte do miocárdio — por *Luis Abecasis*

Colecistites agudas — (clínica e terapêutica com as necessárias considerações sobre etiopatogenia) — por *Vasconcelos Caires*

Indicações da radioterapia — por *Carlos Santos*

Injecções piogénicas da pele — por *Juvenal Esteves*

Pedidos para a Organização dos Cursos, Ordem dos Médicos, Lisboa, ou para a Administração de «O Médico», Av. dos Aliados, 41-4.º — Porto.

dum quadro clínico de aparência grave e isto graças a um tratamento adequado.

Santana Carlos e L. de Pap. de Lisboa, falaram da vantagem em reduzir o espasmo muscular para facilitar uma mais rápida reabilitação, baseando-se para isso na sua experiência sobre o uso de «curarizantes».

William Tegner, do London Hospital, Grã-Bretanha, apresentou interessantes considerações sobre a reabilitação, tornando um difícil problema nos casos de artrite reumatóide pela incerteza de cura ou de completa remissão da doença. Depois de pôr em evidência as limitações que as anquiloses implicam, especificadamente para cada articulação, deteve-se na análise das consequências da anquilose em flexão do joelho, facto tão corrente na artrite reumatóide, lembrou que tais deformidades incapacitam o doente de andar e tornam-no pois completamente dependente. Dada a frequência deste aleijão na artrite reumatóide, o autor expôs a necessidade formal de educar e tratar os doentes de modo a obviar a esta anquilose em flexão dos joelhos pois uma vez estabelecida, a sua cura é extremamente aleatória.

Vincou que a reabilitação é uma «palavra de ordem» na nossa geração e deve, no caso especial da reumatologia, iniciar-se logo que se firma o diagnóstico; os resultados desta «profilaxia da anquilose» conduzem a sucessos bem mais frequentes que o seu tratamento.

Rusk e Lowman, de New York, apresentaram um trabalho preliminar baseado no tratamento de 43 doentes com invalidez crónica, sofrendo de artrite reumatóide, em que foi usada a terapêutica medicamentosa e a fisioterapia; 30% destes doentes já gosam duma independência económica e social completa, facto tão notável quanto é certo que o estudo está ainda em curso. Desta experiência os A.A. concluem que os factores mais importantes na reabilitação são:

- a) Tolerância do enfermo aos medicamentos anti-reumáticos;
- b) Extensão das lesões articulares;
- c) Estado psicológico do doente;
- d) Capacidade e colaboração na sujeição à fisioterapia;
- e) Esquema adequado segundo os problemas individuais do doente.

Gunnar Edström, da Suécia, sublinhou a importância capital da reabilitação e reeducação e delineou a maneira de executar o seu programa de acordo com cada caso individual. Descreveu as 4 instituições especializadas nesta recuperação já existentes na Suécia e por último o Hospital destinado à reabilitação dos reumatisantes, em construção actualmente. A Suécia, como de resto os outros países nórdicos, possui uma administração especial para os inválidos e estropeados — a «Administração de Pensões» — de que uma das secções controla e subvenciona este ensino reeducativo; cada província da Suécia tem uma

«Secretaria de emprego para os inválidos», em que todo o doente em estado de invalidez é inscrito. Aqui ele encontra auxílio financeiro e moral para a sua recuperação.

Por fim Hans Hoske, de Colónia e P. Rivero Arrarte apresentaram considerações sobre a organização dum centro de reabilitação e seu apetrechamento a fim de transformar o inválido reumático crónico num indivíduo humano normal, que se honre em ser um útil membro da sua família e da sociedade.

Encerramos este relatório com dois votos:

Que ele tenha conseguido evidenciar a importância que em todos os países, como no nosso, tem o reumatismo;

Que as entidades que dirigem os Serviços Médicos da nossa Previdência Social, e por quem foi pedido o patrocínio do I. A. C. para a nossa missão, acompanhem e sintam a necessidade de solução para este grave problema — um dos primeiros se não o primeiro nos encargos de toda a ordem que ocasiona — solução para a qual prometemos as nossas possibilidades, os nossos conhecimentos e todo o nosso entusiasmo.

**JOSÉ ALBANO CUSTÓDIO
DE MENDONÇA DA CRUZ**

(Interno dos Hospitais — Equiparado
a Bolseiro do I. A. C.)

**NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL
REUMATISMO ARTICULAR, ETC.**

I O D O P₂
AMPOLAS-GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO
COM SOLU P₂

**PREVENÇÃO DOS ACIDENTES
HEMORRÁGICOS. MELHOR
TOLERÂNCIA DO IODO**

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

EM COIMBRA

Concurso para Catedrático de Neurologia da Universidade de Lisboa

Ao abrigo de disposições legais, relativamente recentes, foram marcadas para Coimbra as provas de concurso para Professor Catedrático de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

respeito à apreciação do Prof. Flores acerca do «curriculum» do Prof. Diogo Furtado. Assim, foi entre estes dois professores que se trocaram mais incisivas palavras, mantendo-se, contudo, durante todos os trabalhos, elevado nível. Toda a

como está estabelecido para provas desta natureza.

O Prof. Almeida Lima falou sobre «Circunvalação do corpo caloso — Tentativa de interpretação funcional».

Encarregou-se da crítica da lição o Prof. Barahona Fernandes, que teve oportunidade para mostrar o seu alto valor intelectual por se situar a lição um pouco fora do âmbito dos seus estudos, a psiquiatria, e ter patenteado, apesar disso, uma preparação muito cuidada. Na discussão pôs-se em foco, novamente, a maleabilidade, extraordinária, de espírito do arguente, a par das qualidades de candidato.

A lição do Prof. Diogo Furtado, que se distinguiu pelo sentido pedagógico e brilho de exposição, teve por tema «Mielose funcional».

O Prof. Correia de Oliveira, encarregado da argumentação, entrou em vastas considerações científicas, travando-se depois animada troca de ideias a revelar as qualidades intelectuais e de saber dos contendores.

O júri reuniu, seguidamente, tendo aprovado em mérito absoluto os dois candidatos.

Em mérito relativo classificou em primeiro lugar o Prof. Almeida Lima que assim vai ser o Catedrático de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

L. A. D. S.



O Prof. Diogo Furtado pronunciando a sua lição

(Foto exclusiva de «O Médico»)

Também ao abrigo dessas mesmas disposições não foi à Faculdade, constituída em júri, que competiu decidir-se na apreciação das provas, mas sim a um júri, nomeado pelo Snr. Ministro da Educação Nacional.

Era esse júri constituído por professores, em exercício e jubilados, de neurologia, psiquiatria e anatomia normal, pertencentes às três Universidades portuguesas, presidindo o Reitor da Universidade de Lisboa, Prof. Dr. Pinto Coelho.

Como membros desse júri foram nomeados os Profs. Drs. Elísio de Moura, Egas Moniz, António Flores, Barahona Fernandes, Hernâni Monteiro, Maximino Correia e Vítor Fontes.

Concorreram os Profs. Drs. Almeida Lima e Diogo Furtado, já professores da Faculdade de Medicina de Lisboa, e o primeiro o Encarregado do Curso de Neurologia.

Perante grande assistência e com o maior interesse, decorreram as provas, que se realizaram, na Sala dos Capelos, nos dias 20 e 21 de Novembro.

Iniciaram-se com a apreciação e discussão do *curriculum vitae* dos candidatos. Encarregaram-se desta parte do concurso os Profs. António Flores e Correia de Oliveira.

Os trabalhos dos candidatos foram muito elogiados de uma maneira geral, havendo contudo certa reserva no que diz

discussão foi seguida, pelo júri e pelo público, com a maior atenção.

No dia seguinte deram, os concorrentes, as suas lições sob tema à sua escolha,



O Prof. Almeida Lima pronunciando a sua lição

(Foto exclusiva de «O Médico»)



Xarope para a tosse

SEDOPECTAN

A ausência na sua composição de alcaloides e hipnóticos permite, sem inconveniente, o seu uso prolongado por crianças e adultos.

COMPOSIÇÃO:

Infuso de abótano	1,71 g.
Infuso de pulmonária	2,56 g.
Metilesculetina	0,114 g.
Trietanolamina	0,57 g.
Xarope de groselha	7,1 g.
Açúcar	93,0 g.
Água destilada q. b. p.	150,0 g.

APRESENTAÇÃO:

Frascos de 150 g.

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H.

MANNHEIM

AGENTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL:

FERRAZ, LYNCE, LDA.

Travessa da Glória, 6-2.º – LISBOA

DR. GERHARD KOCH

Deu-nos recentemente o prazer da sua visita o prestigioso neuro-psiquiatra alemão Dr. Gerhard Koch, digno colaborador deste Jornal. O Dr. Gerhard Koch, que em tempos se demorou nos nossos

entre os quais conta os Professores Dr. Otfried Foerster, Dr. Karl Kleist, Dr. Gotfried Ewal e Dr. Dr. h. c. Ernst Kretschmer.

Esta sua curta visita a Portugal foi



O Dr. Gerhard Koch na gare de S. Bento recebe as despedidas de alguns médicos psiquiatras. Da esquerda para a direita, Drs. Borges Guedes, Gregório Pereira, o homenageado e o Dr. Azevedo Fernandes

meios científicos, trabalha presentemente, na Clínica universitária de Münster, sob a direcção do Prof. Dr. Manz, chefiando uma secção de «investigações hereditárias» em neuro-psiquiatria».

É autor de cerca de 30 publicações científicas e foi discípulo de Mestres dos mais proeminentes de todos os tempos,

motivo de regosijo para os muitos amigos que aqui soube conquistar através do seu mérito incontestável e das suas qualidades de natural simpatia e lhanza de trato.

O Jornal «O Médico» saúda afectuosamente o Dr. Gerhard Koch, desejando-lhe prosperidades.

I Semana da Tuberculose

É o seguinte o programa de actividades da I Semana da Tuberculose, que se iniciou em 29 Novembro último, em Coimbra, e sob a presidência do Prof. Bissaia Barreto..

Dia 29 — às 15 horas, inauguração da Exposição de Luta Antituberculosa em Portugal, no salão nobre da Câmara Municipal de Coimbra. A Exposição conservar-se-á aberta ao público durante toda a semana.

Dia 30 — às 20 horas, palestra no Emissor Regional de Coimbra pelo Dr. José dos Santos Bessa, delegado do I.A.N.T. na Zona do Centro.

Às 21,30 — conferência na Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca (Salão de Conferências dos Hospitais da Universidade), pelo Dr. Ramos Lopes, assistente da Faculdade de Medicina, subordinada ao título: «As enfermeiras perante a tuberculose».

Dia 1 de Dezembro — às 20 horas: discurso do Prof. Dr. Bissaya Barreto, catedrático da Faculdade de Medicina de Coimbra e presidente da Junta de Província da Beira Litoral, no Emissor Regional de Coimbra.

Dia 2 — às 20 horas: no Emissor Regional de Coimbra, discurso do Dr. Armando Gonçalves, director do Dispensário Antituberculoso do Pátio da Inquiisição.

Às 21,30 horas: conferência na Escola Normal Social (Rua Oliveira Matos), pelo Dr. Alberto Fontes, director do Hospital Sanatorial da Colónia Portuguesa do Brasil, subordinada ao tema: «Saber como se dá o contágio da tuberculose para o saber combater».

Dia 3 — às 20 horas: discurso no Emissor Regional de Coimbra, pelo Prof. Dr. Augusto Pais da Silva Vaz Serra, catedrático da Faculdade de Medicina e director do Dispensário Antituberculoso «Dr. Adelino Vieira de Campos».

Às 21,30: sarau no Teatro Avenida, com a colaboração do Orfeão Académico de Coimbra, e de outros estudantes em fados e guitarradas. Serão exibidos os filmes «Rumo à Vida» e «A Vida é Bela», de propaganda antituberculosa..

Dia 4 — às 22 horas: discurso no Emissor Regional de Coimbra, pelo Dr. Carlos da Veiga Leal Gonçalves, director do Sanatório de Celas.

Às 21 horas: conferência na Escola de Enfermagem Rainha Santa Isabel (Rua Eça de Queirós), pelo Dr. Joaquim Rodrigues Branco, assistente da Faculdade de Medicina, sobre: «Profilaxia da Tuberculose».

Dia 5 — Peditório público a favor da luta antituberculosa, pelas alunas das Escolas de Enfermagem e da Escola Normal Social, com a colaboração de outras distintas senhoras superiormente dirigidas pela Ex.^{ma} Senhora Condessa do Ameal.

Antem...

BALSAMO ANALGÉSICO

Hoje...

algiDerma

Crema analgésico, anti-flogístico, e anti-reumático

Dores reumáticas, artríticas, pleurais, musculares, intercostais

LABORATÓRIO **Davi** LISBOA

Sociedade Portuguesa de Dermatologia

Sob a presidência do Prof. Mário Trincão, reuniu-se no Hospital de Santa Marta, em Lisboa, no dia 14, a Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia. Depois de tratados diversos assuntos de ordem profissional, foi resolvido que o III Congresso Luso-Espanhol de Dermatologia se efectue em Santander, em Setembro do próximo ano de 1954.

Foram em seguida discutidos vários casos clínicos, demonstrados com a exibição de doentes, findo o que o Dr. Lemos Salta apresentou «Censo dos doentes da lepra nas ilhas da Madeira, Santa Maria e S. Miguel» trabalho de investigação que realizou, de Setembro de 1952 a Maio do corrente ano, por determinação do sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social.

Após breve referência histórica sobre o aparecimento e desenvolvimento da lepra na Madeira e nos Açores, citando os trabalhos de Silva Carvalho, Julius Goldschmidt, Joseph Adams, António José Vieira da Cruz, Sá Penela, padre Ernesto Ferreira, Velho Arruda e o Inquerito da Lepra realizado pela Direcção-Geral de Saúde de 1934 a 1937, descreveu o método de trabalho que seguiu na sua investigação, apontando, por último, os resultados do censo, dizendo que encontrou apenas nove doentes nas três ilhas, dos quais só dois contagiosos.

Instituto Português de Oncologia

Integradas no programa do presente ano lectivo do I. P. O., efectuaram-se naquele Instituto, nos dias 5 e 12, mais duas conferências. A primeira, da autoria do Dr. Freire da Cruz, intitulava-se «Hipertiroidismo e diabetes». O orador começou por desenvolver os actuais conhecimentos relacionados com o metabolismo da diabetes, merecendo-lhe interesse especial as determinações do metabolismo, completamente diferente quando coexiste o hipertiroidismo. Seguidamente, e com fundamento no estudo de doze casos de hipertiroidismo, todos com alterações metabólicas, e alguns associados à diabetes, o conferencista demonstrou a aplicação prática dos conhecimentos teóricos expostos na primeira parte do seu trabalho.

O Dr. H. Thompson, cirurgião do Hospital de Londres e consultor do Hospital de S. Marcos, daquela capital, que a Lisboa veio a convite do Instituto Português de Oncologia, onde foi apresentado pelo respectivo director, Prof. Francisco Gentil, foi o autor da segunda conferência, na qual versou o tema «Ressecção anterior no carcinoma recto-sigmoideu». O orador, depois de saudar, em nome dos cirurgiões de S. Marcos, o Prof. Francisco Gentil e todos os médicos do I. P. O. que têm frequentado o referido hospital, entrou no assunto da sua

conferência descrevendo as várias localizações do cancro do recto e do colon sigmoideu e apresentando as vias de propagação do tumor a distância, factos que considera fundamentais para determinar a escolha da técnica operatória. Explicou, depois, os casos relacionados com a situação do tumor, em que os cirurgiões de S. Marcos realizam a ressecção do tumor por via abdominal, seguida de anastomose. Descreveu, a seguir, os principais tempos operatórios, pondo em evidência pormenores de ordem técnica indispensáveis para que tal tipo de operação dê bons resultados e, por fim, acentuou que só em 1948 se estabeleceu a técnica a que vinha referindo-se, o que não permite ainda que se apresentem números estatísticos.

Partidas e Chegadas

Dr. Bello Pereira

Acompanhado de sua esposa, regressou de Paris o Dr. Bello Pereira, assistente de Clínica Cirúrgica dos H. C. L., que à capital francesa se deslocara, como bolsheiro do I. A. C., em missão de estudo.

Dr. Ferreira Malaquias

Acompanhado de sua esposa, regressou de Londres, onde visitou vários centros clínicos da capital inglesa, o Dr. José Ferreira Malaquias.

WANDERCILINA

PENICILINA-PROCAINA EM SUSPENSÃO
AQUOSA PRONTA A APLICAR

GRANDE FACILIDADE
DE ADMINISTRAÇÃO

ELEVADOS NÍVEIS
TERAPÊUTICOS

CUSTO REDUZIDO

Frascos de	400.000	12\$00
, ,	600.000	16\$50
, ,	2.000.000	37\$50

(Nesta última dosagem, cada 400.000 u. custam apenas 7\$50)

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PRODUTOS WANDER, L.^{DA}

Av. Sidónio Pais, 24 r/c^{D.to}

LISBOA

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 23 a 29 de Novembro)

Dia 23 — A Comissão Municipal da Vila da Maia, com o fim de desfazer considerações que têm sido emitidas acerca da construção do Posto Hospitalar de Consulta Externa, informa:

1.º — O subsídio da Câmara Municipal, foi incluído no Plano de Actividades relativo ao ano de 1952, aprovado em 10 de Setembro de 1951 pelo digno Conselho Municipal;

2.º — A comparticipação do Estado é de 50 %, verba essa concedida pelo Fundo do Desemprego consoante portaria que foi publicada no n.º 55, II série do «Diário do Governo», de 5 de Março de 1952;

3.º — Está patente a quem desejar consultá-lo, na Repartição Técnica da Câmara, o projecto relativo à primeira fase;

4.º — A adjudicação, por concurso público, coube ao empreiteiro sr. José Ferreira Gomes, de Fornelo, Vila do Conde, pela quantia de 151.570\$00.

— O Ministro do Interior recebe o presidente da Câmara Municipal e o provedor da Santa Casa da Misericórdia de Tavira, srs. capitão Coelho Ribeiro e Henriques de Brito, que se deslocam, propositadamente, a Lisboa, para lhe entregarem uma expressiva mensagem, assinada por numerosos tavirenses, de agradecimento pelo auxilio e amparo que à Misericórdia local e ao seu hospital tem dispensado aquele membro do Governo.

O titular da pasta do Interior agradece a homenagem e declara que a obra de assistência realizada pela Misericórdia de Tavira justificava plenamente todo o auxilio que o Governo lhe tem dado ou venha a dar. Depois põe em relevo a benemérita acção dos dirigentes de tão útil instituição e em especial do provedor, sr. comandante Henrique de Brito, que bem merecem — disse — a cooperação do bom povo tavirense.

25 — Os técnicos espanhóis que estão reunidos em Lisboa, com os seus colegas portugueses, para estudar um plano conjunto de combate a certas doenças dos animais, que afectam a economia de ambos os países, visitam o Laboratório Central de Patologia Veterinária, em Benfica, onde apreciam vários estudos ali feitos relativos à produção de soros, vacinas e seus contrastes.

Na sessão da tarde, os técnicos espanhóis e portugueses reunidos na sala da biblioteca da Direcção Geral dos Serviços Pecuários, apreciam os trabalhos levados e realizados pela Direcção Geral dos Serviços Pecuários, especialmente os referentes à luta contra a tuberculose dos bovinos-leiteiros, febre de malta, raiva, etc.

26 — Em Braga, o Dr. José de Araújo Gama, profere uma conferência de divulgação científica intitulada «Necessidade da electro-medicina para o diagnóstico médico».

27 — Em Lisboa, na Direcção Geral dos Serviços Pecuários terminam os trabalhos para o estabelecimento das bases de um acordo de sanidade veterinária entre Portugal e a Espanha. Preside o Dr. França e Silva, director geral, que agradece ao seu colega espanhol e aos técnicos da sua missão a colaboração dada nos trabalhos, tendo sido aprovado um texto com as conclusões a que chegaram as comissões especializadas, a partir das quais se determinaram as referidas bases.

É também, aprovada a agenda da reunião a efectuar em Madrid, em Março do próximo ano.

O texto elaborado vai ser submetido a homologação dos governos dos dois países.

— Chega a Lisboa, vindo de Madrid, o Dr. Oscar Ivanissovich, cirurgião argentino-

antigo reitor da Universidade de Buenos Aires e antigo embaixador do seu país nos E. U. Permanece alguns dias entre nós.

28 — No Porto realiza-se uma reunião científica da Sociedade Portuguesa de Ortopedia com o seguinte programa: às 11 horas no Hospital Geral de Santo António, intervenção no bloco cirúrgico, pelo Dr. José Botelho; às 21 e 30, na Ordem dos Médicos prelecções dos Drs. Fernando Ferreira Alves, Alvaro Ferreira Alves, Vieira Coelho, Carlos Lima, Luís Carvalhais e Fernando Prata de Lima.

— No Porto na Faculdade de Medicina, é prestada homenagem póstuma à memória do Prof. António Joaquim de Sousa Júnior, que foi director do laboratório de bacteriologia, agora com o seu nome. A sessão desdobra-se em dois actos, sendo o primeiro no Hospital Joaquim Urbano, onde está aquele laboratório, e o segundo no salão nobre da Faculdade.

No descerramento da lápide do laboratório pelo Prof. Rocha Pereira e na sessão solene, além deste, que representa o Director da Faculdade, fala o Prof. Carlos Ramalhão. O elogio do homenageado é continuado nos discursos dos Profs. Vitorino Nemésio, da Faculdade de Letras de Lisboa, e Amândio Tavares, reitor da Universidade, que encerra a sessão. Durante esta e junto à mesa da presidência está colocado um retrato do Prof. Sousa Júnior, da autoria do Prof. Abel Salazar.

«O Médico» dará desta sessão memorável a destacada reportagem..

29 — Inicia-se em Coimbra a I Semana da Tuberculose, a cuja comissão preside o Prof. Bissaia Barreto. Damos o programa em outro local e só nos referimos à Exposição da Luta Antituberculosa em Portugal hoje inaugurada na Câmara Municipal de Coimbra.

— Realiza-se um cortejo de oferendas a favor da Misericórdia de Torres Novas.

— A favor do Hospital de Albergaria-a-Velha, o cortejo de oferendas rende cerca de 120 contos.

Estrangeiro

Termina em Madrid o Curso de Patologia Digestiva do Hospital Provincial e dirigido pelos Drs. Giménez Diaz, Gonzalez Bueno e H. Mogena.

A descoberta de um antibiótico contra o cancro é anunciada pelo Dr. Pablo Heredia, director do Instituto de Investigações do Ministério da Saúde Pública, de Buenos Aires.

O Dr. Heredia, que comunicou a notícia ao Congresso Médico em Buenos Aires, experimentou o novo antibiótico em ratos e declara que os resultados foram positivos em 4 ratos de cada 6 submetidos à experiência. Uma só injeção de antibiótico designado por «Candimicina» impede a evolução do tumor, quando praticada directamente. As injeções subcutâneas têm efeito mais lento.

Interrogado no final da sua exposição, que ilustrou com projecções de microfotos, o Dr. Heredia disse que não pretende anunciar a cura do cancro, mas apenas o adiantamento das suas investigações que considera as mais prometedoras das que têm sido anunciadas até agora no mundo inteiro.

— Na Bélgica, o Dr. Theo Henusse descobre uma peça ignorada de Moliere..

— Dizem os ingleses, cinco médicos, em relatório publicado na Lancet, que quando os operários de trabalhos pesados sofrem um ataque cardíaco há probabilidades de esse ataque ser menos severo do que no caso de um trabalhador sedentário. Os médicos julgam possível que a maior actividade física de um operário de trabalhos pesados beneficie o sistema sanguíneo por qualquer forma.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

— Em Angra do Heroísmo e para a primeira fase das obras do hospital regional de Angra, cuja base de licitação é de 7.540 contos.

— Em Coimbra, no próximo mês de Janeiro, deve efectuar-se um curso de Neurologia post-escolar, que será regido pelo Dr. Nunes Vicente e é organizado a pedido de um grupo de médicos.

— A favor do Hospital de Resende realiza-se em 13 de Dezembro um cortejo de oferendas.

— Notícia de Ermesinde, arrabalde do Porto, diz que uma comissão de amigos e admiradores do médico Dr. Manuel Moutinho Alves, de Ermesinde, vai promover-lhe uma homenagem de apreço às suas altas qualidades a qual está sendo aguardada com o maior interesse. Oportunamente será indicada a data e local em que a mesma vai ser levada a efeito.

Estrangeiro

Em S. Francisco da Califórnia (E.U.A.) realiza-se nos dias 18 e 19 de Junho de 1954, a reunião anual da Associação Americana de Gastroenterologia.

— No dia 21 do mesmo mês e naquela cidade reúne a Associação Médica Americana.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 19-XI a 24-XI-953)

20-XI

Dr. Augusto Salazar Leite, director de serviço de análises clínicas dos Hospitais Cívicos de Lisboa — autorizado a deslocar-se a Londres nesta data, em missão do Ministério do Ultramar.

24-XI

Dr. Celestino Nunes Baptista, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 1 de Guarda Nacional Republicana (Coruche).

20-XI

Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo, 1.ª Secção:

— O Dr. José de Magalhães e Menezes, médico, morador em Lisboa, na Rua Alves Correia, 163-1.º-D., recorreu para este Supremo Tribunal do despacho do Sr. Subsecretário de Estado da Assistência, de 3 de Outubro do ano findo, que determinou que o recorrente abandonasse o cargo de médico da Santa Casa da Misericórdia, por se ter aposentado voluntariamente do lugar de primeiro-oficial da Administração Geral dos Correios, Telégrafos e Telefones. Foi concedido provimento ao recurso e anulado o despacho recorrido.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

Egas Moniz (Prémio Nobel), Júlio Dantas (Presidente da Academia de Ciências de Lisboa)

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Moraes Zamith, M. Bruno de Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moreis, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomosa do Disp. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.º António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.º António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO
Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Prêsado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

COIMBRA — Luís A. Duarte Santos (Encar. de Cursos na Fac. de Med.); — LISBOA — Fernando Nogueira (Médico dos H. C. L.) e José Andresen Leitão (Assist. da Fac. de Med.); PORTO — Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Lavrador Ribeiro (Luanda); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.º (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 120\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 160\$00;

Outros países: um ano — 200\$00

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 170\$00 Ultramar — 220\$00

As assinaturas começam em Janeiro; no decorrer do ano (só para «O Médico») aceitam-se assinaturas a começar em Abril, Julho e Outubro (respectivamente, 100\$00, 70\$00 e 40\$00).

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E PRÍNCIPE, ÁFRICA FRANCESA E CONGO BELGA — Publicações Unidade (Sede: Avenida da República, 12, 1.º Esq. — Lisboa; deleg. em Angola — R. Duarte Pacheco Pereira, 8, 3.º — salas 63-64 Luanda). — LOURENÇO MARQUES: Livraria Spanos — Caixa Postal 434 — NOVA GOA: Livraria Singbal.

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

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

