

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 78
26 de Fevereiro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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



UMA CONCEPÇÃO NOVA NA
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA

OMNACILINA

AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775

3 ACCÇÕES

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

«... Combatendo o síndrome infeccioso por três vias diferentes, encurta o período agudo da doença, modificando o terreno e prevenindo as recaídas...»

E

SUMÁRIO

	Pág.
SEABRA, António — <i>A piodermite dos pescadores</i>	119
LEVY, Maria de Lourdes — <i>Antibióticos em Pediatria</i> ...	199
MOVIMENTO MÉDICO — <i>Resumos da imprensa médica</i>	215

SUPLEMENTO

	Pág.
<i>Reabordando o problema da segurança Social</i> — Constantino A. Carneiro	159
<i>Um Congresso que não dançou</i> — Velho Galeno	160
<i>Ecos e Comentários</i>	165
Prof. Dr. Julius Hallervorden — Gerhard Koch	165
<i>Noticiário diverso</i>	

NAS AFECÇÕES
BRONCO-PULMONARES...

BRONQUICO

ZIMAIA



(6 ampolas de 2 c. c.)

Em 2 c c :

Cineol	0,08
Metoxifenol	0,10
Essência de niaouli puríssima	0,12
Cânfora de «Menta»	0,01
» do Japão	0,05
Tri-iodo-metana	0,01
Vitamina A	6.000 U. I.
Ésteres et. de ácidos gordos vegetais q. b. p. 2 c. c.	
Injecções intramusculares	

LABORATÓRIO ZIMAIA — RUA DE ANDALUZ, 38 — TELEFS. 5 2226 — 5 3670

ESCRITÓRIOS E PROPAGANDA: RUA MARTENS FERRÃO, 10 — LISBOA (NORTE)

A piodermite dos pescadores

ANTÓNIO SEABRA

Na assistência clínica que há sete anos presto na Casa dos Pescadores de Lisboa, aos trabalhadores da pesca da sardinha, aparecem com muita frequência as infecções purulentas da pele e anexos ou sejam as chamadas piodermites foliculares.

A extensão da afecção varia desde as simples vesículas purulentas do tamanho de cabeças de alfinete, até ao furúnculo antracóide com três ou quatro crateras, mas as lesões são sempre múltiplas.

Quanto à localização encontra-se por ordem de frequência os dois antebraços, as duas pernas, a face dorsal dos pés e a nuca, sendo raras outras localizações.

Foi de 160 nestes sete anos o número de casos de piodermites foliculares que me passaram pelas mãos, e como este número não se encontra em consultas frequentadas por outros profissionais que não sejam pescadores, somos impressionados pelo facto e temos de tentar estabelecer uma relação de causa a efeito entre a profissão e a doença.

Como é sabido e se encontra em todos os tratadistas clássicos, há na etiologia da piodermite folicular uma causa microbiana: um germen piogénico, geralmente o *estafilococcus piogènes aureus* e uma causa adjuvante, fissuras ou outras lesões cutâneas provocadas por fricção ou irritação crónica.

Estas actuam, em primeiro lugar, originando uma porta de entrada ao estafilococo que é como se sabe saprófito habitual da superfície cutânea; em segundo lugar provocando um aumento de virulência destes germens.

Se encontramos no trabalho da pesca, uma acção traumatisante da pele, podemos explicar a frequência da piodermite por esta acção específica da profissão. Com efeito, o trabalho normal do tripulante da pesca da sardinha, pelo processo do «cerco», consiste quase exclusivamente em lançar a rede ao mar e alá-la, ou seja, puxá-la para dentro do barco. Nesta operação a rede roça permanentemente pelos dois antebraços e pelas pernas e pés, regiões geralmente nús. São geralmente estas regiões as afectadas pela piodermite e também a nuca, mas apenas nos pescadores que usam avental de oleado cuja alça passa, e roça portanto, nessa região.

Entendo portanto que a acção traumática do roçar da rede é fundamental no aparecimento da doença. Note-se que esta acção não é exclusivamente mecânica, visto que há a juntar a acção irritante da água do mar e do alcatrão em que a rede é embebida. Esta última substância, de resto, já está classificada pela legislação portuguesa como causadora de dermatoses profissionais (quadro de doenças profissionais anexo à lei n.º 1942). Embora os pescadores não estejam neste quadro, temos considerado estes casos como doenças profissionais e, como tal, têm sido aceites pela instituição seguradora: a Mútua dos Armadores da Pesca da Sardinha. A evolução confirma a importância do factor trabalho, dado que, a quase totalidade dos casos curam rapidamente quando afastados daquele e não recidivam senão depois de expostos novamente à acção do trabalho.

Acrescente-se ainda que não tive um único caso de complicação grave (osteomielite, sépsis, ou abscesso perirrenal). A minha casuística não é suficientemente vasta para que deste facto negativo se possa tirar qualquer conclusão; no entanto é um apontamento que nos pode impressionar a favor da natureza predominantemente local da afecção.

Julgo portanto e proponho que a piodermite dos pescadores reune as condições necessárias e suficientes para ser considerada como doença profissional quando obedeça aos seguintes requisitos:

- a) Apareça em pescadores que trabalhem na rede (excluindo portanto mestres, motoristas, etc.).
- b) Se localize nos pontos expostos ao contacto da rede e só nestes ou muito principalmente nestes.
- c) Tenha carácter de afecção sistematisada destas regiões cutâneas devendo portanto ser excluído o aparecimento do furúnculo único, mesmo quando nas regiões habitualmente lesadas.

(Comunicação apresentada ao X Congresso Internacional da Medicina do Trabalho)

REVISÃO DE CONJUNTO

Antibióticos em Pediatria

MARIA DE LOURDES LEVY

(Assistente de Pediatria da F. M. L.)

A alta significação e alcance dos Antibióticos nos vários campos da Medicina e da Saúde Pública são bem evidentes, e justificam que o V Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário dedique, a este assunto, uma lição. Em Pediatria, o emprego sistemático dos Antibióticos tem contribuído largamente para a cura e profilaxia de muitas doenças, o que se repercutiu grandemente na mortalidade infantil.

A palavra antibiótico, foi, segundo Fleming, introduzida na literatura médica em 1889, e aplicou-se desde logo, a substâncias possuindo actividade bacteriana. Manteve-se depois em desuso até 1942, altura em que, Waksman e colaboradores o propuzeram de novo. O termo antibiótico, tal como é usado nas ciências, não tem ainda uma definição fixa e exacta. Assim para Benedick e Langlykke, antibiótico é um composto químico derivado de ou produzido por organismos vivos, o

qual é capaz de, em pequenas concentrações, inibir os processos vitais dos microrganismos; enquanto que V. de Lavergne no seu livro muito recente «La maladie infectieuse», diz: Sob o título de antibióticos convém reunir todas as substâncias que compõem a sulfamida e a micoterapia. Segundo este autor, a distinção entre antibióticos de síntese como as sulfamidas e os antibióticos naturais é momentânea e artificial. De facto, a cloromicetina, inicialmente extraída dos meios de cultura do *Streptomyces venezuelae* é agora obtida no laboratório por síntese, o mesmo acontecendo com a penicilina e talvez, num futuro mais ou menos próximo, com a totalidade dos antibióticos que até agora são obtidos por cultura microbiana.

Quanto ao modo de acção de sulfamidas e antibióticos podem pôr-se algumas objecções à sua identidade. Na ver-

dade, as primeiras são bacteriostáticas, enquanto que os segundos são, conforme a concentração, bacteriostáticos, bactericidas e mesmo para alguns bacteriolíticos. No entanto nas doses usualmente utilizadas na clínica, são principalmente os efeitos bacteriostáticos que exercem todos estes preparados, necessitando-se sempre para a cura, a intervenção do organismo. Desde Pasteur, que se citam muitos microrganismos produtores de substâncias antibióticas, mas nenhum desses trabalhos antigos influenciou na descoberta da penicilina que se deve a uma circunstância meramente fortuita, e certamente conhecida por todos. A sua história data de 1928, quando se deu a contaminação de uma placa de cultura por esporos de uma espécie de *Penicillium*, contaminação que não é de todo rara em laboratórios. Neste caso particular, a placa teve que ser aberta para exame sob o microscópio, e depois conservada para futuro exame. Quando foi observada ulteriormente, verificou-se que nela tinham crescido em abundância esporos de um bolor, que se transformou em uma grande colônia. Esse facto só por si, não despertou comentários, mas o que foi surpreendente, foi que colônias de *Staphylococcus* até aí bem desenvolvidas, mostravam então sinais de dissolução na vizinhança do bolor. Alguns esporos desse bolor, foram transportados para uma placa de agar, onde foram semeadas várias bactérias, algumas das quais foram inibidas no seu crescimento. Isso demonstrou, que o bolor produzia uma substância com poderosa acção inibidora sobre certas bactérias, mas não sobre outras, e que entre as bactérias sensíveis se encontravam alguns agentes comuns de infecções humanas. Esse bolor foi identificado primeiramente como *Penicillium rubrum* e só mais tarde como *Penicillium notatum*. No entanto, o estudo desse bolor, que mais tarde tão benéficos efeitos iria ter em tantas doenças, manteve-se estacionário, e só muito mais tarde, já depois da descoberta das sulfamidas e de Dubos ter demonstrado que um determinado bacilo — o bacilo brevis — produzia uma substância antibacteriana poderosa, que afectava a maioria dos microrganismos, é que Florey e Chain, em Oxford, se decidiram empenhar numa investigação sistemática sobre as substâncias antibióticas. Partindo da cultura inicial de Fleming e após várias manipulações, conseguiram uma penicilina concentrada com a qual fizeram a experimentação animal, tendo depois em 1941, Abraham e seus colaboradores publicado os primeiros resultados clínicos no homem.

Desde então têm sido vários os antibióticos sucessivamente descobertos, na ânsia bem justa de encontrar, antibiótico específico, para as várias bactérias que não respondiam aos até então conhecidos.

Os agentes antibióticos actualmente em uso, provêm de três fontes gerais:

- 1) Os derivados de bactérias, que inclui o antibiótico primeiro conhecido, a plocianase, a tirotricina e a bacitracina.
- 2) Os derivados de fungos e bolores, o mais importante dos quais, é a penicilina.
- 3) Os derivados de actinomicelas, dos quais os mais prometedores no momento actual, são: a estreptomina, cloromicetina, aureomicina e terramicina.

Na impossibilidade de falarmos em todos os antibióticos, já porque alguns não têm qualquer valor em clínica, já porque ainda não estão completamente estudados, limitaremos o nosso estudo, principalmente aos cinco antibióticos de uso mais corrente: penicilina, estreptomina, cloromicetina, aureomicina e terramicina, embora por vezes acidentalmente tenhamos que fazer referência a outros. Daremos primeiro algumas noções muito sumárias acerca da sua obtenção, espectro de actividade, aspectos farmacológicos, dosagem e vias de administração, e finalmente passaremos em revisão as várias

doenças em que o seu uso levou à cura ou pelo menos à atenuação da sintomatologia.

Começaremos pela *Penicilina*. Este antibiótico é como sabem extraído do filtrado de uma cultura de *Penicillium notatum*. A ele são sensíveis todos os cocos gram positivos e gram negativos e os bacilos gram positivos. O gonococo é a espécie mais sensível vindo por ordem decrescente os meningococos, os estafilococos, estreptococos e pneumococos, bacilo do carbúnculo, do tétano, do tétano, da difteria e perfringens, as leptospiros e tripanosoma da sífilis, piau e febre recumente, virus da doença de Nicolas-Fabre e psitacose. A penicilina pelo contrário não tem acção sobre o grupo de bacilos gram negativos nem sobre o bacilo de Koch.

Estreptomina — é extraída do filtrado de cultura do *Streptomyces griseus* (Waksman 1943). Tem uma acção marcada sobre o bacilo tuberculoso, sobre os bacilos gram negativos compreendendo o colibacilo, o procianico, o proteus, o cocobacilo de Bordet-Gengon, o bacilo de Friedländer, as brucella, *Pasteurella tularensis*, e em certo grau sobre certas estirpes de cocos gram positivos (certos estreptococos) e gram negativos (gonococos). Não tem actividade contra bolores, fungos, virus, rickettsias, bactérias anacropias ou protozoários, nem contra cadeias resistentes de organismos sensíveis.

Cloromicetina — foi extraída do filtrado de cultura do *Streptomyces venezuelae* (Burckolder, Erlich e Gottlieb, 1947), e é actualmente preparada sinteticamente (chloramphenicol). Conhece-se a sua poderosa acção em relação aos bacilos gram negativos, bacilos típicos e paratípicos, brucella, bacilo de Bordet-Gengon, bacilo de Pfeiffer, Rickettsias e certos virus (linfogranulomatose e psitacose).

Aureomicina — extraída de um cogumelo do solo — *Streptomyces aureofaciens* (Duggar 1948). A sua acção é manifesta nas infecções devidas a Rickettsias, aos virus da linfogranulomatose, ornitose, psitacose, da pneumonia atípica. Tem igualmente acção sobre: as brucellas, bacilo de Pfeiffer, bacilo de Bordet-Gengon, *Pasteurella tularensis*, bacilo típico e paratípico, bacilo de Friedländer, colibacilo e estafilococo.

Terramicina — extraída do *Streptomyces rimosus* (Finlay e colab. 1950). Com acção marcada nas infecções agudas a pneumococos, estafilococos, estreptococos e gonococos. Nas infecções das vias urinárias por *E. coli*, *Aerobacter aerogenes*, estreptococos fecalis e outros agentes e ainda nas infecções por *Hemophilis*, brucella, salmonella e schigella assim como nas Rickettsioses.

ASPECTOS FARMACOLÓGICOS

Para todas estas drogas, são actualmente bem conhecidas, a constituição, propriedades físicas e químicas, modo de administração e de distribuição no organismo e finalmente, a sua eliminação.

A penicilina e estreptomina, após introdução no organismo por via intramuscular ou intravenosa, encontram-se no sangue, e aí permanecem durante um espaço de tempo que é maior para a estreptomina do que para a penicilina que se elimina muito mais rapidamente.

A penicilina difunde-se bem nos tecidos do organismo, atingindo praticamente todos, com possível excepção do sistema nervoso central, medula óssea e gordura. Atravessa a barreira placentária, atingindo a circulação fetal em proporções terapêuticas. Na ausência de inflamação das meninges não atinge o líquido cefalo-raquidiano, o mesmo acontecendo com a estreptomina que tem uma maneira semelhante de se difundir. São excretadas ambas pela urina na proporção de 60

a 80 % da dose empregada, nas primeiras 24 horas. São também concentradas e excretadas pela bilis.

Cloromicetina — Foi descrita originariamente por Erlich com o nome de cloromicetina. Rebstock e colaboradores determinaram a estrutura química desta substância à qual deram o nome de cloranfenicol. Esta droga é dada usualmente pelo tubo digestivo, embora eventualmente se possam usar outras vias (rectal, parenteral intravenosa ou intramuscular e mesmo intrarraquidiana).

No entanto, a excelente difusibilidade do cloranfenicol quando administrado por via digestiva, faz com que esta seja a preferida. É de notar a sua boa concentração no líquido cefalo-raquidiano e o seu alto poder de concentração na linfa (1).

Aureomicina e Terramicina — São também usualmente administradas por via oral. Após a sua administração oral ou parenteral, podem demonstrar-se estes antibióticos, praticamente em todos os tecidos do organismo, incluindo soro, fígado, rins e baço, assim como no tecido pulmonar.

A difusão destas duas substâncias, difere num ponto importante: a aureomicina atravessa, segundo alguns autores, facilmente, a barreira sangue-cérebro e difunde-se no L. C. R., o que não acontece com a terramicina, facto que tem a maior importância no tratamento de doenças infecciosas do S. N. C. Ambas as substâncias são rapidamente absorvidas após administração oral, mantendo-se em níveis, sensivelmente constantes durante aproximadamente 6 horas. Depois deste período de 6 horas, há um declínio gradual com actividade mínima por vezes demonstrável ainda depois de 24 horas.

Difundem-se ambas através a placenta para a circulação fetal. São excretadas sob uma forma biologicamente activa e concentrada pela bilis e urina. Grandes quantidades não são absorvidas e são excretadas pelas fezes, donde resulta uma notável alteração da flora microbiana intestinal.

A aureomicina e a terramicina podem ainda usar-se por via parenteral e localmente em pomadas e colírios. A via rectal deve abandonar-se pois segundo a maioria dos autores, a absorção por esta via é nula.

DOSAGEM E MÉTODOS DE ADMINISTRAÇÃO

Na escolha da dose, de um antibiótico, devemos sempre ter presentes dois pontos:

- 1.º Não usar doses excessivas (perigo das doses de choque na febre tifoide);
- 2.º Ou doses insuficientes. Estas, utilizadas mesmo cautelosamente, nem por isso evitam os efeitos tóxicos, e com elas, o médico cria as condições óptimas para que se obtenham germens resistentes.

Na prática existe para cada antibiótico uma dose média standard, dose que está no entanto sujeita a variações dependentes da gravidade da doença, via de administração, mas principalmente da maior ou menor sensibilidade do agente em causa ao referido antibiótico.

Para agir eficazmente sem se correr os inconvenientes de uma dose excessiva ou pelo contrário insuficiente, é de boa prática, e actualmente em muitos laboratórios recorre-se a ela, a determinação da sensibilidade de estípe ao antibió-

tico. Mas na impossibilidade de se levarem a efeito tais medições, é de grande utilidade o conhecimento dessas doses médias, de que falaremos oportunamente.

Para a Penicilina as doses médias são variáveis conforme a via de introdução. Empregando a via intramuscular (a mais usual) as doses propostas são para a criança 10.000 a 20.000 U. de 3 em 3 horas, ou empregando penicilina de depósito doses de 150.000 a 400.000 U. dadas numa só injeção de 24 em 24 horas.

A administração oral na criança é eficaz desde que se utilize uma posologia mais elevada (20.000 a 50.000 U. Kq./24 h.).

A administração de penicilina em supositórios de resultados muito variáveis e duvidosos deve ser posta de lado.

As variações que se observam na criança, no que respeita às concentrações sanguíneas obtidas, explicam os resultados discordantes que se obtêm por vezes quando se emprega uma posologia média.

Para a Streptomina também a via de eleição é a I. Muscular. Usa-se na dose de 20 a 50 mg. p./k. de peso e 24 horas.

Per os pode usar-se na dose de 50 a 100 mq., mas não se difundindo tem apenas acção ao nível do tubo gastrointestinal (terapêutica de certas gastroenterites).

A aureomicina, terramicina e cloranfenicol utilizam-se geralmente per os, nas doses médias de 30 a 50 shrd p./kilo e 24 horas.

Uma vez determinada a dose, interessa escolher a via de introdução.

Para alguns antibióticos como a penicilina e a estreptomina a via de eleição é a parentérica, exceptuando casos particulares em que pode ser administrada por via oral; para a aureomicina, terramicina e cloromicetina, a via de eleição é a oral. Para todos ainda podemos recorrer ao aerosol e excepcionalmente à via rectal. No entanto há casos em que o foco septicó não é acessível aos antibióticos vindos do sangue e nesses será indispensável a administração local do antibiótico.

É o que acontece nas meningites em que a penicilina ou a estreptomina preconizada não atinge o L. C. R. em quantidades suficientes e também nas pleuritis e artrites supuradas e outras situações. Nestes casos terá que se fazer a administração local do antibiótico.

Escolhida a via de administração interessa determinar o ritmo de tratamento. Sabido que é que os Antibióticos, longe de se acumularem no organismo, são rapidamente eliminados do sangue, particularmente pela urina, para que se mantenha uma taxa de concentração conveniente, devem repetir-se com uma certa frequência as ingestões ou injeções. Quando se trata de ingestão, a dose total será dividida em doses parciais, geralmente 3 ou 4 nas 24 horas. Se se trata de injeções, estas terão que se repetir de 3 em 3 ou 4 em 4 horas, o que tem o inconveniente de submeter o doente a múltiplas injeções; o que se tem obviado, pela criação de substâncias de «retard» que têm o fim de deixar o antibiótico difundir-se pouco a pouco e continuamente.

O tratamento pelos antibióticos bem adaptado, leva rapidamente a uma cura clínica da infecção, no entanto agindo sobretudo pelo seu poder bacteriostático, é formalmente recomendado, a fim de evitar as recaídas, prosseguir o tratamento alguns dias após a apirexia. Foi a não observância desta regra, que fez que no início do emprego da cloromicetina na febre tifoide se tivessem observado tantos casos de recaídas.

Dadas estas noções predominantemente teóricas, vamos tentar dar-lhes uma ideia das vastíssimas aplicações dos antibióticos na Medicina Infantil.

(1) É rapidamente absorvida ao nível de tubo gastro-intestinal, desaparecendo rapidamente da corrente sanguínea, sendo necessárias portanto administrações frequentes da droga.

É executada pelo rim (90 %, nas primeiras 24 horas) em parte sob a forma de um composto inactivo, possivelmente, inactivado no fígado.

Iniciou-se uma nova era em terapêutica anti-infecciosa quando se começaram a introduzir os antibióticos. Já as sulfamidas tinham dominado algumas doenças como as meningocócias, pneumocócias e gonocócias com uma rapidez até então desconhecida, mas a aparição sucessiva da penicilina reforçando as sulfamidas e curando as supurações estafilocócicas e outras doenças de prognóstico grave, da estreptomina curando formas de tuberculose até então mortais (granulias, meningite tuberculosa), da cloromicetina com acção tão marcada na febre tifoide e finalmente da terramicina e aureomicina com um espectro de acção tão largo que engloba Rickteissias e grande número de virus completaram essa resolução que desde há muito se antevia.

De facto o emprego dos antibióticos veio não só revolucionar inteiramente a terapêutica de algumas doenças infecciosas contribuindo assim para a baixa da mortalidade e morbidade infantis, como veio também fornecer uma arma de grande utilidade em medicina preventiva infantil.

ANTIBIÓTICOS E MEDICINA PREVENTIVA INFANTIL

Segundo António Galdó podem considerar-se como cinco, as situações em que os Antibióticos maior importância podem ter como Profiláticos:

- 1.º A. em puericultura prenatal (profilaxia da sífilis congénita);
- 2.º A. na luta contra os portadores de germens (especialmente difteria, escarlatina, febre tifoide, etc.);
- 3.º A. na profilaxia da recidiva reumática;
- 4.º A. na profilaxia da conjuntivite gonocócica do recém-nascido;
- 5.º A. na profilaxia de complicações (associações bacterianas em várias doenças) e em cirurgia infantil.

1.º Na profilaxia da sífilis congénita são brilhantes os resultados obtidos com o emprego sistemático da Penicilina nas grávidas. Desde que o tratamento seja bem conduzido, observam-se menos do que 1% de crianças sífilíticas.

Segundo Lamy e Labesse os tratamentos propostos são:

No decurso dos dois primeiros trimestres de gravidez: 300.000 U. de P. aquosa de 3 em 3 horas durante 8 dias; ou 600.000 U. de Penicilina em monoestearato de Alumínio, duas vezes por semana durante um mês; ou 1.200.000 U. de Penicilina em monoestearato de Alumínio, uma vez por semana durante um mês.

No decurso do terceiro trimestre, prefere-se: 600.000 U. de Penicilina com monoestearato todos os dias durante uma semana.

Perto do termo da gravidez, prefere-se: 2.400.000 U. de Penicilina procaina em solução oleosa adicionado de 2% de monoestearato de Alumínio—dose que se deve repetir uma semana mais tarde, se não se deu o parto.

Os únicos casos de falência do tratamento, e aliás muito raros, sobrevieram em casos de sífilis tratadas nos últimos dias de gravidez.

2.º O valor dos Antibióticos na luta contra os portadores de germens é também inestimável. Sobre este problema, um dos assuntos que mais tem sido sujeito a discussão é o da Penicilina e portadores de bacilo diftérico. Sabe-se que a Penicilina inibe in vitro o desenvolvimento do bacilo diftérico, no entanto os resultados obtidos em clínica são muito variáveis

como teremos ocasião de falar. Apesar disso o antibiótico tem sido usado para este fim, quer em tratamento local (aerosol, pastilhas) quer geral (intramuscular), sendo esta a via mais aconselhável, por dar melhores resultados, principalmente quando se empregam doses bastante elevadas.

A estreptomina, aureomicina e terramicina têm sido também empregadas com resultados igualmente variáveis. No estado actual dos nossos conhecimentos pensa-se que embora o tratamento dos portadores de germens tenha beneficiado indiscutivelmente pelo emprego dos antibióticos, principalmente por via geral, não podemos afirmar que eles sejam capazes de, em todos os casos, suprimir por completo os bacilos albergados na nasofaringe.

Quanto aos portadores de estreptococos hemolíticos (doentes e convalescentes de escarlatina e contactos de escarlatina) também podem beneficiar pela terapêutica pela penicilina, desaparecendo este agente das culturas do nariz e faringe em poucos dias, não reaparecendo se o tratamento se continua durante uma semana.

Para os portadores de bacilo tífico, tem-se usado a cloromicetina com bons resultados; de facto, a esterilização das fezes a que conduz este antibiótico, fazia prever a supressão de germens e portanto uma melhoria da profilaxia.

Limitámo-nos aqui a falar dos portadores de germens, de situações bastante correntes, no entanto, devemos dizer, que os Antibióticos, com este fim, podem ainda ser empregados noutras situações.

3.º Sabe-se que a penicilina embora não tendo qualquer acção num surto de febre reumática é de considerável valor na profilaxia desta situação. Um acesso de febre reumática é geralmente precedido por uma infecção por estreptococo hemolítico (amigdalite, pex) que cede ao tratamento pelo antibiótico, impedindo geralmente a aparição ulterior do reumatismo.

A penicilina pode também usar-se como já foram usadas as sulfamidas, durante longos períodos, a título de agente protector contra as amigdalites estreptocócicas. Neste caso, pode, segundo alguns autores, ser administrado pela boca, com resultados idênticos.

4.º Na profilaxia das conjuntivites purulentas do recém-nascido (gonocócicas e outras) o emprego de instilações de uma solução de penicilina, ou outros antibióticos, tem-se mostrado muito eficaz e pode dizer-se que suplantou o método de Crédé.

5.º Uma das mais vastas aplicações dos antibióticos é na profilaxia das complicações das doenças infecciosas, resultantes de associações bacterianas (particularmente sarampo e tosse convulsa). Também no campo cirúrgico os benefícios trazidos pelo uso dos antibióticos, particularmente a penicilina, no pre e post-operatório, são grandes.

Em casos de extirpação de focos dentários ou amígdalas em qualquer criança, mas particularmente em casos de febre reumática, é formalmente obrigatório o uso de penicilina imediatamente antes e depois da intervenção.

Em todas as intervenções levadas a efeito em crianças com doença cardíaca shldurrg deve empregar-se sempre profilacticamente penicilina, aureomicina ou terramicina. Segundo Dearnig e Helman, dado que a terramicina e aureomicina, atingem nas fezes altas concentrações, donde resulta uma notável alteração de flora microbiana do tubo gastro-intestinal, com destruição da maior parte dos germens patogénicos, é de aconselhar o uso profilático de qualquer destes antibió-

BAIXA DE PREÇOS

Novamente os Laboratórios Delta, põem à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica, a

DELTACILINA em DOSES,

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

Deltacilina	150.000 U. O.	1 Dose	Esc.	10\$00
		3 Doses	Esc.	24\$00
	300.000 U. O.		Esc.	12\$50
	400.000 U. O.	1 Dose	Esc.	14\$00
		3 Doses	Esc.	40\$00
		5 Doses	Esc.	62\$50
		10 Doses	Esc.	120\$00
	600.000 U. O.	1 Dose	Esc.	17\$00
		3 Doses	Esc.	49\$00
		5 Doses	Esc.	77\$50
		10 Doses	Esc.	150\$00
	800.000 U. O.	1 Dose	Esc.	20\$00
		3 Doses	Esc.	58\$00
		5 Doses	Esc.	92\$50
		10 Doses	Esc.	180\$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

The advertisement features a black and white illustration of a medicine box and a glass bottle of 'Lauroconvulsol' syrup. The box is on the left, and the bottle is on the right, partially overlapping the box. Both the box and the bottle have labels with text in Portuguese.

Box Label:

- Top logo: PRODUTOS LAURUS
- Large script: Lauroconvulsol
- Below script: XAROPE CONTRA A TOSSE CONVULSA
- Bottom text: PREPARAÇÃO DO DR. MANUEL RODRIGUES LOUREIRO QUÍMICO-FARMACÊUTICO
- Bottom text: LABORATÓRIO DA FARMÁCIA SILMAR RUA DE S. LAZARO. 128-132 LISBOA

Bottle Label:

- Top logo: PRODUTOS LAURUS
- Large script: Lauroconvulsol
- Below script: XAROPE CONTRA TOSSE CONVULSA
- Below script: INDICADO TAMBÉM NA ASMA BRONQUITES, GRIPE, ETC.
- Text: PREPARAÇÃO DO DR. MANUEL RODRIGUES LOUREIRO Químico-Farmacêutico
- Section: BASE:
- Ingredients: Bromoformio 0.35% - Codeína 0.22% - Beladona 0.005% Benzoato de sódio 0.25% - Acônito 0.01% - Lobélia 0.005% - Tomilho 0.40% - Balsa de Tolu 0.45%
- Section: POSOLOGIA: SALVO INDICAÇÃO MÉDICA
- Adults: ADULTOS: 4 a 5 colheres de sopa, por dia
- Children: CRIANÇAS: Até aos 3 anos: 2 colheres de chá
- Dosage table:

8 a 5	:	3	.	.	.	.
6 a 7	:	4	.	.	.	.
7 a 10	:	2	.	.	.	sobrecopa
10 a 15	:	3	.	.	.	.
- Bottom text: LABORATÓRIO DA FARMÁCIA SILMAR RUA DE S. LAZARO. 128.132. Lisboa
- Bottom logo: Rod of Asclepius symbol

ticos em cirurgia intestinal pela esterilização do intestino a que conduz.

ANTIBIÓTICOS EM MEDICINA INFANTIL

Vamos em primeiro lugar falar do emprego dos Antibióticos nas doenças infecciosas comuns da infância, detendo-nos com mais pormenor naquelas que, pela sua gravidade ou controversias nos esquemas terapêuticos, assim o exijam.

Escarlatina—É como se sabe uma doença produzida pelo estreptococo hemolítico. Segundo a maior parte dos autores, justifica-se nesta doença o uso de penicilina, pois faz desaparecer em 48 horas o agente da faringe. Para evitar recidivas do agente propõe-se o emprego sistemático de penicilina em doses diárias de 300.000 Unidades durante 7 dias. Não há diferenças, no que diz respeito a complicações imediatas ou tardias (que de resto são com esta técnica muito diminutas) conforme o tratamento é feito, seguindo o antigo ritmo de Penicilina aquosa de 3 em 3 horas ou Penicilina de acção retardada numa só injeccção (Mathiew, Mathiew e West) pelo que se deve adoptar pela sua simplicidade este último método.

Sarampo—O sarampo é como sabem, uma doença exantemática produzida por um vírus, que como a maioria não é sensível à penicilina, mas segundo alguns autores à aureomicina. Mas, o que pode dar gravidade ao sarampo são as complicações (broncopneumias, pneumonias, etc.) resultantes de associações bacterianas secundárias, de germens na maioria sensíveis à penicilina e estreptomicina. Fazendo sistematicamente com estes antibióticos a profilaxia das complicações, estas aparecem apenas numa percentagem pequeníssima e com uma menor gravidade.

Na **variola**, embora sem acção directa, justifica-se também o emprego de penicilina, nas formas graves e complicadas por associação bacteriana. Noutras doenças infecciosas exantemáticas, com a rubeola, eritema infeccioso e exantema súbito, não se justifica o emprego de antibiótico, já pela sua benignidade já porque os antibióticos usuais não exercem qualquer acção. Aconselha-se o uso de aureomicina na rubeola da grávida como profiláctico da embriopatia rubeólica.

Rickettsioses—Na criança podem encontrar-se várias rickettsioses: tifo epidémico, tifo murnio, febre escaro nodular e febre Q da qual falaremos mais adiante; os antibióticos de escolha para estas doenças são a Aureomicina, Cloromicetina e Terramicina com os quais se obtêm resultados verdadeiramente espectaculares.

Tosse convulsa—O problema do tratamento da tosse convulsa pelos antibióticos é um dos assuntos sujeito a maior controvérsia e que tem sido objecto de numerosos trabalhos e comunicações nos últimos anos. Todos os antibióticos desde a Penicilina têm sido ensaiados nesta doença e com todos eles têm sido relatados grande percentagem de êxitos.

Sob este assunto, não há ainda uniformidade de vistas, havendo desde os mais cépticos que sistematicamente negam qualquer acção aos antibióticos até aqueles que se mostram entusiasticamente partidários de uma ou outra droga. De facto não podemos negar que os antibióticos melhoraram notavelmente o prognóstico desta afecção.

Assim a Estreptomicina na dose de 50 miligramas p/kilo de peso e 24 horas, seguida durante 8 ou 10 dias, administrada só por via intramuscular ou associada em aerosol, determina, segundo muitos autores, entre eles Lust de Bruxelas e entre nós Salazar de Sousa, um curso abortivo da doença, tendo igualmente uma acção notável nas formas graves.

A literatura americana ultimamente consultada, refere-se bastante céptica, a respeito deste antibiótico, inclinando-se mais para o uso da cloromicetina, aureomicina e terramicina, estas por via oral, em doses médias de 50 miligramas por k/24 horas, administradas durante 10 dias. É muito difícil valorizar a eficácia de uma terapêutica, numa doença de curso tão variável como a tosse convulsa—e assim, encontram-se opiniões muito discordantes: Wehle e Lepper empregando a aureomicina não viram que esta droga alterasse significativamente o curso e a severidade da tosse convulsa embora tivesse uma acção marcada na prevenção das complicações; Hazen, Jackson e outros, fazendo uma comparação entre 150 casos de per-

tussis tratados com Penicilina, Estreptomicina, Aureomicina, Cloromicetina e Terramicina, concluem que, enquanto que os *Hemophilus pertussis* persistem na naso-faringe dos indivíduos infectados durante duas semanas e mais quando empregam Penicilina, com os outros antibióticos eles desaparecem da cultura em três a quatro dias. Além disso estes autores notaram que com estes antibióticos, a frequência e severidade dos ataques paroxísticos, principalmente nas crianças abaixo de 1 ano, decrescia mais rapidamente do que nos tratados pela penicilina.

Também Booher, Farrel e West, comparando vários antibióticos, concluem dizendo:

- 1) A estreptomicina tem um valor clínico duvidoso.
- 2) A aureomicina, a cloromicetina e a terramicina, têm um valor clínico semelhante que se faz sentir principalmente na diminuição do período paroxístico. No entanto estes autores terminam dizendo: pensamos que a droga específica para o tratamento completo e com sucesso da tosse convulsa, ainda não existe.

Difteria—A difteria doença é uma toxi-infecção, como tal, as lesões criadas nos tecidos pelo desenvolvimento do *Corynebacterium* só raramente têm uma influência directa na evolução da doença, a qual é dominada pela elaboração, difusão e fixação da toxina solúvel. Sendo a maioria dos doentes observados num estadio em que o bacilo já elaborou a sua toxina só a antitoxina pode parar o curso da doença, e quando a seroterapia falha é sempre porque os anticorpos foram introduzidos tarde demais. Daqui se deduz que, para que os antibióticos pudessem ser úteis na difteria, deveriam ser activos não somente sobre o bacilo, mas também na toxigenese e na exotoxina.

Experiências in vitro têm demonstrado que in vitro (pelo menos algumas estirpes) o *Corynebacterium* é sensível à penicilina e outros antibióticos. No entanto estes, não têm qualquer influência na toxigenese e na toxina. As experiências em animais são de difícil interpretação e muito discordantes. Em clínica humana o que podemos esperar dos antibióticos é apenas a desapareição mais rápida dos bacilos da garganta de doentes e convalescentes.

Assim a sua associação com o soro que se considera indispensável influe favoravelmente o curso clínico e mortalidade da difteria. Quanto à frequência das complicações post-diftéricas, ela não é afectada pelo uso da penicilina, sendo no entanto menor a gravidade das complicações (Bixhi). Em casos de traqueotomia, o uso de Penicilina no pre e post-operatório, tem também influência favorável.

Febre tifoide—A evolução e prognóstico da febre tifoide mudaram profundamente desde que se emprega para o seu tratamento, a cloromicetina, podendo considerar-se este antibiótico como verdadeiramente revolucionário. No entanto esta droga, necessita ser judiciosamente empregada e com precaução para levar à cura sem dar lugar a acidentes.

A via de eleição é a via bucal: quer em pó (cápsulas) quer sob a forma de um xarope (palmilato de cloromicetina), muito útil para lactentes e crianças da primeira infância. Empregando-se a via rectal necessitam-se doses mais altas, e há sempre o perigo de dar lugar a diarreias. A via intravenosa, só se deve empregar excepcionalmente em formas muito graves.

A dose proposta pela maioria dos autores, é para a criança, de 50 mg. p/k e por dia, dose ulteriormente se pode baixar a 40 mg. e mesmo a 30 mg., e que igualmente se deve baixar em formas graves em que haja ameaça de colapso.

As doses de choque, recomendadas nos primeiros tempos do emprego da droga, são de desaconselhar pelos acidentes graves, e mesmo mortais, que podem acarretar.

Se todos estão de acordo no que diz respeito a ser a cloromicetina a droga de eleição para a febre tifoide e paratifoide não há uniformidade de ideias, no que diz respeito à duração do tratamento, propondo-se vários esquemas. O método descontínuo proposto por R. Clément e J. Gerbeaux parece-nos de aconselhar pelas suas vantagens.

Assim estes autores, fazem um primeiro tratamento que se prolonga até ao quinto dia da apirexia; suspendem então o tratamento durante cinco dias, para o retomarem depois novamente por um período de 5-6 dias.

Com a droga prescrita desta maneira, aqueles autores obtêm não só uma queda rápida da temperatura com melhoria

do estado geral mas também a quase supressão das complicações, a esterilização das fezes e o que é mais importante a cura definitiva com sero-diagnóstico positivo.

Está descrita a possibilidade do aparecimento de estirpes, se não resistentes, pelo menos, menos sensíveis à cloromicetina. Nestes casos, dada a sensibilidade do bacilo tífico à terramicina ou à aureomicina, está justificado o emprego de uma associação de antibióticos.

SÍFILIS CONGÊNITA OU

Muitos têm sido os esquemas propostos para o tratamento da sífilis congénita, mas qualquer que se adopte deve preencher certos requisitos: ter relativa inocuidade, não produzir reacções de Herxheimer, ser economicamente acessível e exigir tratamentos pouco prolongados. Praticamente todas estas condições (com excepção de algumas reacções de Herxheimer) são verificadas com a penicilina. O primeiro trabalho da aplicação deste antibiótico na sífilis data de Dezembro de 1943, mas só em Setembro de 1944 Mahoney, Moore, Schuvartz, Stenberg e Wood, publicaram os resultados referentes a 20 crianças com sífilis congénita que foram tratadas com doses totais entre 20.000 e 200.000 U. por k/24 horas em lactentes e 400.000 U. p/k 24 horas em crianças de mais de 2 anos de idade.

Desde então são numerosos os trabalhos, que têm surgido à cerca do emprego da penicilina na sífilis, e apesar do aparecimento ulterior de outras drogas com igual acção no treponema, é ainda a penicilina, possivelmente pela sua maior economia, e maior zona de manejo, a preferida. O que evoluíram, foram os esquemas de tratamento e as doses, mercê do aparecimento de penicilinas de acção retardada: penicilina com óleo ou cera de abelha, e posteriormente a penicilina procaina. A oleosa ou aquosa que permitia a administração do antibiótico, uma vez de 24 em 24 horas e mais recentemente a penicilina procaina com função de 2% de monoestearato de alumínio, que reduz o tratamento da sífilis congénita a 3 ou 4 injeções intervaladas de 2 ou 3 dias.

No Serviço de Pediatria da F. M. L. o esquema de tratamento actualmente adoptado e que de resto é o mais seguido, consiste na administração de uma injeção diária de penicilina procaina. A dose total empregada é para lactentes, de pelo menos 200.000 U. k/de peso repartida por 8 ou 10 dias, dose que pode ser excedida sem quaisquer inconvenientes. Os esquemas de tratamento, de resto, podem ser vários e igualmente úteis, desde que as taxas de antibiótico no sangue, sejam eficazes. Podem variar, com o solvente usado, a dose e o intervalo entre as injeções.

Nalguns casos, temos usado a penicilina com monoestearato de alumínio que como já dissemos reduz o número de infecções a 3 ou 4.

Para crianças entre 1 e 15 anos podemos reduzir um pouco a dose, fixando-nos em 150.000 U p/kilo de peso repartidas igualmente por 8 ou 10 dias.

As reacções de Wasserman negativam num tempo variável. Para Lamy e Labesse a negatificação deu-se entre os 2 e 18 meses e em 100 % dos casos, nas crianças abaixo de 1 ano de idade, enquanto que nas crianças entre 1 e 15 anos as reacções serológicas, segundo estes autores, são fixas e não se negativaram senão numa percentagem de 10 %.

Desde 1943 que se utiliza a penicilina no tratamento da sífilis e apesar de passados já vários anos, o treponema pallidum mantém-se constantemente sensível à acção da penicilina e é ainda hoje a droga de eleição.

Desde 1948 a aureomicina, de 1949 o cloranfenicol e de 1951 a terramicina têm-se mostrado igualmente activas sobre o treponema, mas não se têm utilizado senão num pequeno número de doentes, e o seu emprego só se justifica em casos de intolerância à penicilina.

Tuberculose infantil — O emprego sistemático da estreptomina na granulía pulmonar e na meningite tuberculosa, veio tornar possível a cura de duas situações até então quase sempre mortais.

No entanto, tem-se assistido ao uso indiscriminado deste antibiótico em todas as formas de tuberculose da criança, o que não pode deixar de ser considerado como um erro, erro que pode trazer graves inconvenientes para o futuro não só do

indivíduo em questão, mas também de outros, pela possibilidade de se desenvolverem estirpes estreptomino-resistentes que como tal não correspondem à terapêutica pela droga e que contagiando outros indivíduos lhes inoculam germens desde o início resistentes.

A influência que a estreptomina tem nas tuberculosas iniciais da criança é muitas vezes difícil de apreciar, isto porque, a primo-infecção tem possibilidades evolutivas muito variadas entre as quais a evolução espontânea para a cura.

Julgamos portanto que, dado que nenhuma medicação anti-tuberculosa parece influenciar a evolução espontânea da lesão inicial e que o tratamento pela estreptomina pode ter uma influência prejudicial sobre a evolução de uma possível meningite ela não deverá empregar-se senão excepcionalmente nos casos não complicados de disseminação miliar ou de meningite, com excepção dos lactentes nos quais a maior gravidade da primo-infecção justifica o seu emprego.

Pelo contrário, nas tuberculosas miliares e na meningite tuberculosa só ou associada a granulía pulmonar considera-se indispensável o tratamento pela estreptomina embora actualmente pelo conhecimento que existe da droga e das possibilidades muitas vezes constatada do envolvimento de estreptomino-resistências, se usem esquemas terapêuticos em que se associa sistematicamente ao antibiótico o P. A. S., as sulfonas, as tio-semicarbazonas, sendo actualmente a associação mais usada a de estreptomina+hidrazida do ácido isonicotínico, combinação muito bem tolerada e com a qual se estão obtendo resultados muito satisfatórios.

As doses de antibiótico que empregamos no Serviço de Pediatria da F. M. L. para o tratamento da granulía pulmonar são de 30 a 50 mg. por k/peso e 24 horas, dose que se mantém até à cura radiológica, geralmente durante 3 a 4 meses. No entanto, segundo Noufflard, o prolongamento do tratamento para lá da cura radiológica (6 meses) tem como efeito a redução considerável das meningites tuberculosas, das quais, em última análise depende o prognóstico da tuberculose miliar.

É essencial durante o tratamento fazer punções lombares pelo menos quinzenalmente para despistar o mais precocemente possível a localização meníngea que impõe a rápida adição de tratamento intra-raquidiano. O tratamento da meningite tuberculosa que actualmente seguimos é o seguinte:

Estreptomina intraraquidiana na dose diária de 25 miligramas adicionada de heparina, durante um mês ou mês e meio; terapêutica que passa sucessivamente a ser feita em dias alternados, duas vezes por semana, e finalmente uma vez por semana até à normalização do líquido.

Usamos também estreptomina intramuscular ou hidrazida per os durante um tempo variável.

Utilizamos também hidrazida intraraquidiana na dose de meio a um miligrama por kilo de peso, intraraquidiana associada à estreptomina e à heparina, mas desde que se reconheceu que esta droga dada per os em doses altas de 20, 25 mg. e até para alguns autores de 50 mg. por kilo de peso e 24 horas, atinge níveis terapêuticos no liquor, passamos a empregá-la só por esta via.

Julgamos de interesse, deixar aqui expresso, quanto o Serviço de Pediatria da F. M. L. se tem sempre interessado pelo tratamento da tuberculose infantil particularmente granulía e meningite tuberculosa e devemos dizer que desde Janeiro de 1947 vimos tratando inúmeros casos de meningites tuberculosas com percentagens de cura bastante animadoras, principalmente se tivermos em vista as dificuldades de ordem técnica que por vezes enfrentamos.

A percentagem de % de curas é, no dizer dos Profs. Castro Freire, Salazar de Sousa e Jacome Delfim, aquela a que pode aspirar qualquer clínica insuficientemente aequipada, com uma incidência grande de crianças com menos de 3 anos, e tratando todos os casos, mesmo aqueles em que o diagnóstico foi tardio.

Vamos agora falar-lhes resumidamente no emprego dos antibióticos nas doenças dos vários aparelhos.

Aparelho respiratório — Sempre e principalmente na primeira infância, têm as doenças infecciosas do aparelho respiratório contribuído largamente para o acréscimo da mortalidade infantil. Neste capítulo devemos considerar as infec-

ANTIBIÓTICOS FIDELIS**FIDELCILINA**

(penicilina G potássica e penicilina G procaínica microcristalinas,
na proporção de 1 para 3)

FIDELMICINA

(penicilina G potássica e penicilina G procaínica na proporção de 1 para 3 + sulfato
de dihidroestreptomicina, microcristalinas)

EM POUCOS MINUTOS ESTABELECEM PENICILÉMIA
E ESTREPTOMICÉMIA DE NÍVEIS TERAPÊUTICOS QUE
SE MANTÊM DURANTE 24 HORAS.

Além da verificação oficial a que estão sujeitas, a FIDEL-
CILINA e a FIDELMICINA são aferidas no nosso Laboratório
QUÍMICA e BIOLÓGICAMENTE.

A FIDELCILINA e a FIDELMICINA dão SUSPENSÕES
HOMOGÊNEAS e podem ser injectadas com AGULHAS
INTRAMUSCULARES VULGARES.

Nota : Cada frasco de FIDELCILINA e de FIDELMICINA
é acompanhado de uma ampola com «VEÍCULO
apropriado ISENTOS DE PIROGÊNEOS».

A P R E S E N T A Ç Ã O

FIDELCILINA

Caixa de 1 frasco de 200.000 U. O.
Caixa de 1 frasco de 400.000 U. O.
Caixa de 3 frascos de 400.000 U. O.
Caixa de 1 frasco de 600.000 U. O.

FIDELMICINA

Caixa de 1 frasco de 200.000 U. O. + 0,25 g
Caixa de 1 frasco de 400.000 U. O. + 0,50 g
Caixa de 3 frascos de 400.000 U. O. + 0,50 g
Caixa de 1 frasco de 400.000 U. O. + 1,00 g

LABORATÓRIO FIDELIS
Rua de D. Dinis, 77 - LISBOA

À Ex^{ma} Classe Médica...

temos a honra de comunicar que, após 10 anos de interrupção na venda da

"Vitamina Lorenzini"

acabamos de reintroduzir no mercado este conceituado produto, nas suas conhecidas formas farmacêuticas de elixir (per-os) e ampolas (ad injectionem), **sob novas fórmulas actualizadas** segundo as mais recentes aquisições da vitamiologia, correspondendo, como sempre, ao critério da terapêutica polivitamínica e do equilíbrio das doses, sustentado durante muitos anos por LORENZINI e actualmente aceite por todos os Vitaminologistas.

A «Vitamina Lorenzini», na forma para uso oral (com as vitaminas do grupo A B C e D), foi, como é sabido, o **primeiro medicamento polivitaminado** contendo em solução aquosa também as **vitaminas liposolúveis**.

Fórmula "per-os"

Cada 30 cc. (dose diária) contem:

Vitamina A	3.000 U. I.	Vitamina C	50 mgrs.
Vitamina B ₁	3 mgrs.	Vitamina D	600 U. I.
Vitamina B ₂	1 »	Formiato de Na	0,5 grs.
Vitamina PP	15 »	Glicerofosfato de Na	0,25 »

além dos factores naturais dos complexos B e C.

Fórmula injectável

Cada ampola de 1,5 cc. contém:

Vitamina B ₁	2 mgrs.	Nicotinamida	5 mgrs.
Vitamina B ₂	0,1 »	Vitamina C	25 »
Vitamina B ₆	0,6 »	Glicerofosfato Na	50 »

Representantes para PORTUGAL, ILHAS e COLÓNIAS:

ALFREDO CAVALHEIRO
LIMITADA

Av. 5 de Outubro, 164 . LISBOA

Telef. PPC (2 linhas) 7 3057



ções primárias (pneumonia e broncopneumonia) e as complicações respiratórias agudas de doenças como o sarampo e a tosse convulsa e em que já falamos.

As pneumonias e broncopneumonias de etiologias variáveis: pneumococcus, estafilococcus, estreptobacilo de Friedländer respondem usualmente a um tratamento pela penicilina nas doses usuais, embora nalguns casos tenha que se recorrer à associação com outros antibióticos (estreptomocina, aureo ou mesmo terramicina, que dado o seu amplo espectro antibiótico é activa em relação a grande variedade de bactérias gram positivas e gram negativas. O abcesso pulmonar e o empiema, de resto muito menos frequentes, também beneficiaram do tratamento pela penicilina, tendo-se que recorrer por vezes, no caso dos empiemas, à administração do antibiótico por via endopleural.

Resta-nos falar da terapêutica das pneumonias atípicas da criança. Sob a denominação de pneumonia aguda atípica, os autores agrupam um certo número de pneumopatias produzidas por virus ou Rickettsias e que têm os mesmos caracteres anatómicos, radiológicos e clínicos.

De todas as Rickettsias é a R. Burnetti, agente da febre Q, que dá mais frequentemente o quadro de pneumonia atípica e o antibiótico que melhor acção tem nela é a aureomicina.

Nas pneumonias a virus temos as produzidas por virus conhecidos (do sarampo, da varicela, varíola, gripe, das ornitoses, da mononucleose, da hepatite epidémica, etc.) e a pneumonia atípica primária de etiologia desconhecida, doença muito espalhada, com carácter epidémico e cujo modo de contágio está ainda mal determinado. A aureomicina, a cloromicetina e recentemente a terramicina, têm mostrado uma acção favorável nestas doenças.

Doenças do aparelho digestivo — No tratamento dos processos infecciosos do aparelho digestivo, particularmente no lactante, muito se tem beneficiado com o emprego dos antibióticos quer per os quer por via parentérica.

As enterites bacterianas agudas principalmente do lactante eram grandemente responsáveis pela alta mortalidade infantil durante o primeiro ano de vida, e o emprego da penicilina, mas principalmente da estreptomocina (pareteral ou mesmo per os), veio por assim dizer revolucionar a terapêutica destas afecções.

O antibiótico a empregar será variável conforme o agente causal e portanto será da maior utilidade sempre que seja possível isolar o germen e fazer antibiogramas no curso da evolução para apreciar a sensibilidade ou resistência do germen em causa, pois o mesmo germen mostra-se por vezes sensível, outras resistente a um dado antibiótico. Contra as salmonella e shigella o antibiótico de escolha é a cloromicetina, no entanto a terramicina mostrou-se eficaz nalguns casos de salmonella enteritidis (Kunstadter e Milzer) e igualmente em infecções por shigella.

Nas infecções a colli, proteus e aerobacter, encontram-se respostas diferentes aos antibióticos, sendo sensíveis à cloromicetina respectivamente nas percentagens de 78 %, 83 % e 50 %. Em percentagens variadas igualmente são sensíveis a aureomicina, terramicina e estreptomocina.

Também as dispepsias infecciosas parenterais são benéficamente influenciadas pelo emprego dos antibióticos que conseguem a cura sobre o foco de atite, prelite, etc., que mantém o quadro diarreico.

Doenças do coração e aparelho circulatório — A morbidade e mortalidade por bacteriemia devidas a certas bactérias: estafilococcus aureus, streptococcus pyogenes, diplococcus pneumoniae e heisteria meningitis baixaram grandemente pelo emprego de penicilina, à qual são na maioria das vezes sensíveis. Pelo contrário as bacteriemias devidas a bacilos do grupo colli, tífico ou disentérico, proteus, Pseudomonas aeruginosa e Klebsiella pneumoniae, não respondem ao tratamento pela penicilina. Há portanto necessidade em casos de bacteriemia de identificar o agente e determinar o antibiótico ao qual ele é sensível.

Na endocardite bacteriana sub-aguda o emprego da penicilina impõe-se. São necessárias doses muito altas da ordem de 1.000.000 (intramuscular ou de preferência intravenosa) prolongadas pelo menos durante 4 a 6 semanas. Consegue-se geralmente a cura da fase bacteriana mas apesar disso os doentes sucumbem muitas vezes vítimas da endocardite.

Nas pericardites supuradas também o emprego da penicilina é de grande valor, tendo por vezes mesmo que se recorrer à injeção do antibiótico dentro do saco pericárdico.

Doenças do aparelho urinário e genital — A patologia infantil urinária também muito beneficiou do emprego dos antibióticos, especialmente as piurias por pielites. Nestes casos, como em todas as situações, o antibiótico a empregar depende do agente em causa. Nas doenças do aparelho genital são as vulvovaginites principalmente as gonocócicas, pela sua frequência e rebeldia ao tratamento que importa considerar.

De facto a penicilina marca uma nova etapa na história desta afecção mas a alta percentagem inicial de curas obtidas com este antibiótico não se mantém e alguns autores como J. Pon estão convencidos da impossibilidade de evitar as recidivas que se sucedem apesar da terapêutica penicilínica melhor conduzida. Isso proviria, segundo o mesmo autor, das localizações paravaginais e paragenitais do germen, que condicionam a tenacidade da infecção e explicam a resistência a toda a terapêutica.

Apesar de tudo o tratamento pela penicilina impõe-se em caso de vulvovaginite gonocócica. O esquema que geralmente adoptamos é: 400.000 U. de penicilina procaina intramuscular diária durante cinco dias. Também se pode usar nesta afecção a estreptomocina, aureo ou terramicina nesta afecção.

Doenças do sistema nervoso — Nas doenças do sistema nervoso foram sobretudo as meningites que mais vieram beneficiar da terapêutica pelos antibióticos, terapêutica que veio modificar extraordinariamente o prognóstico de tais afecções.

Já o emprego das sulfamidas, tinha, particularmente para o caso da meningite meningocócica reduzido extraordinariamente a mortalidade, pelo que este tipo de meningite não veio beneficiar grandemente pela terapêutica antibiótica.

Dado que as sulfamidas, administradas por via oral, atravessam facilmente, pela sua pequena molécula a barreira sangue-líquido cefalo-raquidiano, atingindo neste níveis convenientes, só há vantagem em manter esta terapêutica, que alia à simplicidade, a maior eficácia. A penicilina só deverá empregar-se nos casos em que a sulfamida não esteja indicada (lesões renais, por exemplo); neste caso deverá ser administrada ao mesmo tempo por via intramuscular e intra-raquidiana.

Há ainda autores que no caso da meningite meningocócica preconizam a associação de sulfamida per os (30 cg. a 50 cg. p/k 24 horas) e penicilina intraraquidiana (10.000 U. diárias), prática que é desaconselhada por outros pelos inconvenientes que pode trazer a administração intraraquidiana de penicilina (convulsões e até morte).

Na meningite pneumocócica o emprego da estreptomocina associada à penicilina veio melhorar os resultados e permitir uma percentagem de curas de 45 %, segundo alguns autores.

Actualmente o emprego da cloromicetina, droga que atinge no liquor, quando dada por via oral, altas concentrações, veio melhorar ainda mais o prognóstico. Na meningite pneumocócica são de aconselhar grandes doses de antibióticos. Assim Alexander preconiza doses de 1.000.000 de 2/2 horas ou 12.000.000 diários em infusão contínua para que se atinjam grandes concentrações no liquor.

No problema do tratamento das meningites purulentas o emprego dos antibióticos, não é tudo; é necessário um diagnóstico precoce e a identificação rápida do agente causal.

Quando só tínhamos à nossa disposição para o seu tratamento sulfamidas e penicilina podia bastar-nos saber que se tratava de uma meningite purulenta; hoje devemos ser mais exigentes, porque do conhecimento do agente dependerá a conduta terapêutica.

No tratamento há um certo número de regras que se devem, sempre que possível, seguir:

- 1) Usar dois agentes que operem por um mecanismo diferente de modo a evitar a resistência;
- 2) Usar de início, sendo possível, um agente bactericida;
- 3) Atingir concentrações altas no líquido espinal tão rapidamente quanto possível e mantê-las o tempo necessário até à esterilização do líquido;
- 4) Reduzir a terapêutica intraraquidiana a um mínimo;
- 5) Evitar agentes que possam ser nocivos para o doente,

se houver outros que possam ser igualmente eficazes e não ofereçam perigos.

Nas meningites estafilocócicas e estreptocócicas usa-se geralmente a associação sulfamida+penicilina e eventualmente a cloromicetina e a estreptomina em casos de estafilococcus resistentes.

A meningite supurada a hemophilus influenzae tem também visto a sua mortalidade baixar à medida que se têm usado os vários antibióticos.

Rossi propõe o seguinte esquema, que tem seguido com o maior êxito na Clínica Pediátrica de Zurich. Cloromicetina na dose de 200 miligramas por kilo e por 24 horas e sulfamidas na dose de 20 centigramas por kilo e por dia durante 10 dias. Assim com este esquema de tratamento, além de administração de soros subcutâneos e transfusões de plasma e sangue, conseguiu este autor, em 11 crianças, entre as quais se encontravam lactantes em estado grave, 100% de curas, praticamente sem sequelas. Noutros tipos de meningite, por colli, salmonella, pseudomonas, também os antibióticos têm sido empregados com resultados variáveis.

Últimamente alguns autores, entre eles Hoyne e Riff, têm usado terramicina per os nas infecções meningéas, o que parece estar em desacordo com os conhecimentos que temos acerca desta droga, que se difunde mal para o líquido cefalorraquidiano. No entanto em clínica não podemos deixar de assinalar os bons resultados obtidos particularmente nas meningites meningocócicas e por hemophilus.

Quanto às meningites tuberculosas, já delas falamos atrás.

Nos processos encefalíticos, a maioria de etiologia a virus, tem-se empregado com êxitos variáveis a aureomicina e a terramicina.

Nas feridas e abcessos do cérebro está indicado o emprego da penicilina, assim como em intervenções cirúrgicas incidindo no cérebro.

Para terminar esta excursão através os vários sistemas e aparelhos não quero deixar de mencionar a importância dos vários antibióticos nas doenças do aparelho locomotor (ostromielites, artrites agudas, etc.), da pele (penfigo, furunculose, impetigo, etc.), dos ouvidos e seios (otites e sinusites), nas infecções oculares, nas infecções do sistema linfático e outras que não mencionamos pela falta de tempo. Resta-nos agora falar em três pontos essenciais: o problema da resistência aos antibióticos, as associações de antibióticos e finalmente os efeitos secundários dos antibióticos.

RESISTÊNCIA AOS ANTIBIÓTICOS

Os trabalhos in vitro permitiram que se construíssem listas de espécies microbianas, umas sensíveis, outras resistentes, a um dado antibiótico. A experimentação animal, por sua vez, demonstrou se as substâncias activas in vitro, o eram também in vivo, e enfim a clínica humana provou que a eficácia terapêutica da droga, pode ser maior ou menor, segundo a natureza, localização, etc., duma infecção por germe sensível. Mas a clínica humana, mostra também que certas infecções por espécies microbianas normalmente sensíveis, não respondem à terapêutica instituída. A análise deste fenómeno revela a existência de raças ou estirpes de resistência anormalmente elevada no seio de espécies sensíveis. Este facto, tem a maior importância em clínica e fez que se torne quase obrigatória, antes que se institua uma terapêutica, a medição da sensibilidade dos germes aos antibióticos.

A urgência pode fazer que se tenha que instaurar rapidamente uma terapêutica antibiótica empírica, mas a manutenção dessa terapêutica, exige que se isole o agente causal e que se determine o grau de sensibilidade aos antibióticos.

O aparecimento, in vitro, de uma estirpe resistente, consegue-se após propagação seriada de uma cultura em meios contendo concentrações progressivamente crescentes do antibiótico. Essa resistência adquirida, pode manter-se indefinidamente, ou ser apenas uma propriedade temporária, desaparecendo em culturas subsequentes, em meios desprovidos do agente nocivo.

In vivo, quer em experimentação animal quer em clínica,

multiplicam-se os casos de organismos que adquirem resistência. As teorias que se propõem explicar o aparecimento de germes resistentes são várias e o problema não se pode ainda considerar como resolvido. As estirpes resistentes diferem daquelas das quais derivam pela sua morfologia e seu comportamento biológico.

Dois teorias principais existem para explicar a aparição de estirpes resistentes.

1) Adaptação da célula bacteriana ao efeito tóxico de um medicamento.

2) Selecção de bactérias naturalmente resistentes que existiam na cultura original.

Dados recentes, sobre a maneira de provocar a resistência à penicilina ou à estreptomina sugerem que um ácido desoxyribonu cleico ou um gene modificado, são os responsáveis de cada um destes tipos de resistência.

A resistência in vivo pode aparecer quando se administram doses insuficientes de antibiótico durante longos períodos. No que diz respeito à resistência à penicilina só as estirpes resistentes do estafilococo constituem um problema sério. Ao contrário na terapêutica estreptomínica vêem-se aparecer, in vivo, uma série de mutantes dotadas de resistência (colli, micobacterium tuberculosis). Descrevem-se também casos de organismos resistentes a aureomicina, cloranfenicol e terramicina, mas que não constituem ainda problemas terapeuticos sérios.

Reconhecem-se dois tipos de aparição de resistência: o tipo estreptomínico e o tipo penicilínico, tipos esses que explicam as diferenças registadas na rapidez de aparição e grau de resistência no decurso de vários tratamentos por antibióticos. Com o tipo penicilínico, a primeira fase de uma mutação que torna uma célula resistente, não lhe confere se não um fraco grau de resistência, só se produzindo graus de resistência mais elevados quando se dá uma sucessão de mutações, e assim com doses altas de início de resistência, e assim prevenir a sobrevivência de mutantes da primeira fase (desde que o doente não tenha sido submetido anteriormente a um tratamento insuficiente pela penicilina).

No tipo estreptomínico, a primeira manifestação pode ser desde logo uma célula dotada de uma resistência muito elevada que não se poderia ter prevenido, nem mesmo com doses muito elevadas de estreptomina, que de resto poderiam ser prejudiciais para o doente.

Os novos antibióticos, aureomicina, cloromicetina e terramicina, fazem aparecer o tipo penicilínico de resistência.

Com o fim de evitar o aparecimento de estirpes resistentes recomenda-se o emprego de doses adequadas de antibióticos, associações de antibióticos segundo o critério de que adiante falaremos e sempre que for possível a medição da sensibilidade dos germes aos antibióticos.

ASSOCIAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Embora sistematicamente e duma maneira empírica, seja de condenar o uso de combinações de antibióticos, há situações em que essa prática se justifica e até é de aconselhar.

Segundo Garrod, são cinco as situações em que essa conduta está indicada:

1) Pode justificar-se, a título de expediente temporário, nos casos urgentes, antes que a natureza da infecção ou do microorganismo em causa tenha sido determinada.

2) Pode estar indicada em infecções mixtas onde todos os microorganismos presentes não são sensíveis a um só antibiótico.

3) Dois medicamentos, ou mesmo mais de dois, podem ser administrados, quando empregando a dose total de um só deles, nos arriscamos a produzir efeitos tóxicos.

4) Quando o fim que se tem em vista é prevenir a aparição de resistência bacteriana. Neste caso, a acção combinada, visa a bloquear as vias de substituição.

É o caso da associação estreptomina e P. A. S.

5) Quando os dois medicamentos empregados actuam sinérgicamente. Um exemplo, é dado pelo tratamento da en-



MIOCILINAS

MIOCILINA A — Procaína-penicilina G, em suspensão aquosa — Caixa de 1 frasco de 300.000 U. (infantil); caixa de 1 frasco de 500.000 U. (adultos).

MIOCILINA R — Procaína-penicilina G e penicilina G potássica — Caixas de 1 e 3 frascos de 200.000 U. (infantil); caixas de 1, 3, 5 e 10 frascos de 400.000 U.; caixa de 1 frasco de 600.000 U.

MIOMICINA

FRACA — 300.000 U. de procaína-penicilina G, 100.000 U. de penicilina G potássica e 0,5 g. de sulfato de dihidro-estreptomicina, em caixas de 1, 3 e 10 frascos.

FORTE — 450.000 U. de procaína-penicilina G, 150.000 U. de penicilina G potássica e 1 g. de sulfato de dihidro-estreptomicina, em caixas de 1 e 3 frascos.

FRASCOS SILICONADOS

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

Caixas de 1 e de 6 ampolas



SÍFILIS (EM TODAS AS FORMAS E PERÍODOS)
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

NA SÍFILIS — COM UMA SÓ AMPOLA, DUAS VEZES POR SEMANA, UM DUPLO EFEITO:

1. EFEITO RÁPIDO DA PENICILINA
2. EFEITO «PROFUNDO, ESTERILIZANTE E DURADOURO» DO BISMUTO

docardite a enterococcus pela combinação penicilina e estreptomocina.

Mas o emprego de dois antibióticos pode estar contra-indicado, se o modo de acção de um, interfere com o modo de acção do outro. Para bem se compreender este facto, será indispensável ter presente o modo de acção dos antibióticos. Certos antibióticos (Penicilina, Estreptomocina) parecem ter em concentrações apropriadas um poder bactericida; enquanto que outros (Aureomicina, Terramicina, Cloranfenicol) não têm senão um efeito bacteriostático.

O efeito bactericida, e isso é preciso estar bem presente, no espírito, quando se usam combinações de antibióticos, não se manifesta senão em germens em via de multiplicação. O efeito que um antibiótico exerce sobre uma bactéria é de provocar modificações morfológicas e bioquímicas que podem conduzir a uma lise total, mas que inicialmente, podem não ter efeito sobre a produção de toxinas ou sobre os enzimas bacterianos. Também, pequenas quantidades de antibióticos em organismos pouco sensíveis, podem ter como efeito a estimulação do crescimento das bactérias.

De facto baseados em observações clínicas e laboratoriais propõe-se o seguinte esquema sobre a relação recíproca dos vários antibióticos.

Grupo A — Antibióticos exercendo sobretudo uma acção bactericida: Penicilina, Estreptomocina, Bacitracina, Neomicina.

Grupo B — Antibióticos exercendo sobretudo uma acção bacteriostática: Aureomicina, Cloromicetina e Terramicina.

Quando se empregam ao mesmo tempo dois antibióticos, eles podem:

- 1) Ser indiferentes um ao outro;
- 2) Actuar em sinergismo;
- 3) Actuar em antagonismo.

Os antibióticos do Grupo A se se combinam exercem uns sobre os outros um efeito adicional ou sinérgico e a sua acção é exaltada pela administração simultânea de outras substâncias quimioterápicas em doses apropriadas (sulfamida, P. A. S., tiosemicarbazona). Os antibióticos do Grupo B, quando se combinam entre si, são indiferentes uns em relação aos outros, ou podem ocasionalmente dar uma simples adição das suas respectivas actividades; mas quando um antibiótico do Grupo A (bactericida), que age sobre um microrganismo sensível, é combinado com um antibiótico do Grupo B (efeito antagonista) enquanto que um antibiótico do Grupo B, posto em presença de um microrganismo sensível, não vê a sua acção modificada pela presença de um antibiótico do Grupo A. No entanto a acção dos antibióticos do Grupo A em bactérias resistentes aumenta pela adição de um antibiótico do Grupo B.

Os trabalhos de Jawetz mostraram que esta interacção se observa não somente in vitro, mas igualmente no animal. Assim, quando se administra cloranfenicol e penicilina a ratos infectados por estreptococcus hemolíticos a mortalidade é mais elevada do que se fossem só tratados pela penicilina. Serão necessários estudos mais amplos para estabelecer se tais princípios se aplicam igualmente ao domínio clínico.

EFEITOS SECUNDÁRIOS DOS ANTIBIÓTICOS

Os antibióticos além dos seus efeitos benéficos, resultantes da sua acção sobre os agentes microbianos, são também capazes de exercer influências perniciosas no organismo humano. Esses efeitos secundários variam segundo o antibiótico, segundo o seu modo de aplicação e também segundo a extensão do seu espectro de actividade.

Sumariamente podemos considerar como cinco, as manifestações prejudiciais, que podem resultar do emprego dos antibióticos:

- 1) Manifestações alérgicas;
- 2) Incidentes do tipo da reacção de Herxheimer;
- 3) Manifestações tóxicas;
- 4) Superinfecções microbianas;
- 5) Falência da elaboração de vitaminas.

1) Manifestações alérgicas — Observam-se principalmente com a penicilina e podem revestir aspectos e gravidade diferentes, apresentando por vezes o aspecto de uma doença do soro com urticária mais ou menos generalizada, febre e tumefacções articulares.

A sensibilização efectua-se mais frequentemente, quando se empregam antibióticos por via cutânea ou mucosa. Em casos excepcionais a sensibilização pode ser tão intensa, que quando se recomeça um tratamento penicilínico num destes doentes, se desencadeie um choque anafilático mortal.

Com a estreptomocina também se pode estabelecer uma sensibilização, principalmente nas enfermeiras e pessoal contactando com o medicamento, que tem o aspecto de uma dermatite de contacto, que obriga esse pessoal a tomar medidas de precaução quando trabalha com a droga. Nos indivíduos assim sensibilizados, a necessidade (por doenças pulmonares, por exemplo) de suportar um tratamento estreptomocínico, pode levar ao aparecimento de acidentes anafiláticos que obriguem a suspender a droga.

Com os antibióticos do grupo da aureomicina, terramicina e cloromicetina, as sensibilizações não são tão frequentes talvez porque sendo administrados por via oral, seriam necessárias doses de alérgeno muito superiores, do que agindo por contacto ou injeção. São, no entanto, muito frequentes com estes antibióticos as reacções gastrointestinais que se traduzem por náuseas, vómitos, dores epigástricas ou diarreia.

2) Incidentes do tipo da reacção de Herxheimer — Estes acidentes que se atribuem à libertação brutal de endotoxinas consecutiva a certas destruições microbianas súbitas e maciças, foram de início assinaladas por ocasião do tratamento da sífilis pela penicilina. Têm-se observado igualmente no decurso das bruceloses tratadas pela aureomicina (Spink) e nas febres tifoides tratadas com a cloromicetina com doses de choque superiores a 4 gramas por dia (Benhamon, Mollaret e Reilly). Em tais casos observam-se não só cefaleias, exacerbações térmicas e recrudescência dos sintomas da doença, mas também acidentes graves, ocasionalmente mortais de colapso cardiovascular.

3) Manifestações tóxicas — As primeiras assinaladas, referem-se aos acidentes do tipo de disfunção vestibular ou de surdez nervosa que se têm observado em tuberculosos tratados pela estreptomocina; mas as mais habituais são consecutivas ao emprego dos novos antibióticos: bacitracina, neomicina, viomicina, polimixina, e resultam de lesões mais ou menos duradouras do parenquima renal, que fazem que apesar da sua indiscutível actividade terapêutica elas só muito raramente se empreguem em clínica.

Com o emprego cada vez mais generalizado de antibióticos de acção microbiana polivalente (aureomicina, cloromicetina), têm sido assinalados dois novos tipos de acidentes tóxicos: 1) sobre o fígado; 2) sobre a medula óssea.

Os acidentes hepáticos, de resto muito pouco frequentes, registaram-se em casos de tratamentos intensivos pela aureomicina em altas doses, principalmente quando se combinava a via oral com a via intravenosa. Estes acidentes revestiam gravidades diferentes e manifestavam-se quer por uma icterícia,

quer por uma hepatomegália, quer por uma simples perturbação dos testes colóido-químicos, do funcionamento hepático (Lepper). Estes fenómenos praticamente desapareceram desde que se abaixou a dose de aureomicina.

Quanto às alterações da medula óssea, podem revestir nos casos graves o tipo de uma anemia aplástica.

Já descritos, no decurso de tratamentos prolongados pela estreptomomicina (Benhamon, Corelli) têm-se multiplicado as comunicações sobre este assunto depois que se emprega a cloromicetina em curas repetidas para o tratamento de certas infecções crónicas, por bactérias gram negativas (Rich, Janbon, Loyd). Alguns destes casos, tiveram uma evolução mortal, pelo que, a maior parte dos clínicos pensam actualmente que a cloromicetina pelas situações graves a que pode dar lugar, deve reservar-se para estados infecciosos graves, que não podem beneficiar de outra terapêutica.

4) Superinfecções microbianas — No decurso de tratamentos pelos antibióticos, pode dar-se uma mudança profunda da flora microbiana, assistindo-se à desapareição dos germens patogêneos sensíveis ao produto utilizado, e sua substituição pelos microrganismos resistentes que criam um novo estado infeccioso. Os exemplos de situações deste tipo, são muito frequentes em clínica. Assim, em indivíduos tratados com estreptomomicina por uma meningite a bacilos de Pfeifer, assiste-se à substituição desses bacilos por estafilococos, e também por exemplo nos doentes tratados com penicilina por uma difteria ou uma pneumonia pneumocócica, pode originar-se uma broncopneumonia a colibacilo ou a bacilo de Pfeifer.

Cóm os antibióticos de campo de acção mais largo (aureomicina, terramicina, cloromicetina) a frequência das superinfecções é ainda maior. Estes antibióticos, sendo administrados per os, determinam uma esterilização da flora intestinal sensível (colli, enterococcus, streptococcus) enquanto que os germens que escapam à acção do antibiótico (proteus vulgaris, pseudomonas, diversas variedades de estafilococos e certos fungos como aspergillus e candida) se multiplicam intensamente, tendendo a ultrapassar os limites do seu habitat normal e a tornar-se patogênicos.

Podem dar lugar a estomatites, glossites, esofagites, gastroenterites, e podem mesmo invadir a totalidade do organismo dando lugar a estados sépticos de gravidade variável, os quais por sua vez terão que ser combatidos por novos antibióticos.

5) Falência da elaboração de vitaminas — É sabido de todos, o papel importante que a flora intestinal tem na elaboração de vitaminas, e que a administração oral dos antibióticos provoca a inibição da flora geradora dos diversos elementos do grupo vitamínico. Este mecanismo desempenha provavelmente um certo papel, no desenvolvimento das anemias da cloromicetina, e na genese das glossites e queilites da aureomicina e da terramicina (síndrome de black tongue), embora a administração massiva de vitaminas do grupo B não seja capaz de prevenir completamente o desenvolvimento de tais lesões.

Termino aqui esta lição. Não pretendi de maneira nenhuma esgotar o problema dos antibióticos, mesmo no que se refere à criança, mas penso ter-lhes dado algumas das noções mais essenciais sobre este assunto.

BIBLIOGRAFIA

- Wellmann, W. E., Herrel E. W. — Penicillin, Streptomycin, and the newer antibiotics. Breneman's Practice Pediatrics, vol. I, chapter 44.
- Levaditi, C. — Le Chloramphenicol et ses applications thérapeutiques, 1951.
- Levaditi, C. — Antibiotiques (d'origine forgique bacterienne ou végétale (autres que la Penicilline et la streptomycine), 1950.
- Benedict R. G., Langlykke, A. F. — Antibiotics, Annual review of Microbiology — vol. I, 1947.
- Cutting, W. C. — Actions of antibiotics in vivo. Annual review of Microbiology — vol. III, 1949.
- Fleming, A. — A Penicilina e suas aplicações práticas (sob a super visão geral de Alexander Fleming, 1947.
- Lavergue, V. de — La maladie infectieuse, 1951.
- Pow, J. — Tratamiento de la gonococia de las urinas. Rev. Esp. de Ped., Tomo VII, N.º 3, 1951.
- Galdó, A. — Repercusion de los antibioticos en Puericultura — Acta Ped. Esp. 102, Junio, 1951.
- Cordeiro, M. — Tratamento da sífilis congénita. Rev. Port. de Ped. e Puer. vol. XV, N.º 7, 1952.

- Mathiew, P. L., Mathiew B. J., West E. J. — Scarlet fever Am. J. of Dis. of Children 83, 5, 1952.
- Barw, A. L. — Handbook of Antibiotics, 1950.
- Wooding, Cl. H. Scott, R. B. — Terramycin in treatment of Pneumonias. J. of. Ped. 38, 4, 1951.
- Shwachman H., Foley G. E., Cook, C. D. — Aureomycin in Pediatrics: A Review. T. of. Ped. 38, 1, 1951.
- Gyorgy P., Henry F. L. — Chemotherapy: Penicilin, Sulfonamides, Streptomycin and Tyrothycin Advanves in Pediatrics, vol. II.
- Alenquer, M. — Algumas considerações sobre antibióticos terapêutica — Ano III (N.º 8), 1949.
- Leitão, T. A. — A administração de antibióticos por via oral — Terapêutica. Ano III (N.º 8), 1949.
- Barata, P. — Clorafenicol — Terapêutica — Ano IV (N.º 12), 1950.
- Hoyne, A. L., Rif. E. R. — Terramycin therapy for meningitis — T. of Ped. 39, 2, 1951.
- Hazen, L. N., Jackson G. G., Chang Shih Man, Place, E. H., Finland M. — Antibiotic treatment of Pertussis. T. of Ped. 39, 1, 1951.
- Kaufman, B., Levy H., Zalernak B. D., Litvak A. M. — Statistical analysis of 242 cases of meningococcus meningitis, T. of Pediatrics, 38,6, 1951.
- Wehle, P. F., Lepper, M. H. — Aureomycin treatment of Pertussis. J. of. Ped. 39, 4, 1951.
- Kunstadter R. H., Mi'zer A., Kagau, B. M. — Chloramphenicol and terramycin in the treatment of Salmonella and Shigella infections T. of. Ped. 39, 6, 1951.
- Karelitz, S., King, H., Rubustein, I. S. — Aureomycin treatment of diphteria and diphteria carriers. J. of. Ped. 39, 5, 1951.
- Fernandez, A. P. — Acta Pediatrica Espanola — La estreptomomicina en el tratamiento de las diarreas bacterianas de la infancia, 109, Jan., 1953.
- Laton, M. T. — Contribución al estudio de la meningitis por Hemophilus influenzae — Acta Pediatrica Espanola. 109. Enero, 1952.
- Bocanegra, S. M. — El empleo de la cloromicetina en el tratamiento de la fiebre tifoide del nino. Acta Ped. Esp. 100. Abril, 1951.
- Alenquer, M. — Sobre o uso e abuso da estreptomomicina na tuberculose pulmonar. Terapêutica. Ano IV, 13, 1950.
- Castro Freire, L., Salazar de Sousa, Tacue Delfin — A nossa experiência no tratamento da meningite tuberculosa, Lisboa, 1952.
- Rev. Esp. de Pediatria — Numero monografico. Tratamiento de las enfermedades infecciosas. Tomo VIII. Marzo-Abril, N.º 2.
- Rivro, J. Rayroux T. Dirrel P. — L'Aureomycine, absorption, diffusion chez l'adulte et chez l'enfante voies d'administrion — Deductions therapeutiques Sem. sur les Autiobitiques et la Med. de l'enfante CI. E. Paris, Sept., 1952.
- Rivrou T., Rayroux T., Dirrel P. — Le Chloraniphenicol C. I. E. Paris, Sept., 1952.
- Rivrou T., Romani M. — La terramycine C. I. E. Paris, Sept., 1952.
- Nonfflard H. — Traitement de la tubercu'ose milianie. C. I. E. Paris, Sept., 1952.
- Kaplan, A. S. — Traitement par les medications antituberculeuses des tuberculoses initiales de l'enfance. C. I. E. Paris, Sept. 1952.
- Girond P., Gaillard T. A. — Les Antibiotiques dans les Rickettsioses de l'enfance. C. I. E. Paris, Sept., 1952.
- Clément R., Gerbeaux T. — Action des antibiotiques dans les salmonelloses et les escherichioses C. I. E., Paris, Sept., 1952.
- Rossi, E. — L'emplo des antibiotiques dans le traitement de la meningite a meningocoques et a haemophilus influenzae C. I. E., Sept., 1952.
- Lamy, M., Labesse T. — Action des antibiotiques dans la syphilis congenitale. C. I. E. Paris, Sept., 1952.
- Garrod, L. P. — L'action des combinaisons d'antibiotiques. C. I. E. Paris, Sept. 1952.
- Garrod, L. P. — L'emploi des antibiotiques dans les infections streptococciques. C. I. E. Paris, Sept., 1952.
- Velu, H., Contel Y, Gerbeaux Cl, Peyre M. — Etude sur la Penicilline. C. I. E. Sept., 1952.
- Ungar, T. — Mode d'action des antibiotiques C. I. E. Paris, Sept., 1952.
- Sohier, R. — Antibiotiques & Diphterie. C. I. E. Paris, Sept., 1952.
- Welsch, M. — Mecanismes d'apparition de resistance microbienne aux antibiotiques. C. I. E. Paris, Sept., 1952.
- Alexander, H. E. — Mecanisme de l'apparition de la resistance aux agents antibacteriens et comment elle peut etre prevenue. C. I. E. Paris, Sept., 1952.
- Bickel, G. — Effets seconds des antibiotiques sur l'organisme humain, plus particulierement sur le developpement de la flore microbienne et fungique et l'elaboration des vitaminés. C. I. E. Paris, Sept., 1952.
- Teune, M., Galy, P. — Les pneumonies aigués atypiques. Pediatrics, 1950, 39, 43-75.
- Castro, A. — Estado actual do problema anti-infeccioso. Quimioterapia e antibióticos. Cl. Hig. Hiedologia. N.º 1, Jan. 1952.

(Lição proferida no V Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário organizado pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos)

MOVIMENTO MÉDICO

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

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Alterações da flora bacteriana normal pela administração de antibióticos, com eclosão de novas síndromas clínicas. SMITH (D. T.) — Ann. Int. Med. — XXXVII: 1135; Dez. 1952.

O autor passa em revista, baseado na experiência própria e nos trabalhos publicados, as alterações que a prolongada administração dos modernos antibióticos originam na flora normal do organismo humano, desequilibrando as normais relações entre os vários microorganismos dessa flora, e dando lugar, por esse modo, à eclosão de novas infecções e ao instalar de avitaminoses ou hipovitaminoses secundárias.

Assim é que a administração prolongada de penicilina elimina as bactérias gram-positivas do organismo e estimula, directa ou indirectamente, a multiplicação dos bacilos gram-negativos.

Também a terapêutica prolongada com doses relativamente grandes de streptomina pode suprimir a flora de bacilos gram-negativos e estimular a proliferação dos cocos gram-positivos. Este efeito é, contudo, menos constante que o primeiro devido à penicilioterapia.

A administração prolongada e simultânea dos dois antibióticos referidos, ou o emprego da aureomicina, terramicina ou cloramfenicol pode reduzir, simultaneamente, os cocos gram-positivos e os bacilos gram-negativos, com tal intensidade, que os fungos da flora normal do organismo humano se multiplicam activamente e produzem afecções da boca, vagina, brônquios, pulmões e intestinos.

Também a administração prolongada dos modernos antibióticos de largo espectro pode originar carências vitamínicas do complexo B, incluindo o síndrome pelagroso, por interferência com a síntese bacteriana dessas vitaminas ao nível do intestino grosso.

Daqui se deduzem algumas regras práticas do emprego dos antibióticos:

1.ª — Os modernos antibióticos de largo espectro não devem ser usados durante mais de 1 semana, por cada vez, a não ser que o agente etiológico da infecção tenha sido identificado e haja indicações evidentes para o prolongamento da terapêutica.

2.ª — Devem administrar-se vitaminas, especialmente o complexo B, em todos os doentes sujeitos a tratamento prolongado pelos antibióticos mais recentes.

3.ª — Os antibióticos não devem ser empregados em infecções moderadas, pouco graves, e mal definidas, pois que só podem criar sensibilizações à droga utilizada as quais impedirão o seu ulterior emprego em doenças de gravidade. O perigo de provocar essa sensibilização parece ser maior quando o antibiótico é usado em aplicação local.

ECOS DA IMPRENSA MÉDICA

Joseph Morirs, no «Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology» (Julho de 1952), refere que a administração por via oral de comprimidos contendo clorofila solúvel na água elimina o cheiro desagradável nas fezes num grande número de casos.

*

S. de Seze, J. Rotin e N. Debeyre, na «Revue du Rhumatisme» (Jan. de 1952), consideram a cortisona o tratamento de escolha da periartrose dolorosa e anquilosante da espádua.

*

Na «Minerva Médica» (8 de Out. de 1952), *Renzo Storti* afirma que o extracto total de coração actua eficazmente nas miocardites e ainda mais na angina de peito.

*

Refere «Bruxelles Médical» (23 de Nov. de 1952) que *M. P. Pruchat*, na Sociedade Francesa de Urologia, preconiza o tratamento pelos ultra-sons nos endurecimentos dos corpos cavernosos.

*

Na «Gazette Médicale de France», *Kohen e Moline* referem 12 casos de afecções vasculares dos membros nos quais se empregou soro orto-biótico de Bardach.

«Myleran» na leucémia mieloide crónica. — *GALTON (D. A. G.) — Lancet — CCLXIV: 208, Jan. 31, 1953.*

Esta droga o «G. T. 41» ou «Myleran» (1:4 — dimetanosulfonil-xibutana) foi introduzida na terapêutica a partir dos trabalhos de Hadow e de Timmis sobre as relações entre a constituição química e a acção farmacológica nas leucémias, Hodgkin, etc. das mustardas azotadas e outros compostos aromáticos análogos, apresentando acção inibidora do crescimento tumoral e da formação das células sanguíneas.

Neste artigo o autor apresenta os resultados do emprego do «myleran», por via oral, em 19 doentes com leucémia mieloide crónica concluindo que aquela substância, em doses terapêuticas, deprime a mielo-poiese sem afectar seriamente os outros elementos da hematopoiese.

Todos os pacientes responderam inicialmente ao tratamento, mas 9 de'es tiveram recaídas dentro de 6 meses. Oito doentes, contudo, tiveram remissões de 21, 18, 18, 15, 14, 13, 10 e 6 meses.

A resposta à terapêutica de 3 doentes que não tinham feito anteriormente nenhum tratamento foi comparável aos melhores resultados que se podem obter com a radioterapia.

Em outros 3 a resposta foi inferior à que se podia esperar do emprego da radioterapia, mas deve tratar-se de casos em que se usou dose excessiva, criando resistência à droga ou originando lesões da medula.

A única acção acessória importante é a trombocitopenia, mas não deve ter importância prática se não se usarem doses elevadas (superior a 10 miligramas diários) e se se suspender o tratamento quando o número de plaquetas descer abaixo de cem mil por milmetro cúbico.

Encefalomiocardite. — SAPHIR (O) — Circulation — VI: 843; Dec. 1953.

O autor descreve 3 casos pessoais deste raríssimo síndrome, que considera como uma entidade clínica, provavelmente produzida por um vírus.

A propósito dos seus casos faz uma revisão dos restantes publicados (muito raros) e dos trabalhos de laboratório tendentes a esclarecer a sua etiologia.

A doença caracteriza-se, em regra, por sinais dêmicos de encefalite grave (do tipo da encefalite por vírus) combinados com mais electrocardiográficos de miocardite. Outras vezes as lesões cerebrais e miocárdicas não são clinicamente reconhecidas, até à aparição de convulsões e coma, seguido da morte a breve trecho. Diz o autor que é regra a morte surgir inesperadamente.

Perante a variedade e o desconhecimento da etiologia deste quadro, impõem-se novos estudos, sobretudo tentativas de isolamento do vírus causal do coração e do cérebro dos doentes autopsiados.

*

Pierre Bertrand, na «Revue de Chirurgie orthopedique et réparaire de l'appareil moteur» (Jan.-Mar., 1952) preconizam a ortotomia vertebral nas escolioses graves não fixadas nos quais todos os tratamentos médicos falharam.

*

Green e colaboradores apresentam, no número de Dezembro de «Circulation» o resultado dos seus trabalhos de sobrecarga de sal em água em normotensos e hipertensos, demonstrando que a capacidade desses indivíduos para excretarem a sobrecarga está em relação com a sua pressão arterial. O comportamento dos hipertensos em relação à sobrecarga de cloreto de sódio é similar do comportamento de animais em que se provocou hipertensão pela aplicação prolongada de desoxicorticosterona.

*

Janovsky e outros chamam a atenção, a propósito de um caso clínico («Anals of Internal Medicine», número de Dezembro último), para certas formas de periocardite tuberculosa caracterizadas por dor retrocentral intensa, em crises repetidas, de curso clínico semelhante ao da chamada periocardite aguda benigna, da qual se poderão distinguir apenas pelo exame bacteriológico do derrame ou por biopsia do pericárdio.

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 aprotogénica	3 c. c.

FORTE

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

APRESENTAÇÃO:

NORMAL			FORTE		
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

S U P L E M E N T O

REABORDANDO O PROBLEMA DA SEGURANÇA SOCIAL

Velho lutador da grande batalha que se vem travando, para a resolução deste magno problema, tenho acompanhado os movimentos de opinião que à sua volta se têm manifestado e, por isso, não poderia ficar impassível perante o «aviso prévio», proferido, em 10 do corrente, na Assembleia Nacional, pelo nosso dig.^{mo} Bastonário.

Em dois trabalhos (1), um da minha autoria e o outro elaborado de colaboração com o colega Dr. António Paúl, apresentados, em Novembro de 1951, no III Congresso da União Nacional, foram detalhadamente abordados vários aspectos da Segurança Social e da Assistência e Previdência nos meios rurais, tendo merecido a melhor atenção e interesse não só dos ilustres Congressistas mas ainda de Entidades Oficiais do maior relevo.

Nos referidos trabalhos, defendeu-se, entre outros benefícios, a limitação dos serviços da Segurança Social aos economicamente débeis, a sua ampliação às doenças de longa duração e aos trabalhadores rurais e a comparticipação dos beneficiários nas despesas com o diagnóstico e com o tratamento, como se preconiza no referido «aviso prévio».

Por haver divergências de doutrina, no que diz respeito à prestação dos serviços médicos e sua remuneração, venho recordar, mais ou menos, o que então e depois se disse a tal respeito, por me parecer que estão em causa, não só os interesses e prestígio das instituições de Segurança Social e dos seus beneficiários, mas também os da nossa classe. Transcreverei do primeiro daqueles trabalhos os seguintes períodos:

«Tem-se preconizado ultimamente o pagamento por capitação simples ou ainda mediante uma remuneração-base acrescida dum suplemento por capitação, fórmulas lembradas mais por pessoas estranhas aos Serviços do que por componentes dos respectivos quadros; a adopção da capitação simples seria altamente inconveniente, podendo ocasionar que as maiores remunerações coubessem a quem levasse a sua condescendência até aos maiores abusos, com prejuízo evidente para os mesmos Serviços.»

«O estabelecimento do sistema de clínica aberta, recomendado por outros,

comportava os mesmos inconvenientes, agravados, como se reconhece no seguinte período transcrito da Circular da Ordem dos Médicos, de 12-7-947, a pág. 9: «O número de baixas vai crescendo proporcionalmente ao número de médicos que prestam serviço». Tornar-se-ia necessário, neste caso, um quadro de médicos inspectores, o que não viria simplificar o problema nem a reduzir os encargos.»

... ..

«A assistência clínica deverá continuar a fazer-se com médicos privativos, em número suficiente e convenientemente remunerados, mediante um ordenado fixo ou um ordenado-base preponderante, acrescido duma remuneração mais reduzida por capitação que, recompensando as desigualdades do serviço, não se preste a especulações inconvenientes, como atrás se indicou.»

Após o III Congresso da União Nacional, foi apresentado, em Junho de 1952, na 35.ª sessão da Conferência Internacional do Trabalho, um parecer elaborado por uma Comissão de peritos da Organização Mundial de Saúde sobre a Norma mínima de Segurança Social, em que se diz, acerca da remuneração dos médicos:

«O modo de remuneração dos médicos e outros membros do pessoal médico gosa um grande papel na eficácia dum programa de cuidados médicos. Três sistemas são correntemente praticados: a retribuição por serviços prestados, a retribuição conforme o número de doentes tratados e o ordenado fixo...»

«O sistema de retribuição por serviços prestados é provavelmente o mais espalhado e mais do agrado dos médicos particulares. Incita o médico a não poupar cuidados, mas uma grande parte dos serviços prestados podem ser inúteis... Encoraja mesmo a prolongar a duração da doença... e arrisca, em definitivo, a ser mais oneroso para o país.»

«O sistema de retribuição conforme o número de doentes tratados não é facilmente aplicável senão aos clínicos gerais e convém mal aos especialistas... Apresenta o inconveniente de não favorecer a qualidade dos cuidados, por a remuneração do médico não ser em função da extensão dos cuidados dispensados...»

«O sistema de ordenado fixo encontra a oposição de muitos médicos, por tender a acompanhar-se dum contróle da sua actividade sob uma forma administrativa qualquer. Por esta razão, entretanto, permite manter a qualidade dos

cuidados... As formalidades administrativas são reduzidas ao mínimo e, duma maneira geral, o sistema é muito económico. Além disso, evita a criação dum serviço distinto de médicos-inspectores, para o contróle das incapacidades de trabalho.»

Do exposto se verifica haver bastante concordância entre este parecer e o que eu havia apresentado no III Congresso da União Nacional.

O sistema de clínica aberta não é aconselhável, quando em relação com subsídios ou vantagens equivalentes, a não ser acompanhado dum serviço de fiscalização médica que seria, mais ou menos, a conservação da organização que já existe e, pelo facto de ser a mais onerosa, conduziria a uma enorme depreciação das remunerações quer por serviços quer por doente, com aumento do número de descontentes e, portanto, das reclamações.

A liberdade de escolha do médico, de que tanto se tem falado e tem sido mais ou menos respeitada, consoante as possibilidades, nos Serviços Médico-Sociais, não é condição muito viável nos serviços oficiais e oficializados (exército, caminhos de ferro, etc.). É legítima, quando os encargos cabem directa e exclusivamente ao interessado, o que não sucede na Segurança Social, onde, no entanto, os médicos têm acatado, na medida do possível, as prescrições dos colegas particulares, o que poderia tornar-se ainda mais efectivo, mediante normas deontológicas e outras a estabelecer.

A selecção por concurso assegura melhor do que a clínica aberta a qualidade dos serviços, sem prejuízo de legítimo direito de todos se candidatarem à sua prestação.

O que há a fazer é aperfeiçoar o esquema dos benefícios da Segurança Social, remunerar convenientemente os serviços e alargar os quadros, de forma a estes poderem ser prestados, com tempo suficiente e sem sobrecarga excessiva.

A limitação da Segurança Social aos economicamente débeis restituiria à clínica particular o que justamente lhe pertence.

Não entrarei em mais pormenores, a fim de evitar que eles possam dar interpretações pejorativas para a nossa classe e por me parecer que, para a conveniente compreensão do assunto, basta o que acabo de expor.

CONSTANTINO A. CARNEIRO.

(1) «A classe médica perante a organização corporativa», de Constantino Augusto de Almeida Carneiro e Freitas; e «Assistência e Previdência nos meios rurais», de António Paúl e Constantino de Almeida Carneiro. (Ver n.ºs 38 e 46 de 1952 de «O Médico»).

CARTAS ABERTAS A UM MÉDICO NOVO

II.

Um Congresso que não dançou

Meu Caro:

Onde se fazem, onde se pagam!

Quando respondi à tua carta atrevida e impertinente, em que, como todos os meninos prodígios, te permitias, com pezinhos de lã, entrar *inocentemente* nos mais altos templos de Esculápio, para, evidentemente, convenceres os teus contemporâneos, extáticos e boquiabertos, de que és um génio, mal diria eu que, dias volvidos, havia de assistir a uma catilinária feroz contra a tua pessoa. É verdade! É claro que sofrerás com isso o primeiro exercício ortopédico para reduzir quanto possível a tua vaidade e o teu pedantismo aos seus devidos termos, se é que para tais coisas são de admitir termos superiores a zero. Com efeito, não foste tu, Luís Augusto Júnior, antigo aluno classificado na Faculdade de Medicina, natural de Ranhados, formado há três anos e já especialista de micro-endocrinologia pela Universidade Atómica de Ohio, quem foi atacado. Entre os circunstantes, em número de mais de 200, formados em Lisboa, Porto e Coimbra, não havia um só que te conhecesse. Apesar da tua vaidade e das «notas» que o teu extremoso pai pôs à tua disposição para ires especializar-te ao estrangeiro, não passas ainda dum muito ilustre desconhecido, embora já tenhas sido apresentado a algumas sumidades e assines todas as revistas médicas, para-médicas e paradoxais da nossa terra, hajas sido convidado para sócio fundador da Sociedade Médico-Cirúrgica D'Aquém e D'Além Mar e até indicado para tesoureiro da mesma.

Na verdade não foste atacado pessoalmente, mas ninguém foi tão atacado como tu, no meio das dúzias de abrangidos pela catilinária.

Mas que se passou afinal?

*

Deves ter lido nos jornais que se realizou há pouco o I Congresso Por-

tuguês sem Dança, inovação corajosa mas perigosa, numa época e num meio em que aliás a dança, a autêntica dança, nos verdadeiros bailes, em geral só se consegue que comece depois da visita ao *buffete*, aliás ao *bar*, e em que, não se anunciando *bar* nem sequer dança ou simples excursão em autocarro, tudo fazia recear que a iniciativa falhasse.

Pois não falhou, louvores sejam rendidos aos organizadores, todos eles treinados desde velha data em bons congressos nacionais e estrangeiros, bem frequentados, bem estudados, bem discutidos, bem dançados, bem comidos e bem regados, quando realizados em Portugal.

É certo que o programa, discretamente, dava no final a entender que talvez houvesse qualquer coisa recreativa no meio das locubrações científicas e médico-sociais das sessões de trabalho, não fosse caso que a mocidade desse a casca e não se passasse da sessão inaugural.

Mas, ao fim e ao cabo, o Congresso foi todo ele substancial, sem ossos, nem tripas ou penas, 100% científico-assistencial, puerículo-pedagógico, eugénico-imunológico, sexológico-moral, psicosomático, pediátrico-hospitalar, médico-pedagógico, metropolo-ultramarino, psiquiátrico-freudiano, médico-social, higiênico-urbanístico, etc., etc.

Os organizadores, os temas (ao todo 32) e os relatores, todos escolhidos e excelentes. Três dias de trabalho intenso, além da sessão solene inaugural, decorrendo tudo de 26 a 29 de Novembro.

Muito teria de te contar se quisesse dizer-te quanto admirei o Congresso. Limitar-me-ei ao que podemos chamar atómico, ou se quiseres, o que parece ter sido influenciado por isótopos.

Antes de mais nada, foi o primeiro discurso, do Prof. Toscano Rico, digno, corajoso e radioactivo, dum verdadeiro cavaleiro medieval, batendo-se cavalheirescamente por sua dama. Gostei e felicitei-o sinceramente. Depois, o discurso em estilo de chumbo — derretido, arden-

te, sensacional e humano, do Padre Américo, pedindo vénia para emendar uma gralha do programa inicial, pois o haviam encarregado dum tema absurdo, o dos «filhos ilegítimos», coisa que demonstrou assim ser, como Colombo resolveu o problema do ovo, pois os que deste modo são denominados são antes filhos legítimos de... «pais ilegítimos», causando a sua rectificação e a glosa com que digna e pitorescamente a comentou, geral, comovida e entusiástica ovação.

Já na primeira sessão de trabalhos o presidente da mesa, o Prof. Fonseca e Castro, havia, elegante e oportunamente, emendado outra gralha, involuntária essa, do programa distribuído, declarando que ia infringir o protocolo e a letra expressa daquele, dando a palavra a quemquer que a pedisse, para discutir fosse o que fosse, desde que se limitasse a fazê-lo em 5 minutos, como é velha praxe de congressos, em vez de seguir o determinado, de só poderem usar da palavra, o máximo, 4 pessoas, inscritas com 8 dias de antecedência... quando o programa só foi recebido, ao que me dizem, pelos próprios organizadores... dois dias antes da sessão inaugural.

Fez-se justiça merecida a quem deixara passar esta gralha, que, a não o ser, seria a única nota discordante no bem elaborado programa. E daí não parece ter resultado dano algum, ficando os manes de Freud em paz, pois se evitaram recalcimentos inúteis, por certo lamentáveis.

Com vista a certos praxistas, furiosos cumpridores (tantos deles por preguiça, sem atenderem aos «casos clínicos») que se obstinam em cumprir à risca a letra da lei, mesmo quando ela sai no Diário do Governo com gralhas tão contrárias ao bom senso e ao seu próprio espírito, que têm de ser rectificadas.

A quarta bomba atómica foi a discussão travada em volta dos problemas da psicologia médica e higiene mental em que se revelou a muitos o talento azougado de dois colegas, chegando a haver quem se convencesse de que o Congresso ia finalmente dançar, danças modernas, dinâmicas e entusiásticas.

*

Mas onde foi afinal e quando é que tu foste zurzido?

Ora quando havia de ser? Quando um dos congressistas (a minha memória de velho não permite recordar-me qual) varreu com um varapau os médicos de dispensários de puericultura ou de centros de assistência social que, sem serem pediatras, estão à frente de serviços de autêntica pediatria.

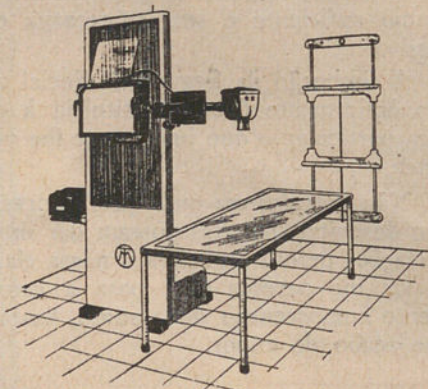
10 NOVOS MODELOS

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

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

A maior organização de Raios X em Portugal

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



«Mas (à semelhança do poeta da *In-fância e Morte*)

...saltam dois cães de guarda
Que eram como dois leões:
— Tinha-os à porta o morgado
Para o guardar dos ladrões»...

(*honnî soit qui mal y pense...*) à semelhança destes, saltam dois congressistas, um deles, jovem, *vacinado* oito dias antes de começar o Congresso, nos termos da gralha do regulamento acima referida, e, por isso, com direito prévio a falar, e outro, já velhote, autorizado, à última hora, e ambos defenderam os médicos dos dispensários e dos centros, quer os jovens esperançosos como tu, quer os velhos nomeados também com fiador e sob condição, como vocês.

Tu ficaste, entre tudo o que se disse, como um bocado de fiambre numa *sandwich* (ou «sandice», como a português sou certo patriota da última hora...)

E sabes porquê?

Lembras-te de eu te ter repetido dezenas ou talvez centenas de vezes a necessidade de te habituares a ser pontual, tu que nem a palavra conhecias, habituado como estavas à pontualidade pós-tuma dos cursos livres e à incitação de certos vícios adquiridos pela velhada anterior a esses cursos livres, que coloca a cada passo em situação lamentável colegas nossos, aliás inteligentes e até prestigiosos, mas que, depois de, *eles próprios*, escolherem horas para conferên-

cias, fazem esperar outros, para essas conferências... por terem ficado a palrar com terceiros, tanta vez a cortar na casaca de quartos colegas, quando não é dos que estão à espera deles. Estou farto de te dizer que a pontualidade é o segredo dos dispensários, pois um chefe ou um patrão de boa vontade deixarão ir um empregado ou um operário ao Dispensário se eles ali não se demoram e se isso lhes poupa o internamento dos mesmos num hospital. Mas o que não podem é ser vítimas da tagarelice ou preguiça dos que... chegam sempre tarde.

Mas não foi só esse o aspecto atacado no Congresso. Tanto na sessão, como, principalmente à saída, quem foi mais zurzido foram os que, havendo sido nomeados interinamente, comprometendo-se expressa ou tácitamente a dar provas públicas de competência, não só especializando-se como reunindo *curriculum vitae*, em publicações, congressos, etc., nunca mais fizeram nada que não fosse chegarem tarde e receberem os vencimentos, colocando mal os seus *fiadores*, chegando a citar-se um que descobriu o meio de se livrar de massadas, entregando a clínica das crianças pobres que vão ao dispensário a uma visitadora, transformada assim e contra vontade em *Médica à força*, pois se arriscava a ser dispensada do serviço... se não obedecesse.

O pior é que, sendo estes casos, como o teu, excepções, houve quem generalizasse, esquecendo-se de que pode

ser-se um distinto pediatra e um péssimo puericultor, pois isso não passa duma modalidade do bom clínico geral quando é péssimo higienista.

Por outro lado, também se recordou que, se nem todo o médico é pediatra (autoridade em pediatria), não se admite que haja um único clínico geral e particularmente médico municipal que não conheça os problemas fundamentais da patologia e clínica infantis, nem de outro modo se justificaria a cadeira de pediatria no quadro das Faculdades de Medicina.

Acresce a circunstância, também recordada, de haver excelentes pediatras e puericultores que têm a mesma mania que tu tens, de não serem pontuais. Por terem muita clínica? É possível, e daqui lhes mando os meus parabens, mas quem tem vida assim próspera não se sujeita a um lugar «sem categoria» como é o de médico dum dispensário. Mas se o aceita (e tantos, apesar de afadigados e prósperos, os pedem) nesse caso cumpre sempre, até para dar bom exemplo.

Alguns sonhariam com a criação de verdadeiros «corpos de baile» de especialistas, de várias ou todas as especialidades, em dispensários minúsculos da província, ou até de pediatras municipais, radiologistas municipais, analistas municipais, ortopedistas municipais, etc., formando uma legião enorme de desempregados... com ordenado, para esquecerem, por falta de uso e treino, as especialidades que aprenderam.

Todos querem dizer amor, mas fal-

METIOCOLL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSSES VASCULARES

LABORATÓRIO



SAÚDE, L. DA

RUA DE SANTO ANTÓNIO, A ESTRÊLA, 44—LISBOA

ta-lhes a língua... apesar de tanto darem à língua.

*

Não, meu caro. A administração da assistência e a prática da medicina social não são coisas que se saibam só porque se vem a este mundo ou que se adquiriram no período pré-natal. Tal como a pediatria, a patologia, a anatomia e todas as ciências médicas, exigem estudo sério, persistente e bem orientado.

Sem isso erra-se na prática, tal como o trolha que queira apresentar-se como pintor de quadros.

A confusão na nossa classe é muito maior do que se julga e os prósperos e lançados têm mais que fazer do que pensar no que não lhes interessa, a não ser copiando cegamente do estrangeiro o bom e o mau, sem conhecerem os problemas portugueses, ou arranjando soluções simplórias, «para entreterem a debilidade» dos seus protegidos.

Ignoram muitos que há pessoas cultas, não médicas, que têm estudado esses problemas com mais atenção do que eles. Será bonito que a classe teime em não os estudar e acabe por, ela própria, obrigar os outros a serem seus tutores?

Estimo bem que não.

Pela tua parte trata de tomar a sério o cargo para que eu te servi de fiador. Não me coloques mal. Estuda, estuda sempre, sê pontual, vem ao Porto aprender com o Prof. Garrett, tanto e tanto que ele tem ainda para te ensinar se o escutares sem *curso livre*. Aparece nos Congressos, aprende com os mais ve-

lhos. Vai a Coimbra, aprende com a Obra do Dr. Bissaia. Vai a Lisboa, aprende em tantos sítios onde podes aprender e sê um bom médico dum dispensário ou dum centro de assistência social. Frequenta os serviços de pediatria das três Faculdades e as Instituições modelares dependentes do Instituto Maternal.

Quando começares a perceber onde é que se trabalha bem e onde se trabalha deficientemente, começarás verdadeiramente a saber do teu ofício. Mas livra-te de arregimentar com os profissionais da má língua, na botica e no café da terra, para assim te mostrares... um génio, sem mais provas.

Voltando aos Congressos: quando fores a algum convive com os que saibam, deixa em paz os que apenas sabem falar. Com frequência «o calado é o melhor», como em toda a parte.

Assiste a todas as sessões, lê todos os trabalhos, toma nota das autoridades técnicas, dos cumpridores, das instituições e dos trabalhos realizados. Chegas ao fim fatigado, acredita, mas não perdes o teu tempo.

Se o Congresso dançar não deixes de dançar, mas se não dançar, deita-te cedo e descança. Tal como o peixe quando se tira da água por pouco tempo, regressado à terra vólta a dançar na perfeição.

O Congresso come? Come pouco e repara, mesmo assim, se a casa que forneceu o serviço não anda a coleccionar ovos e bacalhau há 6 meses para

os fornecer... já alterados ou contaminados, como agora se está a tornar moda.

Nos congressos internacionais, embora não tenhamos de recordar a Deu-la-Deu de Monção, pois felizmente temos mais que se coma do que a maioria dos países, nesses congressos come-se sempre e bebe-se melhor. Bebe pouco e não afogues a salada de lagosta em *cup* nem queiras um torneio com um apreciador habitual de *whisky* ou *Port Wine*, pois farias má figura.

*

Nunca te presentes mas é em estado de seres atacado por ignorância ou falta de pontualidade, e teres de ficar calado.

Mas para falar... é preciso ter autoridade, cumprindo. Espero que te fique de emenda e, em vez de me encomendares catilinárias que não tens coragem para pôr ao sol, trata de ver os argueiros nos teus olhos, que são trancas de tamanho descomunal.

Há castigos saudáveis. São os justos. Mereceste este. O que não sabias é que te tinham pago adiantado, em fins de Novembro, o que querias impingir pelo Natal.

Um grande abraço do teu inútil colega mas amigo sempre certo

VELHO GALENO

A seguir:

Confusão de narizes ou de conceitos.

Em teoria e na prática

Há meios já para evitar ou remediar uma deficiência da nutrição causada por defeituosa digestão ou absorção das Vitaminas lipo-solúveis A e D.

Em teoria, ministrar Vitaminas A e D vence ou evita quaisquer manifestações de carência; na prática, convém verificar se a forma de as dar é aceitável pelo paladar do doente.

O **Haliborange**, em que se combinam o óleo de fígado de halibute «Allenburys» (inodoro e insípido) com um reforço de Vitamina D e Sumo de Laranja concentrado, é tão saboroso que o doente tem prazer em o tomar.

Cada colher-de-chá de **Haliborange** contém 1.950 un. int. de Vitamina A e 284 de Vitamina D.

A melhor forma de tomar Óleo de Halibute:

HALIBORANGE

em frascos de 140 e 280 gramas

Representantes: **Coll Taylor, Lda** — Rua dos Douradores, 29-1.º — Lisboa
Depósito no Norte: Farmácia Sarabando — Largo dos Loios, 36 — Porto

ALLEN & HANBURYS LTD · LONDON · E · 2



Ecoss e Comentários

MARAÑON, EXAMES E CONCURSOS

Fizemos, no n.º 77 de «O Médico», uns comentários sobre exames que terminámos com uma transcrição de algumas palavras de Marañon com que declaramos não poder concordar em absoluto. Dizíamos entender que com o actual regime de estudos não se podia prescindir totalmente dos exames e que se necessitava primeiro de uma profunda reforma.

Ora, dias depois, novas declarações de Marañon completavam o pensamento do mestre espanhol e quando escreve «y no pasará mucho tiempo sin que se emprenda la gran tarea de la reforma, de raíz, de la Enseñanza, como garantía de una civilización menos precaria que la de ahora», se entende que nessa reforma se tomarão as disposições que permitam acabar com essa «invención singular, una de las más antiguas de la mente humana, y a pesar de ser una de las más absurdas, intangible como si fuera un dogma».

Nesse artigo, destinado aliás ao grande público, acentua que o exame nada mais prova do que a maneira do estudante reagir perante o acaso e acrescenta: «Pocas cosas más grotescas nos ofrece la vida que el que, después de vários meses de convivência entre el maestro y los discípulos, el maestro, para juzgar al discípulo, le haga contestar, durante algunos minutos, transidos de curación, a unas perguntas dictadas por la suerte o por el arbitrio del examinador».

Mas nestas novas declarações o illustre professor, pensador e cientista, refere-se também à escolha do professorado que muito bem considera o nó, o ponto crucial, do problema da Universidade.

Como a propósito de uma afirmação do Prof. Mário Moreira escrevemos algumas palavras que podem ser completadas com as agora sobrescritas por Marañon aqui as deixamos, neste Eco, para meditação dos responsáveis: «El maestro sólo se puede elegido entre aquellos que tengan probada, con un largo sacrificio de dedicación al saber y al enseñar, la vocación de maestro. Ni oposiciones palabreras, ni concursos decididos con espíritu caciquil, ni influencias amparadas en las ideologías políticas; sino religioso respeto a la eficacia ya probada. Dicen que esto es difícil; algunos, sin consciencia de lo que dicen, afirman que esto es irrealizable. Pero esto, es decir, el escoger el personal más apto para una empresa, lo hacen todos los días, sin equivocarse, los que crean cualquier empresa industrial o de otro orden. Bastará que los que tengan que elegir al maestro piensen en la Universidad, que representa lo más sagrado de la Patria, con el mismo desinterés con que pensarían en sus empresas personales».

Em resumo: avaliação dos alunos pela

convivência entre estes e o professor (o professor e seus colaboradores, escrevemos nós, porque só assim é possível uma convivência séria por fraccionação em pequenos grupos); recrutamento de professores pela eficácia já demonstrada, isto é, pelo «curriculum vitae» (aspecto pedagógico, de investigação e de «curiosidade» científicas, havíamos nós escrito). Em vez de contingências, realidades acumuladas através do ano escolar, ou através dos anos servindo a Universidade.

L. A. D.-S.

PORTUGAL ENTROU NA ERA ATÓMICA

Com o luzimento habitual das nossas reuniões científicas, e com o afectuoso calor que empregamos para acolher os estrangeiros que nos visitam, recebemos no passado mês de Janeiro uma majestosa embaixada de cientistas «atómicos» enviada pela nossa «fiel amiga» Inglaterra.

Sessão solene inaugural, com dois ministros, e vários directores gerais, professores e formosas damas; numerosas conferências; exposições; visitas, etc., etc., tal foi o programa que assinalou esse momento em que fomos iniciados nos mistérios das «aplicações da energia atómica», o qual, ao que parece, pela solenidade dos festejos, foi um momento altamente importante, quase sagrado!

Temos a impressão que aquilo que vieram cá dizer, pessoalmente, os referidos «atomistas», o podiam ter mandado, por escrito. Dado que não acreditassem que nós lemos as revistas científicas escritas além fronteiras!

Mas, está bem! a nossa fiel aliada quiz enviar-nos os primores da sua produção de Harwell por intermédio duma embaixada.

O nosso ponto de vista de clínicos é apenas o de certas aplicações dos isótopos radioactivos, e para isso, francamente, achamos que houve um certo desperdício de sábios.

É verdade que esses sumptuosos momentos da nossa iniciação oficial nos segredos das aplicações médicas da energia atómica nos permitiram «fazer o ponto» a respeito da experiência «local» nesse novo campo da terapêutica e do diagnóstico, e assentar definitivamente a questão delicada das prioridades...

Os nossos amigos «missionários» ingleses ficaram convenientemente elucidados a esse respeito. Pois, como, eles julgavam que vinham num passeio de «vulgarização» e propaganda por terras onde não se tinha trabalhado com radioisótopos?!

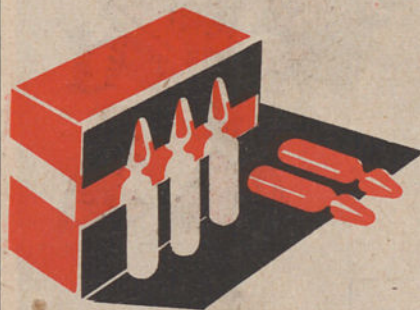
Podem perfeitamente vender cá as suas mercadorias, porque nós já temos alguma experiência do assunto...

Devido a estes factos não achamos de todo mal os festejos. Parece-nos, apenas, que se fez barulho a mais, para tão nas, que se fez barulho a mais.

O ADMINISTRADOR HOSPITALAR

«Hospitais Portugueses» — a excelente revista que se publica em Coimbra, e a que já fizemos referência — transcreveu, no número de Novembro-Dezembro de 1952, o «Eco» que publicou «O Médico» sobre «O administrador hospitalar». Dando especial relevo à transcrição, «Hospitais Portugueses» publicou o referido «Eco» na primeira página.

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 Bismuto metálico.

Caixa de 12 ampolas de 2 cc.

25\$00

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

EM MADRID

Três conferências sobre assuntos relacionados com a medicina

Realizaram recentemente em Madrid conferências duas individualidades portuguesas, um advogado e um médico do Porto, que abordaram assuntos que interessam aos médicos, e por isso lhes fazemos referências neste semanário.

O Dr. Fernando de Castro Pires de Lima realizou uma das conferências no Instituto de Patologia, que o Dr. Mañon dirige, sobre «O valor terapêutico do vinho», e a outra, na sede do Conselho Superior de Investigações Científicas, com o título «A Nau Catrineta». Na primeira, referiu-se às várias qualidades do vinho, abordando os problemas profilático, tónico, energético e estimulante cardio-vascular.

À conferência sobre «A Nau Catrineta» presidiu o Director da Real Academia Espanhola, D. Ramon Menendez Pidal, que felicitou o conferencista por ter manifestado grande erudição sobre o assunto que abordou, assim como dirigiu felicitações ao académico D. Vicente Garcia de Diego, pela apresentação que fez do Dr. Fernando Pires de Lima. Referindo-se à conferência, salientou que o médico sempre se revelou no decorrer da exposição sobre o romance, principalmente ao descrever a antropologia, as alucinações, a fome e as avitaminoses dos heroicos e lendários conquistadores vítimas das tempestades daquela tragédia marítima.

A conferência do ilustre advogado Dr. Arnaldo Pinheiro Torres realizou-se no Instituto Nacional de Estudos Jurídicos e abordou o tema: «A ciência ao serviço do direito». Foi apresentado pelo Dr. Castillo de Lucas, que evocou as relações da Medicina com o Direito, referindo-se a uma graciosa estampa que viu na Faculdade de S. Carlos quando estudava Medicina Legal. A conferência do Dr. Arnaldo Pinheiro Torres interessou profundamente o auditório, tendo tratado de vários problemas importantes, como a eutanásia, o estudo dos grupos sanguíneos para a investigação da paternidade, a narco-análise, etc.

O Sr. Embaixador de Portugal, Dr. Carneiro Pacheco, que presidiu à conferência, exprimiu a satisfação que teve em verificar como foram bem recebidos dois compatriotas seus em prestigiosas tribunas e recordou as conferências que dois ilustres espanhóis realizaram, sem apoio oficial—Gomez de Vaquero e Ma-

quero de Direito na Universidade de Coimbra, lá foram semear com simplicidade a cultura espanhola e trabalhar no bom desejo de contribuirem para a amizade peninsular.

Ao terminar o seu discurso, o Sr. Embaixador foi calorosamente aplaudido, como foram também muito apreciadas e aplaudidas as conferências dos Drs. Pires de Lima e Pinheiro Torres.



VITAMINAS

VITAMINA A
VITAMINA A & D
VITAMINA B₁
VITAMINA B₂
VITAMINA B₆
VITAMINA B₁₂
COMPLEXO B
VITAMINA C
VITAMINA D
VITAMINA E
VITAMINA F
VITAMINA K
VITAMINA PP

FÓRMULAS E FORMAS
COMUMENTE USADAS
EM TERAPÊUTICA

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

TRIBUNA DE «O MÉDICO»

CONSULTAS

Pergunta

Um colega pretende saber:

1.º — Pode um enfermeiro protésico-dentário ter um consultório e exercer aí a Odontologia sob o nome dum médico que está permanentemente ausente?

2.º — Poderá fazê-lo na presença permanente do referido médico?

3.º — Como proceder, para obstar esta ingerência nas atribuições exclusivas de médicos ou de odontologistas?

Resposta

1.º — Não. Ver art.º 14.º, n.ºs 2.º e 5.º do Dec. n.º 32.171, de 29-7-942.

2.º — Não pode exercer trabalhos de cirurgia dentária. Ver o referido artigo e números indicados na resposta anterior.

Provando-se a cumplicidade no exercício ilegal da Medicina, o médico expõe-se a sanções. Ver art.º 12.º, § 3.º do mencionado Decreto.

3.º — Comunicar o facto ao Conselho Regional da Ordem dos Médicos, indicando testemunhas e todos os meios de prova. Ver art.º 4.º n.º 7.º dos Estatutos.

A. CARNEIRO

Instituto Português de Oncologia

O Dr. Tito de Noronha realizou no I. P. O. uma conferência sobre «Melanomas». Começou por citar um caso de melanoma acrómico, por ele observado na consulta do I. P. O., e descreveu a seguir as modernas teorias sobre a origem e formação da melanina e do melanoblasto, assim como a anatomia patológica e o aspecto clínico dos melanomas. Focou depois a evolução da terapêutica e, por fim, apresentou microfotografias e fotografias de casos do Instituto, assim como a respectiva estatística.

Merceu especial atenção do conferencista o valor, como profilaxia, da extirpação de certos nevus (sinais pigmentados), particularmente sujeitos a traumatismos, em virtude da elevada percentagem da sua transformação maligna.

Também, no dia 5 de Janeiro, a Dr.ª D. Maria Teresa Furtado Dias ali efectuou uma conferência intitulada «Os tumores dos murginhos no Instituto de Oncologia». A conferencista começou por fazer um esboço histórico do que tem sido a investigação científica e os métodos a que se recorre no estudo das estirpes de animais, dos quais o mais empregado tem sido o ratinho. Apontou, depois, a maneira como os diferentes investigadores fazem a relação de animais, por cruzamentos devidamente estudados, e que tem conduzido aos tipos mais susceptíveis à cancerização espontânea. Prossequindo, a Dr.ª D. Maria Teresa Furtado Dias mostrou os diversos tipos mais frequentes de tumores, nesses animais, particularmente os das glândulas mamárias, do pulmão e do fígado, e, por fim, relatou diversos casos de tumores em ratinhos das estirpes do I. P. O.. A conferência foi largamente documentada com numerosas microfotografias.

PROFESSOR DR. JULIUS HALLERVORDEN

Vida e Obra

DR. GERHARD KOCH

(Chefe da secção de Genética Humana na Clínica Neuro-psiquiátrica da Universidade de Munique/Westf. (Director: Professor Dr. F. A. Kehrer)

Em 21 de Outubro de 1952 celebrou o Prof. Dr. *Julius Hallervorden*, um dos mais proeminentes histopatologistas do sistema nervoso, o seu 70.º aniversário, cujas cerimónias, às quais assistiram apenas amigos íntimos e colaboradores, tiveram lugar em Giessen.

A importância da sua obra científica impõe-nos o dever de apreciá-la em poucas palavras e salientar alguns traços da sua vida.

O Professor *Julius Hallervorden* (fig. 1) é descendente duma velha família de médicos da Prússia Oriental. Nasceu em 21-X-1882 em Allenburg (Prússia Oriental) sendo seu pai médico psiquiatra. Depois de fazer a sua preparação liceal em Königsberg ainda aí cursou medicina, de 1902 a 1907, tendo obtido o diploma de médico em 1909 com o «grau de doutor» mediante a apresentação da tese «Heilerfolge bei nervösen Invalidisierten». Nesse mesmo ano estabeleceu-se em Berlim. Aqui trabalhou até 1910 como assistente do afamado Professor de medicina interna *Wilhelm Zinn*, primeiro no internato do Hospital de *Bethanien* e depois no «Hospital da Cidade» de *Moabit*.

Justamente em 1910 começou a sua actividade como neuro-psiquiatra na casa de saúde para doenças nervosas «Hans Schönow» em Berlim-Zehlendorf, que nessa altura era dirigida pelo Prof. Dr. Max Laehr. Aqui aprendeu *Hallervorden* neurologia.

Em 1913 *Hallervorden* entrou como assistente para o hospital provincial dos alienados em Landsberg (Warthe), que lhe havia de ser a cidade onde durante quase 25 anos desenvolveria rico e produtivo labor científico.

Depois que por 1921-1922 o «Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie», em Munique, sob a direcção de *Spielmeier* foi ampliando na secção de histologia do sistema nervoso, começaram em Landsberg anos de investigação intensa e actividade produtiva.

As suas duas contribuições para o *Handbuch der Neurologie*, *Die extrapyramidalen Erkrankungen* e *Eigenartige nicht rubrizierbare Prozesse*, são, ao lado de muitas outras publicações isoladas, o fruto deste trabalho. Pela mesma altura, com a nomeação para o cargo de chefe de clínica, começou a sua ascensão social.

Com o reconhecimento do mérito científico de *Hallervorden* ampliou-se à categoria de prosectorado, para todos os serviços da especialidade na Província de Brandenburg, o laboratório histológico que ele fundara em Landsberg em 1927.

A isenção da actividade clínica em 1929 permitiu que se dedicasse inteira-

mente à histopatologia do sistema nervoso.

Já em 1936 era tanto o material científico adstrito ao prosectorado que se tor-

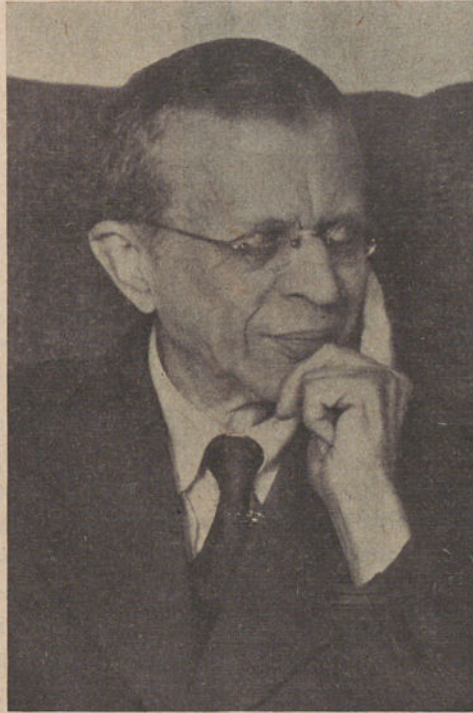


Fig. 1 — Professor Julius Hallervorden

nou necessária a criação dum departamento central. Daí resultou a sua transferência de Landsberg para o asilo provincial de Brandenburg-Havel.

Mais duas contribuições publicadas no «Handbuch der Neurologie», *Die hereditäre Ataxie* e *Die Kleinhirnatrophien*, encontram aqui a sua conclusão.

Logo dois anos mais tarde (1938)



Fig. 2 — O antigo «Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung» em Berlim-Buch, fundado pelo Professor Dr. O. Vogt

Hallervorden recebe a honrosa distinção, que antes coubera ao seu amigo e colaborador *H. Spatz*, de ser chamado para a secção de histopatologia do *Kaiser-Wilhelm-Instituts für Hirnforschung*, fundado por *O. Vogh* em Berlim-Buch

(fig. 2). Uma vez aqui, foi nomeado Professor em 30-I-1939.

Pelo começo da guerra, *Hallervorden* dedicou-se em especial às lesões cerebrais produzidas em combate («Sonderstelle zur Erforschung der Kriegsschäden des Zentralnervensystems»). Este centro de investigações foi transferido para Dillenburg (fig. 3), na primavera de 1944, com uma parte da biblioteca do instituto, pois era mister entrar em actividade em Março de 1945.

Debaixo das maiores dificuldades económicas e pessoais, *Hallervorden* conseguiu aqui, em modestas condições, pôr em marcha o labor científico nos meses que se seguiram e que foram objecto da sua actividade até ulterior regresso à *Max Planck Gesellorhaft*, onde havia de retomar o curso das investigações anteriores.

Em 1949 foram mudadas as secções do Instituto de Anatomia do sistema nervoso (*Spatz*) e de patologia do sistema nervoso (*Hallervorden*) para Giessen, tendo sido anexadas à Academia para o progresso e investigação da medicina na Universidade de *Justus Liebig*. Aqui foram continuados desde então os trabalhos científicos enquadrados na *Max Planck Gesellschaft* (fig. 4).

Os trabalhos científicos publicados desde então por *Hallervorden* e seus colaboradores ocupam-se predominantemente com a histologia das doenças orgânicas do sistema nervoso e destas as doenças hereditárias do sistema nervoso central (idiotia amaurótica e colesterinoses, microcefalia, pseudoesclerose de Wilson, etc.) sempre lhe mereceram particular interesse. É particularmente focado em vários trabalhos o significado da

acção do traumatismo de parto e as alterações circulatórias intra e extra-uterinas para explicar a origem dos defeitos de desenvolvimento, demências secundárias e epilepsia sintomática.

Hallervorden descreveu com *Spatz* a

doença que eles próprios designaram por *doença de Hallervorden-Spatz*. Trata-se duma rigidez progressiva, com sede inicial nos membros inferiores, que começa precocemente pelos 8 a 10 anos de idade. Em estado adiantado as manifestações de contractura passam aos braços, à face e músculos da linguagem e estabelece-se demência grave. O substracto anátomo-

do foco e evolução clínica. Os focos isolados de desmielinização concêntrica produzem-se à custa da difusão duma substância dissolvente da mielina. Esta estende-se do território de um vaso para o tecido, sem consideração pela sua estrutura. Uma vez a difusão é contínua outras vezes é ritmica. Para este último processo pode o anel de *Liesegang* ser



Fig. 3 — O «Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung», provisoriamente instalado na casa Gruen em Dillenburg nos anos 1945-1948

-patológico é constituído por depósitos pigmentares e calcáreos, degenerescência das células ganglionares e reacção hiperplástica da glia, tudo ao nível do globus pallidus e da substantia nigra. A herança é recessiva.

No capítulo dos tumores cerebrais fica a genética devendo a *Hallervorden* um conhecimento muito importante e que é pouco tomado em consideração.

As gliomatoses e blastomatoses familiares e hereditárias do encéfalo representam um círculo mórbido próprio. Trata-se aqui de motivos heredo-biológicos relativos à formação dos tumores que têm a sua causa em perturbações tecidulares de desvio autogénico e consequentemente hereditário. As gliomatoses e blastomatoses localizam-se na região dos centros germinais e provêm de uma perturbação e inibição da diferenciação e metamorfose das células matriciais das paredes ventriculares, no sentido do cortex cerebral.

Um amplo e importante campo de trabalho de *Hallervorden* cifra-se à volta do problema da difusão e das doenças de destruição mielínica central (desmielinização). A esclerose múltipla, difusa e concentrativa, bem assim a neuro-mielite óptica, são, ao lado de muitas outras formas de transição com sintomatologia diferente, uma encefalite com uma desmielinização específica. Nos focos de necrose há destruição das bainhas de mielina com relativa conservação dos cilindros-eixos e células nervosas.

As doenças assim designadas só têm de característico a extensão e localização

tomado como modelo (*Hallervorden e Spatz*).

Os focos concêntricos produzem-se por força defensiva sempre renovada do tecido contra o agente infeccioso. O mesmo sucede certamente com os tão semelhantes *Ringspotherde* de muitas doenças de virus das plantas. Nestas a difusão do virus em causa, que ataca o aparelho clorofilino e põe em evidência uma palidez local, é repetidas vezes interrompida pela formação duma imunidade te-

tensão parenquimatosa e vascular e até em factores de ordem cronológica, há sempre concordâncias.

Com isto *Hallervorden* reacendeu, levantou e fundamentou detalhadamente a etiologia a virus na esclerose múltipla.

A agudeza e precisão que *Hallervorden* põe nestes seus temas demonstram em sobejo que os 70 anos lhe não apoucam o labor científico, sempre ininterrupto, nem tão pouco lhe roubam a frescura surpreendente do espírito. Fazemos votos porque o Professor e o Mestre possa ainda por largos anos exercer o seu labor científico, sempre coroado de sucessos, para a continuação de tão valiosa obra. É este o desejo dos que se honram de o ter por Mestre.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Eigenartige Erkrankung im extrapyramidalen System mit besonderer Beteiligung des Globus pallidus und der Substantia nigra. Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen diesen beiden Zentren. *Z. Neur.* 79, 254 (1922) (em colaboração com H. SPATZ).
- 2 — Über eine familiäre Erkrankung im extrapyramidalen System. *Dtsch. Zschr. f. Nervenheilk.* 81, 204 (1924).
- 3 — Die extrapyramidalen Erkrankungen. In BUMKE: *Handbuch der Geisteskrankheiten* Bd. XI, 996 (1930).
- 4 — Eigenartige und nicht rubrizierbare Prozesse. In O. BUMKE: *Handbuch der Geisteskrankheiten*. Bd. XI, 1063 (1930).
- 5 — Über die konzentrische Sklerose und die physikalisch chemischen Faktoren bei der Ausbreitung von Entmarkungsprozessen. *Arch. f. Psychiatr. (D.)* 98, 640 (1933) (em colaboração com H. SPATZ).
- 6 — Erbliche Hirntumoren. *Nervenarzt* 9, 1 (1936).
- 7 — Die hereditäre Ataxie. In BUMKE-FOERSTER: *Handbuch der Neurologie* Bd. XVI, 657 (1936).
- 8 — Die Kleinhirnatrophien. In BUMKE-



Fig. 4 — O «Max Planck-Institut für Hirnforschung» actualmente instalado no «Instituto de Fisiologia» em Giessen

cidular. Ao lado surgem contudo focos isolados. Apesar da grande diferença entre as plantas e o Homem há uma concordância formal surpreendente das duas doenças no que diz respeito à ligação a um determinado tecido. Aparelho (bainhas de mielina-clorofila) e sistema orgânico (tecido nervoso-folhas), depois na falta de escolha da localização, na ex-

- FOERSTER: *Handbuch der Neurologie* Bd. XVI, 697 (1952).
- 9 — Über Entmarkungsencephalomyelitiden. *Klin. Wo.* 26, 613 (1948).
- 10 — Oligodendrogliom nach Hirntrauma. — *Nervenarzt* 19, 163 (1948).
- 11 — Die Multiple Sklerose als Viruskrankheit. Ein Vergleich mit den Viruskrankheiten der Pflanzen. — *Nervenarzt* 23, 1 (1952).
- 12 — La formación de focos concéntricos de desmielinización y su importancia en la patogenia de la esclerosis múltiple. *Folia Clinica Internacional* II, 268 (1952).

*Mesmo quando os
outros antibióticos
falham*



Endocardite estafilocócica aguda ¹

Abcesso pulmonar ²

Septicemia por bacteroides ³

Cistite crónica ⁴

Gonorreia ⁵

Febre Q ⁶

Pneumonia atípica primária ⁷

Sinusite ⁸

Terramicina

Pfizer

*é terapêutica
rápida e
eficaz*



A eficácia da bem tolerada Terramicina tem sido repetidamente demonstrada numa grande variedade de doenças infecciosas, devidas a bactérias, rickettsias, espiroquetas e certos virus e protozoários.

*Apresentada numa variedade de formas apropriadas
para terapêuticas oral, tópica e intravenosa.*

1 Blake, F. G., et al.: Yale J. Biol. & Med. 22:495 (July) 1950. 2. King, E. Q., et al.: J.A.M.A. 143:1 (May 6) 1950. 3 Herrell, W. E., et al.: Proc. Staff Meet., Mayo Clin. 25: 183 (April 12) 1950. 4. McKenzie, J. A., and Nugent, J. J.: J. Florida M. A. 37:218 (Oct.) 1950. 5. Duvalier, F.: Union méd du Canada 80:1181 (Oct.) 1951. 6 & 7. Bickel, G., and Plattner, H.: Schweiz med Wehnschr. 81:1 (Jan. 6) 1951. 8. Andina, F., and Allemann, O.: Therap. Umschau 7:95 (Oct.) 1950.

PFIZER OVERSEAS, INC.

25 Broad Street, New York 4, N. Y., U. S. A.

Pfizer

O MAIOR PRODUTOR
DE ANTIBIÓTICOS DO MUNDO

TERRAMICINA
COMBIOTICO
PENICILINA
ESTREPTOMICINA
DIHIDROSTREPTOMICINA
POLIMIXINA
BACITRACINA
COTINAZIN
PRONAPEN

Na Faculdade de Medicina de Lisboa

Concurso para Professor extraordinário de Medicina Interna

Terminaram no dia 22 de Janeiro as provas do concurso para uma vaga de professor extraordinário de Medicina Interna da Faculdade de Medicina de Lisboa, a que concorreram os Drs. Morais David e Oliveira Machado, tendo o juri resolvido aprovar ambos os candidatos em mérito absoluto e o Dr. Morais David em mérito relativo, pelo que irá preencher a vaga existente. Quanto ao Dr. Oliveira Machado, conquistou o título de professor agrgado.

As provas para este concurso iniciaram-se no dia 8 e do juri, presidido pelo Prof. José Gabriel Pinto Coelho, reitor da Universidade



PROF. OLIVEIRA MACHADO

Clássica, faziam parte os Profs. Rocha Brito, Vaz Serra e Egidio Aires, de Coimbra; Rocha Pereira, Azevedo Maia e Aureliano Pessegueiro, do Porto; Adelino Padesca, Mário Moreira e Eduardo Coelho, de Lisboa.

O primeiro candidato a ser chamado foi o Dr. Oliveira Machado, que teve como arguentes os Profs. Adelino Padesca e Vaz Serra, os quais apreciaram e discutiram os seus trabalhos científicos e dissertação de doutoramento, tendo ambos formulado algumas observações a que o candidato respondeu, defendendo os pontos de vista que imprimira aos seus trabalhos.

Seguidamente foi chamado o Dr. Morais David. Foram seus arguentes os Profs. Egidio Aires e Azevedo Maia, que apreciaram o «curriculum vitae» do candidato e a sua dissertação. A ambos respondeu o candidato esclarecendo as duvidas postas e explicando o critério que presidira à elaboração de alguns dos seus trabalhos.

No dia 12, segundo de provas, as lições incidiram sobre temas tirados à sorte. Ao Dr. Oliveira Machado coube-lhe uma lição sobre «Hemosiderose pulmonar». Depois de uma interessante introdução sobre o metabolismo do ferro, definiu a hemosiderose em geral, passando, depois, a referir-se à hemosiderose pulmonar, em particular, traçando o quadro da doença e indicando a sua sintomatologia. A lição, que foi largamente documentada com a projecção de radiografias e microfotografias, foi depois largamente apreciada pelo Prof. Eduardo Coelho, que a elogiou, não só pela maneira como fora apresentada, mas também pela orientação que o autor lhe imprimiu. Contudo, anotou algumas duvidas, que o candidato prontamente esclareceu.

Seguiu-se a lição do Dr. Morais David, intitulada «Patologia do estômago operado». O candidato começou por aludir à dificuldade do tema pela sua complexidade e descreveu, depois, os vários tipos de operação do estômago. Analisou, a seguir, as complicações que podem resultar do estômago operado, cuja patologia descreveu, e terminou por apresentar uma série de casos, que documentou largamente com radiografias. O Dr. Morais David teve como arguente o Prof. Adelino Padesca,

que salientou o à-vontade do candidato na exposição feita, cujo valor apreciou, e formulou algumas premissas quanto à orientação. O candidato, na sua resposta, defendeu o seu ponto de vista, quanto à orientação que dera à lição, e esclareceu, prontamente, todos os pontos postos pelo arguente.

Com o mesmo interesse dos dias anteriores, prosseguiram no dia 14 as provas—desta feita, constituídas por lições à escolha dos candidatos —, tendo o Dr. Oliveira Machado dissertado sobre «Cirrose biliar eritematosa», tema que desenvolveu com muita facilidade e que ilustrou com gráficos e projecções. Argumentou o Prof. Rocha Pereira, do Porto, que pôs algumas permissas, prontamente esclarecidas pelo candidato. Seguiu-se a lição, também escolhida, do

Dr. Morais David, subordinada ao tema «A propósito de alguns casos clínicos das chamadas doenças difusas do colagénio». O candidato, que expôs com muita clareza e que ilustrou a sua lição com larga documentação, teve como arguente o Prof. Rocha e Brito, de Coimbra. Aos comentários feitos e às duvidas postas pelo arguente, respondeu o Dr. Morais David com perfeito à-vontade.

No dia 16, no Hospital Escolar, principiaram os candidatos a prestar as suas provas práticas e, neste dia, tiraram um ponto, à sorte, de Semiótica Clínica e Laboratorial, sobre o qual trabalharam o tempo regulamentar — três horas —, seguidas de mais duas para elaboração dos relatórios respectivos. No dia 19 os candidatos, depois de escolherem, cada um, um doente dentre dez dados pelo juri, observaram cada um o seu, fazendo depois relatório ao seu exame.

As provas clínicas terminaram no dia 21 e, findas estas, os relatórios que delas elaboraram os candidatos foram lidos e discutidos no dia seguinte, na sala dos Actos Grandes da Faculdade de Medicina, depois do que o juri reuniu e deu a decisão à que acima aludimos. Tanto um como o outro candidato demoraram cerca de meia hora a ler os seus relatórios, e, finda a leitura de cada um deles, os respectivos arguentes deram início à sua argumentação. O Dr. Oliveira Machado teve como arguente o Prof. Aureliano Pessegueiro, que fez o elogio do candidato, pondo em evidência a forma clara que imprimiu aos seus relatórios e classificando o Dr. Oliveira Machado como um «clínico notável». O Prof. Pessegueiro enunciou, a seguir, as suas discordâncias sobre algumas das conclusões do candidato, e este respondeu depois, esclarecendo prontamente as duvidas postas pelo arguente.

Ao Dr. Morais David coube, como arguente, o Prof. Mário Moreira, o qual, numa pequena introdução à sua argumentação, disse das qualidades que, em seu entender, deve ter o professor universitário, para o que não basta ser um bom clínico, pois se torna necessário provar ter curiosidade científica, traduzida pelo seu «curriculum vitae». Falando propriamente do Dr. Morais David, elogiou a sua actuação como clínico e como investigador, e, passando à discussão dos relatórios do candidato, pôs alguns permissas, às quais o Dr. Morais David respondeu com muita vivacidade.

Quem são os novos Professores

O Prof. António Morais David, que nasceu em Pedrógão Grande, tem 58 anos e é formado pela Faculdade de Medicina de Lisboa, com alta classificação e prémios. Muito estudioso, frequentou diversos cursos de aperfeiçoamento e, desde novo, que trabalha na Faculdade de Medicina como assistente de várias clínicas, sendo actualmente 1.º assistente de Patologia e Terapêutica Médicas. Regeu diversos cursos e fez parte dos juris de exames em sucessivos anos lectivos. O seu «curriculum» dá-nos conta de muitos trabalhos, alguns pessoais e outros de colaboração, todos eles a atestar fecunda actuação científica.

O Prof. João de Oliveira Machado, que é natural de Lisboa, nasceu em 1906, contando, portanto, 46 anos de idade.

Diplomado pela Faculdade de Medicina de Lisboa em 1929, nela se manteve como assistente durante largos anos, durante os quais frequentou diversos cursos de aperfeiçoamento e outros. Paralelamente à vida universitária, fez a carreira dos Hospitais Cívicos de Lisboa para onde entrou como interno do 1.º ano, por concurso, e onde agora desempenha as funções de médico, conquistado em brilhante concurso no qual obteve o 2.º lugar. O Prof. Oliveira Machado, que actualmente dirige o Serviço n.º 2 do Hospital de S. José, fez algumas viagens de estudo ao estrangeiro. Muito dado à clínica, a sua lista de trabalhos não é numerosa, mas nem por isso deixa de provar a categoria científica do autor.

RESFRIADOS GRIPES
DORES REUMATISMAIS

EUPIRONA

DRAGEIAS

(Maleato de N-p-metoxibenzil-N'-N'-dimetil-N- α -piridiletlenadiazina + metil-melubrina + o-Oxibenzoilamida + p-Acetofenetidina + trimetil-xantina 1, 3, 7 + ácido l-ascórbico).

ANTIPIRÉTICO ANALGÉSICO
ANTI-HISTAMINICO

APRESENTAÇÃO:

Carteiras de 4 e 16 drageias

CORISA SINUSITES E RINITES
INFECCIOSAS OU ALÉRGICAS

TUAZIL

(Sulfato de 2-amino-heptano + gramicidina + clorobutanol, em excipiente aquoso tamponado isotónico).

No **TUAZIL** reúnem-se as acções:

VASOCONSTRICTORA, intensa e duradoura, *duas vezes superior* à da efedrina, pelo sulfato de 2-amino-heptano. A Vasodilatação que se lhe segue produz-se lentamente;

ANTIBIÓTICA e BACTERICIDA pela gramicidina e agente detergente;

ANESTÉSICA e ANTI-SÉPTICA pelo clorobutanol.

O Tuazil não altera as funções do epitélio das fossas nasais.

Apresentação: Frasco de 30 c. c.

LABORATÓRIO FIDELIS

R. D. Dinis, 77 — LISBOA

Instituto Português de Oncologia

No dia 15 de Janeiro, no Instituto Português de Oncologia, o Dr. Ferreira Malaquias fez uma conferência intitulada «Peritoneoscopia», na qual, depois de explicar o que é a peritoneoscopia, isto é, a visão endoscópica dos órgãos contidos na cavidade abdominal, por meio do peritoneoscópio, fez um resumo da história daquele método de diagnóstico e uma descrição desenvolvida da técnica da sua simples execução, método relativamente inócuo, que permite o diagnóstico de lesões no fígado, de estômago, dos ovários, etc.

O método — disse — é particularmente útil na demonstração, ou não, de metástases hepáticas, o que equivale a dizer que é grande auxiliar do critério da não operabilidade das doenças neoplásicas dos órgãos da cavidade abdominal. O conferencista fez, depois, referência a numerosos casos por ele observados no Instituto de Oncologia, que demonstram que se trata de um método corrente naquele Instituto. Por fim o Dr. Ferreira Malaquias fez projectar numerosas aguarelas de exames peritoneoscópicos demonstrativos da exposição feita.

*

Naquele Instituto iniciou-se no dia 19 uma série de conferências promovidas pela Associação das Enfermeiras da Escola Técnica daquele estabelecimento, a primeira das quais foi feita pelo director do I.P.O., Prof. Francisco Gentil, que desenvolveu o tema «Subsídios para a história dos Isótopos Radioactivos em Portugal».

Depois de referir que o I. P. O., desde 1946, se vem preocupando com a importância para a Medicina e em especial para a terapêutica do cancro, do emprego dos isótopos, disse que, apesar disso, ainda não se modificou a sua opinião de que se deve considerar em primeiro plano, como agente curativo dos neoplasmas, a Cirurgia. Não nega — disse — o valor das terapêuticas sérias e, por isso, já desde 1912 que usa o rádio, como já antes empregava os raios X, que continua a aplicar. Pois se os raios X, o rádio e a Cirurgia colaboram na cura do cancro, sem se oporem uns aos outros, afirmou, seria erro pensar na exclusão de qualquer destas terapêuticas pela descoberta e uso dos isótopos radioactivos. O conferencista, que reconhece a utilidade já provada dos isótopos e do cobalto 60, e de opinião, contudo, de que são necessários mais cinco anos para se verificarem as reacções do organismo.

Mas entrando prèpriamente na história dos isótopos em Portugal, e para dar a conhecer o que o Instituto que dirige tem feito nesse campo, o Prof. Gentil deu conta, em larga resenha, da acção desenvolvida, desde 1946, não só em trabalhos de investigação, como em cursos e conferências, em que colaboraram o eminente físico D. Júlio Palácios, o Prof. Génard Guedes, o Prof. Hasse Ferreira, o Dr. Gilbert, o Dr. Vitor Franco, o Prof. Lima Basto, o dr. Mário Andrade, a Dr.^a D. Maria Augusta Peres Fernandes, etc.

Ao mesmo tempo, continuou, o Instituto Português de Oncologia preparava pessoal para se instalar o laboratório a criar com o generoso donativo de Abílio Lopes do Rego e, assim, se adquiriu aparelhagem e se fez o estudo das obras a efectuar no pavilhão A, escolhido pelo seu isolamento fácil, que será uma realidade dentro de poucas semanas, e disporá de quartos e laboratórios em condições de não prejudicar os doentes e os que trabalham, e uma secção destinada ao estudo dos isótopos no diagnóstico e na terapêutica.

O Prof. Gentil aludiu, ainda, à estadia no Instituto, em Outubro de 1951, do Dr. Seligman e de Veal e Dr. Abbott, que ali fizeram demonstrações e conferências e acentuou, depois, o interesse que ao problema tem dedicado o Governo, referindo-se

com simpatia à Exposição de Energia Atómica que ia ser inaugurada no Hospital de S. José.

A terminar, o Prof. Gentil disse:

«O Instituto Português de Oncologia, que possui pessoal educado para o estudo e tratamento pelos esótopos, que possui instalações boas de raios X e rádio bastante para os usos correntes, que espera obter um betatrão para os casos que ele cura melhor do que qualquer outra terapêutica, que tem já a casa própria para receber a bomba de rádio que tem comprada na Bélgica e espera obter do Governo a autorização necessária para aceitar da Union Minière a oferta de 30 grs. de rádio, que pode pagar-se pelos seus rendimentos, confia em bem cumprir a missão de curar os cancerosos que por lei lhe está confiada e à qual o Governo tem prestado a mais es-

clarecida atenção. Permitam-me que termine como na lição de abertura do nosso ano académico: «É indispensável que todos vejam e reconheçam que o facto de trabalhar em boas condições materiais permite êxitos que os mesmos técnicos não poderiam obter se os doentes não tivessem um meio com todo o material de que dispõe — e em pouco disporá mais completamente — o Instituto Português de Oncologia. Criadas as instalações dos isótopos, posta a funcionar a bomba de rádio já comprada, adquirido o betatrão e estudada e fixada a bomba de cobalto 60 quando se deva conhecer e comprar, feita a boa educação do meio quanto ao diagnóstico, é lícito esperar obter a cura de mais de 90% dos carcinomas».

Seguiu-se uma palestra da enfermeira Bachmann de Melo, que versou o tema «Enfermagem do cancro».

RUTIODOL

— GOTAS —

RUTINA + METIONINA

IODO ORGÂNICO + NICOTINAMIDA

Tratamento Racional da
Arteriosclerose e Afecções
Degenerativas dos Vasos
sanguíneos

Fluidificante Regulador da
Permeabilidade Lipotrópico

LABORATÓRIO ÚNITAS

C. CORREIO VELHO 8 - LISBOA

Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica

Na Ordem dos Médicos, em Lisboa, reuniu-se no dia 31 de Janeiro, sob a presidência do Prof. Aleu Saldanha, a Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica. O presidente deu conta à assembleia de vários assuntos internos, dentre os quais a realização, com começo em 6 de Abril, de um Curso de Aperfeiçoamento de Radiodiagnóstico e Radioterapia, promovido pela Sociedade, que constará de dez lições, feitas por destacadas figuras da Radiologia, espanhóis, francês, belgas, italianos e portugueses. Seguidamente propôs, um nome da direcção, que fossem eleitos sócios honorários os Profs. Witte, belga, e Ponzio, italiano, e os Drs. Belot e Dariaux, franceses, o que a assembleia aprovou por unanimidade.

Entrando-se na «Ordem da noite», o Prof. Aires de Sousa apresentou uma comunicação sobre técnicas experimentais para estudos da circulação, na qual mostrou a necessidade de o radiologista dominar totalmente todos os problemas da técnica, que, por vezes, se revestem de extraordinária complexidade. Por fim, referiu-se aos meios de contraste, ao débito da injeção, conforme o produto é lançado no sector arterial ou no sector venoso, e, particularmente, às vias de acesso, aspecto fundamental em assuntos respeitantes à circulação. O Prof. Aires de Sousa documentou largamente a sua exposição. Falou depois o Dr. Albano Ramos sobre «O tratamento da Induratio Penis Plástica — Resultados pessoais com a Roentgen-terapia». O conferencista aludiu ao interesse do assunto, invocando tratar-se duma doença que não é rara, como mostrou com dados estatísticos, duma doença que se não levanta por si prognósticos «quod vitam» desfavorável, pode levar à morte por suicídio, dadas as perturbações mentais a que pode conduzir, bem como a outras consequências desagradáveis. Recordou depois o que em matéria de tratamento têm feito outros autores e comparou os resultados das suas técnicas com as que tem utilizado, e falou, por último, da ultrasonoterapia, afirmando que, pelos resultados pessoais, está disposto a prosseguir na experiência.

A encerrar a sessão, o Dr. Fernando Caldeira, por si e pelo Dr. Mendes da Silva, ocupou-se da «Importância do factor poctural na circulação do pé». Após breves considerações de ordem anatómica e da técnica seguida para a execução do trabalho, mostrou vários positivos de radiogramas, nos quais apontou os casos de que, tratou na sua comunicação. A propósito, lembrou que nos indivíduos portadores de pés planos, os mais atingidos pelas flebectasias (varizes), o simples facto de nestes o apoio se fazer quase totalmente sobre toda a palmilha teria importância no aparecimento das varizes. O factor postural seria — disse — um adjuvante a juntar aos restantes factores na circulação de retorno e não um factor resritivo, como até aqui se admitia.

Sociedade Portuguesa de Ortopedia

No dia 31 de Janeiro, reuniu a Sociedade Portuguesa de Ortopedia, tendo esta reunião sido dedicada ao estudo da organização do «Banco do Osso e à apresentação de recentes trabalhos em que se empregou osso congelado. Falou em primeiro lugar o Dr. Jorge Mineiro, que fez uma comunicação, na qual, depois de relatar a história dos transplantes e da conservação de ossos, o autor referiu-se à organização de um «Banco de Osso», à sua utilidade e aos resultados que obteve em três anos de experiências. Focou a possibilidade de organizar um «Banco de Osso» em qualquer instalação hospitalar, exemplificando com a sua experiência no Hospital Escolar. Esclareceu que a conservação de ossos por meio de refrigeração — prática que usou — é recente, datando de 1942 a primeira experiência com bons resultados, tendo, portanto, começado a ser utilizado em Portugal pouco depois. Dada a facilidade de organização de um «Banco de Osso», o conferencista espera que a prática seja se-

guida noutras instituições, pelos bons resultados obtidos.

O Dr. José Botelho, que falou a seguir, começou por prestar homenagem ao carácter bondoso e ao interesse pelos assuntos ortopédicos do cirurgião Dr. Alberto Mac-Bride, falecido recentemente, acentuando que as primeiras intervenções ósseas a que assistiu foram realizadas por ele. Falou da sua experiência com osso conservado em congelador construído expressamente pelo Dr. Filipe Vaz, o único existente na Península, segundo crê, e aludiu à preparação e conservação do material, que considera modelar, e afirmou que, quanto aos tipos de ossos, se confirma a impressão geral de que o osso maciço da cortical é inferior ao osso fragmentado e ao osso esponjoso e que não houve infecções nem intolerância do osso congelado. No final e já fora do âmbito da sua comunicação, por ser muito recente, mostrou um caso em que foi usada uma peça óssea sobresselente, com 14 centímetros de comprimento.

O HIPNÓTICO
A T Ó X I C O

HIPNOSON

Tem por princípio activo o «3-metil-pentino-ol-3», novo elemento farmacológico, **destituído de reacções secundárias, sem os inconvenientes dos barbitúricos** e que é metabolizado em cerca de 2 horas.

APRESENTAÇÃO:

Frasco de 110 gramas de xarope

LABORATÓRIO FIDELIS

R. D. Dinis, 77 — LISBOA

Partidas e Chegadas

Prof. Reinaldo dos Santos

Partiu para Paris, onde realizou uma conferência, na Escola do Louvre, sobre «Arte Manuelina», o Prof. Reinaldo dos Santos, que, daquela capital, seguirá para Roterdão, a fim de proferir também uma conferência sobre o mesmo tema.

Prof. Lima Basto

Regressou de Bombaim, onde fora tomar parte na reunião do «comité» Executivo da União Internacional contra o Cancro e da sua Comissão de Pesquisas sobre o Cancro, de que é secretário, o Prof. Lima Basto.

Prof. Vítor Fontes

Regressou de Genebra, onde tomou parte na reunião preparatória do Congresso Internacional de Higiene Mental Infantil, o Prof. Vítor Fontes, director do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira.

Dr. José Granate

Partiu para Inglaterra, em missão de estudo do Instituto para Alta Cultura, o Dr. José Manuel da Silva Granate.

Prof. Luís Carlos Junqueira

No dia 6, no anfiteatro de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, sob a presidência do Prof. Toscano Rico, fez uma conferência o Prof. Luís Carlos Junqueira, director do Departamento de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina de S. Paulo. Fez a apresentação do orador o Prof. Celestino da Costa.

O Prof. Junqueira, que falou de «Aspectos históricos da secreção», referiu-se à secreção celular e à sua actividade, apreciando-a como fonte de energia e de proteínas, e descreveu por fim as glândulas de secreção e de crescimento.

A documentar o seu trabalho, o conferencista fez projectar vários dispositivos e um filme sonoro sobre os trabalhos de investigação científica realizado na Universidade de S. Paulo.

A Família Médica

Casamento

Na capela do Palácio de Queluz realizou-se no dia 7 o enlace matrimonial da sr.^a D. Branca Zita Moreira Lopes de Seabra, filha da Dr.^a D. Branca Moreira Lopes de Seabra e do Dr. António Luís Seabra, já falecido, com o sr. José Filipe Costa Rodrigues, proprietário, filho da sr.^a D. Gabriela Costa Rodrigues e do sr. José Costa Rodrigues, já falecido.

Os padrinhos por parte da noiva foram a sr.^a condessa de Almeida Araújo e seu tio M. Moreira Lopes, oficial do Exército; e por parte do noivo o pintor sr. José Almada Negreiros e sua esposa, a pintora sr.^a D. Sara Afonso Almada Negreiros.

A cerimónia assistiram centenas de convidados, entre os quais os srs. general Abranches Pinto, ministro do Exército, e esposa; general Júlio Botelho Moniz, antigo ministro do Interior, e esposa; capitão Teófilo Duarte, antigo ministro das Colónias, e esposa; general Dias Costa, comandante-geral da Legião Portuguesa; condes de Almada, condes de Almeida Araújo, barões de Alvaizere, Profs. Diogo Furtado e Aires de Sousa, muitos médicos, engenheiros, oficiais e outras individualidades de destacada categoria social.

REUMATISMO?

A experiência demonstra que



CREME ANTI-REUMÁTICO,
ANALGÉSICO E ANTIFLOGÍSTICO

dá bons resultados

- ACALMA AS DORES
- DESINFLAMA AS ARTICULAÇÕES
- ACTUA RÁPIDA E PROGRESSIVAMENTE

DAVI
LISBOA

ACETILCOLINAS BARRAL

JAYME ALVES BARATA, LDA. têm o prazer de informar que se encontram novamente à disposição da Ex.ma Classe Médica estes conceituados produtos, em todas as suas modalidades:

- Acetilcolina a 0,05 gr.
- Acetilcolina a 0,10 gr.
- Acetilcolina a 0,20 gr.
- Acetilcolina-Micril B₁ (dose média)
- Acetilcolina-Micril B₁ (dose forte)
- Acetilcolina-Papaverina (dose média)
- Acetilcolina-Papaverina (dose forte)

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL
Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, LDA.

FALECIMENTOS

Dr. Alberto Mac-Bride

Faleceu no passado dia 29 de Janeiro, em Lisboa, o Dr. Alberto Mac-Bride, um dos nossos mais distintos cirurgiões, vítima de pertinaz e prolongada doença.

Nascido em Lisboa, o ilustre extinto contava 66 anos. Concluiu o curso em 1909, na Escola Médico-Cirúrgica, merecendo a sua dissertação sobre a síndrome de Little os maiores louvores. Com a entrada de Portugal na primeira guerra mundial, ofereceu-se para seguir para França. Incorporado no C. E. P., foi nomeado adjunto dos serviços de Saúde do Q. G. B. e trabalhou nos hospitais militares ingleses do «front» e no canadiano da Universidade Mc-Gill, de Montreal. Foi, depois, oficial-chefe de cirurgia no hospital da Base n.º 1, em Ambleteuse.

No regresso a Portugal, iniciou a sua carreira de médico dos Hospitais Cívicos e pela sua cultura médica e excepcional competência conquistou, como cirurgião, grande e merecido prestígio. Fez várias visitas de estudos aos centros médicos estrangeiros e teve participação activa e destacada no Congresso Nacional de Medicina (1926). Foi director da Associação dos Médicos e membro do Conselho Geral da Ordem dos Médicos (1939-1943) e era presidente da Sociedade das Ciências Médicas. Durante trinta anos, de 1910 a 1939, foi secretário e director da revista «A Medicina Contemporânea». Publicou, entre outros, os seguintes trabalhos científicos: «Anestesia cirúrgica — suturas, anastomoses e transplantações vasculares», «A anestesia geral por inalação», «O Congresso Francês de Cirurgia», «Técnica da anestesia por inalação», «Clorofórmio ou éter?», «O internato», «O óleo canforado no tratamento das peritonites agudas», «O tétano dos recém-nascidos», «A história da Medicina em Portugal», «A trepanação sob anestesia local», «Os socorros de urgência em Lisboa», «Perfurações da febre tifóide», «Sobre abscessos ce-

rebrais de origem óptica», «Sutura da artéria e da veia popliteias».

Foi também presidente da Liga dos Antigos Combatentes da Grande Guerra, colectividade que lhe mereceu sempre o mais carinhoso interesse. Lisboaeta



DR. ALBERTO MAC-BRIDE

pelo berço, era-o também pelo espírito e pelo coração: foi um dos fundadores do Grupo «Amigos de Lisboa» e presidiu à sua primeira direcção. Era actualmente seu presidente da assembleia geral.

O Dr. Alberto Mac-Bride possuía, entre outras, as seguintes distinções honoríficas: medalha militar de ouro de Serviços Distintos em Campanha, medalha de prata de campanha do Exército Português, medalha de «Victoria Military Cross», grau de cavaleiro da Coroa da Bélgica e comenda da Ordem de Santiago.

Era irmão da sr.^a D. Maria Sofia Mac-Bride, do Dr. Eugénio Mac-Bride e do coronel José Mac-Bride.

O funeral do Dr. Alberto Mac-Bri-

de foi uma das maiores manifestações de pesar realizadas em Lisboa nos últimos tempos.

Nas horas que o precederam, desfilaram ante o seu corpo, depositado no salão nobre da Liga dos Combatentes da Grande Guerra, milhares de pessoas de todas as condições sociais em incessante romaria que motivou a organização dum serviço de policia para regularizar o trânsito. As coroas, os ramos de flores, as mensagens de pesames atingiram proporções impressionantes. Às 12 horas, a urna coberta com a bandeira nacional, foi retirada da câmara ardente para um armão do Exército pelos colaboradores do morto no serviço 5 dos Hospitais Cívicos e chegou uma hora depois ao cemitério do Alto de S. João, onde era aguardada por grande multidão.

Aos ombros de antigos combatentes da Grande Guerra; o ataúde entrou no cemitério entre alas de enfermeiras dos H. C. L. e foi conduzido para a capela, onde se resou o «libera-me» exequial. Dali seguiu para o coval 1.403 do talhão dos Combatentes, no qual ficou sepultado.

Junto da Campa o Prof. Xavier Morato, vice-presidente da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, fez o elogio do ilustre finado, tendo proferido estas palavras:

Em nome da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa apresento as minhas derradeiras homenagens àquele que era seu presidente, o grande cirurgião Dr. Alberto Mac-Bride Fernandes. A emoção tão justificada neste momento não me dá ânimo para traçar o seu perfil moral e referir as muitas qualidades do seu carácter e ainda lembrar a sua acção educadora e exemplar como cirurgião do Banco do Hospital de S. José e o papel que desempenhou como presidente do Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos, numa época difícil da vida deste organismo. Mas essa mesma emoção obriga-me a pronunciar palavras de louvor e agradecimento pela sua extraordinária fidelidade à nossa centenária Sociedade de Ciências Médicas, em cuja actividade participou sempre com o maior entusiasmo e para cuja vida, progresso e engrandecimento contribuiu com o maior esforço e a maior dedicação.

Pena foi que só tão tarde a Sociedade lhe tivesse imposto a obrigação de aceitar a presidência a que sempre modestamente se esquivou.

Por tudo isto é de inteira justiça que, como vice-presidente da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa e em meu nome pessoal, proclame a enorme gratidão desta Sociedade para com a memória do Dr. Alberto Mac-Bride, o qual não foi apenas seu sócio, seu secretário-geral e seu presidente. O Dr. Alberto Mac-Bride foi sempre fonte viva de energias e entusiasmos postos abnegada e dedicadamente ao serviço da

MARTINHO & C.^{da}

Tudo o que interessa
à medicina e cirurgia

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

Sociedade. Perante o corpo dum homem que foi exemplo de amor à sua profissão e excelso cumpridor da sua ética e dos seus deveres; apaixonado cultor das suas virtudes e dos seus progressos; acérrimo defensor dos seus direitos — curvo-me respeitosa e comovidamente.

Dr. Carlos Arruda Furtado

Na sua residência, em Lisboa, faleceu no dia 13 de Janeiro o Dr. Carlos de Arruda Furtado, médico distinto que, no exercício de importantes funções públicas, revelou sempre uma dedicação pouco vulgar e uma admirável competência técnica, merecedoras de altos louvores oficiais. Nascido em 1886, dedicou-se desde muito jovem ao estudo de problemas sanitários, tendo desempenhado, sucessivamente, os cargos de subdelegado de saúde, delegado, inspector de saúde de Lisboa e, finalmente, inspector-superior. Foi, também, vogal do Conselho Superior de Higiene e da Junta Sanitária das Águas, professor de vários cursos de Medicina Sanitária, médico dos H. C. L. e director de Serviço Clínico dos mesmos Hospitais. Deixa valiosa obra constituída por numerosos trabalhos sobre temas de Saúde Pública.

Dr. Vasconcelos Dias

No dia 28 de Janeiro, faleceu em Lisboa, o coronel-médico e cirurgião dos H. C. L., Dr. Alfredo Guilherme de Vasconcelos Dias, que exerceu sempre a clínica como um verdadeiro sacerdote, mais valorizando assim os seus méritos científicos. Como militar, tomou parte na Grande Guerra de 1914-1918, em África, à testa dos serviços de Saúde. Tinha uma larga e brilhante folha de serviços e era possuidor de várias condecorações. Nascera em 1884, contando, portanto, 68 anos de idade. Formou-se em 1906, pela Escola Médica Cirúrgica de Lisboa e foi inspector dos Serviços de Saúde Militar do Governo Militar de Lisboa e director do Hospital Militar Principal, na Estrela. A sua integridade de carácter e os primores da sua inteligência fizeram-lhe merecer o mais sincero apreço de quantos com ele privavam, motivo por que a sua morte é profundamente sentida, tanto no meio militar como na classe médica.

Deixa viúva a sr.^a D. Maria Martinho Vasconcelos Dias e era pai do Dr. Luís Vasconcelos Dias e das s.as D. Maria da Conceição Vasconcelos Dias e D. Maria Leonor Vasconcelos Dias.

O préstito, que foi concorridíssimo, constituiu uma sentida demonstração de pesar, nele se tendo incorporado numerosos oficiais do Exército, médicos, principalmente dos hospitais militares e civis, e muitas outras pessoas de várias categorias sociais. A urna, coberta com a bandeira nacional foi conduzida, em auto-fúnebre militar, ao cemitério dos Prazeres, onde ficou depositada em jazigo de família. Desde a entrada do cemitério até ao jazigo, soldados do Regimento de Sapadores fizeram alas.

Faleceram

— Em Lisboa, o sr. coronel Artur Quintino Rogado, pai do Dr. Luís Quintino Rogado.

— Em Bragança, o Dr. Francisco Inácio Teixeira Moz, de 53 anos, médico naquela cidade, de cujo hospital da Misericórdia era médico auxiliar. Foi também subdelegado de Saúde daquele concelho, médico municipal e director clínico do Dispensário de Higiene Social. Foi comandante de «lança» da L. P. e médico dos serviços legionários e exerceu, também, serviços clínicos na P. S. P. local e em todas as instituições de carácter social e benéfico, como a Associação de Socorros Mútuos dos Artistas de Bragança, Bombeiros Voluntários, etc.

— Em Lisboa, a sr.^a D. Odete Freitas Silva da Costa Lima, cunhada do Dr. Renato Damas Mora.

— Em Lisboa, o Dr. Francisco Fortunato de Moraes Sarmiento, de 66 anos, médico, natural de Chaves.

— No Entroncamento, a sr.^a D. Inocência da Silva Crispim Nunes, sogra do médico local Dr. Furtoso Mendes.

— Em Lisboa, a sr.^a D. Capitolina Augusta Rodrigues Guiomar, avó do Dr. Alfredo Almada Araújo.

— Em Portalegre, o Dr. Lauerano António Picão Sardinha, de 82 anos, capitão-médico, reformado, grande benemérito, protector de várias instituições de caridade daquela cidade, nas quais despendeu grande parte da sua fortuna. Era possuidor das insígnias da Ordem da Benemerência, com que o Governo o agraciara, e comendador da Ordem Militar de Aviz, e possuía a medalha de prata de exemplar comportamento.

A sua morte foi ali muito sentida.

Novidade!

Em dores intensas

POLAMIDON»C«
»HOECHST«

Bem tolerado devido a um componente de acção vagolítica
Especialmente apropriado á clínica quotidiana

Embalagens:

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

Soluto injectavel a 1/3%: 10 ampolas de 1 cc



FARBWERKE HOECHST

vormals Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal:

Mecius Lda.

Rua do Telhal, 8-1.º E - LISBOA

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 19 a 23 de Fevereiro)

Dia 19 — Na Faculdade de Medicina do Porto, às 15 horas, efectua-se a 4.ª reunião do ano corrente, com o seguinte programa: «Extase biliar experimental», pelo Dr. Júlio Costa; «Relações tiro-suprarrenais; a iodemia na doença de Addison», pelos Drs. Carlos Alberto da Rocha e Inácio Salcedo; «A correlação entre o comprimento dos ossos longos e a estatura, em rapazes de 12 aos 14 anos», pelos Drs. Albano de Ramos e Abel Tavares; «Lesões crânio-encefálicas mortais por pontoada de guarda-chuva», pelo Prof. Dr. Carlos Lopes.

— O «Diário do Governo» publica a relação dos novos médicos admitidos definitivamente nos Hospitais Civis de Lisboa, depois das provas prestadas nos concursos para internos do internato complementar, contratados além do quadro (internos graduados).

20 — Em reunião extraordinária do corpo clínico do Hospital do Ultramar, e sob a presidência do seu director, coronel médico Dr. João Pedro de Faria, realiza pelas 21 e 30, o dr. Eduardo Alcivar, presidente da Sociedade Equatoriana de Ortopedia e Traumatologia, uma conferência subordinada ao título «A osteotomia-osteoclasia no tratamento das deformações ósseas».

— No Porto, pelas 21 e 30, no salão nobre do Hospital Militar Regional n.º 1, tem lugar uma conferência médica subordinada ao tema: «Tuberculose cutânea» e que faz parte de um ciclo de conferências que se vêm efectuando quinzenalmente, desde o passado mês de Outubro, pelos clínicos em serviço naquele estabelecimento hospitalar.

O conferente é o Dr. Aureliano da Fonseca.

— O «Diário do Governo» insere a lista dos candidatos classificados no concurso para internos do internato complementar dos serviços gerais de clínica cirúrgica dos Hospitais Civis.

— Chega a Lisboa, o Dr. Cardoso Fontes, membro do Instituto Oswaldo Cruz, que vem realizar algumas conferências no nosso País, a convite da Sociedade de Ciências Médicas.

— Entre outros são eleitos sócios correspondentes da Academia das Ciências de Lisboa o Prof. Carlos Chagas, Filho, do Brasil e o Prof. D. José Artigas, da Academia das Ciências de Madrid, definido por Ramon y Cajal como criador da indústria científica espanhola.

23 — Em Lisboa, pelas 21 e 30, reúne-se a assembleia geral da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, com a seguinte ordem de trabalhos: Apreciação e votação do relatório e contas da gerência finda; prémios «Ciba»; eleição de novos sócios; e eleição dos corpos gerentes.

Estrangeiro

— Na homenagem que os livreiros de Madrid ofereceram a Gregório Marañón conta-se também um jantar, onde aquele ao agradecer, foi dizendo entre outras as seguintes palavras: que subscrevia a sentença de Plínio, popularizada por Cervantes, de que «não há livro mau que não tenha alguma coisa boa». Inteiramente mau não há nenhum livro. Pelo menos não os encontro, não obstante a minha voracidade de leitor. Decerto que os moralistas têm que

usar, por vezes, de um index, mas trata-se sempre de medidas transitórias, encaminhadas a restituir a saúde à humanidade agitada. Que um médico proíba aos seus doentes os doces ou o «rost-beef», não quere dizer que estes alimentos sejam maus, mas que há pessoas a quem lhes faz mal. Muitas vezes, todos os sabéis, nós médicos nos enganamos. Mas os livros não se escrevem para os doentes, mas para os sãos, para a larga e eficaz humanidade criadora da civilização. O livro verdadeiramente dissolvente e imoral, o livro fundamentalmente impio, não foi nunca invenção criada para perturbar a sociedade onde brotou. Foi, pelo contrário, produto dos males dessa sociedade, expressão de um estado anormal e subversivo, que quando alcança uma determinada densidade, cristaliza em muitas coisas, e entre elas no livro. O mau livro é sempre o epílogo da maldade colectiva e nunca da do seu criador».

— Na Inglaterra a epidemia da gripe, dizem os jornais diários, já vitimou mais de 1.500 pessoas desde o início do ano. Dizem-nos que lhe chamam «alemã» e talvez com os mesmos motivos porque nós já chamamos a algumas a «espanhola». Ou será por semelhança com o «blitz»...

— Em Espanha, em Bilbao, organizou-se o Clube dos Gordos, com a assistência de mais de 25 obesos! Num almoço efectuado a razão de cada um consistiu em 1 quilo de «entradas», sopa de tartaruga, enguias, um frango, fruta variada e muitas coisas mais. Os pesos oscilam entre 165 e 116. Este pertence ao mais leve dos vogais da direcção. Tem como divisa este clube «generosidade, humor e bondade». Nos estatutos está proibido o uso de verduras, água mineral, bicarbonato, submeter-se a regimens médicos e exercicios ginsticos (peor que a Federação)! No final da reunião o presidente gritou os seguintes «Abaixo o bicarbonato» e «Abaixo as úlceras», calorosamente correspondidos.

— Em Madrid, o Dr. Ruy Acácio da Silva, director da Cruz Vermelha de Leiria, proferiu no Dispensário da Cruz Vermelha Espanhola uma conferência intitulada «A Rainha Santa Isabel, filha de D. Pedro I de Aragão, precursora da assistência em Portugal». Também se referiu depois à obra da C. V. P. desde 1865 até aos nossos dias.

— Dizem de Washington que os E. U. não terão medicina socializada. Os Estados Unidos não terão «medicina socializada» durante a administração republicana—disse a senhora Oveta Culp Hobby, nova administradora da segurança social.

Disse que a posição republicana e a anunciada posição do Presidente Eisenhower punham claramente de parte uma tal possibilidade.

Houve criticas atacando a proposta do antigo Presidente Truman para assistência médica financeira por impostos sobre os salários, a qual classificaram de «medicina socializada». Truman desmentiu que fosse tal coisa.

— O trabalho do Dr. Andrés Sanches Santamarina foi premiado pela Real Academia Nacional de Medicina, de Madrid, com o Prémio Calvo Martin e Martinez Molina.

— Em Chicago reuniu em Congresso o Colégio dos Radiologistas Americanos.

— Em S. Paulo, o Colégio Americano de Cirurgiões em sessão Interamericana.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para provimento do lugar do 2.º partido médico com sede no Luso (Mealhada).

— Para provimento do cargo de médico municipal do partido rural com sede e domicilio obrigatório na vila da Atouguia da Baleia e Serra d'El-Rei (Peniche).

— Para provimento do cargo de médico municipal do 4.º partido, com sede na freguesia de Alvelos, (Barcelos), vago pelo provimento do Dr. António Neco Duarte Coutinho, no 2.º partido, com sede na freguesia de Vila Cova, do mesmo concelho.

Estrangeiro

Decorre em Hamburgo, até 30, um Curso de Medicina e Higiene Militares, Patologia exótica e Parasitologia médica.

— Decorre, recém-iniciado, até 16 de Abril, em Barcelona, um curso sobre doenças do aparelho digestivo.

— Em Boston realiza-se de 26 a 28 de Fevereiro a IX reunião anual da Academia Americana de Alergia.

— De 1 a 7 de Março realiza-se em Montevideo o XVI Congresso Internacional de Medicina e Farmácia Militares.

— De 5 a 7 de Março realiza-se em Chicago o Congresso da Associação Central de Cirurgia.

— Em Palma de Maiorca vai realizar-se no ano corrente (de 1 a 3 de Maio) o 1.º Congresso de Medicina Interna da União Médica Mediterrânica.

— Em Rosário (Argentina) vão realizar-se nos dias 21 e 22 de Agosto do ano corrente as Jornadas Ginecotológicas que o Ateneu D. Rafael Araya organiza.

— Em Genebra reúnem a Sociedade Suíça de Gastro Enterologia com a Sociedade similar da região lionesa. Esta reunião, que se repete anualmente, tem lugar nos dias 14 e 15 de Março.

— Em Toulouse, de 7 a 9 de Abril reúne o XI Congresso Nacional da Tuberculose.

— Em Londres, de 23 a 25 de Abril realiza-se o Congresso Anual da Sociedade de Oftalmologia.

— Em Copenhague celebrou-se uma sessão comemorativa do centenário de Ramon y Cajal. O Reitor da Universidade pronunciou um discurso onde exaltou a figura desse grande investigador e pediu à assistência que guardasse um minuto de silêncio em sua memória.

— Em Washington, o embaixador de Espanha entregou o titulo de académico, da Real Academia Francesa, de Madrid, ao Dr. David Macht, director do Laboratório de Investigações Farmacológicas, do Hospital Sinai de Baltimore e membro da Associação Americana para o Progresso das Ciências, do Instituto Físico Americano, da Associação de Psicologia, da Sociedade Farmacológica e da Associação Médica dos Estados Unidos.

— De Londres informam que «Há boas razões de crer que num futuro próximo, a difteria poderá ser classificada, com a varíola, a peste e a lepra, entre as doenças que deixaram de existir em estado endémico na Grã-Bretanha, afirmou o dr. A. C. Perkins, chefe dos serviços médicos do condado de Middlesex, no seu relatório anual para 1951. Assinala como «um acontecimento virtualmente total da difteria, outrora a mais mortal das doenças contagiosas das crianças», no seu condado, que tem 2.700.000 habitantes. Com efeito, em 1951 só ali se registaram quatro casos de difteria, nenhum dos quais mortal.

«O desaparecimento da difteria — conclui o dr. Perkins — representa um triunfo da educação sanitária».

BAIXA DE PREÇOS

SYNERGISTIN

Um produto de Consagração Mundial
3 Doseamentos 3 Exitos

Synergistin Normal—Sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a 0,5 gramas de dihidroestreptomicina base 300.000 U. O. de Procaína Penicilina G Cristalizada, 100.000 U. O. de Penicilina G sódica Cristalizada.

1 Dose	Esc.	23\$00
3 Doses	Esc.	66\$00
5 Doses	Esc.	107\$00
10 Doses	Esc.	207\$50

Synergistin Forte —É igual à dose normal na Penicilina mas com 1 grama de Dihidroestreptomicina base.

1 Dose	Esc.	32\$00
3 Doses	Esc.	92\$50
5 Doses	Esc.	150\$00
10 Doses	Esc.	295\$00

Synergistin Infantil—Metade da dose normal

1 Dose	Esc.	15\$50
3 Doses	Esc.	42\$50

Esta substância está protegida e registada na Secção 505 da U. S. Food Drug and Cosmetic Act.

Apresentada em Portugal pelos :



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
Biológicos

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

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 12-2 a 19-2-53)

Relação dos candidatos aprovados no concurso para internos do internato geral, dos Hospitais Cívicos de Lisboa, classificados pela seguinte ordem: Drs: Manuel Machado Sá Marques, Carlos Augusto Lima das Neves, Nuno de Aguiar Duarte Silva, Francisco Xavier da Costa Bastos, Rui José Rebelo de Andrade, Jorge Eduardo Ferreira Girão, António Varela Fêria de Araújo Rocha, António Bravo de Sousa Uva, Fernando Leal da Costa, João Manuel Ruas Ribeiro da Silva, João Manuel Bentes de Jesus, Pompeu Nabais Barreiros Moreno, António Pedro Cabral de Abreu, Avelino Fortes Espinheira, José Pedro Jorge Chaves Vieira da Fonseca, Frederico Celestino Ferreira Regala, Maria Manuela Antunes, Maria Antónia Ferreira Resina Mota da Costa, Maria João Amaro Correia, Maria da Graça Monteiro Pina de Moraes, Mário Gentil Quina, Maria Adélia Peres da Costa, José Luís da Câmara Vieira da Costa, José Carmo Leles de Gomes Meleiro, José Balcão Fernandes Reis, José Luís de Brito Barata, José Manuel Camejo Garcia da Cunha e Sá, Berto Luís Guerreiro Carmo e Maria dos Santos.

— Relação dos candidatos que foram classificados no concurso, para internos do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa, pela seguinte ordem:

Drs. José Jacinto de Sousa Gonçalves Simões, João Luís Barroso da Fonseca, Mário da Silva Simões de Carvalho, Maria do Céu Dinis Sampaio de Sacadura Freire Cabral, António Manuel da Silveira Saraçoça, Carlos Filipe de Aguiar Manso, Georgette Marguerite André Hélène Barret e Maria José Embaixador Pascoal.

— Dr. Guilherme do Amaral Abranches Pinto, médico de 1.ª classe do quadro médico comum português — transferido, por conveniência de serviço, de S. Tomé e Príncipe para Moçambique, indo ocupar a vaga resultante da promoção a médico inspector do médico de 1.ª classe Dr. Rafael Cordato Miguel Saturnino de Noronha.

— Dr. Abel Vasco de Noronha Walfango da Silva, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado na Guiné — nomeado definitivamente, para aquele lugar.

— Dr. Gastão Manfredo Reimão Moraes de Castro, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Moçambique — nomeado definitivamente.

— Dr. Alberto Moreira da Rocha Brito, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra — autorizado a ausentar-se para o estrangeiro durante o período das férias do Carnaval.

— Dr. João Maria de Oliveira Machado — concedido a título de professor agregado de Medicina Interna pela Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Relação dos candidatos admitidos ao concurso para médicos escolares dos distritos de Castelo Branco (Covilhã) e Ponta Delgada:

Dr. Amândio Nunes, Dr. Angelo Flecha Ançã, Dr. António de Matos Viegas de Carvalho, Dr. Aristides Vaz de Barros, Dr. Luciano Ezequiel Nogueira Carvalho Castanheira, Dr. Manuel Diogo Gamboa da Costa, Dr. Vitorino Vieira Dinis dos Santos.

— Prof. Artur Ricardo Jorge, cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa — concedida

equiparação a bolseiro no País, com dispensa do serviço a seu cargo naqueles Hospitais, durante um ano.

— Dr.ª Isaura Pereira do Rosário Canto, médica estomatologista da Federação de Caixas de Previdência — concedida equiparação a bolseira fora do País, durante três meses.

14-2

— Bernardino Alvaro Vicente de Pinho — exonerado, a seu pedido, a partir de 29 de Janeiro findo, do lugar de director de serviços técnicos do quadro do pessoal técnico da Direcção Geral de Saúde, em virtude de ter tomado posse do exercício de outras funções do mesmo quadro.

— Dr. José Manuel Fernandes Cardoso, médico civil — nomeado para prestação de assistência clínica geral no regimento de infantaria n.º 16 e guarnição militar de Évora.

— Dr. Adérito Moreira Pinto, médico civil — nomeado para desempenhar o cargo de médico estomatologista no Hospital Militar Regional n.º 1.

16-2

Portaria que aprova a deliberação tomada pela Câmara Municipal do concelho de Freixo de Espada-à-Cinta, relativa à criação do 2.º partido médico, com centro na sede da freguesia de Lagoaça, abrangendo esta e as freguesias de Fornos e Mazouco.

— Dr. António Manuel Carvalho de Pinho — autorizado a exercer clínica como médico externo na Estância Termal das Caldas de Monção.

17-2

— Dr. Eugénio Rocha Santos, director de serviços técnicos do quadro do pessoal técnico da Direcção Geral de Saúde — nomeado para fazer parte da comissão a que se refere o § 4.º do artigo 145.º do Código Administrativo, como representante da mesma Direcção Geral de Saúde, por motivo de ter falecido o Dr. Carlos de Arruda Furtado.

— Dr.ª Maria Luísa Jardim Cascais, médica civil — nomeada para prestação de serviço no laboratório de transfusão de sangue do Hospital Militar Principal.

— Dr. António Veiga Dias Gomes — nomeado, precedendo concurso, médico radiologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas de Moçambique, indo ocupar um dos lugares criados e ainda não provido.

18-2

— Dr.ª Maria Adelaide Bravo Melo, médica civil — nomeada para desempenhar o cargo de médica analista no laboratório do Hospital Militar Principal.

— Dr. António Morais David — nomeado professor extraordinário do 6.º grupo (Medicina Interna) da Faculdade de Medicina de Lisboa, por ter sido aprovado em concurso de provas públicas, ficando sujeito a recomendação no fim de três anos de exercício.

— Encontra-se vago o lugar de médico escolar, do distrito do Funchal — um lugar do sexo masculino.

— Capitão de fragata Dr. João Rodri-

gues Nunes da Costa — promovido ao posto de capitão de mar e guerra.

— Capitão tenente Dr. José da Silva Nogueira — promovido ao posto de capitão de fragata.

19-2

— Relação dos candidatos admitidos definitivamente para internos do internato complementar, contratados além do quadro (internos graduados) dos H. C. L.

Clinica Cirúrgica:

Drs. Amadeu de Magalhães Peixoto de Menezes, António Delgado da Graça Moraes, António Godinho Mónica, António Marques Pereira, Diamantino Octávio de Sousa Pinheiro Lopes, Eugénio José de Ascensão Ribeiro Rosa, Fernando António Pacheco e Melo Franco, Fernando de Figueiredo Salgueiro Rego, Francisco Cruces Fernandes, João Fernando de Maia Lamarão Gomes Rosa, João José Mendes Fagundes, José Carlos de Oliveira, José Furtado Mateus, Luís Carneiro Lopes Alpoim e Pedro de Castro Mota Pais de Vasconcelos.

Clinica Médica:

Drs. Fernando Eugénio da Silva Veiga Froçolo, Fernando de Melo Caeiro, João Sá Nogueira, Joaquim Carlos Barreto Fragoço, José Maria Martins, José Monteiro Lopes Guerreiro, Laura Guilhermina Martins Aires, Manuel da Silva Ribeiro Barbosa Martins, Maria Helena Barreto dos Santos Pinto, Mário José Gomes Marques, Pedro Eurico Correia Lisboa e Vicente Rocha.

Urologia:

Dr. Júlio Duarte Homem Cristo.

Estomatologia:

Dr.ª Maria Luísa Vidigal Simplicio.

Pediatria Médica:

Drs. Maria Irene Amigo de Figueiredo e Orlando Gomes da Silva.

Neurologia:

Drs. Eduardo Moradas Ferreira e Orlando Ribeiro de Carvalho.

Serviço de Transfusão de Sangue:

Dr. Carlos Alberto Freire de Oliveira.

— Dr. António de Barros Coelho de Campos do Amaral, médico — contratado, para prestar serviço no quadro complementar dos cirurgiões e especialistas dos serviços de saúde da Província de Angola como ortopedista - traumatologista, indo ocupar o lugar criado naquele e ainda não provido.

— A Câmara Municipal de Olhão declara que o Dr. José dos Santos Martins foi nomeado para o cargo de médico municipal do 3.º partido com sede e residência obrigatória na Aldeia de Moncarapacho.

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomosa do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António), José Aroso, J. Frazão de Nazareth (Dir. do Hosp. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.to António) — PORTO

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Deleg. de Saúde de Portalegre), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 120\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 160\$00; Outros países: um ano — 200\$00

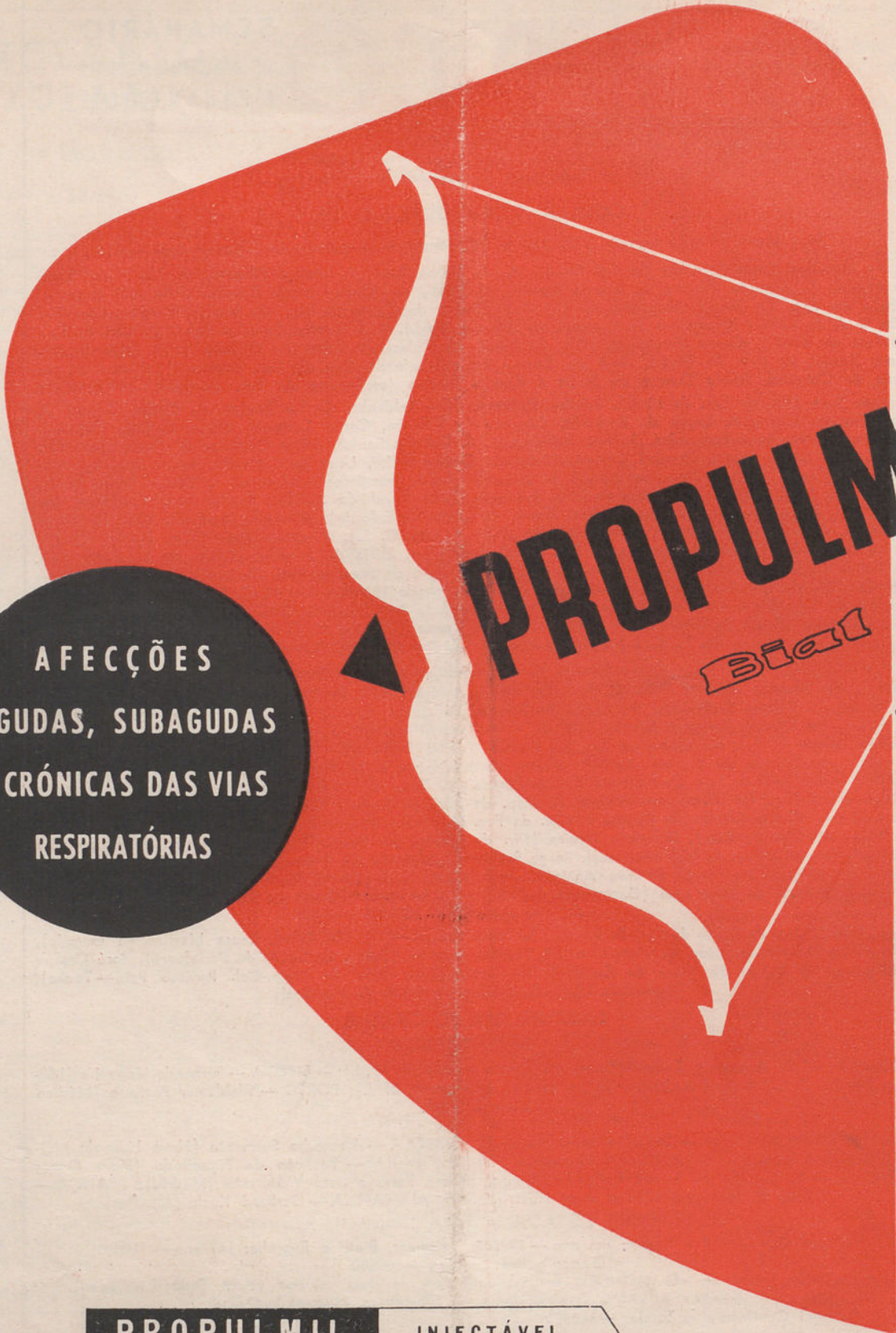
Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

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

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

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

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



**AFECCÕES
AGUDAS, SUBAGUDAS
E CRÓNICAS DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS**

PROPULMIL INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I.
QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr.
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

PROPULMIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,1 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,2 gr. EUCALIPTOL 0,2 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por supositório.

PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D₂ 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.