

# Um conceito patogenético geral da patologia — Medicina integrativa e sistema neuro-ergonal

MICHEL MOSINGER

(Professor de Anatomia Patológica da Universidade de Coimbra)

Desde Hipócrates, médicos e naturalistas estão à procura dum conceito de conjunto da Biologia e da Patologia.

Um tal conceito deve explicar todos os processos mórbidos fisio-patológicos e todos os processos anátomo-patológicos (dismembratórios, degenerativos dismetabólicos, distróficos, inflamatórios, tumorais benignos e malignos) e aplicar-se a todos os ramos da Medicina. Deve constituir um guia constante na interpretação patogénica de todos os síndromas patológicos e na sua terapêutica.

## CLASSIFICAÇÃO E CRÍTICA DOS CONCEITOS PATOGENÉTICOS

Duas tendências, uma exogenista, outra endogenista, tem-se sempre manifestado no espírito dos patogenistas:

1.º A tendência exogenista atribui o papel principal aos factores etiológicos exógenos ou cósmicos. Conheceu o seu apogeu com a revolução pastoriana.

Pelo contrário, certos autores modernos, tais como Spensky e Ricker, julgam que os factores etiológicos oxógenos são simplesmente estimulantes não específicos de mecanismos patogenéticos endógenos. Os mesmos autores pretendem que está encerrada a era da patologia celular de Virchow.

Sem dúvida, os factores endógenos são de importância primacial. Mas a capacidade patogénica directa dos agentes exógenos fica não menos considerável.

Insistimos pessoalmente na importância dos processos celulares directos em todos os campos da Patologia, particularmente no da Carcinologia, pedra de toque dum conceito patogenético geral em Medicina. Por outro lado, o problema do cancro é de natureza celular.

Sem dúvida, há numerosos tumores de patogenia endógena, e as hormonas estão na origem de numerosos tipos de cancro. Obtivemos pessoalmente, com a administração repetida de hormonas esteróides, quase todos os tipos de cancros e tumores benignos. Todavia, obtém-se quase todas as formas de cancro também com substâncias cancerígenas sintéticas e naturais exógenas, com factores físicos e vírus exógenos. Certos agentes cancerígenos são encontrados, nos animais tratados, como os vírus, nas próprias células cancerizadas. Quanto às reacções endócrinas obtidas por nós, por meio da administração repetida de princípios cancerígenos, têm unicamente, a nosso ver, papel suplementar na génese dos tumores obtidos com estes princípios.

No campo da Agressologia, obtivemos, por outro lado, síndromas patológicos complexos, por meio de intoxicações variadas, em animais suprarenectomizados ou hipofisectomizados e em zonas denervadas.

Em suma, existe uma patologia directa de origem exógena cuja importância é destacada pela microfísica actual aplicada à Biologia.

2.º Os conceitos endogenistas procuram o determinismo patogénico no próprio organismo.

a) O conceito humoral primitivo de Hipócrates foi duma grande homogeneidade porque explicava todas as doenças pela viciação dos quatro humores do organismo (discrasias).

A esta teoria humoral opôs-se o conceito anatómico de Asclepiado (Patologia solidar, precursora dos conceitos anatómicos modernos de Morgagni, Laënnec e Bichat e da própria patologia celular de Virchow).

b) Os conceitos fisiológicos iniciados por Claude Bernard tomaram largamente em conta os factores endógenos, humorais e nervosos.

c) Os conceitos alérgicos devidos a Robert Koch; Charles Richet e Héricourt, Arthus e von Pirquet, são essencialmente endogenistas. No sentido largo da palavra, alergia quer dizer reactividade modificada, embora certos autores reservem o termo de alergia à modificação da reactividade por mecanismos antígeno-anticorpos (alergia propriamente dita). Utilizamos, pessoalmente o termo de heterergia para designar a alergia no sentido largo e distinguimos heterergia neurogénica, heterergia de origem endócrina, vitamínica, antígeno-anticórpica, etc.

d) Os conceitos hormonais atribuem o papel principal, em patogenia, a diversos tipos de hormonas.

A importância das neuro-hormonas e citormonas (histamina, acetilcolina, adrenalina, noradrenalina) é bem conhecida em numerosos processos patológicos.

o papel das hormonas flogísticas (floghormonas da nossa terminologia) é considerável no domínio dos processos inflamatórios.

Hormonas especiais intervêm na génese de quase todos os processos patológicos.

O papel das cortico-suprarrenais, admitido desde o início do século por Abelous; Bernard e Bigard (1903); e ulteriormente por Josué e Godlewsky (1925) originou, como se sabe, o conceito da patologia de adaptação de Selye. Segundo este conceito, os factores exógenos e os choques endógenos realizam todos os processos patológicos essencialmente por meio das hormonas cortico-suprarrenais consideradas como hormonas de adaptação. Mais recentemente, o autor canadiano atribue também papel à hormona somatotropa da hipófise. Num recente Tratado fizemos a crítica deste conceito na base das nossas próprias investigações anátomo-clínicas e experimentais.

Obtivemos em particular, uma patologia degenerativa, distrófica, inflamatória e tumoral por meio da administração repetida de numerosos tipos de hormonas e por numerosos tipos de choques exógenos mesmo em animais suprarenectomizados. Obtivemos também uma patologia complexa por meio de lesões do sistema nervoso central e periférico em animais normais, hipofisectomizados ou suprarenectomizados.

Indiscutivelmente o papel patogénico do sistema hipofisocortico-suprarrenal é considerável. Obtivemos pessoalmente com a administração repetida e prolongada de desoxicorticosterona, de cortisona, de A. C. T. H. e de hormona somatotropa, uma patologia extremamente complexa, interessando o sistema nervoso, as glândulas endócrinas e quase todos os órgãos e tecidos conjuntivos, epitélio-conjuntivos, celómicos, genitais e vestigiários. Estes processos patológicos são de ordem clástica, degenerativa, inflamatória ou hiperplásica e tumoral.

Todavia, realizámos uma patologia não menos complexa com a administração prolongada de substâncias estrogénicas, a progesterona, a testosterona, extractos ante-hipofisários, a tiroxina, extractos placentares. Quase todos os tipos de viscerite e de tumores benignos e malignos foram obtidos por hormonas não suprarrenais, e numerosos efeitos agudos e subagudos persistem nos animais suprarenectomizados. Por conseguinte, a totalidade do sistema endócrino deve ser considerada na patogenia dos processos patológicos tumorais e não tumorais. Aliás em todos os tipos de choque, notam-se reacções histo-fisiológicas de todas as glândulas endócrinas.

Por conseguinte,, o conceito hipófiso - corticosuprarrenal, apesar de modificado várias vezes, constitue uma simplificação inadequada da patogenia.

Criticamos também, como o fez René Leriche, o carácter finalista do conceito de Selye.

Mas mesmo um conceito plurihormonal puro não parece admissível. Desde 1933 sustentámos com Roussy, na base das nossas investigações, que o funcionamento endócrino é intimamente ligado ao funcionamento do sistema neuro-vegetativo o qual apresenta além disso capacidade patogénica própria.

e) Os conceitos neurogêneos iniciaram-se com as experiências de Magendie e de Samuel e com Charcot.

O conceito neuro-vascular de René Leriche fica uma das bases fecundas da cirurgia fisiológica.

Speransky, o sucessor de Pavloff, cujas investigações se iniciaram em 1925, explica todos os processos patológicos, inclusive os cancros, pela intervenção do sistema nervoso (teoria da Neurodistrofia). Todavia, as experiências de Speransky, no campo do cancro experimental, não tem bases histológicas concludentes. Mas o autor russo demonstrou com nitidez o papel do sistema nervoso nas inflamações, nas distrofias e nas úlceras crónicas.

Gustavo Ricker e sua escola iniciaram, em 1935, numerosas séries experimentais sobre o papel do sistema nervoso na inflamação e estabeleceram uma importante lei dos gradientes («Stufengesetz») uma das bases da «Relationspathologie». (A patologia das relações de Ricker toma em conta unicamente o sistema nervoso).

Em 1925, iniciámos pessoalmente uma série de investigações anatómo-clínicas e experimentais sobre os síndromos viscerais de origem nervosa central e periférica, e realizámos um primeiro trabalho de conjunto na nossa tese de doutoramento (Nancy, 1931). Descrevemos em particular síndromas pulmonares, abdominais e peritoneais, hepáticos, renais e urinários, digestivos, vasculares periféricos, genitais e mamários, sobrevivendo em lesões nervosas centrais e periféricas, agudas e crónicas.

Em 1934, evidenciamos, com Roussy, o papel do sistema nervoso no mecanismo da reacção cutânea local histamínica a qual constitue uma reacção inflamatória típica, e obtivemos modificações de certos processos inflamatórios experimentais por intervenções nervosas centrais e periféricas. Estudámos desde então a patologia visceral complexa observada em patologia humana e experimental, nas lesões do cortex cerebral, do diencéfalo, do mesencéfalo, do cerebelo, do bulbo, da medula espinal, dos gânglios cervicais superiores, dos gânglios estrelados, do plexo solar e dos nervos vegetativos.

Estudámos além disso as reacções histo-fisiológicas nervosas em numerosas tipos de síndromas agressivos físicos, tóxicos e infecciosos. Demonstrámos a grande sensibilidade reaccional do sistema neurovegetativo e sobretudo do hipotálamo.

Tendo descrito em 1933 a intimidade das correlações hipotálamo-hipofisárias e definido o complexo hipotálamo-hipofisário, formulámos, pela primeira vez, em 1936, o conceito do papel primacial que desempenha o hipotálamo em Biologia e em Patologia. As nossas investigações foram expostas no seu conjunto num Tratado de Neuro-endocrinologia (1946).

Desde 1935, Reilly e a sua Escola analisaram por sua vez o papel do sistema nervoso na inflamação e na imunidade. Este autor chegou a uma lei dos gradientes distinta da lei de Ricker. Guy Tardieu estudou sistematicamente os síndromas experimentais de origem diencefálica experimental.

Em 1942, Jean Delay e os seus colaboradores iniciaram o estudo sistemático dos síndromas de origem ventricular e diencefálica no homem.

Os síndromas neurogêneos não são unicamente devidos a reacções cortico-suprarrenais secundárias por que obtivemos tais síndromas mesmo em animais suprarrenalectomizados.

O papel do sistema nervoso em patologia é notável. Todavia, não nos parece possível admitir uma teoria neurogênea pura de toda a patologia. Mostrámos que qualquer intervenção sobre o sistema nervoso determina modificações de todo o sistema endócrino. Por conseguinte, o sistema nervoso actua simultaneamente de maneira directa sobre os órgãos de execução e de maneira indirecta por meio de sistema endócrino.

## CONCEITO PESSOAL

A. — BASES. — O nosso conceito formulado nas suas partes essenciais, em 1933, baseia-se:

1) Em investigações anatómo-clínicas iniciadas em 1925, e dizendo respeito à Patologia visceral neurogênea e à Patologia endocrinogênea.

2) No estudo sistemático das reacções histo-fisiológicas e anatómo-patológicas do sistema nervoso central e periférico e do sistema endócrino, em Patologia humana.

3) Em investigações iniciadas em 1931, com Roussy, sobre a histofisiologia, as conexões nervosas e a Patologia do diencéfalo, da zona subtalâmica, do complexo hipotálamo-hipofisário e do sistema neuro-endócrino em geral.

4) Em investigações experimentais comportando:

a) A produção de lesões agudas e crónicas dos diversos segmentos do sistema nervoso central e periférico;

b) A administração aguda ou repetida e crónica até mais de 3 anos, de hormonas (estrogêneas, testosterona, D O C A, cortisona, progesterona, A. C. T. H., extractos ante-hipofisários, hormona somatótropa, progesterona, tiroxina, acetilcolina, adrenalina, parathormona, extractos placentares, extractos viscerais diversos) e de outras ergonas.

c) A administração repetida das substâncias tóxicas mais diversas, a produção aguda ou repetida de choques físicos e traumatismos diversos, a administração repetida de substâncias coloidais, a inalação de gases tóxicos ou de corpos estranhos, a produção repetida de choques protéjicos.

d) A administração repetida de substâncias cancerigêneas sintéticas e a implantação de tumores benígnos e malignos experimentais.

e) Carências vitamínicas, hormonais e viscerais diversas (por viscerectomia).

f) Associações variadas destes diversos tratamentos experimentais (tratamentos biérgicos, triérgicos ou poliérgicos) com o fim de estudar as modificações (heterergização ou alergização no sentido da hipergização ou hiperergização) dos processos de choque, de inflamação, de regeneração, de degenerescência, ou de necrose.

g) Associações variadas com o fim de averiguar estimulações dos processos proliferativos benígnos ou malignos (blasto e cancro-estimulação, cocarcinogénese), a sua inibição (blasto e carcinoinibição) ou modificações da carcinoresistência ou carcinofilia.

Em todos os animais estudámos sistematicamente todos os órgãos assim como todo o sistema neuro-endócrino, contando a nossa colecção actualmente mais de 6.000 animais.

B. — PROPOSIÇÕES DUM CONCEITO PATOGENÉTICO GERAL. — As proposições fundamentais do nosso conceito residem nas noções de sistema ergonal celular e de Patologia citoquímica ergonal por efeitos efectores; de sistema enuro-endócrino e neuro-ergonal, sistema de integração e sistema effector das ergonas celulares; de Patologia directa e de Patologia correlativa ou de integração; do papel principal do diencéfalo, em Patologia integrativa; da grande variabilidade dos síndromas patológicos.

1. A intimidade das correlações, evidenciadas por nós, entre o hipotálamo, centro vegetativo superior sub-cortical, e a hipófise, glândula directora, nos conduziu a reunir os dois órgãos no *complexo hipotálamo-hipofisário* (1933).

2. A intimidade em geral das correlações entre o sistema nervoso e as glândulas endócrinas estudadas por nós nos incitou a propor a noção de sistema neuro-endócrino à qual consagramos, com Roussy, o primeiro Tratado da Literatura (Tratado de Neuro-endocrinologia, 1946).

3. Em face das complexas correlações entre as diversas substâncias activas ou ergonas (hormonas, vitaminas, diastases, ergonas minerais, metabólicas, nucleo-proteínas, genes) e das correlações entre o sistema nervoso e todas as ergonas, nos permitiu, em 1942, a definição do *sistema neuro-ergonal*. Tomando em conta a importância dos factores reguladores físicos externos e do meio psico-social, alargámos mais recentemente, este sistema no *sistema neuro-ergono-físico e psico-social*.

4. Desde 1933, descrevemos uma Patologia endocrinogênea e definimos a *Patologia correlativa* a qual tem por fim o estudo de todos os processos patológicos devidos às perturbações

das correlações fisiológicas entre o sistema nervoso, as glândulas endócrinas e os órgãos de execução.

5. Em 1936, no Tratado de Fisiologia de Roger e Binet, admitimos dois grupos de processos correlativos: a) os síndromas correlativos primitivos, devidos a perturbações neuro-endócrinas endógenas; b) os síndromas correlativos secundários às agressões de origem exógena actuando por meio de alterações do sistema neuro-endócrino.

6. Com o sistema neuro-ergonal, a Patologia correlativa tornou-se o conjunto dos síndromas patológicos de origem neuro-ergonal, em oposição com a *Patologia directa ou arelativa* a qual compreende todos os processos patológicos devidos a acção directa sobre os tecidos, dos factores mórbidos.

7. A patologia correlativa merece também o nome de *Patologia de integração* (ou integrativa) por que o sistema neuro-ergonal constitui na realidade, o aparelho de integração, no organismo, de todos os estímulos normais e patológicos.

8. A Patologia correlativa ou Patológica de integração não nos parece em contradição com os princípios da *Patologia celular* de Virchow a qual deve ser conservada não obstante as críticas de Speransky, de Ricker e da Escola russa actual chefiada por Lepechinskaja renovando o conceito da origem humoral das células. Com efeito, embora seja possível isolar uma Patologia intercelular, no sentido de Hueck ou de Duran-Reynals, as diástases intercelulares são de origem celular. A célula deve ser considerada, a nosso ver, como um conjunto de material de suporte e metabólico e de ergonas livres ou associadas em micro-formações citológicas (gênes, outras nucleo-proteínas e ácidos nucléicos, vitaminas e enzimas, ergonas minerais, hormonas) constituindo o nosso sistema ergonal celular. As lesões citopatológicas correspondem na maior parte a lesões químicas ergonais.

9. Transpondo para o campo da Fisiologia e da Patologia, o excelente termo de efectores (estimuladores ou inibidores) das diástases, utilizado em Bioquímica energética, formulamos a noção de que o sistema neuro-ergonal de integração constitui na realidade o *aparelho, effector dos sistemas ergonais celulares*. Esta nova noção permite relacionar a Patologia de integração com a Patologia directa por que os efeitos patológicos imediatos devidos aos agentes mórbidos físicos, químicos e infecciosos são por sua vez, essencialmente efeitos efectores das diástases e das outras ergonas celulares.

Afinal, para nós, os efeitos efectores exercidos sobre as ergonas celulares patológicas, representam a base principal de toda a Patologia, transformando a Patologia celular anatómica numa Patologia citoquímica.

Em conclusão, as lesões ergonais que se traduzem por alterações cito-morfológicas podem ser o resultado:

a) Da acção directa dos agentes mórbidos físicos, químicos e virais, actuando os factores físicos e certos factores químicos (tóxicos radiomiméticos) em grande parte por efeitos microfísicos;

b) De perturbações primitivas ou secundárias do sistema neuro-ergonal o qual regula, normalmente, a vida celular por efeitos efectores (estimuladores ou inibidores) das ergonas celulares.

10. O papel primacial do diencéfalo e do hipotálamo em fisiologia e na patologia de integração foi apontado por nós, com Roussy, desde 1933.

Admitimos, nesta data, os primeiros, na base das nossas investigações, que o hipotálamo intervém na regulação de todas as funções biológicas e no determinismo de todos os processos patológicos gerais. O hipotálamo representa por nós, desde 1936, o centro superior da patologia correlativa.

Baseámos esta opinião nos seguintes argumentos: 1.º. O hipotálamo vegetativo apresenta grande sensibilidade reaccional e apresenta efectivamente reacções histológicas em todos os tipos de choque. Os centros de inervação da hipófise participam constantemente nestes síndromas reaccionais; 2.º. Por meio de vias descendentes, o hipotálamo vegetativo actua sobre todo o sistema neuro-vegetativo infrajacente; 3.º. Afirmámos, desde 1933, que o hipotálamo ligado à hipófise pelo feixe hipotálamo-hipofisário descrito por nós, actua não somente sobre a neuro-hipófise mas também sobre a adeno-hipófise a qual intervém no funcionamento e no trofismo de quase todos os órgãos e do sistema retículo-endothelial. Invocámos a esse respeito as alterações ante-hipofisárias observadas em certas lesões hipotálamicas e a penetração de fibras hipotálamicas na adeno-hipó-

fise; 4.º O hipotálamo vegetativo, segundo as nossas investigações, recebe fibras aferentes de todas as vias sensitivas e sensoriais, do isocortex, do allocortex, das formações estriatais, de numerosos núcleos talâmicos, das outras formações infratalâmicas, do mesencéfalo e do cerebello. Por conseguinte, todas as excitações nervosas podem repercutir-se sobre o hipotálamo. 5.º A abundante vascularização dos centros vegetativos hipotálamicos e as íntimas relações entre os capilares sanguíneos e os pericarios vegetativos mostram que todas as modificações humorais podem repercutir-se facilmente, por sua vez, sobre o hipotálamo. 6.º. As lesões experimentais e patológicas do hipotálamo determinam síndromas reaccionais de grande complexidade interessando todas as funções biológicas e todas as vísceras. A injeção, no terceiro ventrículo, de substâncias irritantes, determina os mesmos síndromas (síndromas do 3.º ventrículo).

Como mostrámos os primeiros, o hipotálamo integra-se, na realidade numa zona anátomo-fisiológica mais vasta vegetativa, extrapiramidal e associativa; a zona infratalâmica alargada compreendendo o septo, a nossa zona préóptica, o hipotálamo e os corpos mamilares assim como o subtálamo.

Por outro lado, descrevemos correlações íntimas neuro-humorais entre o terceiro ventrículo, o hipotálamo, a hipófise e os gânglios cervicais superiores. O complexo hipotálamo-hipofisário torna-se assim um *complexo ventrículo-cervico-hipotálamo-adeno-neuro-hipofisário*. Este complexo é excitável por factores nervosos, humorais sanguíneos e humorais ventriculares.

Insistimos no parentesco entre este complexo e o complexo neuro-cortico-medulo-suprarrenal.

11. Certos autores (Selye) simplificando a Medicina admitem grande estereotipia nos processos patológicos reaccionais. Encontrar-se-ia efectivamente tal estereotipia se toda a Patologia dependesse unicamente do sistema hipofiso-cortico-suprarrenal. Mas na realidade tanto em Patologia experimental como em Patologia, existe uma variabilidade notável, segundo numerosos factores, entre os quais citaremos a etiologia variável das doenças, a raça e a constituição individual hereditária. Dois factos parecem-nos explicar esta variabilidade, desde sempre reconhecida pelos médicos: a importância dos efeitos directos devidos aos diversos factores mórbidos assim como a complexidade do sistema neuro-ergonal cujas diversas partes podem ser diversamente solicitadas pelos agentes mórbidos. É evidente, por exemplo, que os diversos tóxicos podem inibir ou estimular de maneira variável, segundo a sua constituição química, as diástases das quais depende a síntese das diversas hormonas.

Cada estímulo normal ou patológico será assim integrado no organismo de maneira variável segundo a sua natureza e segundo a constituição fisiológica e química do sistema neuro-ergonal, no momento de actuação do estímulo.

Uma das noções fundamentais da Medicina, o carácter individual dos síndromas mórbidos, recebe assim interpretação correcta, no estado actual dos nossos conhecimentos.

\*

*Em resumo*, as nossas investigações anátomo-clínicas e experimentais nos incitam a propor um conceito patogenético sintético da Medicina.

Este conceito tem por polos: 1.º, os estímulos normais e patológicos com capacidade patogénica directa; 2.º, os sistemas ergonais celulares; 3.º, o sistema neuro-ergonal, sistema de integração e sistema effector das ergonas celulares (e inter-celulares provenientes, pelo menos em parte, das células).

Sob o ponto de vista patogenético, os processos patológicos repartem-se em 3 grupos:

1) Os processos directos devidos aos agentes mórbidos. Correspondem a alterações (efeitos efectores) das ergonas celulares devidas a acção imediata sobre as células.

2) Os processos correlativos ou de integração primitivos, devidos a alterações espontâneos (de origem desconhecida) do sistema neuro-ergonal.

3) Os processos indirectos ou correlativos ou de integração secundários, devidos a alterações do sistema neuro-ergonal provocados pelos agentes mórbidos.

Nos síndromas de etiologia exógena, física, química ou infecciosa, os processos directos (síndrome directo) e os pro-

cessos integrativos (síndrome de integração) são geralmente intimamente intrincados.

Os processos correlativos primitivos constituem síndromas de integração puros. É o caso dos síndromas hereditários e disembrionários e de numerosos síndromas neurogênicos ou endócrinos de causa desconhecida.

No quadro do sistema neuro-ergonal, o diencéfalo e o complexo hipotálamo-hipofisário ocupam posição central. O diencéfalo constitui, noutras palavras, o centro principal da biologia e da patologia de integração.

Todavia, a totalidade da patologia não deve ser transformada em síndromas diencefálicos, segundo certa tendência. Como mostrámos em 1936, os centros vegetativos hipotalâmicos são subordinados ao isocortex e ao allocortex cerebral. Qualquer que seja a importância do diencéfalo em fisiologia e em patologia, representa somente uma parte do sistema de integração neuro-ergonal. Este sistema com as suas complexas correlações, realiza uma síntese útil na evolução da Biologia e da Medicina.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.º Contribution à l'étude des syndromes sympathiques viscéraux dans les lésions de l'axe cérébro-spinal, en particulier dans les traumatismes médullaires. Complications infectieuses et

syndromes vasomoteurs qui les accompagnent. Étude anatomique, clinique, et expérimentale Thèse, Nancy, 1931.

- 2.º Titres et Travaux Scientifiques. Masson et C. ie, 1933.
- 3.º Physiologie de la région hypothalamo-hypophysaire. In *Traité de Physiologie Normale et Pathologique* de Roger et Binet. Tome IV. 2e édition 1936, (en collaboration avec G. Roussy).
- 4.º Le problème du Cancer, Coimbra 1944 et Masson et C. ie 1946.
- 5.º *Traité de Neuro-endocrinologie. Le système neuro-endocrinien. Le complexe hypothalamo-hypophysaire. La neuro-ergonomie et son évolution récente.* En collaboration avec G. Roussy. Masson et C. ie 1946.
- 6.º *Arquivos de Anatomia Patológica, Patologia Correlativa e Neuro-ergonomia.* Coimbra, 1943.
- 7.º *Rapports anatomiques et physiologiques entre l'hypothalamus et l'hypophyse.* Société de Biologie de Paris et Annales de Médecine Février-mars 1933. En collaboration avec G. Roussy.
- 8.º *Agressologie ou Science des choes, Phlogologie, Pathologie Corrélativa et système neuro-endocrinien. Le rôle du terrain dans les inflammations, les allergies, les intoxications et le cancer.* Arq. de Anatomia Pat., Pat. Correl e Neuro-ergonomia. Coimbra, 1947, 48, vol. 34.
- 9.º *Pathologie des capsules surrénales,* in *Nouveau Traité de Médecine.* Masson et C. ie 1948, tome 13, p. 767.
- 10.º *Médecine et Chirurgie pathogéniques. Cancer. Pathologie corrélativa ou d'intégration. Neuro-ergonomie et diencéphale. Agressologie, Phlogologie, Castologie, Blastologie, Hétérologie.* Coimbra et Masson et C. ie, 1952.

## Limitações ao uso desmedido dos antibióticos e às suas associações

ARTUR TORRES PEREIRA

(Sub-chefe de serviço do I. B. C. P.  
Interno de Medicina dos H. C. L.)

Os progressos realizados na terapêutica médica das infecções, desde que em 1905 Ehrlich abordou esse problema, foram tão numerosos e profundos, que só dificilmente os podemos confrontar com todas as outras modificações que a própria Medicina Conceitual experimentou.

Ehrlich procurava estabelecer para cada fármaco anti-infeccioso o seu «índice terapêutico» expresso pela relação entre a dose tolerada pelo hospedeiro e a dose que curava a infecção. Existia então o culto duma «quimioterapia heróica» que procurava debelar a infecção com fármaco não inócuo. A limitação terapêutica acabava apenas onde começava a agressão, já grave, para o organismo humano. Foi certamente um passo necessário na história natural da terapêutica anti-infecciosa, mas não é menos verdade que essa atitude é a antítese da que nós hoje perfilhamos, visto que actualmente os produtos anti-microbianos são antes de mais considerados inofensivos para o homem.

Propomo-nos realizar, resumidamente, uma limitação crítica a esse modo de pensar actual. No fim não tiraremos conclusões, que seriam absurdas, sobre a ineficácia dos antibióticos. Porque se trata de drogas dotadas de maior actividade, a nossa preocupação deve consistir em conhecer com precisão as suas indicações estricatas, o modo de as aplicar, quando e como associá-las, enfim saber limitar o seu uso. Parece-nos que se os dois primeiros aspectos são perfeitamente conhecidos pelos clínicos, já o problema da associação dos antibióticos é resolvido sempre de modo empírico que só eventualmente coincide com o critério científico, enquanto que a última questão, a da sua limitação é problema quase ignorado. A limitação que nos parece ser mais vezes lembrada é a de ordem económica.

O papel preponderante que desempenha o bacteriologista médico resulta da impossibilidade de concebermos actualmente qualquer terapêutica racional com os antibióticos desligada do laboratório de Bacteriologia. Mas entre esta atitude — que será sempre a desejável — e a que vemos estar a ser praticada em toda a parte, há certamente uma posição intermédia atingível na medida em que os clínicos se interessarem pelas bases científicas do método.

Nas nossas considerações ençararemos sempre os pro-

blemas práticos e só quando se tornar imprescindível recorreremos aos aspectos teóricos. Começaremos por colocar a terapêutica actual com os antibióticos no seu devido lugar, em relação ao mecanismo pelo qual eles são eficazes. Seguidamente discutiremos o problema da resistência adquirida pelas bactérias para os antibióticos. Em terceiro lugar referiremos alguns aspectos correntes do fenómeno chamado super-infecção, que consiste quer no aparecimento, no decurso da terapêutica com os antibióticos, de bactérias em locais onde não existem habitualmente, quer no predomínio anómado de bactérias que normalmente constituem certas floras regionais. Estas super-infecções agravando o quadro clínico têm sido nalguns casos responsáveis pela morte de doentes. Analisaremos em quarto lugar o problema da associação dos antibióticos. Finalmente como conclusão de tudo o que se tiver dito procuraremos fundamentar as limitações ao uso desmedido dos antibióticos.

1 — Com o conhecimento que hoje temos da necessidade da existência de bactérias saprófitas, no nosso organismo, podemos afirmar que elas desempenham dois papéis principais. Por um lado sintetizam certas vitaminas do complexo B, vitamina K, vitamina B<sub>12</sub>, etc., indispensáveis para o nosso metabolismo normal. Em segundo lugar, por conflitos biológicos com outros microorganismos exógenos, protegem-nos contra determinadas infecções. É exemplo citado o papel protector que desempenha o *Streptococcus viridans*, habitante normal do tracto respiratório superior, impedindo o desenvolvimento nas fauces do *Corynebacterium diphtheriae* patogénico.

Um dos processos utilizados pelos microorganismos para triunfarem nesses conflitos biológicos, consiste na elaboração de certos produtos metabólicos que inibem o desenvolvimento do antagonista. Esses produtos são afinal os antibióticos, que nós hoje usamos correntemente. No dizer de alguns, os microorganismos já utilizavam há muito tempo os antibióticos como armas ofensivas, antes destes terem sido descobertos pelo Homem.

Interpretamos pois a terapêutica actual com os antibióticos, como um método, por nós executado, que consiste em levarmos ao contacto das bactérias grande quantidade de

produtos, afinal idênticos aos que elas empregam entre si, em escassa quantidade, nos seus conflitos biológicos. Para lá da acção antimicrobiana útil dos antibióticos, ficam ainda e principalmente as reacções imuno-biológicas do nosso organismo, sem as quais fracassarão a maioria dos esquemas quimioterapêuticos.

Compreendida assim a quimioterapia anti-infecciosa actual e tendo previamente focado o valor biológico das flores saprófitas, fica deste modo aberto o caminho para uma melhor compreensão de algumas consequências nocivas da aplicação dos antibióticos, que descreveremos adiante.

**2** — Entende-se por resistência bacteriana a um dado antibiótico a propriedade que as bactérias têm de se desenvolver na presença desse produto anti-bacteriano. Na prática o problema que se nos depara consiste na ineficácia de um dado antibiótico perante uma infecção provocada por uma bactéria considerada correntemente como sensível àquele. Pondo de parte a restrição de na maioria das vezes não se ter isolado e definido laboratorialmente o agente etiológico, o problema subsiste e é cada vez mais frequente na clínica.

Duas hipóteses explicativas se podem invocar: ou as bactérias, no início do tratamento, já eram em parte resistentes ao antibiótico e este apenas *seleccionou* as estirpes resistentes, após ter destruído as sensíveis, ou as bactérias todas inicialmente sensíveis, após contacto com o antibiótico, em parte se foram *adaptando* a ele, habituando-se a crescer na sua presença.

Em regra, no doente em tratamento, não interessa deslindar tal ponto. De positivo a resistência significa a aparente ineficácia do fármaco, cuja administração deve ser suspensa. Dissemos aparente ineficácia porque se hoje sabemos que a primeira explicação proposta é de longe a mais verificada, nem por isso pode a segunda ser proscrita e portanto em certos casos será talvez uma deficiente administração do produto, muito longa e feita com escassa dosagem, a responsável pela criação da resistência adquirida. A suspensão do medicamento, nestas condições, nem sempre deve ser a solução, porque por vezes, essa resistência é relativa, isto é, trata-se de dosagem inadequada.

No seu aspecto mais simples, imaginando que a resistência dum dada estirpe de *Staphylococcus* à penicilina seja devida a produção de penicilinase pela bactéria, admitimos que essa produção pode ser maior ou menor. Deste modo, para uma grande quantidade de penicilina administrada, pode essa elaboração de penicilinase já não se fazer suficientemente, permitindo assim que o efeito do antibiótico se revele. Este problema é corrente e dele são exemplos demonstrativos os numerosos casos descritos na literatura da endocardite bacteriana sub-aguda provocada por certos *Streptococcus* nalguns dos quais só se têm colhido êxitos quando se injectam grandes quantidades de penicilina por dia (10, 20 milhões ou mais) ou quando se administra concomitantemente com a penicilina substâncias de tipo caronamida ou ácido para-amino-hipúrico que diminuindo a excreção tubular renal do antibiótico, acarretam uma consequente elevação do seu nível circulante.

O problema que acabámos de resumir pode pois designar-se por resistência relativa. Só num grau extremo as bactérias produtoras de penicilase são realmente resistentes à penicilina. Pensamos mesmo que na prática as resistências relativas sejam mais frequentes do que habitualmente se pensa. Há tendência clínica para considerar insucesso casos em que a dosagem dos antibióticos foi seguramente deficiente.

A resistência é fenómeno hoje largamente referido a propósito de todos os antibióticos, sendo, como é natural, mais abundante a bibliografia referente à penicilina e estreptomina do que a respeitante aos antibióticos mais recentes, aureomicina, cloranfenicol e terramicina.

Para a penicilina a principal bactéria resistente é o *Staphylococcus aureus*, sendo hoje comuns estatísticas que mostram que ele é já hoje resistente no início do tratamento em mais de 50 % dos casos de infecção. Quanto à estreptomina aceita-se que quase todas as bactérias se podem facilmente tornar resistentes. O exemplo mais corrente é o que

passa com o *Mycobacterium tuberculosis*. No que respeita à aureomicina, cloranfenicol e terramicina estão a descrever-se em número crescente casos de resistências adquiridas. Estas referências aplicam-se tanto à criação de resistências obtidas *in vitro*, no laboratório, como às adquiridas *in vivo*, no doente em tratamento.

Ao médico prático só importa este último aspecto. Deve portanto encarar essa possibilidade qualquer que seja o antibiótico que estiver a utilizar. Ela é mais frequente com a estreptomina e mais rara com os antibióticos chamados de largo espectro. Há certas técnicas de administração que visam diminuir a probabilidade dessa criação de resistência. Para só nos referirmos a factos suficientemente debatidos, citamos o exemplo do que se passa com o *Mycobacterium tuberculosis* em face da estreptomina.

Sabe-se hoje que a administração diária de grande quantidade de ácido para-amino salicílico concomitantemente com a administração de estreptomina diminui muito a probabilidade da criação da resistência *in vivo*. Deste modo o tratamento da tuberculose pulmonar feito com estreptomina isoladamente é uma atitude condenável para todos aqueles que se têm debruçado sobre a leitura destes assuntos.

A assistência bacteriológica é indispensável para conduzir correctamente a nossa atitude terapêutica. Uma piúria, produzida por uma estirpe de *Escherichia coli*, tratada com estreptomina pode levar ao fim de algum tempo à necessidade da confirmação da resistência de tal bactéria em face daquele antibiótico. Outro exemplo corrente pode ser o duma furunculose rebelde penicilina na qual não se demonstrou que logo de início o *Staphylococcus aureus* lhe era resistente.

Saliente-se que entendemos já hoje não satisfazer, como atitude científica, uma resposta do laboratório de Bacteriologia que defina apenas o agente etiológico. Essa resposta é incompleta por não referir simultaneamente o resultado do estudo da sensibilidade desse agente em face dos antibióticos correntemente aplicados.

Enfim pensamos que o clínico não deve sentir-se desiludido em face desses insucessos terapêuticos. Só serão insucessos na medida em que ele simplistamente considerar o panorama actual da terapêutica com os antibióticos, como estático: é que as bactérias, como seres representativos da Biologia, são dotadas de possibilidades evolutivas dinâmicas, que procuram contrariar, ao longo da sua filogenia, o nosso intento de destruí-las.

**3** — O problema que a seguir vamos encarar, das super-infecções, já pode ser considerado como argumento tendente a demonstrar que afinal os antibióticos não são drogas totalmente inócuas. Para isso não precisamos invocar, por exemplo, os casos comprovados de agranulocitose provocados pelo cloranfenicol, o que levou alguns a sugerir que tal antibiótico tenha o seu uso estritamente aplicado à febre tifoide.

O problema das super-infecções já atrás o definimos. Na prática consiste no aparecimento, num doente que está a tomar antibióticos, de infecções provocadas por vários bacilos gram-negativos como *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* (piocianico), *Klebsiella pneumoniae* (Friedlander), *Proteus*, etc., por *Staphylococcus aureus* e por um fungo *Candida albicans*. Estas super-infecções podem revestir múltiplos aspectos clínicos como diarreia profusa, piúria, pleuro-pneumopatia, enfim bacteriemia fatal.

À luz do que atrás se referiu as floras regionais, explicam-se tais quadros por desequilíbrios profundos, por um lado entre as bactérias saprófitas levando ao predomínio anormal de certas delas (por exemplo flora gram-negativa nas fauces) ou à exaltação de virulência de agentes normais do intestino que se tornam patogénicos (por exemplo o fungo *Candida albicans*): noutros casos o problema é mais intricado como o aparecimento de *Staphylococcus aureus*, patogénicos, e até esse momento ausentes do doente.

O que torna muito grave tal complicação é o facto destes agentes serem resistentes aos antibióticos que estão a ser administrados, donde resultará um mau prognóstico quando tal complicação não for precocemente suspeitada e confirmada. Mesmo assim nem sempre a substituição dum antibiótico por outro será a solução eficaz visto alguns desses microrganismos (até já *Staphylococcus*) se revelarem resistentes a todos os antibióticos correntemente usados.

**4** — A respeito de sinergismo e antagonismo dos antibióticos muito se tem escrito. Édos problemas que mais interessam ao médico prático, o qual tem prescrito empiricamente várias associações, com a esperança de obter deste modo melhores resultados terapêuticos.

Ainda lemos, de vez em quando, novas referências a uma dada associação ser sinérgica, ou uma outra ser antagónica, referências geralmente baseadas em factos concretos colhidos quer *in vitro* no laboratório, quer *in vivo* no animal ou na clínica humana. Esse modo de nós exprimirmos além de incorrecto é inexacto, visto haver possibilidades de se harmonizarem os resultados das várias experiências, de modo a unificar superiormente esse conceito do antagonismo e sinergismo dos antibióticos.

Por isso já não devemos considerar um dado par de antibióticos como tendo acções sinérgicas ou antagónicas rigidamente. Qualquer dessas circunstâncias pode ser fortuita e filha de condições momentâneas, isto é, só por ser válida para dar a estirpe de certa espécie microbiana, estirpe com determinadas propriedades em face dos antibióticos. Mas outra estirpe da mesma espécie terá propriedades diferentes e assim se há pouco uma dada associação de antibióticos tinha efeitos sinérgicos, pode agora tê-los antagónicos.

Mais uma vez se revela como é imprescindível a boa colaboração bacteriológica para a resolução, com critério científico dos problemas clínicos que se prendem com a administração dos antibióticos. Na prática aceita-se que os antibióticos correntes se podem classificar em dois grupos. No primeiro figuram a penicilina e a estreptomina, enquanto no segundo se consideram a aureomicina, o cloranfenicol e a terramicina.

Admite-se que os antibióticos do primeiro grupo têm geralmente entre si efeitos sinérgicos. Os do segundo grupo são geralmente indiferentes ou se algum efeito sinérgico se obtém entre eles não deve ser diferente do que se atinge com o aumento da dosagem de um deles isoladamente.

Mas o maior interesse desse assunto refere-se à associação de antibióticos dos dois grupos. Parece estabelecido que quando uma bactéria causadora duma dada infecção foi sensível (ou resistente) à penicilina ou estreptomina — antibióticos do 1.º grupo — quando a um destes se associa outro do 2.º grupo — aureomicina, cloranfenicol ou terramicina haverá antagonismo (ou sinergismo) de acções.

Deste modo poderemos falar de sinergismo entre a penicilina e a terramicina ao referirmo-nos, por exemplo a uma dada estirpe de *Streptococcus* cujas provas laboratoriais revelarem ser resistente à penicilina. Ou ainda, o antagonismo entre a estreptomina e a aureomicina surgirá, concretamente, quando em face duma furunculose provocada por uma estirpe de *Staphylococcus aureus*, sensível à penicilina, o médico por julgar não estar a colher resultados úteis, decide associar àquela, aureomicina.

Não podemos afirmar ainda hoje que estes esquemas sejam inatacáveis, mas pelo menos representam uma tentativa frutífera para unificar as orientações terapêuticas, cujos benefícios é inútil encarecer, tão óbvios nos parecem.

**5** — Finalmente vamos fundamentar a necessidade das limitações ao uso desmedido corrente dos antibióticos. Os médicos têm sido muito favoravelmente impressionados pelos resultados brilhantes, colhidos com os antibióticos correntes, na maior parte das infecções banais. Assistimos a uma ânsia substitutiva de antibióticos; pensa-se que o mais moderno é o mais eficaz, o de maior espectro antimicrobiano. As sulfonamidas foram há muito deslocadas para lugar bem secundário, numa altura em que ainda havia muito a esperar delas. A lamentável difusão do emprego dos antibióticos vai, ao ponto de os vermos administrados como terapêutica sintomática-antipirética (!) — ou profilaticamente em pós operatórios simples em que tudo faz prever a ausência de complicação ou em intervenções cirúrgicas em que convenha ter o «intestino limpo».

Apesar de se saber, por mais elementares que sejam os conhecimentos de terapêutica anti-infecciosa, que na administração de agentes antibacterianos está formalmente contraindicada a terapêutica de manutenção do tipo da dedaleira por exemplo, na prática assistimos à prescrição dos antibióticos, segundo esquemas de manutenção com dosagens pequenas, insuficientes, prolongadas. Esta crítica é geral e não se aplica somente entre nós.

As consequências de tal atitude estão bem patentes aos olhos de todos. Apenas citaremos as principais dentre elas. Assim verifica-se um número crescente de bactérias resistentes a alguns dos antibióticos correntes, contrariedade que ainda vai sendo resolvida pela substituição por outro antibiótico. Mesmo neste caso, é incorrecto procurar dentro do grupo dos antibióticos de largo espectro, resolver esse problema. A menos que se demonstre o contrário *in vitro*, devemos aceitar que existe uma resistência cruzada entre a aureomicina, o cloranfenicol e a terramicina, sobretudo nas infecções produzidas por bacilos gram-negativos.

Por outro lado somos levados a aceitar que os esquemas de tratamento com dosagens insuficientes e prolongadas, além de serem os mais favoráveis para a criação ou revelação de resistências, podem ser a causa de estimulação de crescimento de certas bactérias, fenómeno só aparentemente paradoxal é já hoje largamente documentado.

Uma terceira ocorrência são as superinfecções já atrás citadas. Os quadros clínicos dos tractos respiratório, digestivo ou urinário que se interpretaram desse modo têm impressionado a tal ponto que já hoje autores consideraram necessária a revisão da etiologia bacteriana de certas doenças, até agora atribuídas a determinados agentes, ms hoje causadas por bactérias que era costume considerar não patogénicas ou existentes em locais bem diferentes do organismo.

Como não é nossa intenção discutir a inocuidade dos antibióticos em geral, não nos referiremos ao seu grau de agressão sobre o metabolismo vitamínico, sobre a medula óssea, sobre o rim ou sobre o sistema nervoso. Apenas quisemos deixar bem vincadas as consequências bacteriológicas da sua desmedida e incorrecta aplicação.

Terminamos como começámos. Insistimos em que os antibióticos devem ser considerados como as armas mais poderosas que os terapeutas jámais manejaram. Mas a esse poder tem de corresponder um manejo exímio, que esquemáticamente em bem pouco se traduz: *Seleccionar um antibiótico que esteja indicado*, por provas prévias quando possível, e realizar a *sua administração maciça e fugaz*. O resto é colaboração entre a clínica e o laboratório de Bacteriologia e só assim, como atrás se disse, o médico não deve sentir o desânimo dos insucessos mas pelo contrário deve ter a noção de ter contribuído para o estudo e melhor compreensão dum dos mais interessantes problemas da actualidade terapêutica.

# REVISÃO DE CONJUNTO

HOSPITAL DE D. ESTEFANIA  
CLÍNICA DE PEDIATRIA MÉDICA  
Director — Dr. Cordeiro Ferreira

## Esteatorreias infantis

NUNO CORDEIRO FERREIRA

(Interno de Pediatria dos H. C. L.)

Esteatorreia é um síndrome que diagnosticaremos, pela existência de uma quantidade anormal de gordura nas fezes, acompanhada de um certo grau de diarreia, síndrome este caracterizado pela associação constante destes dois factores.

Sem constituírem já o quadro da esteatorreia, encontrá-los-emos muitas vezes dissociados, pois as causas de cada um, são diferentes. E assim como todos o sabemos, pode haver perda de gordura, sem diarreia e inversamente, existir uma diarreia sem que haja alteração da absorção da gordura.

Para melhor compreensão do assunto, procuraremos expor, em traços largos, a fisiologia da absorção das gorduras, fenómeno que deverá ser considerado em três fases.

Na primeira, passada no lume intestinal, a gordura da alimentação, sofre uma série de modificações, que a vão preparando já, para a sua próxima absorção.

Na segunda, fase celular, a gordura passa através das células intestinais.

E por último, na terceira, a gordura já absorvida, dirige-se para as diferentes partes do organismo a que se destina.

Mas nem sempre o metabolismo das gorduras se passa normalmente e de um defeito em qualquer das fases, podem resultar alterações secundárias nas outras.

Explicaremos agora cada uma das três fases por si. Na primeira passa-se o seguinte:

As gorduras da alimentação são constituídas essencialmente por trigliceridos, cujos ácidos gordos, podem variar muito na sua composição, pelo tamanho da cadeia, grau de saturação, etc..

A maior parte das gorduras naturais, consistem em gliceridos de longas cadeias (azeite), o que tem interesse no mecanismo da sua absorção, diferente da dos trigliceridos de cadeia curta (tributirina).

Assim, o azeite, é finamente emulsionado no lume intestinal, a sua hidrólise é restrita e a sua absorção é influenciada pela suprarrenalectomia.

As células intestinais e os linfáticos ficam repletos de partículas de gordura durante a absorção. Há uma característica hiperlipémia post-absorção.

Com a tributirina, pelo contrário, não se dá uma emulsão tão fina, no lume intestinal, a hidrólise é completa e rápida, a absorção é independente da suprarrenalectomia e nos linfáticos não se encontram partículas de gordura.

As últimas investigações sobre o assunto, mostram-nos, que para se dar uma emulsão perfeita, é necessária a presença de três factores — ácidos gordos, sais biliares e monogliceridos.

Os ácidos gordos e os monogliceridos, necessitam do fermento pancreático, a lipase. Da sua ausência, resulta uma emulsão muito grosseira das gorduras, emulsão esta, que se corrige, logo que juntemos o fermento pancreático necessário.

Na segunda fase, vejamos o que se passa.

O aspecto histológico das células intestinais tem sido nos últimos tempos, muito estudado, em especial por

AA. americanos, que se têm dedicado ao problema da absorção das gorduras.

Frazer, afirma que o bordo livre da célula em contacto com o lume, apresenta uma série de pequeníssimos canalículos que deixariam passar partículas até 0,3 u. de diâmetro, o que ainda está por confirmar.

Falemos agora do papel da supra-renal na absorção das gorduras, pois é um problema de interesse.

Pensava-se dantes, que a corticosterona actuaria sobre a absorção das gorduras, por controlar a fosforilização na célula intestinal.

Usando, porém,  $P_{32}$  radioactivo, a quantidade de fosfolipidos, na célula intestinal, era independente da existência ou não, existência da suprarrenalectomia. Pelo contrário, a terapêutica salina, aumentava a absorção de gordura.

Como já vimos, só a absorção dos gliceridos de cadeia longa, é interferida pela suprarrenalectomia.

Segundo modernos AA. americanos, são as modificações no metabolismo da água e dos sais, que aparecem nos casos de suprarrenalectomia, que vão motivar a alteração da absorção das gorduras de cadeia longa.

Se os trigliceridos, são completamente hidrolisados antes da absorção, tornam a ser sintetizados nas células intestinais, pois a gordura aí existente consiste inteiramente de gliceridos.

Os fosfolipoides eram então, segundo se pensava, um estado intermédio desta resíntese.

Porém, este ano, alguns AA. mostraram que muitas vezes a quantidade de fosfolipoides era tão insignificante que a fosforilização, poderia certamente deixar de ser, um intermediário obrigatório na resíntese das gorduras.

Apesar de tudo, os partidários desta opinião, continuam a afirmar que a fosforilização é um factor de importância fundamental, na absorção normal das gorduras.

Noutros tempos, pensava-se que a suprarrenalectomia, como a intoxicação pelo ácido monoiodacético, diminuindo a fosforilização, interferiam na absorção da gordura.

As experiências com o  $P_{32}$ , como já vimos, mostraram que tal afirmação não é verdadeira, quanto à suprarrenalectomia.

Parece que a acção do ácido monoiodoacético, sobre a absorção da gordura, é devida à alteração da motilidade gástrica e intestinal, motivada pelo ácido.

Alguns AA. observaram que, juntando colina, fosfatos ou lecitina, a uma alimentação rica em gorduras, se dava um aumento considerável da quantidade desta, absorvida nas três primeiras horas.

Esta descoberta, levou alguns AA. a pensar, que certos alimentos tinham acção sobre a absorção das gorduras, quer favorecendo-a, quer dificultando-a.

Muitos AA. pensaram que a deficiência de certos componentes do complexo B, em especial, do ácido nicotínico, riboflavina, piridoxina e ácido fólico, associada muitas vezes a uma má absorção das gorduras, deveria ter certa influência nesta.

Mas, nós sabemos, que as deficiências em vitamina B, em certas doenças acompanhadas de esteatorreia,

podem ser curadas, sem qualquer alteração da má absorção da gordura.

Deficiências graves em vitaminas, podem indirectamente afectar a absorção das gorduras, mas não há justificação para pensarmos, que qualquer dos componentes do complexo B, com possível excepção da colina, possa estar intimamente ligado ao mecanismo desta absorção.

Vejamos agora a terceira fase.

Em circunstâncias normais a absorção de triglicéridos de cadeia longa, é acompanhada do aparecimento de um conteúdo leitoso, nos linfáticos intestinos, aspecto que se deve às partículas de gordura finamente emulsionadas.

Através do canal torácico passa a rede venosa, que dá lugar à conhecida hiperlipemia post-absorção.

Se se fizer, porém, a ligação do canal torácico, 70 % da gordura normalmente absorvida continua a absorver-se, mas agora por outra via, não se dando consequentemente hiperlipemia post-absorção.

Os ácidos gordos e os glicéridos de cadeia curta, não se encontram no canal torácico, mas sim no fígado, para onde são transportados pela veia porta.

Depois desta explicação sumária, da fisiologia da absorção das gorduras, vejamos quais as doenças infantis, que se podem acompanhar de esteatorreia.

Segundo a maioria dos AA., são apenas três — a doença fibroquística do pâncreas, a doença celíaca e a esteatorreia idiopática infantil.

As duas primeiras são as mais importantes, sendo sobre elas que o nosso estudo vai incidir principalmente.

#### *Doença fibroquística do pâncreas*

Esta, é uma doença congénita e hereditária, segundo a maioria dos AA., caracterizada por uma ausência de secreção exocrina do pâncreas, com consequente defeito da digestão e absorção dos vários componentes da dieta.

O quadro começa desde a infância e os sintomas que a distinguem são, atrazo de crescimento do doente, presença de fezes abundantes, fétidas, com grande quantidade de gordura e finalmente aparecimento de uma bronco-pulmonite purulenta, devida na maioria dos casos ao *stafilococcus aureo-hemolítico*.

Não temos casos no nosso Serviço.

Anderson, divide os casos da doença em três grupos: casos de ileo meconial, casos com começo de infecção respiratória antes dos seis meses e casos com começo da doença depois desta idade.

Vejamos, pois, a sintomatologia clínica destas diferentes formas.

*Ileo meconial* — O quadro caracteriza-se por distensão abdominal, vômitos e prisão de ventre, sinais devidos a uma obstrução, em geral ao nível da válvula ileo-cecal, por massas de mecónio desidratado e endurecido.

A gravidade do quadro clínico depende da altura da obstrução e os vômitos podem ter um carácter bilioso ou fecaloide. Um clister opaco é suficiente para fazer o diagnóstico.

Este transtorno pode considerar-se devido a alterações pancreáticas, com ausência de tripsina, produzindo perturbações na consistência do mecónio.

A *forma respiratória*, começa nas primeiras semanas de vida e caracteriza-se pelo aparecimento de processos respiratórios de repetição, rebeldes à terapêutica, que variam de bronquites purulentas com evolução para bronquiectasias e abscessos pulmonares, a broncopneumonias.

Clínicamente, costuma observar-se tosse de tipo coqueluchoide, com acessos muito frequentes, ou então de tipo crónico, que pode durar semanas e meses, acompanhada de acessos sub-febris e com exploração semiológica pulmonar, inteiramente negativa à auscultação.

A *forma digestiva* predomina nas crianças com mais idade, particularmente nas maiores de 9 meses, com desnutrição progressiva, ventre proeminente, conservação do apetite, fezes volumosas e frequentes. A este síndrome digestivo, associa-se muito frequentemente uma bronquite de repetição.

As alterações nas funções intestinais são devidas essencialmente à ausência completa ou quase completa de fermentos pancreáticos. Vejamos o que se passa com os diferentes componentes da dieta.

**Gordura:**

Numa dieta normal, o doente elimina, pelas fezes, cerca de 20 a 60 % da gordura ingerida, donde resulta uma perda não só de calorías, mas também de substâncias liposolúveis essenciais.

No exame químico das fezes, a gordura aparece em grande parte, sob a forma de gordura neutra, por falta de actuação da lipase pancreática. Por vezes encontra-se uma certa percentagem de ácidos gordos, devida à acção lipolítica das bactérias do colon.

**Proteínas:**

Também cerca de 20 a 65 % dos componentes proteicos da dieta não são absorvidos.

Porém, ao contrário do que se passa com as gorduras, as proteínas, se bem que mal utilizadas, são bem toleradas. Embora haja uma deficiência no metabolismo azotado, os valores das proteínas no soro são normais, havendo muito raramente uma hipoproteïnemia.

**Hidratos de Carbono:**

Os açúcares simples, mono e dissacaridos são bem tolerados, porque não necessitam para a sua absorção da secreção pancreática.

O mesmo, já se não passa com os amidos, pois necessitam da amilase pancreática, se bem que, na grande maioria dos casos, por razões ainda desconhecidas, sejam digeridas em grande quantidade.

#### *Vitaminas*

Em virtude do defeito de absorção das gorduras, substâncias liposolúveis como a vitamina A e D, passam a barreira intestinal em quantidades insuficientes.

Pode haver sinais de avitaminose A, de osteoporose, sendo raríssimo encontrar-se raquitismo, pois como sabemos este só aparece em fases de crescimento e aqui, estas, estão atrasadas ou mesmo completamente abolidas.

Em alguns doentes há uma tendência para hemorragias, com baixa da protrombinemia, em virtude de uma deficiência em vitamina K, também liposolúvel.

As vitaminas hidrosolúveis, são normalmente absorvidas.

As grandes perdas de gorduras e proteínas levam a um insuficiente aproveitamento das calorías da alimentação, pois cerca de 25 a 40 % perdem-se nas fezes, sendo esta perda tanto maior, quanto mais rica em gorduras for a dieta.

Qual a etiopatogenia desta doença?

Há muitas teorias que tentam explicá-la. Deixaremos de nos referir, às que viam a sua causa numa avitaminose A, numa incompatibilidade sanguínea ou numa atresia congénita dos conductos pancreáticos principais, para nos determos mais pormenorizadamente apenas em duas, cujo número de defensores é muito maior ou sejam a teoria da secreção anormal de Farber e a teoria inflamatória de Zollinger.

A primeira diz-nos que a base patogénica da doença é devida à produção de uma secreção anormal, resultante de um transtorno de inervação parasimpática. Farber, conseguiu produzir experimentalmente, o quadro, com injeções repetidas de pilocarpina, em gatos.

Esta teoria tem a vantagem de explicar pelo mesmo mecanismo, o aparecimento das dilatações brônquicas.

A segunda teoria, pretende explicar a fibrose, como sendo causada por processos inflamatórios desenvolvidos ao nível do pâncreas, processos esses de origem não conhecida.

Muito recentemente investigadores húngaros, em autópsias de crianças mortas por caquexia, pela fome que grassava na cidade de Budapest, verificaram que se os lactentes morriam muito novos, apresentavam apenas uma degenerescência das células acinosas do pâncreas, mas se a sua morte se dava após uns meses de regime carencial, mostravam já um certo grau de dilatação dos seus ácinos

## NOVO ESPASMOLÍTICO DE SÍNTESE

DE

## DUPLA ACÇÃO

**BETIFEN**(Bicloridrato de ester isoamil - N ( $\beta$  - dietilaminoetil)  $\alpha$  - aminofenilacético)

O **BETIFEN** é um anti-espasmódico potente de grande espectro terapêutico e que apresenta as seguintes características:

- |  |   |
|--|---|
| <p>I — Acção musculotrópica tão intensa como a da papaverina;</p> <p>II — Acção anticolinérgica semelhante à da atropina, mas <i>sem os seus efeitos secundários</i>;</p> <p>III — Não dá habituação;</p> <p>IV — É inócuo;</p> <p>V — O organismo não lhe adquire tolerância;</p> | <p>VI — É destituído de efeitos secundários nas doses terapêuticas;</p> <p>VII — Os efeitos secundários que aparecem depois da administração de doses superiores às terapêuticas são fugazes; desaparecem ao fim de 10 a 20 minutos, e <i>nunca se sobrepõem à acção medicamentosa</i>;</p> <p>VIII — <i>Substitui os opiáceos</i> em certos casos, com vantagem, sem ter os seus inconvenientes.</p> |
|--|---|

**APRESENTAÇÃO:**

Frasco de 25 drageias  
 Caixa de 6 x 1 c. c.  
 Caixa de 6 supositórios



LABORATÓRIO FIDELIS  
 Rua de D. Dinis, 77 — LISBOA

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*

e sobretudo uma proliferação considerável do tecido conjuntivo. Os mesmos AA. conseguiram, experimentalmente, em ratos submetidos a regimes carenciais, produzir alterações no pâncreas idênticas à doença fibroquística. Quanto às lesões pulmonares, para uns, seriam secundárias à avitaminose A (Anderson), para outros (Zuelzen), haveria também uma alteração primitiva da secreção brônquica.

### Diagnóstico

Quando o exame clínico do doente nos revela os sintomas já descritos, tudo nos leva a fazer supor, tratar-se de uma doença fibroquística do pâncreas, diagnóstico que devemos confirmar sempre, por meio de provas laboratoriais.

Destas, as mais importantes, sob o ponto de vista prático, são a demonstração da esteatorreia pelo exame microscópico das fezes e a demonstração de ausência de tripsina no conteúdo intestinal.

Vejam os a primeira — nas fezes de todos estes doentes, está demonstrada a existência de um excesso de gordura. Para estabelecer os valores de gordura total com o exame químico, método bastante exacto, é necessário um apetrechamento laboratorial, que infelizmente é muito difícil de se conseguir.

Em virtude da actividade lipolítica das bactérias intestinais não se pode fazer uma análise segura das gorduras, pela proporção de ácidos gordos e gordura neutra.

O exame microscópico das fezes, revela um grande aumento de gordura. Esta prova bastante exacta, é muito simples de se efectuar, sendo porém necessário, quando se realiza, que o doente tenha ingerido uma dieta, com uma quantidade normal de gordura.

Se há um aumento desta, devem ser feitas novas provas laboratoriais, pois como já vimos, há outras doenças, de que mais tarde falaremos, que se acompanham de esteatorreia.

Trataremos agora da segunda prova laboratorial, que atrás mencionamos.

Nestes doentes faltam todos os enzimas pancreáticos, mas a demonstração da ausência de tripsina, é a indicação mais segura da deficiência pancreática congénita. Aquele fermento, é determinado pelo método viscosimétrico. Normalmente e em todas as idades, a actividade da tripsina no conteúdo duodenal, é maior do que 100 U. viscosimétricas por c.c.. Nos doentes com insuficiência pancreática congénita, a sua concentração é inferior a 10 U. por c.c..

Valores normais de tripsina, fazem excluir o diagnóstico de fibroquística do pâncreas, mesmo que a sua sintomatologia seja muito sugestiva.

Modernamente, Schwartzmann, criou uma nova prova laboratorial, para pesquisa deste fermento. Junta, a uma amostra de fezes do doente, uma película vulgar de Rx.. Se houver liquefacção da gelatina, é porque existe necessariamente, tripsina nas fezes.

Mais tarde, demonstrou-se a existência de bactérias nas fezes, que por si só, provocam a liquefacção da gelatina, no entanto se se fizer uma grande diluição (1/100 em geral) das fezes, já a gelatinase das bactérias, acaba praticamente por não desempenhar qualquer papel.

Os outros exames de laboratório, são em geral de pouca ajuda para diagnóstico.

A anemia é rara, excepto em doentes com grandes

diarreia e intensa infecção respiratória. Nestes casos, há leucocitose com aumento da neutrofilia. A velocidade de sedimentação, em geral, está normal. A química do sangue e a proteinémia são normais.

A curva de absorção da vitamina A está baixa. A curva de glicemia, após a ingestão de HC é normal, se a criança estiver em boas condições físicas, caso contrário pode ser baixa (Anderson). A curva de aminoacidemia, após a ingestão de gelatina é baixa.

O exame radiográfico, no início da infecção pulmonar, mostra acentuação do «trama» bronco-vascular. Mais tarde aparecem zonas de enfizema e mesmo de atelectasia. No estado final, há focos de broncopneumonia.

No intestino há a notar aumento da motilidade com zonas de espasmo.

### Prognóstico

O prognóstico desta doença é ainda muito fechado. Os casos de começo muito precoce têm em geral uma morte rápida, motivada pela doença respiratória.

Com o emprego de antibióticos e de fermentos pancreáticos, conseguiram os vários AA. ter uma sobrevivência de alguns anos.

Dos 84 casos de Fanconi, só 17 vivem ainda.

### Terapêutica

A terapêutica da doença fibroquística do pâncreas, divide-se em dois capítulos — a terapêutica dietética e a terapêutica anti-infecciosa.

A dietética, deve basear-se nos seguintes princípios:

1.º — Alto valor calórico, necessário para compensar a difícil absorção dos alimentos, que deve oscilar entre 180 e 200 C. por quilo de peso.

2.º — Um conteúdo baixo em gorduras, pois como vimos estas não são toleradas. É porém necessário incluir substâncias liposolúveis essenciais, tais como vitaminas A, D e K, fosfolípidos e alguns ácidos gordos.

Estes elementos são abundantes na gema do ovo, sendo fundamental a administração de duas por dia, apesar do seu alto valor em gordura.

3.º — É também essencial, um alto valor de proteínas. Se bem que sejam dificilmente absorvidas, são bem toleradas. É fundamental a administração diária de 10 a 12 grs. por quilo, nos lactentes e um mínimo de 8 grs. também por quilo, no segundo ano de vida. Devem dar-se as proteínas sob a forma de amino-ácidos.

4.º — Deve dar-se uma dose forte de HC, para que o valor calórico seja muito alto. Açúcares simples, como glicose e frutose, são bem tolerados e absorvidos e podem ser dados sem limite. Os dissacarídeos não são tão bem tolerados, pelos lactentes e doentes em mau estado geral. Os amidos devem ser dados a partir do segundo ano de idade e em quantidades moderadas.

5.º — Fruta e verduras, em quantidades importantes, pois são bem toleradas e estes doentes precisam de sais minerais, em virtude da sua perda nas fezes.

6.º — Suplementos de vitamina A e D em doses fortes. A vitamina A deve ser dada per os, pois está demonstrado que é pouco absorvida por via intra-muscular (20.000 U. diárias). A vitamina K, deve ser dada por injeção e a vitamina C e complexo B, devem ser administradas em doses fortes.

7.º — A todos os doentes devem ser dados fermentos pancreáticos.

Quanto à terapêutica anti-infecciosa, devemos administrar antibióticos, não só como tratamento, mas também como preventivo das infecções pulmonares.

Modernamente, o antibiótico de escolha tem sido a Aureomicina (em doses de 25 mgs. por quilo de peso).

Alguns AA. dão também penicilina em aerosol, nos casos em que a infecção é menos grave, ou então durante as fases de acalmia.

Vejam agora a doença celíaca, que se caracteriza por um transtorno da nutrição em que o principal defeito parece ser devido a uma má absorção de ácidos gordos.

O quadro clínico caracteriza-se por fezes em grande quantidade, contendo um excesso de sais e ácidos gordos e um menor grau de outros elementos alimentares; alterações da motilidade gastro-intestinal; um habitus característico, com aumento de volume do ventre; hidrolabilidade, que pode muitas vezes chegar a crises de desidratação; sintomas de deficiência vitamínica e mineral e finalmente um curso crónico, com alterações do crescimento e desenvolvimento na maioria dos casos.

A doença celíaca, foi primeiramente diagnosticada, em Portugal, pelo nosso Director num doente internado neste Serviço.

Entre nós a doença é pouco frequente, pois em mais de 21.000 histórias do arquivo do Serviço, só um outro caso foi ainda descrito (Dr. Fernando Sabido).

Na doença celíaca, há uma excreção excessiva de gorduras pelas fezes, que contém pouca gordura neutra e uma excessiva quantidade de ácidos gordos e sabões, ao contrário do que se passa na fibroquística do pâncreas.

Deste modo, segundo Anderson, enquanto numa criança normal, a quantidade de gordura nas fezes, nunca ultrapassa 20 %, no celíaco, pode chegar a 60 %.

Com uma dieta normal, uma criança sã de 4 a 5 anos de idade, perde nas fezes 2 grs. de gordura e um celíaco com a mesma idade, pode excretar mais de 30 grs..

A quantidade de gordura nas fezes, mantendo a mesma dieta, varia com a gravidade da doença, passando-se o mesmo, com a proporção, ácidos gordos livres-sabões.

A lipemia está diminuída e a curva da gordura no sangue, após a administração oral de trigliceridos, apresenta-se baixa.

Em presença de uma dificuldade de absorção de gordura, é natural que haja deficiências em vitaminas liposolúveis. Sintomas evidentes de avitaminose A, são raros, não aparecendo em geral, xeroftalmia nem alterações cutâneas.

Alguns AA., verificaram que o nível de vitamina A no sangue, em casos de celíaca, é normal, mas o nível dos carotinoides, precursores desta vitamina, também liposolúveis, está muito diminuído.

Há também deficiência em vitamina D. A osteoporoze, raquitismo e tetania, são de longe, as complicações mais frequentes, por falta de absorção de vitaminas liposolúveis.

Os valores da calcemia e da fosfatémia são muitas vezes baixos.

Frequentemente a celíaca acompanha-se de uma diátese hemorrágica, por diminuição da protrombinémia, para a formação da qual a vitamina K, como o sabemos, tem uma importância fundamental.

Também a absorção de minerais está alterada. Os

iões positivos, que se podem combinar com os ácidos gordos, para dar sabões insolúveis, são os mais afectados.

Os ácidos gordos, como vimos, são mal absorvidos e perdem-se nas fezes juntamente com os seus sais, que contêm muitos dos minerais ingeridos.

O cálcio, é o ião positivo que mais se perde. Uma criança com celíaca retém 1/10 da quantidade que normalmente uma criança sã absorve.

A perda normal de cálcio é de 80 % nas fezes e de 20 % na urina, sendo em casos desta doença, respectivamente, de 98 % e 2 %.

Devemos, também, ter em conta a má absorção de vitamina D, que pode influenciar estes valores do cálcio.

O ferro, forma sabões pouco solúveis, parecendo provável que o da dieta, seja pois perdido, o que dá lugar a uma anemia hipocrómica.

Também a absorção do sódio e potássio, está alterada.

O magnésio é dificilmente retido, não havendo ainda conhecimento de sintomas que se possam atribuir à sua deficiência.

Após a ingestão de uma quantidade «standard» de glicose, uma curva de glicémia baixa é um resultado constante nos casos mais graves de celíaca, pois nos mais leves, esta curva pode ser normal.

Está perfeitamente estabelecido, que esta curva anormal, é devida a uma má absorção e não a uma alteração do metabolismo. Para May, a má absorção é causada por um aumento da motilidade intestinal.

Há uma melhor digestão e absorção das proteínas, do que das gorduras e hidratos de carbono.

Aproximadamente 80 a 95 % das proteínas ingeridas, são absorvidas. A proteinemia é em geral normal, a não ser que se dê uma tão grande perda de azoto, em períodos de diarreia intensa, que haja hipoproteinemia com edema associado.

Há duas razões na doença celíaca, que justificam as deficiências em vitaminas hidrosolúveis. São os períodos de profunda diarreia e a limitação imposta nas dietas durante longos espaços de tempo.

Antigamente, era vulgar associar-se o escorbuto a esta doença, mas agora raramente se pode observar. São porém muito frequentes, deficiências dos diferentes componentes do complexo B, especialmente do factor extrínseco de Castle.

### *Etiologia*

A etiologia da doença celíaca, é ainda desconhecida. Nem os exames necrópsicos, nem os estudos bacteriológicos da flora intestinal, que, segundo Herter, é principalmente grã-positiva, trouxeram luz para a explicação do seu quadro clínico.

Muitos dos fenómenos da doença são secundários, a diversas deficiências.

As duas principais causas do síndrome — deficiência de absorção de gordura e alteração da motilidade intestinal — ainda não foram explicadas.

Várias causas têm sido postas e como mais prováveis, admitem-se, uma disfunção hepática, uma excessiva excreção de gordura, absorvida pelo intestino e finalmente uma disfunção do mecanismo da absorção da gordura, pela mucosa intestinal.

### *Sintomatologia*

A sintomatologia desta doença é muito complexa, sob o seu tríptico aspecto clínico, metabólico e radiológico.

É uma doença de início lento, que aparece em geral

**UMA NOVA PENICILINA**

**OBTIDA POR SÍNTESE NOS LABORATÓRIOS ATRAL**

# **LENTOCILIN**

(N,N'-dibenziletilenadamina dipenicilina G)

**14 DIAS** de níveis terapêuticos eficazes

**16 VEZES** menos de reacções alérgicas

**Bastante mais estável**

INJECTÁVEL:

**LENTOCILIN - 600**

**LENTOCILIN - 900**

ORAL:

**LENTOCILIN - SUSPENSÃO**

**LENTOCILIN - CÁPSULAS**

**LABORATÓRIOS ATRAL**

## PRODUTOS DE FAMA MUNDIAL E ELEVADO INTERESSE CIENTIFICO

EM PORTUGAL ENCONTRAM-SE À VENDA OS SEGUINTE PREPARADOS

### ARTANE

Trihexifenidil — Tratamento do síndrome parkinsoniano

### CLORIDRATO DE AUREOMICINA CRISTALINA

Antibiótico

### COMPLAMOM

Tratamento de todas as formas de anemia

### DIGITALIS

### DELIFICOL COM METIONINA

Tratamento das doenças do fígado

### EXTRACTO HEPÁTICO COM VITAMINA B<sub>12</sub> E FOLVITE

Anti-Anémico — 15 U. de extracto hepático com 20 gramas de vitamina B<sub>12</sub> e 5 mgr. de ácido fólico por cc.

### FOLVITE

Acido Fólico — Anti-Anémico

### FOLVRON

Acido Fólico com Ferro — Tratamento das anemias secundárias

### HETRAZAN

Dietilcarbamazina — Parasiticida orgânico contra as filárias, ascáris, etc.

### INTRAHEPTOL

Extracto de fígado por via endovenosa, para tratamento das cirroses hepáticas

### LEDERCILINA PARENTÉRICA

300.000 U. O. de Penicilina G Procaina Cristalina e  
100.000 U. O. de Penicilina G Potássica Cristalina

### LEDERPLEX

Vitamina B Complexa Parentérica

### LEDINAC

Granulado (com Folvite) Associação de: amino-ácidos, proteínas, vitaminas, minerais e hidratos de carbono, para o restabelecimento do equilíbrio ácido-básico

### NORMOCYTIN

Anti-Anémico injectável — Vitaminas B<sub>12</sub> e B<sub>12b</sub>

### PRENATAL

Dieta suplementar vitamínica e mineral para a profilaxia pré-natal e durante a lactação

### PROPILTIOURACIL

Tratamento do hipertiroidismo

### TEROPTERIN

Acido Pteroil-Triglutâmico para a terapêutica anti-cancerosa

### TRI-IMUNOL

Vacina mista: Diftérica Tetânica e Pertussis

### TUBERCULINA

Prova do adesivo com tuberculina

### VACINA ANTI-CATARRAL MISTA

Para a profilaxia e tratamento da «constipação vulgar», etc.

### VACINA ANTI-VIRUS GRIPAL TIPOS A e B

Vacina contra a gripe

### VARIDASE

(Estreptokinase 100.000 U.; Estreptodornase 25.000 U.)

### VI-MAGNA

Combinação das vitaminas: A, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, C, D, PP  
Pantotenato de Cálcio e Acido Fólico

### AGENTES PARA DIAGNÓSTICO

### ANTIGÊNEOS

*Lederle*

LABORATORIES DIVISION

*AMERICAN Cyanamid COMPANY*

NEW YORK — U. S. A.

Representantes Exclusivos para Portugal e Colónias

ABECASSIS (IRMÃOS) & C.A

RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA  
RUA DE SANTO ANTÓNIO, 15 — PORTO

entre o primeiro ano e os 5 anos de idade e com fases graves alternando com outras de melhoras.

O doente celiaco, apresenta um emagrecimento característico. A face, conserva-se mais cheia até final da doença, mas o tórax, pernas e sobretudo as nádegas são de uma magreza extrema, contrastando com a grande tumefacção abdominal. Esta, devida, segundo Cordeiro Ferreira, não só à atrofia e hipotonia dos músculos abdominais, mas também às grandes massas líquidas existentes no intestino e à distensão gazosa do colon, o que tem sido observado radiologicamente.

As fazes, têm as características já atrás apontadas. O doente, tem adinamia com hipotonia muscular. Dá-se nele um atraso ou mesmo uma paragem do crescimento. É este o sintoma fundamental para que haja doença celiaca, de tal modo que alguns AA. a chamam de «infantilismo intestinal».

O crescimento pára por completo nas fases mais graves da doença, para recomeçar, se bem que mais lentamente que o normal, nas fases em que há melhoras.

A par destes sintomas, o psiquismo do doente encontra-se também afectado. A sua inteligência conserva-se, mas o seu carácter torna-se estranho, extremamente irritável, exigente, caprichoso e lábil.

O doente torna-se egocêntrico, desprezando tudo o que seja exterior à sua pessoa.

Os exames laboratoriais, são muito importantes no diagnóstico desta doença. Vejamos os mais empregados:

Contagem de sangue — anemia em geral de tipo hipocrômico, mas algumas vezes também de tipo hiper-crômico. O tempo de coagulação e de protrombina, podem estar aumentados.

O exame da urina, mostra que esta se encontra normal.

O exame das fezes, apresenta um aumento característico das gorduras, à custa, principalmente, de ácidos gordos.

O suco gástrico pode ser deficiente, sob o ponto de vista de ácido clorídrico livre, mas as provas aos enzimas gástricos deram resultados normais, em contraste com o que se passa com o sprue.

O suco duodenal apresenta uma quantidade normal de pigmentos biliares, que nos é dado observar pela sua cor.

Os enzimas pancreáticos, estão presentes em quantidades normais, excepto nos períodos de desidratação grave, em que estão temporariamente reduzidos.

Não se fizeram, até agora, estudos do suco entérico.

O exame radiográfico, tem mostrado alterações quase constantes do esqueleto e do tubo intestinal. Cordeiro Ferreira descreve-os do seguinte modo:

«No esqueleto, observam-se lesões de osteoporose por vezes muito acentuadas; a estrutura da esponjosa extraordinariamente rarefeita, a cortical muito delgada. Os corpos das diáfises muito delgados, sobretudo na tibia e no femur, o que torna aparentemente longas as epifises. Estas alterações não têm nada de característico, sendo idênticas às alterações de osteoporose das outras doenças.

A linha epifisária é geralmente delgada, e estreita, quer nitidamente limitada em linha recta, quer dividida em duas ou três linhas.

Na fase florida da doença, encontram-se partindo desta linha epifisária em direcção à diáfise, linhas de densidade cálcica, transversais, separadas entre si por substância esponjosa osteoporótica. Estas linhas correspondem a paragens do crescimento.

A exploração radiológica do intestino delgado mostra um exagerado peristaltismo; no entanto, se parte da alimentação passa rapidamente ao intestino grosso, uma boa parte fica no intestino delgado, pelo que este se apresenta sempre cheio.»

#### Tratamento

O tratamento da doença celiaca, deve ser considerado debaixo dos aspectos seguintes:

##### 1) Tratamento dietético.

##### 2) Tratamento dos estados deficitários.

##### 3) Tratamento da infecção focal.

A dieta é o factor fundamental, do qual depende todo o êxito do tratamento. Deve-se prescrever uma dieta, que forneça, não só, as necessidades nutritivas, mas que corresponda também, à capacidade digestiva do doente.

Esta deve pois ser rica em proteínas, minerais e vitaminas e pobre em gorduras e hidratos de carbono complexos, e os seus ingredientes devem favorecer a função normal do intestino.

Durante as primeiras fases da doença, ou durante as exacerbações, a dieta deve ser o mais apertada possível, porém nas fases em que está em boa evolução, podemos alargá-la um pouco mais.

As dietas constam sobretudo de leite sem gordura, ovos, carne, sumo de frutas e frutas, vegetais com pouca celulose, óleo de fígado de bacalhau e dextrina. Esta é fornecida em lugar de outros HC, como fonte de energia. É absorvida na parte superior do intestino delgado, não dando lugar ali à formação de resíduos, que podem levar a fermentações.

Como frutas, estão particularmente indicadas as bananas e as maçãs.

Modernamente são administrados ao doente amino-ácidos, usando-se também a farinha de alfarroba, nos casos acompanhados de diarreias muito intensas.

Tratamento dos estados deficitários — Em virtude da dificuldade de absorção, a criança com doença celiaca, pode apresentar raquitismo, mesmo tomando as doses de vitamina D consideradas suficientes para uma criança normal. A princípio devemos usar preparados hidrosolúveis de vitamina D, em doses muito altas. Uma vez debelada a fase aguda da doença, devemos empregar o óleo de fígado de bacalhau, pois é ainda hoje considerado o melhor veículo de vitamina A e D.

Devemos empregar, também, suplementos de vitamina K e A.

Nos casos em que exista anemia hiper-crômica, deve empregar-se o ácido fólico.

O complexo B, está indicado, em doses fortes, nos casos em que a diarreia é muito prolongada.

Tratamento da infecção focal — Deve tratar-se todo o foco de infecção que possa acompanhar a doença celiaca (sinusite, otite, adenoidite). Os antibióticos, estão plenamente indicados, podendo mesmo, chegar a ser preciso intervir cirurgicamente, se os meios médicos não forem suficientes.

Transfusões repetidas, em especial, no princípio da doença, podem encurtar a duração das manifestações graves e são recomendáveis, não só para combaterem a anemia, como também para aumentarem a proteinemia e a resistência à infecção.

Durante a convalescência, deve efectuar-se um tratamento ortopedico, nos doentes com sequelas de raquitismo ou escorbuto. Em geral, basta uma dieta apropriada, para se dar uma correcção espontânea das malformações.

Qual o tempo de duração do tratamento? O tratamento dietético deve ser prolongado durante meses ou mesmo anos, baseando-se numa alimentação rica em proteínas e vitaminas e pobre em HC complexos e em gorduras.

Tratemos finalmente da terceira doença infantil que se acompanha de esteatorreia.

A esteatorreia infantil idiopática de Anderson, é um diarreia crónica, intolerância às dietas infantis próprias, perda de peso e presença de um excesso de gordura nas fezes.

O quadro é semelhante ao da doença fibroquística do pâncreas, não aparecendo naquela infecção pulmonar e sendo os valores da tripsina superiores a 50 U. viscosimétricas.

(Palestra feita numa das reuniões semanais, do Corpo Clínico do Serviço)

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLINICAS E CIENTIFICAS

### O espermograma no estudo da esterilidade

Na revista «Toko-Ginecologia Práctica», de Outubro do ano findo, lemos um artigo assim intitulado, cujo autor era Fernando de Valderrama, que passaremos a transcrever.

O estudo do líquido seminal e dos seus elementos mais importantes, os espermatozóides, constitue presentemente o elemento mais importante quando pretendemos corrigir uma esterilidade matrimonial. Apresentamos, sob este ponto de vista, as provas fundamentais e de maior caracterização prática, acrescentadas dos dados que a nossa experiência pessoal nos permitiu concatenar, em vez de 300 espermogramas, em que pudemos, bastantes vezes, seguir a evolução e resultado final do tratamento contra a esterilidade.

*Recolha:* Em regra, não compete ao analista mas sim ao ginecologista a orientação a seguir na recolha do ejaculado. Esta tem entre nós um interesse moral e religioso que torna aconselhável o coito com preservativo previamente perfurado e expressão do pénis. Alguns autores estrangeiros aconselham antes a masturbação, visto a borracha possuir propriedades espermicidas. Todavia, um modo de proceder, que por se assemelhar ao que na realidade se passa na natureza, seria de aconselhar. No estudo da vitalidade seria o seguinte: realização da cópula e antes de ter decorrido 1 hora, retirar o ejaculado com uma pipeta Pasteur, do fundo do saco vaginal e do colo.

Isto permite o conhecimento simultâneo do pH vaginal, assim como os caracteres deste meio, flora e elementos celulares, que podem fornecer dados de grande importância. Dá-se grande valor à diferença de espermatozóides, por campo microscópico, entre as duas porções recolhidas. Empregamos este procedimento muitas vezes e há ginecologistas que o realizam no chamado test postvidual em que se observa a permeabilidade tubárica. Todavia, efectua esta prova no décimo quarto dia após o início da menstruação, 6 horas após as relações sexuais e após uma hora de absoluto repouso. Perante uma falta de mobilidade do esperma tanto podemos pensar numa necrosperemia como numa alteração do pH vaginal.

*Volume* — em regra é de 4 cc, todavia, é necessário ter presente o meio de recolha. Este dado, contudo, é muito variável e não possui grande valor (há autores que consideram normais valores até 10 cc, como, por exemplo, Kolmer). Além disto, é necessário ter presente, além da técnica de colheita, a frequência do coito ou abstinência sexual, para dar valor a este elemento.

#### CARACTERES GERAIS DO EJACULADO E CONSTITUIÇÃO DO MESMO:

É branco opalino ou ligeiramente amarelado e possui grande viscosidade (que está relacionada com o conteúdo celular). A liquefacção pode produzir-se antes de uma hora, o que é fisiológico. Quando não se produz pode alterar a facilidade de movimentos do esperma e dificultar a fecundação. O pH do ejaculado é alcalino, indo de 7,3 a 8,8. Soluções levemente ácidas

inibem completamente os movimentos dos espermatozóides. Posto que não acreditemos na sua utilidade prática, fizemos várias experiências, submetendo uma gota de ejaculado à acção de soluções tampões de fosfato monobásico e libásico, que nos fornecem uma escala de pH de 8,04 a 6,23.

Fosfato monobásico	Fosfato libásico	pH
2,0	8,0	6,23
3,0	7,0	6,46
4,0	6,0	6,64
5,0	5,0	6,81
6,0	4,0	6,97
7,0	3,0	7,16
8,0	2,0	7,29
9,0	1,0	7,73
9,5	0,5	8,04

A técnica é a seguinte: numa placa de porcelana com 10 escavações depositamos 5 gotas de cada sistema tampão e, na décima escavação 1 centímetro cúbico do ejaculado. Em cada uma das restantes escavações colocamos uma gota do ejaculado e observamos os movimentos dos espermatozóides depois de collocarmos a placa na estufa durante 10 minutos de cada vez. Observamos que com um pH de 6,97 os movimentos desaparecem antes de meia hora. De facto, possuímos nas nossas observações um caso de esterilidade que se resolve unicamente com o tratamento do pH vaginal, que estava alterado por uma mudança da flora normal, no sentido de uma maior acidez.

Ao exame microscópico encontramos no ejaculado, além dos espermatozóides, o seguinte:

- 1.º Células testiculares (células epiteliais redondas, mononucleadas, com finas granulações basófilas).
- 2.º Cilindros testiculares — bastante pouco frequentes, por certo seleccionados com uma maior abstinência sexual.
- 3.º Células epiteliais das vias seminais.
- 4.º Corpúsculos amiláceos, prostáticos e gotas de lecitina, tendo todos eles origem metabólica comum.
- 5.º Cristais espermáticos de Bottcher, que são frequentes em líquidos seminais não recentes, mas cuja formação podemos acelerar adicionando uma gota de fosfato ácido de amónio a 1%. Estes cristais assemelham-se com os de Charcot-Leyden.
- 6.º Leucócitos, que em pequena quantidade podemos encontrar em muitos líquidos normais.

Perante um caso de azoospermise pode surgir-nos a dúvida se se trata de um líquido seminal ou de qualquer outro exsudato orgânico. Perante isto, recorremos sempre à reacção de Florence e que, embora não específica, como aliás a apresenta o seu autor, é um dado importante no estudo do líquido seminal.

O reagente de Florence é constituído da seguinte forma: Iodo, 2,54 grs.; Iodeto de potássio, 1,65 grs.; Água destilada, 30 gramas.

Colocamos entre lâmina e lamela uma gota de líquido seminal. No bordo, depositamos uma gota do reagente e, no ponto

de contacto, observa-se ao microscópio o aparecimento imediato de cristais residuais pardos de tamanho diverso. Esta reacção possui maior valor e é utilizada com maior frequência em Medicina Legal.

O elemento fecundante do líquido seminal, ou seja o espermatozóide, é constituído pelas seguintes partes:

a) *cabeça*, em que podemos distinguir duas porções separadas por uma linha transversal. Um segmento anterior, que cora pàlidamente pelos corantes da cromatina e, um posterior que sobressai claramente, em que se condensa a cromatina nuclear. Nos espermatozóides humanos observa-se apenas o acrosoma ou botão cefálico, corpúsculo situado no vértice com uma pequena cobertura cefálica. A cabeça é oval e apresenta aspecto diverso quando vista de frente ou de perfil.

b) *A porção intermédia*, que começa por um ligeiro estrangulamento em torno da cabeça (pesçoço) e termina na sua união com a cauda, apresentando uma estria que nem sempre se evidencia.

c) *A cauda*, que vai diminuindo de tamanho desde a sua união com a porção intermédia, adelgaçando-se até se tornar difícil a sua observação.

*Número de espermatozóides*: aparecem cifras muito diversas. Por certò, estas variações tão amplas devem-se à técnica de colheita e à frequência do coito, posto que não podemos afastar completamente as influências raciais. Por vezes, observamos, no mesmo indivíduo, cifras até 3 vezes superiores entre um e outro exame. Por outro lado, parece-nos que se o número não for excessivamente baixo (menor que 20.000 por cc.) não é causa de esterilidade masculina, tendo menos importância que a mobilidade.

*Mobilidade*: A sua observação constitue a demonstração mais eficiente da sua vitalidade. O seu estudo constitue um dos melhores elementos que nos permitem avaliar a capacidade fecundante. Devc aconselhar-se a entrega rápida do produto e, acima de tudo, é necessário conhecer com exactidão o tempo decorrido desde a ejaculação. É conveniente mantê-lo até ao exame a uma temperatura, tanto quanto possível, próxima da corporal, embora muitos autores aceitem que as temperaturas baixas não são causa de morte do espermatozóide. Para fazer o inventário dos espermatozóides e a percentagem da sua mobilidade, serve qualquer câmara conta-glóbulos.

Por conseguinte, basta colocar uma gota de líquido seminal e efectuar a contagem, anotando simultaneamente as formas móveis se, por ser elevado o n.º de espermatozóides por difícil fazer a contagem, é aconselhável diluir o sémen numa pipeta conta-glóbulos, com soro fisiológico estéril e mantido na estufa a 37° C. Muitos autores aconselham como diluidor uma solução saturada de bicarbonato de sódio com fenol a 1 %, ou uma solução de ácido bórico a 4 %, adicionado de fenol a 1 %.

Pela nossa técnica fazemos uma primeira contagem e mantemos o material na estufa durante duas horas, repetindo então a percentagem de formas móveis. Cremos que o facto da percentagem de espermatozóides vivos se manter sensivelmente fixa, é suficiente para assegurar uma perfeita sobrevivência compatível com a fecundidade, por parte do homem.

O facto de submeter os espermatozóides a provas de resistência em meios químicos ou a condições de temperatura e de tempo, para nós, apresenta sòmente um interesse teórico. Sòmente, o facto de muitos autores fazerem uma curva das formas móveis decorrida 1 hora, 3, 6 e 24 horas, pode fornecer elementos importantes quanto à sobrevivência dos espermatozóides.

Todavia, quando diminuem as formas móveis após 2 horas de observação, é de suspeitar uma vitalidade deficiente do espermatozóide, que em regra coincide com as conclu-

sões que podemos tirar de uma observação mais prolongada.

A este respeito são úteis as seguintes provas: o teste da velocidade de propulsão — Estudos muito interessantes que são realizados pelo Dr. Botella.

$$C \times M \times N \times V$$

$$\text{O índice de Hinglais: } \frac{\quad}{1 \text{ bilhão}} = 3. \text{ Em que C cor-}$$

responde ao número de espermatozóides por mm. c.: M — a percentagem de espermatozóides móveis decorrida uma hora. N — a percentagem de espermatozóides normais. V — o volume do ejaculado.

O teste da redução do azul de metileno (Morocard)

Recentemente atribue-se grande importância à quantidade de fructuose no líquido seminal, principalmente no tratamento das oligospermias, que parece indicar não só a melhoria, como delimitar as possibilidades de recuperação da função. A fructuose põe-se em evidência pela reacção de Selivanoff, característica dos glucídeos cetónicos.

A técnica é a seguinte: colocam-se num tubo de ensaio, 2 c.c. de um soluto de resorcina em ácido clorídrico a 50 %. Adicionam-se umas gotas de líquido seminal e aquece-se. Aparece um cor rosada que, ao arrefecer, se torna mais intensa, até chegar ao roxo escuro.

Também se utilizam a reacção de Bouchard (modificação da anterior), a prova da fenihidrazina ou o exame polarimétrico.

*Estudo das formas anormais*: para estudar as anomalias dos espermatozóides recorre-se à coloração. A coloração mais simples é-nos dada pelo corante de Giemsa, após prévia fixação pelo álcool metílico. Todavia, com o corante de Leishmann podemos obter preparações mais perfeitas e também de técnica simples: esfregaço de uma pequena porção de líquido seminal com ansa de platina, fixação com álcool metílico durante 2 minutos e, finalmente, cobrir todo o esfregaço com eosinato de azul de metileno (s/ Leishmann) durante 15 minutos.

Kracke-Parker aconselham a seguinte coloração:

1.º Fixação pelo líquido de Schaudin (álcool absoluto -50 c. c.); bicloreto de mercúrio a 7 % — 100 c. c.), durante 1 minuto.

2.º Submergir durante meio minuto em álcool a 50 graus.

3.º Submergir durante meio minuto em água destilada, com 2 gotas de tintura de iodo.

4.º Soluto aquoso de eosina, a 5 %, meio minuto.

5.º Soluto de álcool clorídrico, 1 minuto.

6.º Lavar com água destilada.

7.º Hematoxilina, 2 minutos e meio. O núcleo tingem-se de azul e o citoplasma de vermelho.

As alterações mais frequentes que podemos encontrar são, primeiramente, as cromeíticas, visto que, por vezes, vemos a cabeça do espermatozóide com zonas muito desigualmente coradas, quase sempre coincidindo com os casos mais evidentes de oligospermia. Segundo Mends («Amer. J. Obst. and Gyn», 22, 199, 1931), as anomalias mais importantes são as alterações da cabeça de tipo morfológico. Cabeça muito estreita e arredondada, afilada para a base; cabeça gigante; em ponta de alfinete; cabeça dupla com uma só cauda; cabeça dupla com 2 corpos intermédios e uma só cauda.

Mends menciona um facto, que aliás já tínhamos observado há muito, e que é considerado como uma anomalia fundamental e, que consiste no facto das cabeças dos espermatozóides de uma mesma amostra apresentarem tamanho diverso. Nas nossas observações, esta anisoespermia corresponde às co'heitas feitas em doentes de mais idade com cifra total de espermatozóides baixa. Por vezes, as diferenças de tamanho são tão notáveis, que entre as cabeças há alteração de 3 ou 4 vezes o seu volume. Por vezes, encontramos também uma fina membrana, que parece

corresponder a uma produção acelerada e rápida; outras observamos cristas na zona do pescoço. Pode ainda observar-se a perda do flagelo ou então um flagelo excessivamente largo ou enrolado. Podem também encontrar-se espermatozóides sem corpo intermédio e espermatozóides sem cabeça.

Nas preparações coradas podemos observar a presença de leucócitos, quase sempre neutrófilos, que são um achado normal, dentro de certos limites.

Svensden («J. Path. and Baet.», Vol. LX, N.º 1, Janeiro, 1948), num documentado trabalho sobre 128 amostras de líquido seminal humano, procurando encontrar a relação entre leucócitos e bactérias por um lado, e por outro a fertilidade do líquido espermático e o seu número de espermatozóides, encontrou que em 53 amostras de líquido seminal considerados normais quanto ao número de espermatozóides e à mobilidade, a quantidade de leucócitos por mmc. oscilou entre 1.000 e mais de 10.000, dando uma média de  $3.325 \pm 402$ . Nas amostras patológicas (23 azoospermias e 52 de má qualidade) o n.º de leucócitos estava muito aumentado.

O encontrar-se uma baixa percentagem de formas anormais discretas é considerado normal e compatível com o poder fecundante, isto no caso dessas formas não ultrapassarem 5 %.

Apresentamos seguidamente, os dados correspondentes a 300 casos em que fizemos o espermograma que, por vezes, em alguns casos voltamos a repetir decorrido algum tempo de tratamento.

Número de espermatozóides por mmc.	N.º de casos	%
Mais de 60.000 .....	88	29
Entre 40.000 e 60.000 .....	132	44
Entre 20.000 e 40.000 .....	35	12
Entre 10.000 e 20.000 .....	9	3
Menos de 10.000 (incluindo as azoospermias) .....	36	12

Vitalidade dos espermatozóides	N.º de casos	%
Mobilidade superior a 85 % .....	36	12
Entre 60 % e 85 % .....	150	50
Menos de 60 % .....	86	26,7
Necrospermia .....	1	0,3
Azoospermia .....	33	11

Os casos recolhidos na nossa prática privada, permitem-nos chegar às seguintes conclusões:

1.º — O n.º total de espermatozóides não é tão elevado como o que aceitam alguns autores americanos visto que, somente em dois casos encontramos 75.000 espermatozóides por mm<sup>3</sup>.

2.º — Amostras com cifras de 40.000 a 60.000, que são as mais frequentes da nossa estatística, são perfeitamente fecundantes. O que mais interessa a este respeito é a vitalidade do espermatozóide e a ausência de formas patológicas.

3.º — A raridade das necrospermias (observamos unicamente um caso) contrastando com a relativa frequência das azoospermias.

Na história clínica destas últimas encontrou-se uma infecção gonocócica em 23 % dos doentes; intoxicação alcoólica crónica em 3 casos; «surmenage num doente; tuberculoes testicular nica em 3 casos; «surmenage num doente; tuberculose testicular Nos doentes com intoxicação crónica pelo álcool, que se submeteram ao tratamento, pudemos constatar o aparecimento de espermatozóides, embora em baixo número e com abundantes formas patológicas.

4.º — Repetindo a colheita em doentes com baixo número de espermatozóides, e que se submeteram a um tratamento, adequado e com instruções sobre disciplina sexual, observamos um rápido aumento deste número e, simultaneamente, aumento da vitalidade dos espermatozóides.

5.º — Consideramos exagerada a cifra apresentada por muitos autores, segundo a qual mais de 30 % das esterilidades matrimoniais sejam devidas ao homem, isto em face dos casos por nós observados. Todavia, é de considerar a possível falta de desejo de procriação em homens que suspeitem, por lesões anteriores, de um déficit espermial, e que não cheguem a criar no matrimónio o clima ético necessário para submeter-se ao exame médico que possa vir a esclarecer as causas da esterilidade.

## Tratamento e prognóstico da perfuração da úlcera gastro-duodenal

Avery Jones e R. Doll («British Medical Journal» — 17 Jan. 1953) estudaram, de 1938 a 1951, uma série de 715 doentes com perfuração de úlcera gastro-duodenal.

A taxa da mortalidade não se alterou, apreciavelmente, a partir de 1947: 7,9% em 340 casos, incluindo os diagnosticados post-mortem. Antes dessa data, o número de mortes andava à volta de 20 %.

(Vinte doentes não foram operados, por não ter sido feito o diagnóstico ou pelas suas condições precárias de operabilidade).

Em 301 casos foi feita a simples sutura cirúrgica da perfuração: morreram 10 (3,3 %).

Dezanove doentes foram tratados com gastrectomia parcial imediata, sem um único insucesso.

Foi de 30 o número de doentes assim tratados no primeiro semestre de 1952.

A associação hemorragia-perfuração foi resolvida, com êxito, pela sutura da perfuração e imediata gastrectomia parcial.

Foram seguidos e observados, convenientemente, setenta e quatro doentes a quem foi feita uma sutura simples por úlcera

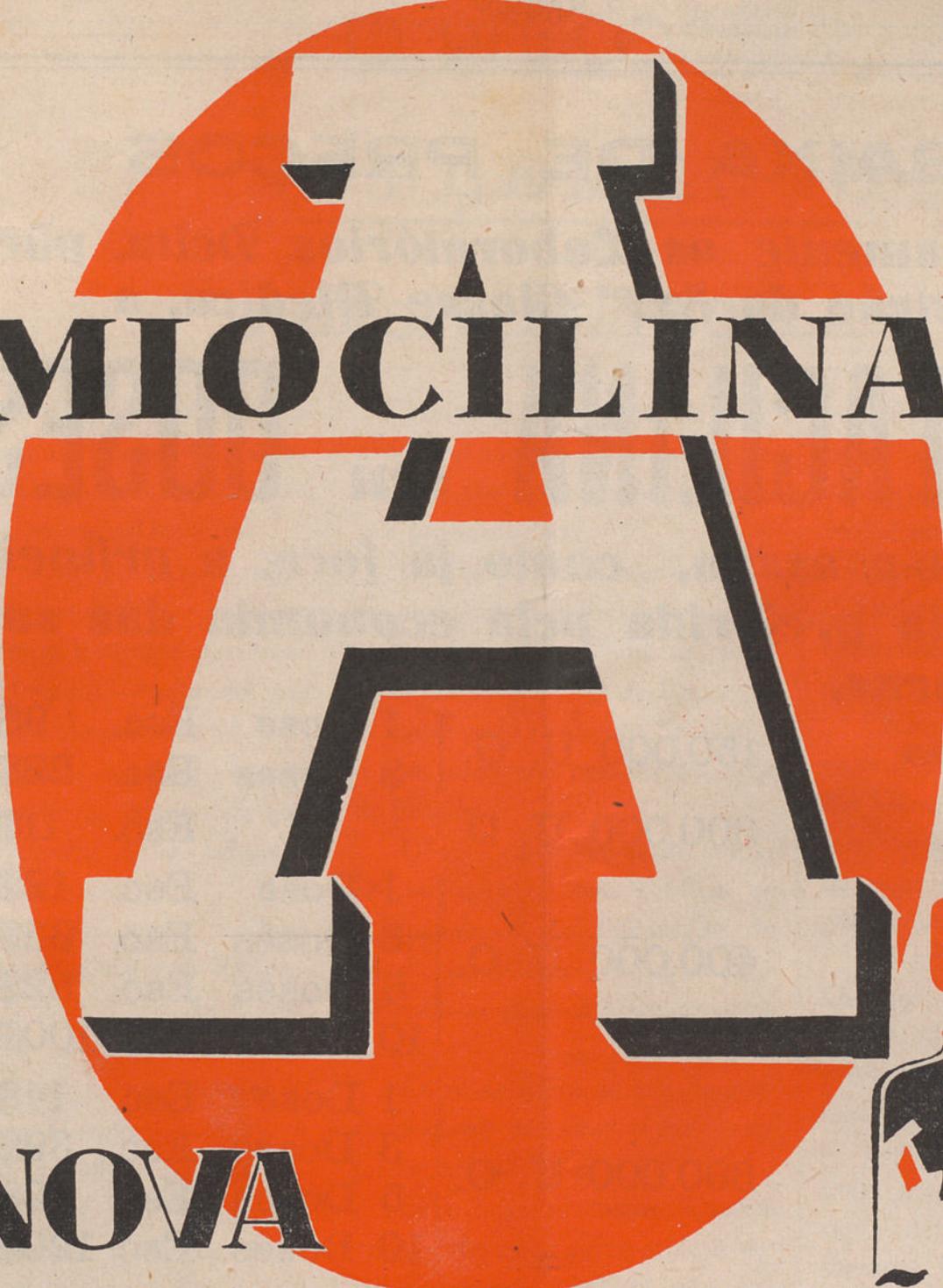
gástrica perfurada, e igual número de doentes com perfuração de úlceras duodenais. As observações fizeram-se durante períodos variáveis entre dois e doze anos. Verificou-se que oito (11 %) dos gástricos morreram com cancro de estômago; em contrapartida nenhum doente duodenal morreu nesse prazo.

O futuro dos sobreviventes não foi afectado pelo sexo nem pela idade, mas pelo tempo de evolução da doença até ao momento da perfuração, e pela maior ou menor precocidade de diagnóstico.

Discutidas as vantagens e inconvenientes de cada um dos três métodos correntes de tratamento — tratamento médico com aspiração gástrica, sutura simples da perfuração e gastrectomia parcial imediata — conclui-se que cada um tem a sua oportunidade consoante os casos.

Não deve esquecer-se que a simples sutura da perfuração é, agora, um método de tratamento altamente satisfatório, pelo menos quanto às consequências imediatas.

É razoável continuar a usar-se, na ausência de indicações positivas para cada um dos outros métodos.



**MIOCILINA**



**NOVA  
APRESENTAÇÃO**



Frasco de 1.500.000 U. . . . . 23\$00

Frasco de 300.000 U. . . . . 11\$00

Frasco de 500.000 U. . . . . 13\$00

**EM FRASCOS SILIGONADOS**

**LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

## BAIXA DE PREÇOS

Novamente os Laboratórios Delta, põem à disposição da Ex.<sup>ma</sup> Classe Médica, a

# DELTACILINA em DOSES,

tornando-a assim, como já fora, a primeira penicilina preferida pela economia das suas embalagens.

<b>Deltacilina</b>	150.000 U. O.	1 Dose	Esc.	9\$50
		3 Doses	Esc.	22\$50
	300.000 U. O.		Esc.	11\$00
	400.000 U. O.	1 Dose	Esc.	12\$00
		3 Doses	Esc.	33\$00
		5 Doses	Esc.	52\$50
		10 Doses	Esc.	100\$00
	600.000 U. O.	1 Dose	Esc.	14\$00
		3 Doses	Esc.	39\$00
		5 Doses	Esc.	62\$50
		10 Doses	Esc.	120\$00
	800.000 U. O.	1 Dose	Esc.	16\$00
		3 Doses	Esc.	45\$00
		5 Doses	Esc.	72\$50
		10 Doses	Esc.	140\$00
	3.000.000 U. O.		Esc.	38\$00



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-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

## S U P L E M E N T O

### O HOSPITAL ESCOLAR

Foi oficialmente inaugurado o novo Hospital Escolar de Lisboa. Trata-se de uma obra grandiosa que muito honra o Governo.

Quem tiver percorrido algumas das dependências — não sei quanto tempo levaria a percorrer todo o Hospital — sente-se um pouco esmagado pelo que vê.

Vê-se bem a impressão causada aos jornalistas pela visita que fizeram a convite do sr. Ministro das Obras Públicas.

Trata-se do maior edifício construído entre nós com 200 metros de frente e 132,5 de fundo, onze pisos, superfície total de 1 28.000 m.<sup>2</sup> correspondendo 100.000 ao Hospital e 28.000 à Faculdade de Medicina. Os números referidos nos jornais são impressionantes: 1.200 pilares de betão armado, em que foram empregados 48.000 m.<sup>3</sup> de betão; 80.000 m.<sup>3</sup> de volume de paredes; 60 quilómetros de canalizações de água; 23 quilómetros de canalizações de esgotos; 4.500 aparelhos sanitários; 20 quilómetros de tubos de radiadores e eléctricos para aquecimento; 1.000 quilómetros de fios eléctricos; 309 relógios trabalhando em conjunto; 620 telefones.

Todos os pormenores de cozinha, lavandaria e outras dependências são impressionantes pela sua grandiosidade.

O edifício foi inaugurado numa cerimónia organizada pelo Ministro das Obras Públicas, para comemorar as Bodas de Prata governativas do Professor Salazar, e a que se dignou presidir o Chefe de Estado.

Dentro em breve serão transferidos para o novo Edifício os equipamentos da Faculdade de Medicina, de forma a que em Outubro já se possam efectuar aí as aulas.

Entra-se agora na mais importante parte da obra: o funcionamento hospitalar.

Se o hospital custou 330.000 contos, devemos pensar que o seu funcionamento também não poderá ser barato.

Com boas instalações e bom equipamento em perspectiva, é necessário que o hospital funcione bem. Para isso vai ser exigido um enorme esforço pessoal; desde os administradores às criadas, todos têm que se compenetrar da importância das suas funções. Mas não se julgue que é suficiente a boa

vontade de cada um para que tudo corra bem: são necessários muitos conhecimentos técnicos e não se vê que em todos os escalões da hierarquia hospitalar haja gente suficientemente preparada para desempenhar cabalmente o seu papel.

Ocorre sempre o problema da enfermagem, pelo qual o professor Gentil tão galhardamente se tem batido e que nos parece longe de estar solucionado, isto já depois da inauguração oficial.

Ao lado do pessoal, o material. Um hospital não é para luxos e toda a administração terá que ser prudente e equilibrada financeiramente.

Que seja tudo simples no hospital, mas que não falte nada o que é necessário para a vida dos doentes. Cozinhas modelares têm que corresponder a boa alimentação. Ao bom apetrechamento tem que corresponder a boa terapêutica.

Acabou, magnificamente, o período das Obras Públicas. Começa o período da Assistência.

É indispensável que a um grande edifício Hospitalar corresponda um grande Hospital.

J. ANDRESEN LEITÃO

**ERITRAN**

**GLUCONATO FERROSO +  
+ COMPLEXO VITAMÍNICO**



O COMPOSTO HEMATÍNICO MELHOR TOLERADO

# ECOS E COMENTÁRIOS

## OS MÉDICOS-COBAIOS

A Comissão dos direitos do homem da O. N. U. solicitou a opinião de algumas organizações médicas sobre o delicado tema da licitude ou ilicitude da «experimentação humana». Este é um tema delicado, de graves matizes sociais, que preocupa há muito a quem tenha de encará-lo. Há que avançar desde o coelhinho das Índias, através de um vazio patético, até aos pés do investigador. «Numa experimentação humana—dizia há pouco um professor da Universidade de Illinois—o drama está em nunca se poder recuar nem recommençar». Tão grave isto é que os investigadores têm oferecido amiúde a sua própria vida para a grande experiência. Desgentes, em 1790, inoculou-se com a peste para estudar inequivocamente os seus sintomas. Há bem pouco, os professores Wood e Code, da Clínica Mayo, provaram os fatos protectores dos pilotos «supersónicos» depois de uma prévia e fatal experiência. Giovanna Pauletta, investigadora italiana, injectou-se, há meses, com um novo antibiótico e morreu. Agora constituiu-se uma sociedade de «voluntários da morte» que conta com cerca de quinhentos membros e tem sede na Universidade de Illinois. Cada semana um dos sócios submete-se a uma experiência que lhe pode custar a vida.

Houve uma tentativa de recrutamento em certos sectores da vida social—presos, incuráveis, etc.—para que se submetessem às experiências, com a promessa de duvidosos benefícios. Mas isso deu poucos resultados.

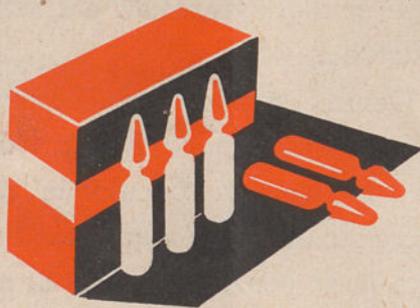
Agora, com um vigor, uma fé e um entusiasmo realmente admiráveis, a associação de «voluntários da morte» oferece as suas vidas para assegurar, lentamente, as nossas. O doutor Buckhardt, injectou-se com veneno de cobra para estudar os seus efeitos. Para analisar as reacções do corpo humano na estratosfera lançou-se, num paraquedas, da altura de doze mil metros, o doutor Lovelac. Com um novo gás, perigosíssimo para o sistema nervoso, pereceu asfixiado o Dr. Stein. O professor Wood prendeu-se a uma máquina centrífuga para estudar as pressões. E o Dr. Scott Smith permitiu que lhe injectassem curare.

Mas o caso que arrepiá é o de Tho-

mas Koritz. A Marinha pedira à Universidade um método eficaz para reanimar os afogados. Koritz deixou-se afogar e sob o seu corpo, voluntariamente morto, os médicos mediram as possibilidades que ofereciam os diferentes sistemas de levar o ar aos pulmões. Este mesmo Koritz permitiu que o electrocutassem e desceu a noventa metros de profundidade para estudar o efeito da brutal pressão sobre um novo escafandro. É o resultado de um meio, de um ambiente de estu-

do e de sacrifício. Uma flor heróica sem aplausos nem marchas triunfais, cultivada em toda a sua beleza, no silêncio recolhido dos laboratórios. Um voluntário da morte que não desdenha nenhuma possibilidade técnica de arrancar à vida alguns dos seus infinitos segredos. Aí está o prémio. Neste antecipar de vitórias futuras, das que beneficiarão, mais tarde, milhões de seres humanos, que têm colocada na ciência uma das suas melhores esperanças. (Do A.B.C. de Madrid).

## TERAPÊUTICA ANTI-SIFILÍTICA



# SALIBI

Suspensão oleosa de salicilato básico de bismuto, em dispersão muito fina. Cada ampola de 2 cc. contém 0,15 g. de Bi metálico.

Caixa de 12 ampolas  
de 2 cc.  
25\$00

LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

## Academia das Ciências

Sob a presidência do Prof. Egas Moniz, reuniu no dia 19 de Março a classe de Ciências da Academia de Ciências de Lisboa, para ouvir uma comunicação do seu presidente, intitulada «Trombose da carótida interna. Visibilidade dos vasos da fossa posterior». O Prof. Egas Moniz principiou por se referir, em pormenor, a um caso de trombose da carótida interna no trajecto vertical, em que se vê, especialmente no segundo filme obtido, toda a circulação da fossa posterior. Aludiu ao primeiro trabalho publicado na «Presse Médical» (1936), em que deu conta do achado patológico desta trombose carotídea, logo confirmada, principalmente nas clínicas alemãs.

Em 1941 publicou em Barcelona uma monografia sobre o assunto, que tem servido de base a outras publicações em clínicas estrangeiras. No caso apresentado e que documentou com interessantes filmes, vê-se a trombose da carótida interna, logo à saída da carótida primitiva, e uma carótida externa com os seus ramos fortemente dilatados. A visibilidade destes vasos, ao contrário do que sucede em casos normais, desaparece por completo em dois segundos, o que, segundo o conferencista, é devido à dilatação forçada destas artérias, que se anastomosam largamente com os ramos da carótida externa do lado oposto, em ligação com grossas veias de descarga, por onde se escapa o sangue com o líquido opaco injectado. O que há de curioso nos angiogramas apresentados é que, ao mesmo tempo que imediatamente desaparece a visibilidade da carótida externa, vê-se surgir a circulação da fossa posterior: tronco basilar, cerebral posterior e as cerebelosas superiores. Explica o facto pelo refluxo do líquido opaco que, descendo em parte pela carótida primitiva para a subclavia, sobe em seguida pela artéria vertebral ao tronco basilar. É à direita onde existe o tronco braquio-cefálico. Sobre a razão desta descida do líquido opaco fez várias considerações, bem como sobre a circulação do cerebelo e protuberância.

## MOSAICOS NORTENHOS

## XLVI

## Uma lição que não esquecerá

A Assembleia Geral da Ordem dos Médicos, realizada em 28 de Março último, despertou vivo e desusado interesse, não só entre os médicos, como também em alguns meios estranhos à nossa Medicina.

Precedida de um importante *aviso-prévio* realizado dias antes na Assembleia Nacional, era natural que se prestasse especial atenção àquela reunião de delegados da classe médica, para se aquilatar do modo como era encarado o momento presente e como se comportaria aquela Assembleia em presença de problemas ideológicos que brigam com a própria ética profissional.

A expectativa não foi iludida e todos quantos se interessaram pelo ocorrido naquela reunião, devem ter concluído que é possível firmar com clareza e firmeza uma posição, sem resvalar na questiuncula grosseira ou na querela azeda, em que os princípios passam, quantas vezes, para um plano secundário, sobrepostos por inimizades pessoais, mesquinhas e apaixonantes.

Ali houve elevação e firmeza, sem palavras que viessem toldar o ambiente ou pudessem desvirtuar uma atitude que, necessariamente, se projectaria no exterior.

Conseguiu-se o objectivo — ninguém o pode negar — e agora resta formular algumas considerações que sendo oportunas, ajudarão a compreender o significado daquela Assembleia, que constituiu uma lição de grande mérito e indiscutíveis ensinamentos.

## O AVISO-PRÉVIO

Há muito se esperava que um dos médicos com lugar na Assembleia Nacional tratasse dos problemas da Previdência que tão discutidos são e tanto desagrado têm determinado.

Há poucas semanas surgiu um dos deputados — o Bastonário da Ordem dos Médicos — com um *aviso-prévio*, cujo enunciado, longo e pormenorizado, era uma súpula doutrinária de grande valor, pelos princípios que preconizava para o *seguro-doença*.

Chegado o dia destinado ao *aviso-prévio*, Cerqueira Gomes expoz e desenvolveu o seu modo de ver, pondo de parte o documento que oficialmente fora mandado para a Assembleia Nacional e no qual se defendia a orientação até agora seguida pelo departamento da Previdência.

Outros deputados intervieram na discussão — uns apoiando as sugestões de Cerqueira Gomes, outros defendendo o sistema e as normas em vigor — e quando se contava com larga celeuma e grande discussão, viu-se o Bastonário afirmar princípios e definir directrizes, confiado no futuro e negando-se a enveredar pela senda da discussão que serviria de gaudío a muitos, mas que não traria qualquer benefício de ordem prática.

E o *aviso-prévio* findou, sem qualquer votação — que não era precisa — num ambiente morno, que a muitos pareceu de concordância com as directrizes até agora seguidas, tão insignificantes e falseados foram os relatos que a imprensa publicou.

Aqueles que esperavam grande barafunda, num «*dize tu, direi eu*» pouco edificante, mas de grande espectáculo... sentiram-se desiludidos.

Afinal, afirmou-se, o *aviso-prévio* não deu nada... Como se não fosse muito e de grande significado, a afirmação serena e fria dos princípios perante a Assembleia Nacional!

## UMA CAMPANHA ELEITORAL

Sabia-se que haveria este ano eleições

## METIOCOLL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSES VASCULARES

LABORATÓRIO



SAÚDE, L.ª

RUA DE SANTO ANTÓNIO Á ESTRÊLA, 44—LISBOA

na Ordem e que da Assembleia Geral sairia o novo Bastonário.

Era evidente a importância desta eleição, quando se debatiam problemas que interessam à classe médica e que envolvem a sua própria ética.

Daí a expectativa gerada, talvez ainda mais palpitante nos meios extra-médicos e, em particular, nos ambientes em que a política predomina.

Recebeu-se com naturalidade e como uma consequência lógica da orientação da Ordem, a notícia de que se apresentaria como candidato a Bastonário, o mesmo que agora findava o seu mandato. Pretendia-se, desta forma, dar continuidade à acção desenvolvida e não enveredar por novas tentativas.

Começaram então a surgir os boatos, a agitar-se o meio e não faltou quem quisesse explorar com a actuação serena de Cerqueira Gomes no Parlamento, para daí concluir que a sua situação era delicada e o incapacitava de manter aquele contacto que é desejável e indispensável para se obter uma orientação doutrinária que satisfizesse a classe médica.

Explorou-se muito esta faceta e chegou mesmo a afirmar-se que Cerqueira Gomes desistia da candidatura.

Havia, pois, quem estivesse interessado em modificar a natural evolução dos assuntos da Ordem e com facilidade se identificou o organismo donde emanava a campanha contra Cerqueira Gomes, que mais intensidade tomou quando apareceu uma nova candidatura ao lugar de Bastonário.

Aumentou o interesse e a ansiedade, podendo afirmar-se que a eleição da Ordem dos Médicos constituiu um assunto de primordial importância em todos os meios ligados à política.

#### NA ASSEMBLEIA GERAL

Ao contrário do que se anunciava, a reunião decorreu calma. A orientação seguida pelo Conselho Geral não ofereceu discussão e a Assembleia demonstrou a sua concordância com as directrizes seguidas, aprovando por unanimidade o relatório apresentado.

Depois houve necessidade de insistir na posição que o Bastonário tomara quanto

aos problemas da Previdência e assistiu-se à leitura de um documento que evidencia, com nobreza e muita elevação, o interesse que os problemas da *Medicina colectiva* mereceram à Ordem e os propósitos de colaboração que os dirigentes daquele nosso organismo corporativo sempre mostraram. Viu-se, então, como a Ordem pretendeu ajudar a solucionar os múltiplos problemas criados, firmando directrizes e sugerindo uma colaboração que nunca foi aceite.

A longa exposição de Cerqueira Gomes marcou magnificamente uma orientação que muito prestigiou a Ordem e a classe médica.

O VOTO DE LOUVOR QUE, NO FINAL, FOI APROVADO POR UNANIMIDADE E ACLAMAÇÃO, define bem a concordância da Assembleia com os princípios defendidos e marcam uma posição que merece ser realçada, pela nobreza e dignidade com que foi estabelecida.

Procedeu-se depois à escolha do novo Bastonário e os números — 50 contra 5 — são demasiadamente expressivos para que precisem de qualquer comentário. Aquelles números valem mais do que a unanimidade que se obteria se houvesse um só candidato!

Afinal, os delegados à Assembleia Geral da Ordem não se deixaram influenciar pela propaganda que se fez em volta desta eleição; marcaram a sua posição de independência e soberam faze-lo com grande elevação, firmeza e decisão.

Oxalá superiormente se compreenda o alto significado desta Assembleia Geral e desta eleição.

#### UM PLANO PARA O FUTURO

O relatório apresentado pelo Conselho Geral e referente à sua actividade em 1952, é um documento valioso pela insistente defeza que nele se faz dos bons princípios que devem basear a Previdência Social e que, entre nós, têm sido falseados.

Além disso, naquele relatório vinca-se o trabalho já iniciado para novas iniciativas, e anunciam-se prometedoras directrizes que constituem a certeza de uma continuidade de esforços que muito prestigia a Ordem. Sobre este assunto convem dei-

xeu arquivadas as palavras que constam do relatório e que devem ser divulgadas:

*«Exactamente para que a continuidade de esforços não sofra interrupção, o Conselho Geral, pediu, por unanimidade, ao Presidente da Ordem que ficasse ele, no mesmo lugar, e mantivesse a acção com a sua experiência e com os seus conhecimentos. Compreendeu o Conselho a vontade do seu Presidente, expressa em tom firme, de dar, também, por terminada a actuação. São já cinco anos de muitas energias gastas, de sacrifícios muito duros, e a compensação é tão fraca e as mãos estão tão vazias que é humano querer renunciar a novas acções e entregar a outro a iniciativa e a responsabilidade. Venceu a insistência, e o Bastonário curvou o seu merecido descanso ao interesse da Ordem, aceitando a propositura para reeleição, DEPOIS DE LONGA AUDIÊNCIA QUE LHE FOI CONCEDIDA PELO SENHOR PRESIDENTE DO CONSELHO DE MINISTROS, E ENCONTRAR NELE A MAIS ALTA COMPREENSÃO E O MAIS CARINHOSO INTERESSE PELOS PROBLEMAS DOS MÉDICOS PORTUGUESES, COMO RECEBER DELE A AFIRMAÇÃO DE QUE OS PROBLEMAS VÃO SER DECIDIDAMENTE ESTUDADOS E SATISFEITOS NO QUE TIVEREM DE JUSTO. O CONSELHO, POR SUA VEZ, QUERENDO AINDA ACOMPANHAR ESTA ESPERANÇA DE MELHORES CAMINHOS, RESOLVEU, NAS ÚLTIMAS SESSÕES, LANÇAR AS BASES DUM MOVIMENTO MAIS ENÉRGICO, QUE APELE PARA OS SENHORES PRESIDENTE DA REPÚBLICA E PRESIDENTE DO CONSELHO DE MINISTROS E SEJA ESCLARECIDO E SECUNDADO NA ASSEMBLEIA NACIONAL PELOS DEPUTADOS QUE SÃO MÉDICOS E ESPECIALMENTE, TAMBÉM AQUI, PELO PRESIDENTE DA ORDEM.»*

Foi, pois, delineado um plano de acção e aprovado por unanimidade pela Assembleia Geral, o que constitui um facto inédito e de valor indiscutível.

O Conselho Geral ao findar o seu mandato, soube preparar o trabalho aos que lhe sucediam, deixando as directrizes traçadas, plenamente aprovadas pela Assembleia Geral, sem que um só dos delegados àquela reunião mostrasse desacordo ou a mais pequena divergência.

A unanimidade alcançada, é a grande lição que se tira daquela Assembleia, e mostra como nas horas graves, os interesses e as situações criadas passam a um plano secundário, para só prevalecerem os princípios e a doutrina.

A última Assembleia Geral da Ordem dos Médicos constituiu uma lição que justificadamente orgulha os médicos e que grandes ensinamentos dá aqueles que se dedicam à política.

M. DA SILVA LEAL

**MARTINHO & CIA.**

Tudo o que interessa a medicina e cirurgia.

RUA DE AVIZ, 13 - 2º PORTO  
TELEF. P.P.C. 27583 • TELEG. "MARTICA"

**O INSTITUTO LUSO-FARMACO  
SEMPRE NA VANGUARDA**

# Dibencilina

**UM NOVO CAPÍTULO  
NA HISTÓRIA  
DA PENICILINA**

## DIBENCILINA

N, N'-dibenziletlenadamina dipenicilina G  
*A penicilina de longa duração*

### COMPRIMIDOS

Com 2 a 3 comprimidos diários obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue.

### SUSPENSÃO ORAL

Com 2 a 3 colheres de chá (5 c. c.) contendo 300.000 unidades cada obtêm-se igualmente concentrações eficazes de penicilina no sangue.

### INJECTÁVEL

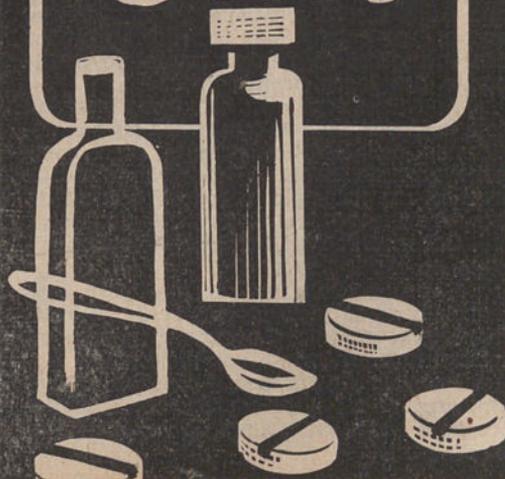
Com uma injeção obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue durante  
**CATORZE DIAS**

### A PENICILINA DE MENORES REACÇÕES ALÉRGICAS

3 por mil em contraste com 5 por cento das alergias causadas pela penicilina sódica e potássica

COM UMA ÚNICA  
INJECCÃO  
DESTE COMPOSTO  
DE PENICILINA  
ENCONTRAM-SE  
CONCENTRAÇÕES  
EFICAZES  
NO SANGUE  
DURANTE

**14**  
**Dias**



## A MEDICINA EM S. BENTO

## O AVISO PRÉVIO DO PROF. MANUEL CERQUEIRA GOMES

## Exposição do Sr. Ministro das Corporações

(Continuação do número anterior)

## V) ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

A definição do esquema de benefícios está dependente, como ficou dito, da fixação do regime financeiro. A estrutura administrativa, por sua vez, só poderá razoavelmente modificar-se, ao menos, se formos para uma profunda remodelação da actual, depois de adoptados esquemas-tipo ou um esquema uniformizado. Direi mais: a reforma da estrutura administrativa, além de posterior à definição do esquema, não poderá realizar-se integralmente de um jacto e, ao invés, terá de operar-se gradualmente, para se evitarem perturbações graves na vida das instituições e na comodidade dos beneficiários. A experiência das chamadas «integrações de abono de família nas caixas de previdência e a das transferências maciças de beneficiários entre caixas» dão-nos, a este respeito, algumas lições que seria estultícia esquecer.

Posto isto, que haveremos de pensar da actual estrutura administrativa da Previdência Social?

Repetirei, também aqui, o que tive ensejo de dizer em Setembro de 1951.

Hoje as instituições de previdência social realizam, cada uma na sua área própria, todos os ramos de seguro (doença, invalidez, velhice e morte, salvo, quanto a doença, a situação especial das caixas integradas nos Serviços Médico-Sociais) e dividem-se por quatro categorias de caixas, a saber: de empresa, de profissão, de actividade e regionais.

As caixas de empresa e as de profissão são decerto as mais ligadas a princípios de natureza corporativa.

As caixas de profissão não se têm revelado viáveis, achando-se limitadas à dos barbeiros dos distritos de Lisboa e Porto (bastante modesta), à dos empregados das companhias de seguros e à dos empregados de escritório — se bem que esta última, por consentir mistura com pessoal operário ao serviço das empresas suas contribuintes, não seja rigorosamente profissional.

As caixas de actividade, quase todas de âmbito nacional, também não revestem rigorosas características profissionais, visto que, abrangendo todo o pessoal das empresas que constituem as actividades enquadradas, aglutinam variadas profissões. Assim, por exemplo, como pitorescamente me dizia o nosso saudoso Dr. Rebelo de Andrade, quando se fala na Caixa dos Metalúrgicos não quer dizer que na instituição não existam carpinteiros, condutores de automóvel, caixeiros do comércio e até alfaiates. Por seu turno, a Caixa dos Profissionais do Comércio pode conter outros carpinteiros, outros condutores de automóvel ou outros alfaiates e até profissionais de metalurgia não incorporados na caixa que deles recebe a denominação. Acresce, nestas duas caixas, que, por serem grandes concentrações, se perdeu muito do sentimento dos laços profissionais.

As caixas regionais, até agora tratadas com desfavor, mas de que temos duas experiências satisfatórias, passam uma completa esponja sobre a profissão e destinam-se, em princípio, a todo o pessoal da sua área enquadrável na Previdência Social.

Ora será defeito desviarmo-nos do princípio da profissionalidade?

Por mais simpatias que, em teoria, este princípio possa merecer-nos, seria impraticável uma organização exclusivamente ou mesmo essencialmente nele baseada.

Pulverizaria em grau desmedido as instituições, com gastos enormes de administração e sérios embaraços de recrutamento de dirigentes.

Além disso, teríamos uma complicada rede burocrática a atormentar as empresas, especialmente as grandes empresas — que, por darem trabalho a muitas e diversas profissões, se veriam, e... vêm, a braços com montanhas de papéis e de problemas jurídicos de enquadramento e de outras regulamentações.

Acresce que dificilmente se deixará de compreender ou se poderá contrariar a tendência para a uniformização das prestações, embora as quantidades variem na pro-

porção do salário que lhes serve de base. Em matéria de seguro doença, como ficou já dito, o esquema de benefícios deve mesmo evitar desigualdades, sob pena de se criarem naturais rivalidades, fáceis emulações, humanos sentimentos de revolta (sobretudo nas empresas em que o pessoal estivesse distribuído por instituições diversas, umas com esquemas generosos e outras com esquemas modestos).

Uma organização paralela à das futuras corporações talvez evitasse algumas destas dificuldades, mas não as eliminaria todas e não se sabe ainda quando poderia vir a verificar-se. Além disso, é mais do que duvidosa a procedência obrigatória deste paralelismo. Ele daria, de resto, origem só a caixas de âmbito nacional, algumas com larga concentração de beneficiários... realmente muito dispersos e que, portanto, contrariam para os serviços como simples números ou meras fichas, e não como nomes ou pessoas.

Será impossível ou inaceitável outra solução?

Como em Setembro de 1951, sugiro de preferência uma nos moldes seguintes: tendo de subsistir o regime financeiro de capitalização, parece aconselhável separar o seguro a longo prazo (reforma em idade fixa e sobrevivência ou subsídio de morte) do seguro a curto prazo (doença temporária, com prolongamento na invalidez), centralizando o primeiro e descentralizando o segundo.

Dou as razões do alvitre assim formulado:

a) A concentração numa caixa única do seguro a longo prazo evitaria todas as complicações das chamadas «transferências». O trânsito dos beneficiários e do respectivo capital de caixa para caixa é operação perturbadora do sossego das instituições e incómoda para os interessados. Para remediar esta dificuldade, criou-se a caixa auxiliar; mas ela é apenas um recurso, e não uma rigorosa solução, além de que representa mais uma caixa a orientar e a fiscalizar e mais uma série de complicadas formalidades. A centralização do seguro a longo prazo, nos termos indicados ou outros semelhantes, eliminaria por completo a questão — nem mais transferências, nem mais necessidade de caixa auxiliar.

É ainda de considerar que deste modo as caixas de doença (chamemos-lhe assim, por agora) ficariam automaticamente aliviadas das muitas responsabilidades e dos muitos problemas técnicos do seguro a longo prazo, ao mesmo tempo que, com provável economia de gastos, se resolveria melhor o grave problema da falta de dirigentes capazes, pois mais facilmente se encontrariam um ou dois técnicos competentes para a caixa única do que tantos técnicos quantas as caixas ora existentes.

Facilitada ficaria também, como é evidente, a colocação dos capitais acumulados (através das reservas técnicas) e a burocracia necessária a essa colocação, além de que os referidos capitais passariam com vantagem a garantir, no seu conjunto, toda a Previdência Social.

Os beneficiários permaneceriam, é certo, muito longe da instituição; mas isto, no caso vertente, não é problema, porque o interesse dos beneficiários reduz-se, aqui, a receber uma pensão monetária, mês a mês, remetida em vulgar vale do correio — e nada mais.

b) Ao invés, a descentralização do seguro a curto prazo deverá fazer-se de modo a abranger populações quanto possível concentradas e a tornar-se quanto possível familiar.



## 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

## NOVA APRESENTAÇÃO:

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



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

Neste ramo de seguro é que de verdade se mostra inconveniente que as instituições não tenham possibilidade de conhecer os beneficiários, nem estes os dirigentes daquelas. Tornado número ou ficha, o beneficiário desconfia mais facilmente da instituição, não tem meio eficiente de lhe pôr os seus problemas ou de os ver prontamente atendidos, está impossibilitado de tratar os seus casos, que são a sua vida, num ambiente de alguma compreensão e carinho. Como me dizia alguém: o beneficiário escreve, se porventura sabe escrever ou encontra quem o faça a rogo. A caixa, por seu lado, responde, se entende a linguagem do pedido, quando houver oportunidade. O beneficiário, porém, nem sempre compreende a resposta ou, se a compreende, não a sente. A caixa é para ele, mas psicologicamente não é sua.

Com caixas de seguro a curto prazo assim descentralizadas poderão mais facilmente evitar-se e fiscalizar-se abusos de beneficiários e de servidores da Previdência Social — hoje muito distantes.

Evitar-se-ão ao mesmo tempo os actuais conflitos de âmbito e assegurar-se-á mais fácil e perfeita identificação de beneficiários.

Também aqui, finalmente, será talvez possível recrutar com menos dificuldades dirigentes que sintam e sirvam a instituição: quer por serem mais diminutas do que actualmente as suas responsabilidades, quer por se poderem recrutar em muitos centros populacionais, quer por se precisar em menor número do que ao presente, quer por terem de «dar mais vistas» se procederem com desinteresse.

Em resumo, portanto, teríamos:

1.º Caixas para o seguro a curto prazo, caixas regionais.

Nelas se praticariam os serviços administrativos referentes à cobrança, folhas de férias, contribuintes, beneficiários, informação externa, etc. Nelas se prestariam também os serviços do subsídio na doença e da acção médico-social;

2.º Caixa única para o seguro a longo prazo, caixa nacional.

Nela se praticariam as modalidades deste seguro — cujos serviços poderiam então vir a ser mecanizados, sem os entusiasmos apressados e o insucesso flagrante dos actuais serviços mecanográficos — que não estou arrependido, por isso mesmo, de fazer reduzir a débil tentativa de aprendizagem. Nela se efectuariam também toda a administração central da Previdência Social, incluindo a superintendência orientadora e fiscalizadora dos Serviços Médico-Sociais e a direcção e execução dos problemas de investimentos (títulos do Estado ou de empresa e prédios).

Esta estrutura, assim proposta à consideração de VV. Ex.<sup>as</sup> e em cuja direcção superior (tanto da caixa única como das caixas regionais) superintenderão os organismos corporativos, à semelhança de hoje, através de formas adequadas de representação, não será fechada, quer dizer, não revestirá as características de um sistema monolítico. Antes dela, sempre que viável (mas em moldes de mais estreita colaboração com os serviços oficiais), preferiremos a caixa de empresa — que pessoa autorizada chamou, um dia, unidade providencial por excelência, no que toca ao ambiente de família, ao espírito de solidariedade entre beneficiários e entre estes e os dirigentes da organização do trabalho, e até no tocante à economia da administração e à economia das prestações pecuniárias. Ao lado dela, admitiremos também caixas de actividade, quando características especiais de certa profissão ou de população concentrada ou de mais vivo sentido de comunidade profissional assim o aconselhem. Na própria estruturação das caixas regionais é indispensável examinar soluções adequadas às particularidades dos dois grandes centros urbanos de Lisboa e Porto.

## VI) OUTRAS QUESTÕES

### A) Pessoas a proteger

Com o acervo de problemas acabados de analisar, outras questões se puseram em

Setembro de 1951 e importa referir também aqui.

Uma delas, por toda a parte muito debatida e das mais agitadas entre nós, diz respeito ao campo de aplicação da Previdência Social, isto é, à determinação das classes de pessoas que ela deve proteger.

Segundo certos doutrinários, a Previdência Social só existe verdadeiramente quando informada do conceito, muito amplo, de autêntico seguro nacional — abrangendo toda a população do País, sem a menor atenção pela natureza da sua actividade económica e pela importância dos seus recursos financeiros.

Para outros a concepção da Previdência Social há-de ser mais atenuada, limitando-se aos «trabalhadores», mas abrangendo-os a todos, sejam de conta própria ganhos ou das suas remunerações.

Para outros ainda a Previdência Social deve destinar-se exclusivamente aos trabalhadores de conta alheia, só a estes, mas a todos estes, sem restrições de nenhuma espécie.

Os partidários do que se poderá chamar o «seguro popular» entendem, por seu lado, que os legítimos beneficiários da Previdência Social são apenas as camadas sociais economicamente débeis, qualquer que seja o género de trabalho em que empregam a sua actividade.

Também não faltam teorias compósitas ou intermédias das acabadas de apontar, como não faltam defensores e opositores que, em todas elas, procuram visar sobretudo o ramo de seguro doença, que é o de mais sensíveis reflexos sociais.

E nós que havemos de pensar?

A resposta está implícita na linha geral das considerações que tenho vindo a fazer.

Homens de princípios, torno a dizê-lo, é com os nossos próprios princípios que temos de nos reger. Defensores da propriedade privada e do desenvolvimento da iniciativa particular, consideramos que é económica e socialmente nocivo extinguir ou desfavorecer os hábitos de poupança das classes abastadas, quer sob a forma do clássico pé de meia, quer sob a modalidade de investimentos «em terras ou casas ou papéis», quer sob o processo de seguro livre. Entendemos também que só a habitual imprevidência das classes menos afortunadas, aliada à geral impossibilidade prática de economizarem, é que nos levou à adopção, para elas, da segurança social obrigatória a qual, portanto, não deve conduzir ao fomento dos estados de espírito e das condições sociais que ela própria pretende remediar.

Por outras palavras, que me recordo ter lido algures: a Previdência Social não é apenas uma técnica; é, antes disso, uma ideologia, ao serviço da qual se há-de colocar a técnica. Para nós, o ideal não está num sistema que elimine completamente todos os riscos. Seria absurdo, por ser contra a natureza, pois a vida é risco. Demais, seria, sob certos aspectos, um ideal negativo. Não se busca o seguro social por si mesmo, mas por outros fins. A segurança para todos daria a preguiça generalizada, o absurdo da tranquilidade perpétua. O homem de iniciativa corre riscos porque procura a vida; confia noutros seguros — o da família, o do seu esforço criador, o dos seus rasgos económicos e financeiros, o das suas reservas «muito pessoais». Temos de deixar larga zona de liberdade para homens assim, que podem correr riscos e a quem vale a pena, socialmente, deixá-los correr.

Quer isto dizer que, ao menos no respeitante aos subsídios pecuniários e à assistência médica e farmacêutica do seguro doença, inserido no esquema de prestações da Previdência Social, somos pela teoria dos economicamente débeis, daqueles que efectivamente carecem de protecção e que sem ela poderiam representar uma carga demasiada para a natural insuficiência da caridade particular e para as fatais limitações da assistência social. Não é apenas para fugir a excessivas socializações da medicina, mas para defesa de certa concepção da própria vida social, que temos por

mais aconselhável a chamada «doutrina dos economicamente débeis».

Nesta doutrina cabem, em princípio, tanto os trabalhadores de conta alheia como os de conta própria ou independentes, tanto os trabalhadores do comércio e indústria como os da agricultura, tanto os beneficiários propriamente ditos como as pessoas da sua família.

Uma coisa, porém, é a doutrina, o ideal, o desejável, e outra coisa são, dentro das contingências humanas, as possibilidades práticas da sua realização em determinado lugar e momento. Com tudo ocorre assim na vida dos indivíduos e das sociedades, sem excepção, «antes pelo contrário», do complexo mundo do trabalho e, nele, das suas formas de prestação ou dos seus modos de remuneração e de protecção.

Ora até onde se poderá ir nesta matéria? E como hão-de concretamente definir-se os economicamente débeis?

Os problemas deste modo naturalmente derivados do ângulo que para nós a Previdência Social deverá ocupar foram postos, como era imprescindível, nas reuniões de Setembro de 1951. Atendendo, porém, a que os nossos trabalhos sofreram longa suspensão e alguns desses problemas eram prementes, dentro do quadro prático da nossa Previdência Social, há aspectos em que já se interveio por via de despacho ministerial, obedecendo, claro está, à orientação nessa altura preconizada. Refiro-me aos trabalhadores independentes ou de conta própria e aos patrões, nas actividades comercial e industrial (visto a agricultura, como todos sabem, não estar abrangida pela legislação portuguesa de Previdência Social).

Para ser mais claro, é talvez melhor seriarem-se as questões:

a) A partir de 1943, inversamente do que se praticava antes, as caixas de previdência inscreveram obrigatoriamente, não só os empregados e assalariados ao serviço das empresas comerciais e industriais nelas abrangidas, mas também os trabalhadores independentes e os próprios patrões, se estes exercessem funções habitualmente confiadas a empregados.

Conforme expus em Setembro de 1951, pareceu-me que esta orientação não era de aplaudir.

Em primeiro lugar, as fórmulas regulamentares adoptadas pelas caixas não forneciam critério aceitável de distinção entre empresários ricos e empresários... economicamente débeis, visto que há, por exemplo, comerciantes que passam o dia no estabelecimento e aí atendem clientes, vendem ao balcão, fazem lançamentos nos livros de escrituração, etc., e nem por isso são necessariamente pessoas de modestos recursos.

Por outro lado, não percebendo salário, os trabalhadores autónomos foram considerados como auferidores de um salário fictício, calculado como equivalente ao salário mais alto da categoria, não obstante muitos deles terem proventos minúsculos. Para eles, a visita do cobrador, que lhes trazia a felicidade... à força, era um autêntico pesadelo, pois tinham de pagar, para abono de família e previdência social, os 5 por cento correspondentes ao empregado que eram... de si próprios e mais os 15 por cento correspondentes ao patrão... de si mesmos.

Acrescia que, como é sabido, as caixas se foram constituindo no momento em que, por efeito de contrato ou convenção colectivos ou por despacho de salários mínimos, as remunerações dos trabalhadores melhoraram, pelo menos, o suficiente para que eles pudessem pagar a sua quotização e ganhar ainda alguma coisa em percepção directa. Com os patrões, porém, era precisamente no momento em que se viam compelidos a pagar maiores salários que se lhes pedia a cotização sobre o salário mais alto. Os trabalhadores independentes, esses nem sequer tinham ou têm remuneração certa.

Era de atender também que o modesto comerciante ou o pequeno industrial não mostra interesse pela aposentação. Para ele, o braço é o negócio do estabelecimento, que

pode continuar e deseja ver continuar, mesmo quando velho ou inválido. Na loja ou na oficina estará um filho, um sobrinho, a mulher, um parente próximo, um empregado antigo, que vigiarão pela casa, sob o olhar interessado do «empresário» velho ou inválido. Este homem não poderia compreender e não compreendia que o obrigassem a pagar, para fins de reforma, 7 por cento do salário que artificialmente lhe era fixado — mais de metade do prémio global.

A parte casos singulares de concordância, a onda de protestos dos pequenos empresários e dos trabalhadores autónomos era geral.

Não se contesta que muitos precisam e merecem tanta protecção como a concedida aos empregados e assalariados. Mas, em boa verdade, o clima ainda não é favorável a medidas desta natureza. Demais, terá um dia de estudar-se para eles regime especial apropriado, o que demanda dificuldades (e para dificuldades bastam, por agora, as muitas que já temos).

Por todo o exposto, foram eliminados da Previdência Social os sócios, directores ou administradores e até gerentes (o que carecerá de revisão) de qualquer empresa comercial ou industrial e os chamados trabalhadores de conta própria (despachos de 29 de Abril de 1952 e 26 de Maio de 1952, publicados no *Diário do Governo*, respectivamente, de 9 de Maio de 1952 e 30 de Maio de 1952, que consagraram, como orientação geral, doutrina já antes aplicada a certos casos concretos).

b) A Previdência Social é agora, portanto, domínio reservado dos trabalhadores por conta de outrem, no comércio e na indústria, havendo, quanto a eles, uma aplicação efectiva do princípio dos economicamente débeis. Na verdade:

A importância das remunerações auferidas não é elemento que se tenha em conta para efeito de obrigatoriedade de inscrição nas caixas, pois todos são inscritos. Os descontos, porém, incidem, apenas sobre a parte do vencimento não excedente a 3.000\$ mensais, à mesma medida se restringindo os benefícios.

Há no entanto, como referi em Setembro de 1951, dois aspectos ainda a considerar, que são estes:

1.º Devem excluir-se da obrigatoriedade de inscrição os que vençam remuneração superior ao *plafond* ou devem, como até aqui, inscrever-se todos, embora as regalias pecuniárias e as quotizações se refiram a vencimento limitado?

2.º É razoável o *plafond* de 3.000\$ mensais ou deve ser alterado?

A legislação comparada mostra que não há tratamento idêntico para as duas apontadas questões. Nuns casos, exclui-se totalmente da Previdência Social quem vença salário superior ao limite fixado. Noutros, o montante das remunerações é irrelevante, mas só à parte do ordenado ou salário não excedente ao limite se atribuem direitos e obrigações. Noutros, ainda, estabeleceu-se uma espécie de sistema misto: baliza eliminatória para o seguro doença, mas só limitativa das vantagens dos outros ramos de seguro.

Talvez mereça especial simpatia esta última orientação: ainda que possam excluir-se do seguro social os empregados com recursos capazes de cobrir os seus riscos a longo prazo, não repugna que também estes se inscrevam na Previdência Social para a cobertura dos referidos riscos, atendendo a que só há interesse social em que se previnam contra o futuro incerto. Mas é diferentemente com o seguro doença: dado que o prazo de garantia, neste ramo, é insignificante (um ano), a todo o tempo o que decaiu de fortuna pode recorrer à protecção do referido seguro.

De qualquer modo, o problema não tem interesse prático para nós, se o *plafond* se mantiver em 3.000\$ mensais, porque mais de 95 por cento dos actuais beneficiários percebem vencimentos inferiores a tal quantia. Mas terá algum se baixar consideravelmente o limite de vencimentos que dê direito à assistência médico-social.

Esta redução oferece naturalmente me-

lindres, como os oferece qualquer retrocesso na atribuição de regalias sociais. Ao mesmo tempo, no respeitante ao seguro doença, a fixação de limite inferior ao actual suscitaria dois novos problemas: por um lado, a existência de dois limites (um para o seguro doença e outro para os demais seguros) traduzir-se-ia em incomodidade para as empresas e para a administração das caixas; por outro lado, desde que a capitação para a assistência médica e medicamentosa é igual para todos os beneficiários, a diminuição do limite privaria as caixas de receitas de quotas lançadas sobre ordenados altos, com ameaça de equilíbrio financeiro.

A Ordem dos Médicos alvitrou redução para 2.000\$, mas esta cifra parece-me demasiado baixa, sobretudo em atenção aos que têm família a seu cargo — a não ser que a referida Ordem e o Grémio Nacional das Farmácias, pela sua intervenção em matéria de honorários clínicos e preços de medicamentos, pudessem ajudar a resolver a dificuldade.

Creio, no entanto, que o Sr. Bastonário da Ordem dos Médicos, em Setembro de 1951, não mostrou repugnância em aceitar o actual limite de 3.000\$.

De qualquer modo, VV. Ex.<sup>as</sup> examinarão livremente o problema.

c) A extensão de regalias da assistência médica e farmacêutica às famílias dos beneficiários é defendida por todas as doutrinas e praticada em todos os sistemas, como sentido social da unidade familiar e até como processo de tornar mais eficiente a protecção do próprio beneficiário.

Pode discutir-se, talvez, se não teríamos andado um pouco depressa neste domínio, antes de estar assegurada em moldes razoáveis a assistência ao trabalhador e de conhecermos bem os resultados ou as lições desta prática. Mas não se discute o princípio.

Há, todavia, algumas instituições onde tal extensão não está generalizada, aspecto que merece ser considerado pelos seus reflexos financeiros.

Merece igualmente examinar-se o grau aconselhável da aplicação deste princípio, isto é, a medida em que devem as regalias dos beneficiários abranger as pessoas da sua família.

d) Que dizer dos trabalhadores rurais, abnegada multidão que no Norte e Centro do País é, em regra, simultaneamente de cultivadores e dadores de trabalho? Há-de aceitar-se a sua inclusão no campo de aplicação da Previdência Social?

O problema apresenta-se aqui ainda mais erigido de dificuldades do que relativamente aos trabalhadores autónomos ou independentes do comércio e da indústria. As dificuldades são mesmo de tal número e de tal vulto que é manifesta a impossibilidade prática de responder pela afirmativa.

Todavia... sim, todavia, as nossas populações rurais constituem a classe mais desprotegida e das mais economicamente débeis. Ao mesmo tempo são elas quem representa o maior número de consumidores dos produtos que a indústria fabrica e o comércio transacciona, sendo certo também que, no preço de cada enxada comprada pelo cavador ou no de cada peça de pano cru adquirida pela sua mulher, incidiram as taxas cobradas para os beneficiários da Previdência Social do comércio e da indústria. Acresce que este novo desfavo de tratamento para com o mundo rural, ao lado de outros preexistentes, pode agravar a crise do urbanismo e aumentar assim, com o despovoamento dos campos, o desequilíbrio entre as diversas forças da economia nacional.

Haverá meios de obviar, pelo menos, às arestas mais agudas desta situação, melhorando a assistência médico-social dos trabalhadores rurais?

Todos sabemos, na verdade, como ainda são deficientes, neste domínio, os serviços públicos sanitários e como é rudimentar a acção das Casas do Povo.

Poderá esta ser enriquecida com aumento de contribuições directas da lavoura? Deverão assegurar-se formas eficientes de

maior e melhor comparticipação dos organismos de coordenação económica da agricultura para o fundo comum? Será caso de fazer apelo, em nome de um vasto princípio de solidariedade, à comparticipação da própria Previdência Social do comércio e da indústria, cuja prosperidade anda necessariamente ligada ao desfavo da agricultura e à capacidade de consumo dos trabalhadores rurais?

Ao invés, continuaremos, sobretudo, a dar largo crédito à capacidade sofredora da nossa gente do campo, ao seu engenho instintivo e ao seu arreigado sentimento de cristã irmandade, que a leva a descobrir recursos inimagináveis e a encontrar processos de actuação só possíveis de impor... pela generosidade da sua iniciativa? Para além disto, terá de manter-se como principal acção supletiva a da assistência pública e estará esta em condições de desviar para os campos parte dos recursos que a Previdência Social lhe deixará libertos com o seu esquema de benefícios nas actividades industriais e comerciais?

O problema é muito melindroso. Mas vale, talvez, a pena que VV. Ex.<sup>as</sup> se debruem sobre ele com alguma atenção.

### B) Integração do abono de família

Como vimos de início, o abono de família não foi organizado entre nós sob a forma de seguro e não se vêem razões que nos aconselhem a mudar de orientação. Está, portanto, fora do esquema de benefícios da Previdência Social e é-lhe estranho.

Sem embargo, as caixas regionais de abono, constituídas para a realização exclusiva do mesmo abono, foram sendo esvaziadas de beneficiários. Algumas delas, com esta orientação sistemática, ficaram tão reduzidas na sua actividade que pouco mais lhes restou do que o direito de morrerem. Outras consequências derivaram deste critério, mas não há interesse em as referir agora.

Para o fim aqui em vista, basta salientar a seguinte nota: «as integrações do abono de família em caixas de previdência não foram nem podiam ser integração do abono... na previdência». Só, portanto, preocupações de ordem prática e, designadamente, de natureza administrativa justificam o encontro do abono e da previdência na mesma instituição, encontro que tanto se admite tenha sido feito nas actuais caixas de previdência como se admite venha de futuro a sê-lo, por hipótese, nas actuais caixas de abono.

Dever-se-á prosseguir nesta política ou será mais aconselhável, na nova estrutura, manter completa separação das duas instituições?

Não forneço, desde já, qualquer directriz. Limito-me a deixar o problema à consideração de VV. Ex.<sup>as</sup>. Acrescentarei, no entanto, atento o temor à influência das palavras que, a manter-se a junção do abono e da previdência na mesma instituição, prefiro que nem um nem a outra se considerem... integrados, isto é, as caixas deverão então chamar-se pelo nome próprio de caixas de abono de família e previdência social.

### C) Disciplina administrativa

O bom funcionamento das instituições depende muito das qualidades dos seus dirigentes e do nível e dedicação do seu pessoal. Mas depende também fundamentalmente do sistema ao serviço do qual está colocado o factor humano, e por isso ficaram já preconizadas reformas na estrutura administrativa da Previdência Social.

Essas reformas têm de completar-se com normas disciplinadoras da administração e dos seus empregados, aspecto que mereceu especiais considerações em Setembro de 1951. O problema era então muito importante, mais importante do que a generalidade das pessoas, mesmo das interessadas por estas questões, poderá pensar. Agora, porém, perdeu acuidade e não tem perfeito cabimento aqui.

Na verdade, como de início foi referido, a urgência do assunto exigiu que se

PROGRESSOS NA TERAPÊUTICA HORMONAL!

# METORMON

(metilandrostenediol)

Novo esteróide de síntese activador do aproveitamento das proteínas, sem acção androgénica.

## INDICAÇÕES:

DEBILIDADE GERAL. ESGOTAMENTO. EMAGRECIMENTO. ASTENIA. ATRASOS DO CRESCIMENTO. DEBILIDADE ÓSSEA. MENOPAUSA. TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL. DISMENORREIA. DISFUNÇÕES HIPOFISÁRIAS. OLIGOESPERMIA. AZOOSPERMIA. NEOPLASIAS DA MAMA.

Tubo de 10 comprimidos a 25 mg.  
Frasco de 10 c. c. contendo 500 mg.  
em suspensão aquosa microcristalina.

O METORMON tem indicações em adultos de ambos os sexos e nas crianças.

# DIORMON

Associação sinérgica em proporções óptimas de hormona estrogénea, hormona androgénea e vitamina da fertilidade.

## INDICAÇÕES:

NA MULHER: MENOPAUSA. FRIGIDEZ. MENOMETRORRAGIAS. DEPRESSÃO FÍSICA E PSÍQUICA.

NO HOMEM: CLIMACTÉRIO VIRIL. DEPRESSÃO.

EM AMBOS OS SEXOS: PSICONEUROSES. PERTURBAÇÕES CIRCULATÓRIAS PERIFÉRICAS.

AMPOLAS: Benzoato de estradiol . . . 2,5 mg.  
Progesterona . . . . . 12,5 mg.  
Vitamina E . . . . . 20 mg.  
por c. c. (sol. oleoso)  
Caixa de 4 ampolas de 1 c. c.

COMPRIMIDOS: Anidro-oxi-progesterona 10 mg.  
Etinil estradiol . . . . . 0,05 mg.  
Vitamina E . . . . . 20 mg.  
por comprimido  
Tubo de 20 comprimidos

## LABORATÓRIO UNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

nomeasse uma comissão especial para este efeito, devendo brevemente decidir-se sobre a matéria mais carecida de regulamentação, em despacho precedido de relatório explicativo da necessidade da intervenção e justificativo das soluções adoptadas. O trabalho dessa comissão, como também já anotei, enquadrar-se-á facilmente no conjunto dos problemas postos ao exame de VV. Ex.<sup>as</sup>.

#### D) Aspectos especiais do seguro doença

No seguro doença há aspectos especiais a considerar quanto à forma e às condições da sua prestação, aspectos que se põem independentemente dos problemas, atrás examinados, de regimes financeiros, esquemas de benefícios e estruturas administrativas, isto é, que nos aparecem dentro de qualquer sistema de previdência social.

Alguns deles envolvem questões graves e delicadas, quer pelos seus inevitáveis reflexos na vida financeira das instituições, quer pelas suas vivas repercussões de natureza social (a que necessariamente levaria também, e piores, um eventual desequilíbrio financeiro). À sua roda, precisamente por isso, se têm levantado apaixonadas e intermináveis discussões, sem que se tenha podido encontrar até agora, neste mundo novo, inquieto e inexperiente da Previdência Social, uma plataforma de transigência ou uma solução ideal.

Diz a sabedoria popular que só se aprende bem à própria custa. A nossa aprendizagem (que, portanto, há-de ser a mais instrutiva) é ainda incipiente. A aprendizagem dos estranhos (que, em todo o caso, sempre nos será útil conhecer) também não tem a acreditá-la o saber de longos anos vividos. Estamos, torno a afirmá-lo, em autêntica terra de experiência.

Como, porém, é indispensável continuar a abrir caminho e fazer o nosso próprio treino, não podemos deixar de tomar posição perante esses problemas, embora sem o ar satisfeito de quem adquiriu certezas definitivas. A orientação, norteada naturalmente pelas nossas concepções doutrinárias e pelas lições das realidades já conhecidas, está marcada nos princípios informadores do Decreto n.º 37.762, de 24 de Fevereiro de 1950, ainda em vias de execução integral, e a ela havemos de encostar-nos.

Salientarei, a este propósito, os três seguintes pontos:

a) A Previdência Social não pode ter a preocupação de se independentizar com uma espécie de auto-suficiência de serviços para a realização do seu esquema de seguro doença e deve, em especial, através

de acordos convenientes, procurar a colaboração dos serviços sanitários da assistência pública e privada normalmente destinados à generalidade da população.

Assim, por exemplo, os hospitais e os sanatórios erguidos pela iniciativa oficial ou particular para a satisfação das necessidades assistenciais do País e que, por isso, se destinam a receber todos os doentes, pobres ou ricos, devem ser os estabelecimentos destinados também aos economicamente débeis da Previdência Social;

b) Temos como defensável que o beneficiário há-de intervir, em princípio, no custeio directo das prestações médicas e farmacêuticas. O beneficiário, sem ter a consciência disso, pode ser um dos maiores inimigos da Previdência Social se lhe falta a noção — como falta muitas vezes — de que tem de chegar a todos o que é de todos e de que se perde para uns o que os outros desperdiçam.

Seria psicologicamente desafortunado, financeiramente perigoso e socialmente nocivo organizar a prestação do seguro doença com desconhecimento ou com menosprezo desta viva realidade.

O mais difícil aqui — e em tudo, afinal? é encontrar o meio termo adequado — a justa medida.

Dever-se-á levar sempre à conta do segurado uma percentagem do custo da prestação? Na hipótese de resposta negativa, que casos deverão exceptuar-se? Para os demais casos a percentagem haverá de ser uniforme ou variável? E qual a taxa ou as taxas a estabelecer para este fim?

O problema, como se vê, desenvolve-se numa série de problemas, que é indispensável examinar com atenção e prudência;

c) Não são menos de ponderar os aspectos médico e farmacêutico da Previdência Social.

Para as soluções a buscar ou a rectificar em ambos estes aspectos, não obstante o que já se conhece das vozes reclamantes dos interessados, devem ser ouvidos os competentes organismos profissionais.

O acervo de questões postas neste domínio é muito delicado. Nós havemos de encará-las dentro de dois grandes princípios orientadores, a saber:

1.º A Previdência Social não quer suprimir a farmácia nem (passe o estrangeirismo) «asservir» a medicina; mas

2.º Não pode querer também que farmacêuticos e médicos partam do pressuposto de que a organização do seguro social de saúde, para os economicamente débeis, é a descoberta feliz de um processo adequado para numerosa clientela modesta

passar a ser considerada como «gente de posses abastadas» e que nem sequer vê a conta, porque... paga a Previdência Social.

Isto quer dizer que, dentro da liberdade possível, tem de haver disciplina e fiscalização. Também aqui somos pela concorrência, mas por uma concorrência disciplinada, e não pela livre concorrência.

Como se há-de ela estabelecer melhor? Esta é a grande questão.

O problema é sobretudo erigido de dificuldades no aspecto médico, sobre o qual está já feito um estudo onde VV. Ex.<sup>as</sup> encontrarão elementos de grande proveito. As dificuldades resultam de particularidades próprias da medicina e também da formação e das naturais deformações profissionais do médico. Como acertadamente observou alguém, o peso de tradições seculares e até certas exigências da profissão conduzem os médicos, em geral, para um quase inconsciente individualismo sem *nuances*. Temos de contar com isto. Mas também aqui, apesar de tudo, havemos de ter confiança em que nos não faltará a boa vontade de muitos espíritos esclarecidos, a força que irá sendo dada pelo próprio uso... de usos novos e a formação do sentido social, que à Ordem dos Médicos compete ajudar a fortalecer ou a criar.

#### VII) NOTA FINAL

Termino, que já não é sem tempo. E termino pondo mais uma nota, a nota final, para o «lastró comum» da nossa formação mental.

Nós somos todos pela Previdência Social. Mas não fazemos dela uma «religião», do mesmo modo que, dentro dela, não aderimos à «seita» da saúde. Nem a Previdência Social é panacea para adormecer todo o receio do risco (de si mesmo criador) nem a saúde é ídolo para fomentar «a sede de cuidados».

Antes dos benefícios proporcionados pela Previdência Social, interessa que os trabalhadores possam desfrutar da tranquilidade da ordem e, nesta, da fecundidade do trabalho, que dá o salário, e, com ele, além do pão (que é o mais necessário), a possibilidade da própria previdência social.

Nesta hierarquia de valores assim enunciada (o político, o económico e o social) se há-de enquadrar o nosso pensamento e realizar a nossa acção.

Lisboa, 4 de Fevereiro de 1953. — José Soares da Fonseca.

(Continua no próximo número)

## V Congresso Internacional de Neurologia

No próximo mês de Setembro reunirá em Lisboa, como já noticiámos, o V Congresso Internacional de Neurologia. Esta reunião, que se realiza sob o alto patrocínio dos srs. Presidente da República e Ministro da Educação Nacional, será uma das mais concorridas de quantas se têm efectuado entre nós, pois o número dos membros deste Congresso eleva-se a cerca de mil.

O número de comunicações excede duzentas e, entre os congressistas, contam-se os nomes mais ilustres da Neurologia e Psiquiatria de todo o mundo.

Por iniciativa do Comité Internacional da Organização das Ciências Médicas dependente da UNESCO, e por esta financiado, realizar-se-á, durante o Congresso, um curso de Neurologia destinado a todos os médicos portugueses e no qual vão leccionar seis dos mais eminentes neurologistas estrangeiros, aproveitando, assim, a cultura médica nacional; da presença em Portugal, desses afamados cientistas.

Sífilis:

**Bismogenol**

Laboratórios

Tosse. Hamburgo

—Fama mundial—

Representante Geral:

**SALGADO LENCART**

R. Santo António, 203

Telefone, 21684

P O R T O

Sub-agente:

**A. G. ALVAN**

Rua da Madalena, 66, 2.º-E.

LISBOA

Produto original apresentado sob as formas de "PÓ" e de "PASTA"



BASE:

ALBUMINA  
DIATOMÁCEAS  
COLOIDE SILÍCIO

## INDICAÇÕES

### LAURODERME "Pó"

Intértrigos - Eritêmas - Eczemas húmidos - Pruridos - Lesões dérmicas de toda a espécie - No tratamento da pele irritada e sensível - Nos recém-nascidos, principalmente em combinação com a "Pasta" - No tratamento vaginal sêco.

### LAURODERME "Pasta"

Intértrigos - Eritêmas - Eczemas - Lesões dérmicas de toda a espécie - No tratamento da pele irritada e sensível - Queimaduras, etc..

NOTA - Em certos casos deverá aplicar-se a "Pasta", à noite, friccionando bem até completa absorção pela pele, e, para aumentar a sua acção, deverá pulverizar-se o local com o "Pó".



M. RODRIGUES LOUREIRO - Rua Duarte Galvão, 44 - Lisboa

# V I D A M É D I C A

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 3 a 11 de Maio)

*Dia 3* — O Ministro do Interior inaugura em Albergaria-a-Velha o novo Hospital da Misericórdia e a Casa da Criança. Acompanha o Dr. Trigo de Negreiros o Dr. Ribeiro de Queirós, Sub-Secretário da Assistência.

*4* — Noticia-se que o «Cruzeiro da Primavera», a favor da Liga contra o Cancro, é adiado para Setembro próximo, afim de satisfazer inúmeros pedidos nesse sentido.

*5* — Na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, realiza-se, à noite, uma sessão científica extraordinária, que é presidida pelo Prof. Xavier Mourato, ladeado pelos Drs. Joaquim Martins e Henrique Moutinho.

— O Dr. A. Zink, membro da Academia de Ciências de Nova Iorque e da Sociedade Americana de Bacteriologia, faz uma comunicação sobre «Os enzimas dos estreptococos e sua importância na terapêutica», que é acompanhada pela exibição de um filme.

— De Coimbra e com o fim de tomarem parte no Congresso de Cardiologia que, de 7 a 10 do corrente se realiza em Sevilha, partem para a capital andaluza, os Professores João Porto, Mário Trincão, Antunes de Azeredo e Drs. Luís Providência, Robalo Cordeiro e João Cavalheiro.

— Em Lisboa, sob a presidência do enfermeiro-mor Dr. Emilio Faro, realiza-se na Escola de Enfermagem Artur Ravara uma sessão solene para distribuição de prémios aos alunos e alunas que mais se distinguiram nos anos lectivos de 1950-51 e 1951-52, em número de algumas dezenas.

A entrega dos prémios é precedida de um discurso em que o director da escola Dr. Luís Adão se refere à actividade daquele estabelecimento.

— A Lisboa, regressa da Holanda, onde tomou parte na assembleia da União Internacional contra o perigo venéreo, o Dr. Alfredo Tovar de Lemos, director do Dispensário de Higiene Social de Lisboa, que ali foi representar a Direcção Geral de Saúde.

*7* — No Instituto Científico Rocha Cabral, sob a presidência do Sub-Secretário da Educação, Dr. Veiga de Macedo, realiza-se uma sessão de homenagem à memória do seu fundador e primeiro director Dr. Ferreira de Mira.

— Na Academia das Ciências, também em Lisboa, realiza-se uma homenagem à memória do cientista Conde de Fialho, notável botânico. Antes ad sessão a classe de Ciências elege académicos correspondentes brasileiros os Prof. Augusto Brandão Filho, director da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; Prof. Pacheco e Silva, da Faculdade de Medicina de S. Paulo, Prof. Deolindo Couto, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Elege, também, correspondentes estrangeiros as seguintes individualidades: Prof. D. Carlos Jimenez Dias e Prof. D. D. Juan Lopez Ibor, de Madrid.

— No Porto realiza-se na Ordem dos Médicos, pelas 2 horas, a reunião mensal dos neuro-psiquiatras do Norte com os seguintes temas: «Acidentes de Electro choques»; «Apresentação dum caso, com a colaboração do Instituto de Medicina Legal».

— Pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros é publicado um decreto-lei aprovando para ratificação, o Regulamento Sanitário Internacional da Organização Mundial de Saúde, assinado em Genebra, em 25 de Maio de 1951.

*9* — No Porto, com a presença do Prelado da diocese, que preside à sessão solene, e ladeado pelos Drs. Joaquim de Andrade, Frazão Nazareth, Manuel de Lemos, Júlio de Vasconcelos, Aureliano da Fonseca, Sousa Monteiro e Pinheiro Torres, é festivamente entronizado um crucifixo no Posto n.º 83 dos Serviços Médico-Sociais, na Carvalhosa.

*11* — Organizada pela Sociedade Portuguesa de Estomatologia, pelas 21 e 30, o de-

monstrador Mr. H. E. Bruck, realiza, na sede da Secção Regional do Porto da Ordem dos Médicos, uma palestra subordinada ao tema «Acrílicos para obturações directas de cura a frio, em geral e demonstrações da Técnica de «Sevritou».

### Estrangeiro

— Dizem de Florença, que a leucémia tem cura — ao que anuncia o Prof. Cocchi, cujo tratamento efectuado com resultados positivos em crianças atacadas por este mal terrível, chama a atenção dos círculos médicos do Mundo.

Numa declaração ao «Nazione», de Florença, afirma que os seus trabalhos foram, finalmente, coroados de êxito, provando que a leucémia é curável.

— De Sevilha informam que se iniciou a I Reunião Luso-Espanhola de Cardiologia de que são relatores os médicos portugueses Profs. João Porto e Cid dos Santos e na qual tomam parte e apresentam comunicações os Profs. Jacinto de Bettencourt, Aires de Sousa e Arsénio Cordeiro e os Drs. Antunes de Azevedo, Rocha da Silva, Carlos Parreto Frago, Araújo Moreira e Robalo Cordeiro.

## A G E N D A

### Portugal

#### Concursos

##### Estão abertos:

— Para o provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso do Barreiro.

### Estrangeiro

— Em Liege realiza-se, de 30 a 31 de Maio, a comemoração do XXV aniversário da fundação da Sociedade Belga de Gastro-Enterologia.

— Em Nova-Iorque, de 1 a 5 de Junho, realiza-se a reunião anual da Associação Médica Americana.

— Em Leyden, em 5 e 6 de Junho, o Congresso Internacional de Andrologia.

— Em Bruxelas, de 5 a 9 de Junho, realizam-se as XXVII jornadas Médicas de Bruxelas, tendo como tema o tratamento da hipertensão.

— Na mesma cidade, em 6 de Junho, o II Congresso da Imprensa Médica Mundial.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 30-4 a 6-5-53)

30-4

— Dr. Nuno Alvaro Barata de Oliveira e Carmo Botelho de Medeiros — autorizado por despacho do conselho de Ministros, a acumular os cargos de médico assistente da Casa Pia de Lisboa e de médico policlínico do Hospital Júlio de Matos.

— Dr. João Manuel Bastos Monteiro de Sacadura — autorizado por despacho do conselho de ministros a acumular os cargos de médico interno do internato Geral dos Hospitais Civis de Lisboa e de estagiário do Instituto Português de Oncologia.

4-5

— Dr. Augusto Pires Celestino da Costa, professor catedrático da Faculdade de Medicina

de Lisboa e director dos serviços de análises clínicas dos Hospitais Civis de Lisboa — considerado em missão oficial fora do País de 27 de Março último a 25 do corrente.

6-5

— Dr. Fernando José Machuca Leite Pereira de Seabra da Veiga Magalhães — aprovada a sua exoneração, como requereu, do lugar de director clínico da Estância Termal de Salus (Vidago).

— Dr. Luís Filipe Quintela, cirurgião dos Hospitais Civis de Lisboa, director de serviço clínico — autorizado a ausentar-se por um período máximo de 45 dias, para em missão gratuita de serviço, assistir, como representante da comissão de Construções Hospitalares, ao VIII Congresso de Internacional dos Hospitais, que se realiza em Londres, de 25 a 30 de Maio próximo, e estudar recentes progressos de cirurgia em Inglaterra, Holanda e possivelmente em França.

— Dr. Henrique de Oliveira Alves, Segundo-tenente médico — mandado passar à situação de comissão extraordinária, sendo na mesma data desligado do respectivo quadro (Estatuto dos Oficiais da Armada).

## Duas Conferências na Sociedade de Geografia

Promovida pela comissão de estudos nucleares da Sociedade de Geografia, efectuou-se ali, no dia 30 de Março, uma sessão especial, presidida pelo Prof. Mendes Correia, para apresentação de dois trabalhos, respectivamente, do Prof. Diogo Furtado e do Dr. Santos Pereira.

O primeiro versou o tema «Os isótopos no diagnóstico dos tumores cerebrais». Sobre o assunto o conferencista citou o fósforo 32 e o iodo 131, o primeiro usado na detecção após a craniectomia e o segundo na detecção exterior, e ambos ainda com inconvenientes de emprego. Disse ser necessário procurar para o fim em vista novos isótopos, com propriedades mais adaptáveis. Apresentou, depois, os resultados que obteve por meio de contador de cintilação.

Seguidamente o Dr. Santos Pereira falou do «Iodo radioactivo na bioquímica e fisiopatologia da tiróide», segundo trabalhos promovidos nos Hospitais Civis. Citou a transformação dos elementos químicos da glândula e o mecanismo da fixação do iodo e referiu-se à produção da hormona e seu lançamento no sangue. Finalizou, após brilhante exposição sobre cartas topográficas da região, com vista a guiar a intervenção cirúrgica, por tratar dos isótopos na terapêutica do hipertiróidismo e do cancro da tiróide, dando indicação sobre os métodos mais aconselháveis.

## Sociedade Médica dos H. C. L.

Sob a presidência do Dr. Armando Luzes, efectuou-se no dia 13 de Fevereiro uma reunião da Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa, tendo o Dr. Fortunato Levy apresentado uma comunicação sobre «Tumores vesicais», assunto a que tem consagrado o maior interesse, pois data de 1932 o primeiro trabalho que lhe consagrou. O orador fez a história da transformação do critério anátomo-patológico sobre os tumores da bexiga, bem como o estudo histológico e clínico, afirmando que a observação prolongada dos doentes leva à conclusão unânime, que é de que à benignidade histológica dos polipos ou papilomas vesicais não corresponde a benignidade clínica.

A confirmar o seu critério, mostrou que aqueles polipos ou papilomas recidivam com enorme frequência e que, na maioria dos casos, são já histológica e clinicamente malignos. Expôs, depois, que aquele conhecimento dos factos leva a um critério de terapêutica radical, tanto quanto possível, e apresentou dados estatísticos dos seus cinquenta casos, terminando por um comentário sobre os resultados a distância das várias formas de tratamento que apontou. A comunicação foi largamente documentada com elucidativas projecções.

Seguiu-se o Prof. Diogo Furtado que, em seu nome e no do Dr. Paiva Chaves, apresentou um trabalho intitulado «Sacro horizontal (caso clínico)». Os autores levaram à Sociedade o caso de um doente portador de um quadro de dores lombares e dos membros inferiores, aparecidas em idade juvenil e, progressivamente mais intensas. O quadro doloroso era acompanhado de grave alteração da estática da coluna, com forte lordose lombar e horizontalização do sacro, o que forçava o doente a dormir de joelhos. Os autores, que dão do seu caso a designação, proposta por ortopedistas italianos, de sacro horizontal, tendo feito dele pormenorizado estudo radiográfico, encararam as diversas patogenias propostas para este singular estado mórbido e discutiram, por último, as possibilidades terapêuticas e as vantagens e inconvenientes das diversas intervenções que, em casos similares, têm sido tentadas. No decorrer da apresentação da comunicação foram projectadas numerosas radiografias.

sobre Doenças Infecto-Contagiosas, cujas lições foram feitas na sua sala de sessões, no Hospital dos Capuchos.

O programa foi o seguinte: Dia 7, com início às 22 horas, duas lições, uma do Prof. Cândido de Oliveira, sobre «As formas L das bactérias e a sua importância em patologia», e outra, do Dr. Cristiano Nina, intitulada «Tétano». Dia 10 às 22 horas, o Prof. Castro Freire falou de «A criança e as doenças infecto-contagiosas»; e o Prof. Diogo Furtado dissertou sobre «Paralisias diftéricas». No dia 11, às 12,30,

o Prof. Salazar Leite ocupou-se de «Lepra»; no dia 13, às 22 horas, o Prof. Salazar de Sousa tratou de «Pneumonias atípicas»; e o Dr. Arnaldo Sampaio, de «Estreptococias»; dia 14, às 12,30, o Dr. Gomes de Oliveira falou de «Poliomielites»; dia 15, às 22 horas, o Dr. Mendes da Silva falou de «Salmoneloses (aspectos laboratoriais)», e o Dr. Cristiano Nina apresentou «Aspectos clínicos» do mesmo tema. Dia 18, às 22 horas, o Prof. Carlos Ramalhão tratou de «Meningite Tuberculosa» resultados da medicação associada; e o Dr. Cordeiro Ferreira, de «Tosse convulsa».



### COMPOSIÇÃO

Hexanitrató de manitol . . . . .	0,0075 gr.
Complexo B . . . . .	0,030 »
Fenobarbital . . . . .	0,025 »
Rutina . . . . .	0,020 »
Cloridrato de papaverina . . . . .	0,030 »

FRASCO COM 20 COMPRIMIDOS

Laboratório  Farmacológico

J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

Promovido pela Sociedade Médica dos H. C. L., realizou-se, de 7 a 16 de Abril, um Curso de Aperfeiçoamento

## Hospitais Civis de Lisboa

Tomou posse no dia 16 de Março do lugar de director do Banco e Serviços de Urgência dos H. C. L. o Dr. Jorge da Silva Araújo, ilustre cirurgião daqueles hospitais. Ao acto, que se realizou no gabinete do enfermeiro-mor, assistiram muitos colegas e amigos do empossado e pessoal de todas as categorias dos H. C. L.. Depois da leitura



DR. SILVA ARAÚJO

do compromisso de honra e do auto da posse, falou o enfermeiro-mor, Dr. Emílio Faro, que principiou por dizer da mágoa com que via afastar-se a seu pedido, das funções de director do Banco, o Dr. José Paredes, que exerceu aquele lugar durante sete anos com a maior correcção, lealdade, competência e espírito de colaboração. O seu agradecimento ia também para o Dr. Mário Conde, que foi dedicado colaborador do Dr. José Paredes, como subdirector do Banco.

Prosseguindo, o Dr. Emílio Faro disse considerar as funções de director do Banco como as mais difíceis, dos hospitais, sobretudo pela impossibilidade de tratar e hospitalizar com a desejada prontidão todos os doentes que ali acorrem, em número que, em alguns dias, se aproxima das três centenas e para os quais são exíguas, e sê-lo-ão ainda por muito tempo, as instalações e os quadros do pessoal. O enfermeiro-mor fez depois a história, resumida, do que se tem estudado para melhorar, de forma definitiva, as instalações do Banco. A certa altura do seu discurso, o Dr. Emílio Faro disse:

— Para melhor se avaliar a dificuldade do problema vejamos rapidamente alguns números do movimento do Banco em 1952: — no total, foram ali assistidos 92.289 doentes, registando-se 5.415 fracturas, 15.739 intervenções de pequena cirurgia e 2.459 de grande cirurgia, ou seja um movimento médio por dia de 252 doentes, com cerca de 14 fracturas, 43 operações de pequena

cirurgia e sete de grande cirurgia, não citando injeções, pensos, observações, etc.

E mais adiante:

— Mas há ainda outro problema no Banco a rever — o dos internamentos de urgência. Dos 51.171 doentes internados no ano passado em todos os hospitais civis, 22.413 foram-no de urgência, pelo Banco. Quer dizer, que não contando com os admitidos de urgência pelo Curry Cabral (Rego), só pelo Banco de S. José foram internados quase tantos doentes como pelas oito consultas de medicina, onze de cirurgia e dezóito de especialidades. A perturbação que daqui resulta para os serviços clínicos, pela impossibilidade de admitirem doentes pela consulta, é bem conhecida de todos, em especial dos próprios doentes ali em tratamento, que chegam a aguardar meses a almejada vaga e, por isso, há que rever o critério das admissões de urgência, limitando-as estritamente àqueles doentes cujo estado de saúde não permita que, no dia seguinte, possam recorrer a uma consulta e aí aguardar, pelo menos, e sempre que possível, a organização do seu processo clínico, ou não tenham em outro hospital serviço próprio para a sua admissão de urgência, como os tuberculosos e os infecto-contagiosos.

Por todos estes motivos — acrescentou — é muito ingrata a missão de director do Banco, mas o sr. Dr. Silva Araújo, que conhece todos os problemas do Banco, onde trabalhou durante 25 anos, tem todas as qualidades de carácter, de inteligência e de ponderação para o desempenho do importante cargo. Por isso, muito lhe agradecia a sua anuência ao convite para aceitar o lugar de que fora empossado, e estava certo de que, com a colaboração, não só do sr. professor Jaime Celestino da Costa, que ia ser nomeado subdirector do Banco, como também de todas as equipas do Banco, cuja dedicação e interesse pelo serviço, tão alto prestígio tem trazido aos H. C. L., conseguirá resolver, gradualmente, uma grande parte das dificuldades actuais.

O Dr. Silva Araújo, que falou depois, agradeceu o convite para aquele lugar e relembrou a sua carreira de 25 anos no Banco, onde começou a trabalhar sem ainda ser interno e onde muito aprendeu com o convívio do seu grande amigo e mestre, o ilustre cirurgião Prof. Adelino Costa. Disse contar com a colaboração e amizade de todos, médicos e mais pessoal, e prestou homenagem ao seu antecessor, Dr. José Paredes, a cujas altas qualidades profissionais e pessoais se referiu com louvor. O Dr. Silva Araújo depois de agradecer ao Prof. Jaime Celestino da Costa o ter aceite o seu convite para o lugar de subdirector do Banco, terminou afirmando que faria tudo quanto pudesse e soubesse para levantar bem alto o nome do Banco, que o mesmo é dizer o bom nome dos H. C. L.

No dia 31 tomou posse do lugar de subdirector do mesmo Serviço o Prof. Jaime Celestino da Costa, tendo o acto sido presidido, como o anterior, pelo enfermeiro-mor dos H. C. L., Dr. Emílio Faro.

Prestado o compromisso de honra e lido o auto de posse, o enfermeiro-mor disse da sua satisfação em conferir este cargo ao Prof. Jaime Celestino da Cos-



PROF. JAIME CELESTINO DA COSTA

ta, cujas qualidades exaltou em termos de alto elogio.

O novo subdirector agradeceu as palavras do Dr. Emílio Faro, afirmando que aceitara o convite por ter partido de uma pessoa que lhe merecia o maior respeito — o Dr. Silva Araújo — e também porque era e continuava a ser cirurgião do Banco. Por último, prestou homenagem a todo o corpo de internos do hospital, que através de todas as dificuldades tem sabido cumprir com devoção o seu dever.

Pelo enfermeiro-mor dos H. C. L. foi mandada publicar a seguinte «Ordem de Serviço», em que são louvados o director e subdirector do Banco, cessantes:

É com mágoa que vejo retirar da Direcção do Banco do Hospital de S. José os Drs. José da Cunha Paredes e Mário de Carvalho Conde.

Pela correcção, lealdade, competência e espírito de colaboração sempre demonstrados no exercício dos seus cargos, em que mantiveram com sacrifício durante sete longos anos, esta Administração, por si e interpretando o sentir de S. Ex.<sup>a</sup> o Subsecretário de Estado da Assistência Social, louva estes distintos cirurgiões, lamentando ver privado dos seus valiosos serviços tão importante departamento hospitalar.

*Um produto original "Delta"*

# HIDROBIÓTICO—H

**Sulfato de Dihidroestreptomicina + Hidrazida do ácido Isonicotínico  
em associação sinérgica**

## COMPOSIÇÕES:

### **NORMAL**

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico . . . . .	0,10 Gr.
Água bidestilada apirogénica . . . . .	3 c. c.

### **FORTE**

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico . . . . .	0,20 Gr.
Água bidestilada apirogénica . . . . .	3 c. c.

## APRESENTAÇÃO:

<b>NORMAL</b>			<b>FORTE</b>		
1 Dose . . . . .	Esc.	15\$00	1 Dose . . . . .	Esc.	15\$50
3 Doses. . . . .	Esc.	43\$00	3 Doses. . . . .	Esc.	44\$50
5 Doses. . . . .	Esc.	70\$00	5 Doses. . . . .	Esc.	71\$50
10 Doses. . . . .	Esc.	138\$00	10 Doses. . . . .	Esc.	139\$00



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**Biológicos**

*Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-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*

# FALECIMENTOS

## Prof. Moreira Júnior

Faleceu em Lisboa, no dia 18 de Março, o Prof. Manuel António Moreira Júnior, que foi uma personalidade de grande relevo na Medicina, nos meios económicos e na vida política de há 50 anos. Nascido em Dezembro de 1866, o Prof. Moreira Júnior formou-se na Escola Médica de Lisboa, onde defendeu tese no ano de 1889 com um ensaio de Fisiologia Experimental, que intitulou «Estudo sobre o enxerto perióstico». Após a sua formatura, foi nomeado demonstrador da secção cirúrgica, depois de brilhante dissertação «Sobre a tuberculose óssea articular». Nomeado lente substituto em 1897, um ano depois era catedrático da 11.ª cadeira (Anatomia Patológica), onde substituiu Alfredo Costa. Em 1903, transitou para a 15.ª cadeira (Anatomia topográfica, regeu acidentalmente a 5.ª (Medicina operatória) e fixou-se definitivamente na cadeira que tanto viria a honrar — «Obstetria».

Ingressando na política, filiou-se no Partido Progressista, tornando-se em pouco tempo uma figura marcante. Eleito deputado, pela primeira vez, em 1897, foi sempre reeleito durante o antigo regime. Orador fluente e sabedor, era sempre ouvido com interesse por toda a Câmara. Ficaram memoráveis os seus ataques a um Governo presidido por Hintze Ribeiro. Foi Ministro da Marinha e do Ultramar, dando grande impulso à solução das questões coloniais. A ele se deve o início do caminho de ferro de Moçâmedes a Chela. As pugnas partidárias, porém, nunca o afastaram das actividades da sua clínica. Ainda quintanista, foi interno dos hospitais. Passou depois a cirurgião, chegando a director de enfermaria do Hospital de S. José e presidente da subcomissão de estatística e estudo da tuberculose. Foi sócio efectivo da Academia das Ciências (Classe de Ciências) desde 1933, e da Sociedade de Ciências Médicas, e durante muitos anos desempenhou o cargo de administrador da Companhia dos Tabacos. Além das obras citadas, publicou: «Astrectomia simples ou combinada com esvaziamento ósseo», elogios académicos como os dos Profs. Curry Cabral, Fernando de Magalhães, José Luciano de Castro, Egas Moniz, etc. Publicou ainda vários discursos e relatórios parlamentares.

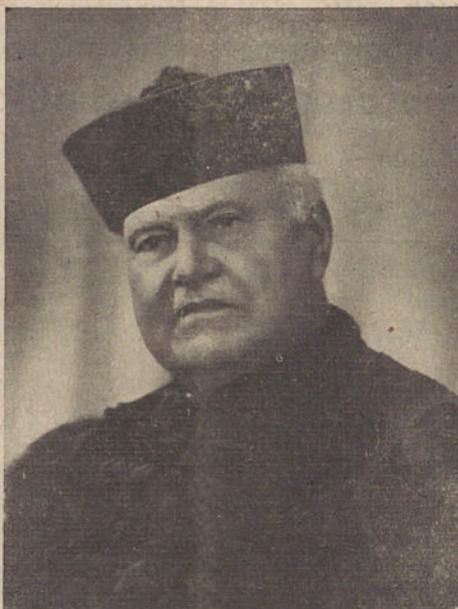
O funeral do Prof. Moreira Júnior constituiu sentidíssima manifestação de pesar e nele se incorporaram centenas de pessoas de todas as categorias sociais. Após a última cerimónia religiosa, no cemitério dos Prazeres, à entrada do jazigo, o Dr. João Ulrich proferiu sentidas palavras de saudade à memória do finado.

Depois de aludir, com muito carinho às relações pessoais que com ele mantivera durante dezenas de anos, fez um rasgado elogio da personalidade moral do Prof. Moreira Júnior, que — disse —

se impôs à consideração de todos e de tal forma que o povo o apelidou de «Dr. Moreirinha». O orador pôs em destaque a sua competência profissional e enaltecendo a rectidão do seu carácter, timbre e modelo da sua vida.

E disse:

—O nosso querido Moreirinha, num extraordinário e infatigável labor, só uma obrigação conhecia: a de cumprir.



PROF. MOREIRA JÚNIOR

sempre, e em toda a parte, se apresentava como um dos maiores valores da sociedade portuguesa do seu tempo.

Recordou que, no último período da monarquia, Moreira Júnior geriu, com o brilho de sempre, a pasta das Obras Públicas.

— Fui o seu mais íntimo colaborador — disse. Data daí a minha admiração por esse homem extraordinário.

Disse, depois, que em nome da Companhia dos Tabacos de Portugal, ia ali levar um preito de saudade de todos quantos trabalhavam naquela empresa e que bem sentiam que, com ele, desaparecia um chefe e um orientador cujas palavras foram sempre acatadas.

E a terminar:

— Aqui fica a nossa profunda mágoa e a mais sentida saudade. Perdemos a grande força, o grande amparo e a maior amizade. Uma alma e um coração que pulsava connosco. Com a maior emoção me despeço de Moreira Júnior e aqui deixo a grande saudade dos dirigentes e dos trabalhadores da Companhia Portuguesa dos Tabacos.

À família enlutada, em especial a seu filho, o Dr. Manuel Vicente Moreira, apresenta «O Médico» as suas condolências.

*Faleceram:*

— O coronel Dr. Carlos Ribeiro Pestana, que foi defensor no Supremo Tribunal Militar, pai do Dr. Rui da

## Partidas e Chegadas

### Prof. Lima Basto

Regressou do Rio de Janeiro o Prof. Lima Basto, assistente do I. P. O., que, a convite da Federação Brasileira de Gastroenterologia, ali foi participar no Simpósio do Cancro do Estômago, realizado em Petropolis. O Prof. Lima Basto realizou, também, uma série de conferências no Rio, em S. Paulo, Belo Horizonte e Portalegre.

### Prof. Cândido de Oliveira

Partiu para Londres, a fim de tomar parte na Conferência Internacional de Educação Sanitária, promovida pela O. M. S., o Prof. Cândido de Oliveira, catedrático da Faculdade de Medicina e director do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.

### Prof. Reinaldo dos Santos

Partiu para Londres, onde receberá o diploma de membro de honra do Real Colégio dos Cirurgiões de Inglaterra, o Prof. Reinaldo dos Santos.

### Prof. Hernâni Monteiro

Partiu para Salamanca, onde vai tomar parte no Congresso Hispano-Luso-Americano de Anatomia, o Prof. Hernâni Monteiro, presidente da Sociedade Portuguesa.

Com o mesmo fim, partiram também para aquela cidade, o antigo catedrático Prof. Henrique de Vilhena, o actual titular da cadeira, Prof. Vítor Fontes e o seu primeiro assistente, Dr. Vasco Bruto da Costa.

### Prof. Marcel Ballorin

Partiu para Paris, acompanhado de sua esposa, o Prof. Marcel Emil Ballorin, director-clínico do Hospital Rockefeller, daquela cidade, que vieram passar umas curtas férias em Sintra.

Câmara Pestana e sogro da Dr.ª D. Suzete Dias Rego Serras.

— A sr.ª D. Henriqueta Maria da Costa Gomes, mãe do Dr. Alberto Gomes, cirurgião dos H. C. L. e delegado de Saúde do Distrito de Lisboa, aposentado.

— O contra-almirante Sr. João de Freitas Ribeiro, pai do Dr. Egas de Freitas Ribeiro, médico no Livramento (Mafra).

— Em Lisboa, o sr. João Rodrigues dos Santos Vidago, cunhado do Dr. Nuno Hermida Santos, director da Casa de Saúde de Benfica.

— Em Portalegre, o coronel reformado sr. João Augusto da Costa, pai do Dr. Manuel da Costa, director-clínico do hospital da Misericórdia daquela cidade.