

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 127
4 de Fevereiro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

NOVO!

NEO-ANALGIL AZEVEDOS



- ANTI-REUMÁTICO
- ANALSÉSICO
- ANTI-FLOGÍSTICO

FÓRMULA

Salicilato de dietilamino-morfolina . . .	20%
Nicotinato de benzilo	5%
Complexo hidrossolúvel de essências anti-sépticas e anti-flogísticas . . .	3%
Excipiente hidro-miscível apropriado .	q.b. 100

- ALTA CONCENTRAÇÃO EM IÃO-SALICÍLICO
- ALTO PODER DE PENETRAÇÃO TRANSCUTÂNEA
- VASODILATAÇÃO E RUBEFAÇÃO LOCAL SEM IRRITAÇÃO CÁUSTICA

APRESENTAÇÃO

CREME HIDROSSOLÚVEL — bisnagas de 20 gr,
e de 40 g
LINIMENTO — frascos de 40 g

SEM CHEIRO DESAGRADÁVEL, NÃO
MANCHA A ROUPA, É LAVÁVEL COM ÁGUA



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.
A. SALVADOR JÚNIOR — <i>Neoformações benignas do estômago</i>	75
AURELIANO DA FONSECA, ALVES MOREIRA, MÁRIO BASTO E WILHELM OSSWALD — <i>Movimento de consultas e doenças no Serviço de Dermatologia e Venereologia do Dispensário Central de Higiene Social do Porto — 1947-1952</i>	85
MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS</i> — O reumatismo na Suécia	95
<i>Enxertos ósseos</i>	97
<i>Implantação do osso autoplástico, homoplástico e heteroplástico</i> <i>Reabilitação</i>	98

SUPLEMENTO

	Pág.
<i>A Medicina no pequeno Mundo</i> — JOAQUIM PACHECO NEVES	67
<i>O Tio das Taipas</i> — M. DA SILVA LEAL	68
<i>Ecos e Comentários</i>	70
<i>Aspectos do exercício da Medicina, em meio rural</i> — BERNARDINO DE PINHO	71
<i>Assistência Hospitalar</i>	74
<i>Noticiário diverso.</i>	

Em cada gota...

2,5 mg.

de ácido ascórbico

O CECON GOTAS constitui uma forma líquida de vitamina C, estável sem necessidade de refrigeração. Cada gota do conta-gotas especial que acompanha o frasco, contém 2,5 mg. de ácido ascórbico; 100 mg. por centímetro cúbico. Completamente solúvel na água, no leite ou noutros líquidos, é facilmente miscível nas farinhas ou alimentos similares. Torna-se desnecessário desfazer comprimidos que podem obstar o biberon ou deixar resíduos no recipiente; o doente toma a dose exacta que o médico especifica. O CECON GOTAS é apresentado em frascos de 10 c. c. e 50 c. c.



Equivalências do Cecon com os alimentos

CECON GOTAS	Sumo de tomate conservado	Sumo fresco de laranja	Laranjas de tamanho regular	Bananas frescas
4 Gotas (0,1 cm. ³) 10 mg. de ácido ascórbico	77 cm. ³	22 cm. ³	21% ou 1/5	1/5 de banana pequena
8 Gotas (0,2 cm. ³) 20 mg. de ácido ascórbico	154 cm. ³	44 cm. ³	42% ou 7/16	2/5 de banana pequena
12 Gotas (0,3 cm. ³) 30 mg. de ácido ascórbico	231 cm. ³	66 cm. ³	63% ou 5/8	Uma banana pequena

Estas equivalências são aproximadas e referem-se apenas ao conteúdo em Vitamina C. e não aos outros elementos nutritivos contidos nos alimentos.

Cecon^{*}
MARCA REGISTADA
Gotas

(Solução de ácido ascórbico a 10%, em propileno-glicol, Abbott)

ABBOTT LABORATÓRIOS, L.^{DA}
Rua Joaquim António de Aguiar, 43 r/c. DI.^o
LISBOA—PORTUGAL



Neoformações benignas do estômago ⁽¹⁾

A. SALVADOR JÚNIOR

(*Prosector de Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina do Porto*)

RESUMO DAS OBSERVAÇÕES PESSOAIS

Obs.	Sexo	Idade	Diagnóstico clínico	Diagnóstico histológico
I	♂	40 anos	Úlcera cicatrizada	Hipertrofia do piloro
II	♂	53	> gástrica	> > >
III	♂	39	> degenerada	> > >
IV	♀	?	> ? cancro ?	> . >
V	♀	39	> gástrica	Hipergênese nervosa
VI	♂	34	> >	> >
VII	♂	27	Crises dolorosas	Pólipo mucoso
VIII	♀	49	?	> >
IX	♀	37	?	> >
X	♀	61	?	> >
XI	♂	47	Úlcera gástrica	Liomioma
XII	♀	39	> >	Fibromioma
XIII	♀	53	> >	Neurinoma
XIV	♀	51	> cicatrizada	>
XV	♀	52	> gástrica	>
XVI	♀	40	> >	Neuro-fibroma
XVII	♂	65	> calosa	Neurinoma
XVIII	♂	38	> gástrica	Adenoma ulcerado
XIX	♀	53	Pólipo	>
XX	♀	37	Úlcera gástrica	Adeno-fibroma
XXI	♀	55	> >	Adenoma de HAYEM
XXII	♀	60	Polipose	Poliadenoma cancerizado
XXIII	♀	61	Carcinoma	Pápilo-adenoma >
XXIV	♀	61	Úlcera? cancro?	> > >

As neoformações benignas do estômago têm sido consideradas pouco frequentes e só excepcionalmente dignas de interesse (KAUFMANN). Todavia, desde que as estatísticas se enriquecem pela notificação de casos e se procuram basear em elementos fornecidos pela observação endoscópica do estômago e por exames necrópsicos, verifica-se não ser a sua frequência tão limitada como se supunha.

Em 1925, EUSTERMAN & SENTRY (citados por BOCKUS) atribuíram-lhes a percentagem de 1,3 entre todos os tumores do estômago, percentagem esta que em 1930 e 1936 se eleva, respectivamente, para 17 e 26 p. 100, em consequência das pesquisas realizadas em autópsias por RIENIETS e por RIGLER & ERICKSEN; o conceito de raridade perde, pois, terreno, pelo menos para aquelas formações desenvolvidas a partir do componente neuro-muscular da parede, e bem assim para as de índole inflamatória; pelo contrário, os teratomas consideram-se, ainda hoje, verdadeiras excepções.

Ainda contra o modo de ver de KAUFMANN está o aserto de GUTMANN ao afirmar que «os tumores benignos do estômago, pela diversidade de aspectos que podem revestir e pelas dificuldades do seu diagnóstico clínico, constituem um dos capítulos mais interessantes da patologia digestiva». Do mesmo modo pensam todos aqueles que a este assunto têm prestado a sua atenção, nos últimos tempos: DEBRAY, HELWIG, HARRY YARNIS e outros mais.

Com efeito, se alguns desses tumores são achados necrópsicos ou se surpreendem durante um exame radiológico ou endoscópico fortuitos, e não deram lugar a quaisquer sinais de sofrimento gástrico, muitas vezes o seu cortejo sintomático decalca-se sobre o da úlcera péptica ou do carcinoma do estômago, e a impossibilidade de os distinguir destes dois processos, principalmente do último, confere-lhes, como se compreende, importância muito particular.

A dor gástrica, com ou sem ritmo, a anemia, os vômitos, as hemorragias, o estado geral deficitário e as perturbações funcionais, quando presentes, nada têm de característico; e o estudo radiológico, se em escassas ocasiões permite ao clínico antever a possibilidade da sua existência — quando ao aspecto lacunar se associa a persistência da onda peristáltica — não pode ser decisivo, porquanto a interrupção dos movimentos ondulatórios da parede do estômago é susceptível de faltar no caso de tumor maligno. CACHIN e colaboradores, baseados nos sinais radiológicos e endoscópicos, fizeram, num doente, o diagnóstico de tumores benignos, mas o exame histológico das neoplasias extirpadas mostrou a índole carcinomatosa das lesões.

O exame directo por endoscopia da parede gástrica é auxiliar valioso, mas de nenhum modo concludente. O diagnóstico torna-se muito mais delicado quando há coexistência de úlcera, primitiva ou consequente à erosão da parede por crescimento progressivo do «tumor intersticial» na direcção da cavidade.

Por outro lado, a possibilidade da sua metamorfose cancerosa, várias vezes observada, opõe-se também ao conceito de todos aqueles que consideram estas neoformações simples curiosidades anátomo-clínicas.

Com o termo de «neoformações benignas» do estômago queremos designar todas as formações mais ou menos salientes nas superfícies interior ou exterior da parede do órgão e que estruturalmente apresentam características de benignidade. Quer se trate de produções flogísticas, de evolução mais ou menos lenta, quer a sua natureza seja averiguadamente blastomatosa, o que as reúne é a falta dos atributos que definem as neoplasias malignas. Simples hipertrofias ou hiperplasias e blastomas benignos cabem no âmbito que concede-

mos ao termo empregado. Muitas são chamadas pelos clínicos «pólipos gástricos», designação não específica (HARRY YARNIS) que pode abranger «tumores» de índole muito diversa; quando a empregarmos no decurso desta nota, será as mais das vezes para identificar produções hiperplásticas de natureza flogística e que se fixam às paredes do estômago por pedículo de comprimento variável; por outro lado, o termo de tumor benigno do estômago usado pelos clínicos, e que para GUTMANN é uma expressão puramente iconográfica, será tido na sua verdadeira acepção anátomo-patológica. E basear-nos-emos no predomínio das texturas para caracterizar um processo quando houver dificuldade na sua definição.

Sabemos que a simples hipertrofia de zona limitada da parede gástrica pode ocasionar saliências na cavidade e traduzir-se por sinais radiológicos ou determinar sintomatologia alarmante.

Referimos, como exemplo, a hipertrofia da camada muscular do piloro — exclusão feita da hipertrofia congénita das crianças.

No decurso dos exames histológicos de segmentos de estômago não é raro encontrar zonas em que a túnica muscular parece enovelar-se e tomar aspecto diverso do normal pela mutilação fibrosa que experimenta com o processo flogístico presente. Muitas vezes sem tradução clínica, motiva, outras, graves padecimentos, a impor terapêutica cruenta, na suspeita clínica de lesão ulcerosa ou neoplástica. O exame subsequente da peça operatória apenas mostra hipertrofia cir-

(1) Comunicação apresentada às Reuniões Científicas da Faculdade de Medicina do Porto (1953).

cunscrita ou difusa da parede, designadamente do anel pilórico.

A este propósito, são bem elucidativos 4 casos do nosso Arquivo, três associados a lesão ulcerosa, o restante sem vestígios de perda de substância.

Dos primeiros, importa mencionar o que se refere a um homem de 39 anos, em que a intensidade dos padecimentos gástricos levava à suspeita de úlcera cancerizada. O exame da peça operatória confirmou o diagnóstico de úlcera e mostrou, junto do piloro, um nódulo palpável exteriormente, identificado pelo exame histológico como hipertrofia nodular do anel muscular.

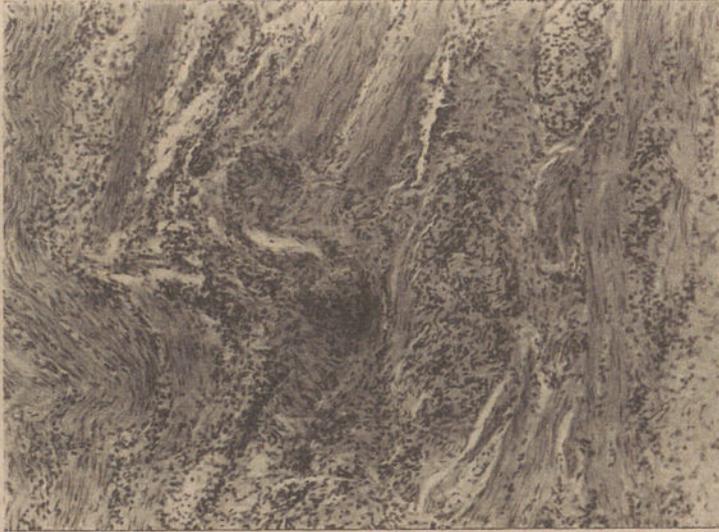


Fig. 1 — Hipergénese nervosa (Obs. V)

O caso que respeita a uma doente sem úlcera gástrica ainda é mais sugestivo, porque motivou intervenção sangrenta na suspeita de lesão cancerosa.

Refere-se a uma enfermeira religiosa que padecia de intensas dores gástricas, por vezes com ritmo certo, vômitos frequentes e hemorragias alarmantes, sinais estes acompanhados de precário estado geral. Ao examinarmos a peça ope-



Fig. 2 — Úlcera simples e nódulo liomiomatoso (Obs. XI)

ratória no momento da intervenção — a que assistíramos — apenas se notou atenuação das pregas da mucosa gástrica, muito adelgada na região do antro, e espessamento nodular do anel pilórico, confirmado, posteriormente, pelo exame microscópico. Algum tempo após a intervenção, os padecimentos desapareceram e o estado geral restabeleceu-se.

Nem só a túnica muscular está sujeita a hiperplasia e origina nodosidades endogástricas. Nos elementos nervosos podem passar-se fenómenos semelhantes acompanhados de sinais de padecimento intenso. É frequente nos estômagos ulcerados encontrarmos alterações daqueles elementos, muitas vezes só por si responsáveis pelos fenómenos dolorosos dos padecentes gástricos. O anátomo-patologista menciona essas alterações ao redigir os protocolos dos exames dos estômagos extirpados, confiante nos esclarecimentos que os seus informes podem dar ao clínico. De variada natureza, essas alterações traduzem-se por edema dos feixes nervosos, dissociação esclerosa e desaparecimento das fibras,

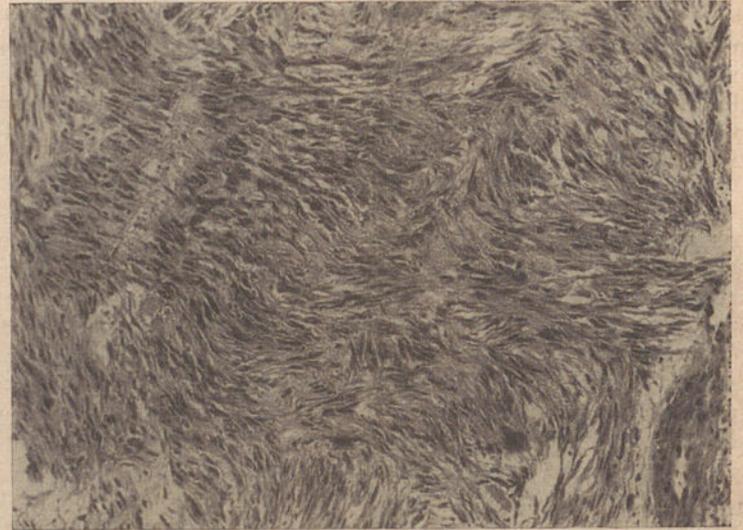


Fig. 3 — Liomioma (aspecto histológico) (Obs. XI)

restando, frequentemente do tronco nervoso apenas os elementos de SCHWANN no seio do conectivo mutilante. Ao lado deste processo destrutivo, aparecem outros casos em que os elementos nervosos se encontram em hiperplasia, formando áreas de extensão variável ou novelos salientes na mucosa; estas alterações passam-se quer nas vizinhanças da ulceração, quer em zonas afastadas, traduzindo-se, muitas vezes, por sinais de padecimento gástrico simuladores de lesão mais complexa.

No nosso Arquivo existem dois casos comprovativos da importância que estas simples hiperplasias podem assumir.



Fig. 4 — Fibro-mioma pediculado (Obs. XII)

O primeiro respeita a um doente internado na Enf. 1 do Hospital Geral de Santo António, António A. F., de 39 anos de idade, com um síndrome ulceroso, a justificar a intervenção. Ao exame da peça operatória apenas se notou um nódulo juxta-pilórico constituído, histologicamente, por feixes nervosos em hiperplasia, dispostos na intimidade da túnica muscular, junto da submucosa.

O segundo refere-se a um doente de 34 anos, internado na Enf. 3 do mesmo Hospital, cujos padecimentos gástricos também impuzeram intervenção sangrenta. No segmento de estômago enviado para análise o exame histológico revelou acentuada hiperplasia neuro-muscular, associada a moderada gastrite crônica. Tanto a hiperplasia muscular como a nervosa não revestiam o aspecto daquelas outras formações a que aludiremos mais tarde—miomas e neurinomas. Tratava-se de simples alterações hiperplásticas a acompanhar o processo flogístico existente. Nada se opõe a que posteriormente possam ser o ponto de partida de verdadeiras neoplasias pelo crescimento autónomo dos seus elementos constituintes.

Dignas de interesse são também as manifestações hiperplásticas do tecido linfóide das tûnicas gástricas. Nos processos ulcerosos podem assumir notáveis proporções (predominando os aglomerados na mucosa, submucosa e subserosa) a ponto de semearem a parede de pequenas saliências arredondadas, devidas a hiperplasia linfo-linfoblástica, circunscrita ou difusa, por vezes comparável à que se observa nos infiltrados leucêmicos.

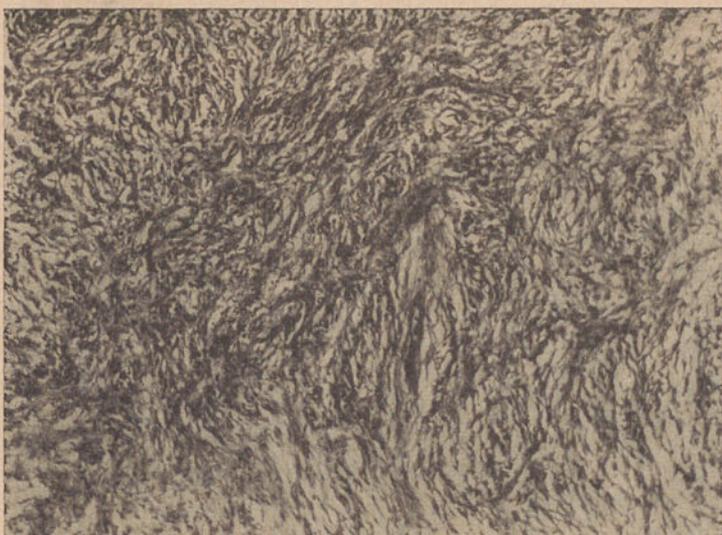


Fig. 5—Idem (aspecto histológico) (Obs. XII)

A mucosa do estômago pode apresentar proliferações localizadas, de maior ou menor saliência, únicas ou múltiplas, nas quais a adenose accidental se acompanha de estroma conectivo e muscular de densidade variável e se associa sempre a flogose mais ou menos intensa e, por vezes, de manifesto predomínio exsudativo; são os pólipos simples ou flogísticos da mucosa, no dizer de KAUFMANN. Segundo HELWIG e colaboradores — que lhes chamam *pólipos fibróides inflamatórios* — seriam resultantes da reacção dos elementos da parede a estímulos de vária ordem: química, bacteriana, metabólica ou traumática. De índole semelhante, segundo uns, verdadeiro blastoma, segundo outros, é o chamado *granuloma eosinófilo*, localizado na submucosa, o qual, no seu desenvolvimento progressivo, pode tornar-se saliente na cavidade, empurrando a tûnica epitelial, frequentemente ulcerada. Dele se ocupou, entre nós, ARSÊNIO NUNES que, discordando da opinião daqueles que o consideram verdadeiro granuloma em relação com manifestações alérgicas, segue o modo de ver de BOLCK, que lhe chama granuloblastoma, tomando-o por verdadeiro neoplasma, critério defendido por AMÂNDIO TAVARES e JOÃO DE MELO para análogas neoformações, de localização intestinal, que tiveram ocasião de estudar. No nosso Arquivo apenas possuímos 4 casos de *pólipos mucosos* simples.

Um respeita a um homem de 27 anos, com crises gástricas dolorosas que datavam de há 5 anos e, por sua intensidade e persistência, haviam imposto intervenção cirúrgica, seguida de ressecção parcial do estômago. O exame da peça operatória apenas mostrou a existência de pequena formação arredondada, mole, pediculada, do tamanho dum grão de milho, situada junto do anel pilórico e com as características de pólipo mucoso.

Outro desenvolveu-se no fundo do estômago dum doente de 49 anos, submetida a gastrectomia. A peça ope-

ratória foi enviada ao Laboratório sem quaisquer informes clínicos. Na pequena curvatura notava-se um nódulo mole, avermelhado, friável, com a configuração dum azeitona grande e a estrutura própria de pólipo mucoso. A esta formação se devem atribuir os padecimentos que aconselharam a mutilação, pois não se encontraram quaisquer outras lesões.

Do terceiro caso apenas foram enviados ao Laboratório dois pequenos fragmentos: tratava-se de uma formação da mucosa gástrica dum homem de 37 anos; o exame histológico mostrou também a estrutura habitual do pólipo mucoso.

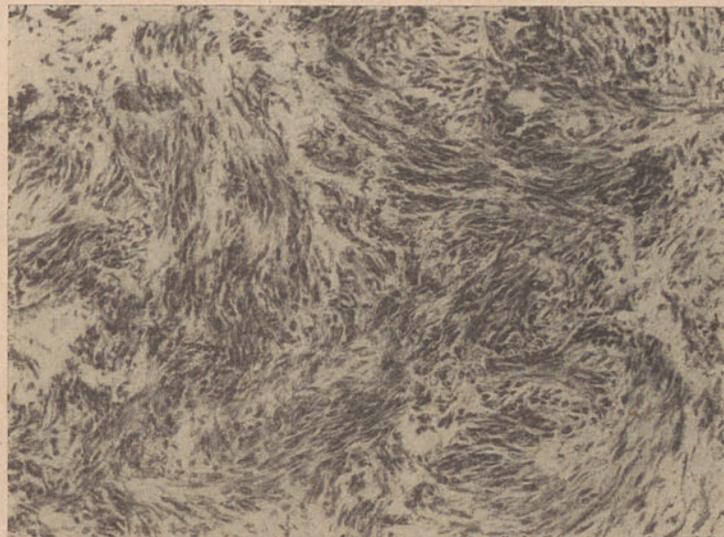


Fig. 6—Schwannoma (Obs. XV)

A última observação refere-se a uma doente (M. F. O.) de 61 anos, com um passado gástrico progressivamente agravado, a impor a intervenção. O exame do segmento de estômago mostrou, na pequena curvatura e junto do piloro, uma formação pediculada, vegetante, com aspecto de couve-flor, de coloração avermelhada e do tamanho dum azeitona. A textura histológica era a de um pólipo inflamatório da mucosa. Todavia, no ponto de implantação existia uma zona endurecida, onde se notavam sinais de metamorfose cancerosa, sob a forma de adeno-carcinoma.



Fig. 7—Pólipo adenomatoso (Obs. XIX)

Os casos até agora relatados dizem respeito a produções de carácter hiperplástico predominante que não são incluídas nas estatísticas dos autores citados e onde se mencionam apenas verdadeiras neoplasias.

Destas, como se disse, são excepções os *teratomas*, simples ou complexos, disembríoplasias por inclusão, e dos quais se podem aproximar os adenomas de tecido pancreático.

Também escassos na literatura são os *lipomas*; segundo PHELAN & ROWAN, apenas existiam publicados 33 casos até 1940. Em geral, são tumores extrínsecos, oriundos dos ele-

mentos da subserosa; muito mais raros se consideram os de localização submucosa (SCOTT).

Também se reputam pouco frequentes os *angiomas*, quer na sua forma localizada de tumor sésil ou pediculado, quer na forma difusa e semelhante aos da pele, do fígado e ao que nós já encontramos no baço. Estes blastomas oferecem um particular digno de nota e que permite, ao exame radiológico, suspeitar da sua existência: são expansíveis. Baseado neste pormenor, PORCHER presumira da sua presença num doente gástrico que examinara, impressão clínica mais tarde confirmada pelo estudo da peça de gastrectomia.

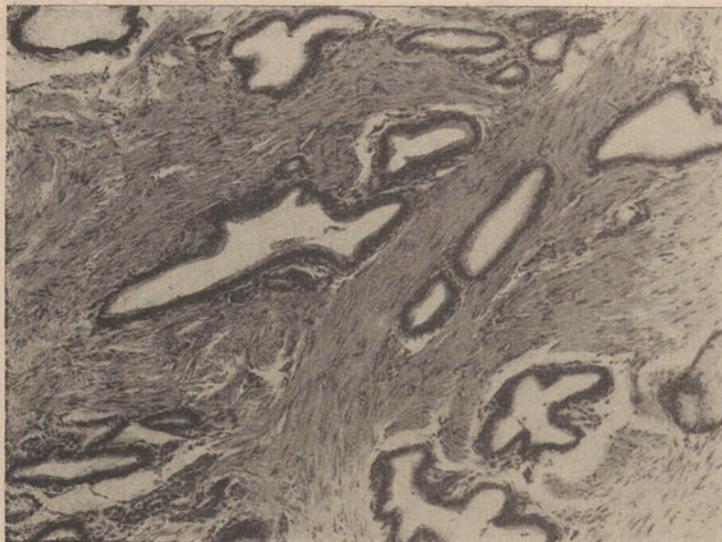


Fig. 8 — Adeno-fibroma (Obs. XX)

No nosso Arquivo não existe nenhuma destas formas tumorais. Quanto às restantes modalidades neoplásticas, são discordantes as opiniões dos autores no que respeita à sua frequência.

Afirmam LAZARUS & RICCI que o *liomioma* é o mais frequente de todos os tumores benignos e citam as estatísticas de COLLINS que lhes atribui a percentagem de 39,9, ao reunir os casos dispersos na literatura.



Fig. 9 — Poliadenoma degenerado (Obs. XXII)

Formados de fibras musculares lisas enoveladas em turbilhões ou dispostas em feixes de variada direcção, podem desenvolver-se para dentro da cavidade, ocasionando um síndrome de estenose pilórica, por a sua localização habitual se fazer no antro, ou na superfície exterior, aderindo à parede por larga base de implantação ou por pedículo que lhes permite movimentos de deslocação perceptíveis pelo próprio doente (JOÃO DE ALMEIDA).

São ricos de vasos, cuja ruptura pode ser o primeiro sinal da sua existência e razão de intervenção urgente por anemia aguda, e pelo desgaste da parede, no seu crescimento progressivo, ulceram a mucosa, dando assim início a padecimentos gástricos até então, muitas vezes, inexistentes.

No nosso Arquivo apenas se encontra um único caso de liomioma puro, já estudado clinicamente por ABEL TAVARES.

Desenvolvera-se num homem de 47 anos, A. de F., internado no Serviço de Propedêutica Cirúrgica (Prof. JOAQUIM BASTOS), com o diagnóstico de úlcera gástrica perfurada no fígado. O exame da peça operatória mostrou: segmento de estômago com uma perda de substância, de bordos muito salientes, assente sobre formação mole, avermelhada, do tamanho duma tangerina, fazendo corpo com a parede gástrica e saliente na superfície exterior, na face posterior do antro. Histologicamente, tinha a estrutura própria do liomioma desenvolvido na espessura da parede.

À proliferação liomiomatosa pode associar-se, por vezes, a do tecido conectivo, o que dá lugar a *fibromiomas*, também raros. Apenas existe um no Laboratório de Anatomia Patológica, o qual se desenvolvera numa mulher de 39 anos, M. A. S. D., com passado gástrico. O estudo da peça de gastrectomia mostrou um tumor do tamanho duma noz, situado na pequena curvatura, próximo do piloro, e revestido de mucosa ulcerada.

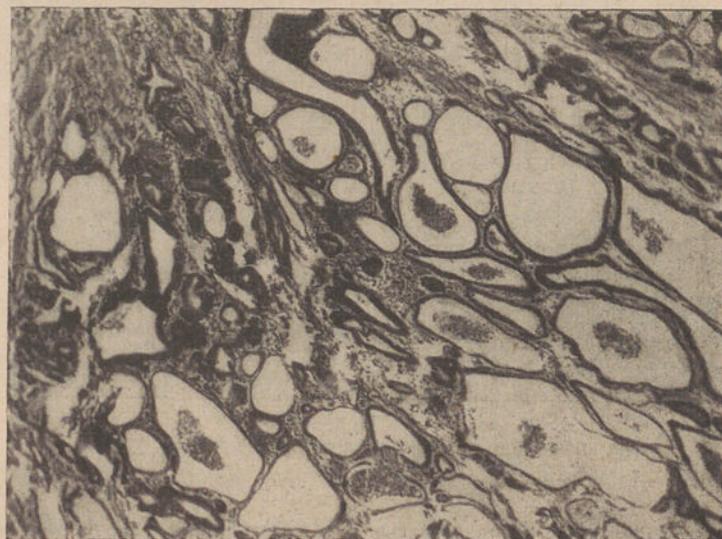


Fig. 10 — Poliadenoma em metamorfose maligna. Aspecto adeno-cístico (Obs. XXII)

Muito mais raros são os *fibromas puros*, de que se ocupou SMORLES, enriquecendo a literatura, em 1951, com três novos casos, um dos quais de aspecto mixomatoso.

Os liomomas gástricos foram algumas vezes confundidos com *neurinomas*, pela primeira vez descritos por ASKANAZY, e considerados por alguns mais frequentes que os tumores musculares. Segundo PALUMBO, participariam em 5 p. 100 dos tumores benignos; porém MINNES & GESCHICKTER, em 1936, reuniram 102 neuro-fibromas, entre 931 tumores benignos da parede do estômago. Novos casos têm vindo a público, depois do estudo destes autores, atribuindo-se-lhes frequência variável.

Podendo constituir formas tumorais isoladas ou participarem da neurofibromatose de RECKLINGHAUSEN, são blastomas predominantemente endogástricos; quando desenvolvidos na superfície exterior do órgão, podem aderir-lhe por pedículo mais ou menos longo, como os liomomas e fibromas (DUFOUR & DUBARRY).

Segundo alguns investigadores, teriam origem mesodérmica; para outros, a sua procedência nervosa é indiscutível, podendo revestir as diferentes formas dos tumores dos nervos periféricos — neuromas, neurinomas e neurofibromas. Associam-se frequentemente a lesão ulcerosa e localizam-se de preferência na pequena curvatura; são excepcionais na grande tuberosidade (LEFEVRE).

Tivemos ocasião de estudar 5 casos destas neoplasias, três desenvolvidos em homens de idade superior a 50 anos,

P V R

Imunoterápia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÕES

Injectável

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Soro imunizante não específico de antigénios lipo- -proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas	5 c. c.

Supositórios

1.000.000 U.

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Suspensão imunizante não específica, preparada com albuminóides, gorduras animais e sais biliares.	0,3 grs.
Quinina básica	0,120 >
Gomenol	0,001 >
Eucaliptol	0,001 >
Cânfora	0,001 >
Vitamina A	30.000 U.
Vitamina D ₂	3.000 U.
Manteiga de cacau q. b. p.	3 grs.

500.000 U.

Metade da dose da composição anterior.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Terapêutica e profilaxia dos resfriados e, duma maneira geral, em todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

APRESENTAÇÃO

Um frasco contendo a associação antibiótica e uma ampola de 5 c.c. de soro imunizante não específico, para injeção extemporânea.

Em embalagens de 1 e 2 supositórios de 500.000 U. e de 1.000.000 U.



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

PRODUTOS DE FAMA MUNDIAL E ELEVADO INTERESSE CIENTIFICO

EM PORTUGAL ENCONTRAM-SE À VENDA OS SEGUINTE PREPARADOS:

ARTANE

Trihexifenidil — Tratamento do síndrome parkinsoniano

CLORIDRATO DE AUREOMICINA CRISTALINA

Antibiótico

COMPLAMOM

Tratamento de todas as formas de anemia

DIGITALIS

DELFIGOL COM METIONINA

Tratamento das doenças do fígado

EXTRACTO HEPÁTICO COM VITAMINA B₁₂ E FOLVITE

Anti-Anémico — 15 U. de extracto hepático com 20 gramas de vitamina B₁₂ e 5 mgr. de ácido fólico por cc.

FOLVITE

Ácido Fólico — Anti-Anémico

FOLVRON

Ácido Fólico com Ferro — Tratamento das anemias secundárias

HETRAZAN

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

INTRAHEPTOL

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

LEDERCILINA PARENTÉRICA

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

LEDERPLEX

Vitamina B Complexa Parentérica

LEDINAC

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

NORMOCYTINA

Anti-Anémico injectável — Vitaminas B₁₂ e B_{12b}

PRENATAL

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

PROPILOTIOURACIL

Tratamento do hipertiroidismo

TEROPTERIN

Ácido Pteroil-Triglutâmico para a terapêutica anti-cancerosa

TRI-IMUNOL

Vacina mista: Diftérica, Tetânica e Pertussis

TUBERCULINA

Prova do adesivo com tuberculina

VACINA ANTI-CATARRAL MISTA

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

VACINA ANTI-VIRUS GRIPAL TIPOS A e B

Vacina contra a gripe

VARIDASE

(Estreptokinase 100.000 U.; Estreptodornase 25.000 U.)

VI-MAGNA

Combinação das vitaminas: A, B₁, B₂, B₆, C, D, PP

Pantotenato de Cálcio e Ácido Fólico

AGENTES PARA DIAGNÓSTICO

ANTIGÊNEOS

Lederle

LABORATORIES DIVISION

AMERICAN Cyanamid COMPANY

NEW YORK — U. S. A.

Representantes Exclusivos para Portugal e Colónias

ABECASSIS (IRMÃOS) & C.^A

RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA

RUA DE SANTO ANTÓNIO, 15 — PORTO

com um cortejo sintomático de úlcera antiga, e dois em doentes do sexo feminino, oferecendo um deles a estrutura de neuro-fibroma.

O exame das respectivas peças operatórias confirmou o diagnóstico clínico de úlcera, e em todas a existência de pequeno nódulo neurinomatoso, de que não se suspeitara.

As neoplasias de estrutura mesenquimatosa ou nervosa devem acrescentar-se as de feição epitelial — os *adenomas*. Segundo MILLER, seriam os mais frequentes dos tumores gástricos benignos (60 p. 100), e poder-se-iam apresentar quer na forma simples, quer com o aspecto de *poliadenomas* e *pápilo-adenomas*. Para o total das neoplasias deste segmento do tubo digestivo, DELLANOY calcula, no entanto, a escassa frequência de 1 a 5 p. 100. Para outros autores seriam verdadeiramente excepcionais.



Fig. 11 — Pápilo-adenoma em metamorfose cancerosa (Obs. XXIII)

Como se disse, podem aparecer sob a forma de nódulo único ou erigirem a mucosa de múltiplas elevações, ou ainda — circunstância mais rara — espessarem difusamente a mucosa, transformando as pregas do estômago em cordões muito salientes, grosseiros e irregulares. Esta última variedade tem geralmente localização fúndica; os outros desenvolvem-se em qualquer zona, sendo porém mais frequentes na região do antro onde, pelo seu tamanho, podem ocasionar um síndrome oclusivo.

Histologicamente, caracteriza-as a proliferação dos elementos glandulares, dispostos em ninhos e cordões, com frequente dilatação cística dalgumas cavidades, e separados por estroma conectivo mais ou menos vascularizado.

Tivemos ensejo de examinar dois tumores deste tipo, os quais se denunciaram clinicamente por sinais de úlcera e de carcinoma.

O primeiro desenvolvera-se num homem de 38 anos, L. O. L., que de longa data apresentava sintomatologia de úlcera gástrica, com períodos de acalmia. O exame da peça operatória mostrou a existência de pequena formação papilar centrada por limitada perda de substância arredondada, de bordos salientes, localizada na região pré-pilórica da pequena curvatura, e com as características de adenoma ulcerado.

O outro revestia a forma de nódulo saliente, do volume duma noz, situado na pequena curvatura do estômago dum homem de 53 anos, cujos sinais clínicos levaram à suspeita de carcinoma gástrico. Todavia, o exame histológico mostrou que se tratava apenas de um adenoma simples, sem indícios de metamorfose maligna.

A polipose gástrica tem como substrato anatómico neoplasias deste tipo e, por isso não se deve confundir com a gastrite poliposa — no dizer de HARRY YARNIS e colaboradores — em que a hiperplasia adenomatóide está integrada no processo flogístico difuso, caracterizado essencialmente pela infiltração edemática e leucocitária da parede do estômago.

Nalguns casos, à proliferação glandular associa-se a do

tecido intersticial com tal intensidade que se justifica a designação de *adeno-fibroma*, como pudemos observar ao proceder à análise de um segmento gástrico extirpado cirurgicamente a um homem de 37 anos, H. G.; os sinais clínicos tinham levado ao diagnóstico de úlcera duodenal. O estudo da peça enviada ao Laboratório mostrava, além de espessamento da parede na região pilórica, um pequeno nódulo duro, revestido de mucosa íntegra e com a estrutura de adeno-fibroma.



Fig. 12 — Idem. Aspecto histológico (Obs. XXIII)

Outra variedade ainda menos frequente é a do *adenoma de HAYEM*, caracterizado pela natureza brunneriana dos seus elementos.

Também só um caso deste género se registou no nosso Arquivo, o qual apareceu num homem de 55 anos, com longo passado de úlcera gástrica. Na peça operatória notou-se a presença de uma úlcera calosa coexistindo com pequeno adenoma intersticial do tipo HAYEM.

Dignos de relevo são os últimos casos que vamos citar, pois mostram a possibilidade de estes tumores se conservarem silenciosos durante um período variável da sua evolução e só se denunciarem quando experimentam a metamorfose cancerosa.



Fig. 13 — Idem. (Adeno-carcinoma) (Obs. XXIII)

Num doente do sexo masculino, de cerca de 60 anos de idade, com padecimentos intestinais que o levaram a procurar alívio numa estância termal, aparece, súbitamente, abundante hematêmese que o força a suspender o referido tratamento e a procurar um cirurgião. Após estudo clínico e radiológico, o

Prof. ÁLVARO RODRIGUES assenta no diagnóstico de polipose gástrica e aconselha a intervenção.

O exame da peça enviada para estudo mostrou um segmento de estômago com as pregas pouco salientes semeadas de numerosas sufusões sanguíneas e, localizada na grande curvatura, junto do antro, massa avermelhada, vegetante, em couve-flor, do tamanho dum ovo, aderente à mucosa por curto e grosso pedículo e em continuidade com uma tumefacção arredondada, em forma de anel, centrada por zona deprimida e lisa.



Fig. 14 — Adenoma papilar em metamorfose cancerosa (Obs. XXIV)

O exame histológico dos primeiros cortes revelou apenas a estrutura de um adenoma, com dilatação cística das cavidades. Todavia, porque as dimensões e o aspecto da neoplasia fossem suspeitos, multiplicaram-se os exames em áreas diferentes, nomeadamente junto da base de implantação e na tumefacção em anel, os quais revelaram a existência de modificações estruturais da neoplasia primitiva no sentido da cancerização, sob a forma de adeno-carcinoma.

Este doente nunca sentira quaisquer perturbações gástricas que fizessem prever a existência da lesão encontrada, que se manteve em absoluto silêncio até ao momento da hematemese reveladora.



Fig. 15 — Idem. Aspecto histológico.

Outro caso respeita a uma mulher M. F. O., de 61 anos, com um síndrome gástrico progressivamente agravado. Submetida à operação, foi-lhe extirpado um segmento de estômago que mostrava, na região do antro, múltiplas excrescências de coloração escura e dimensões reduzidas, fazendo corpo com a mucosa, que deslizava sobre os planos profundos. Separada delas por larga zona de mucosa de pregas muito esbatidas, havia uma massa saliente, de coloração avermelhada e superfície vegetante, com o tamanho dum gomo de

pequena laranja. O exame histológico mostrou tratar-se de poliadenomas em degenerescência maligna (adeno-carcinoma).

O último caso que nos foi dado estudar refere-se a um homem M. S., de 61 anos de idade com sintomatologia gástrica resistente ao tratamento médico. Operado de gastrectomia sub-total, notou-se na peça operatória a mucosa muito vermelha e tomentosa e, junto do piloro, múltiplas saliências isoladas ou confluentes que se continuavam insensivelmente com uma massa avermelhada, mole, friável, do tamanho duma tangerina e em cuja superfície existiam zonas de aspecto vegetante, alternado com outras mais lisas. O exame histológico mostrou tratar-se de um adeno-carcinoma, resultante da metamorfose maligna de papilo-adenomas.

Do que muito sucintamente se expôs pode inferir-se, a confirmar as conclusões de outros autores, que as neoformações benignas do estômago, se não são muito frequentes, também não podem ser consideradas raridades ou simples curiosidades anátomo-clínicas.

Dado o restrito número de casos descritos não é lícito estabelecer percentagens relativas das diferentes formas, nem tirar conclusões a respeito da maior ou menor possibilidade de cancerização. Seja-nos contudo, permitido fazer notar que para 177 casos de tumores malignos da parede gástrica existem, até ao presente, no Laboratório de Anatomia Patológica, 24 casos de neoformações benignas de indole muito variada, observadas em 1150 exames histológicos referentes à patologia do órgão, ou seja, uma proporção de 2,9 p. 100.

Por outro lado, do que dissemos e da evidência dos casos consignados nesta breve nota podem-se tirar estas conclusões: as neoformações benignas da parede gástrica merecem atenção muito particular, em virtude da possível confusão com a úlcera ou o cancro do estômago, e ainda porque, embora estruturalmente destituídas de malignidade, podem pôr em perigo a vida do doente por acidentes vários, além de que estão sujeitas, como as demais, a sofrer a metamorfose cancerosa, que muitas vezes surge de modo traiçoeiro, mórmente naquelas que se conservam silenciosas e, portanto, ignoradas durante um período em que a terapêutica mutilante permitiria a cura radical.

(Trabalho do Centro de Estudos de Anatomia Patológica e Patologia Geral do INSTITUTO DE ALTA CULTURA).

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA (J.) — Trabalhos da Fac. de Med. do Porto, 1927, pág. 45.
 BOCKUS (H.) — Gastroenterologia, 1, 1947.
 CACHIN (M.), FRILEUX (C.), GÉRARD (G.) & JALLUT (H.) — *Arch. Mal. de l'App. dig.*, 42, 1953, pág. 61.
 DEBRAY (CH.), DEBRAY (J.) & ROBERT-BENON — *Le Sang*, 9, 1952, pág. 753.
 DELANNOY (E.), DRIESSEUS (J.), LAGACHE (G.) & DELMOTTE — *Arch. Mal. de l'App. dig.*, 38, 1949, pág. 1003.
 DUFOUR (R.) & DUBARRY (J. J.) — *Idem*, 40, 1951, pág. 1093.
 GUTMANN & THALHEIMER — *Idem*, 19, 1929, pág. 279.
 HELWIG (E.), RANIER (A.) — *Surg. Gyn. Obst.*, 96, 1953, pág. 355.
 KAUFMANN (E.) — *Trat. di Anatomia Patologica Speciale*, Milão, 1925.
 LAZARIUS (J.) & RICCI (M.) — *Am. Jour. Surg.*, 80, 1950, pág. 436.
 LEFEVRE, GAUSSEN & LASSERRE (J.) — *Arch. Mal. de l'App. dig.*, 40, 1951, pág. 1096.
 MELO (JOÃO DE) — *Portugal Médico*, 29, 1945, pág. 199.
 MINNES & GESCHICKTER — *Am. Jour. Cancer*, 28, 1936, pág. 136.
 NUNES (A.) — *Gazeta Médica Portuguesa*, 3, 1950, pág. 751.
 — — — *Idem*, 3, 1953, pág. 503.
 PALUMBO (L. T.) — *Arch. Surg.*, 62, 1951, pág. 574.
 PHELAN (W. J.) & ROWAN — *Am. Jour. Cancer*, 79, 1950, pág. 469.
 PORCHER (P.), BANZET (P.), MOUTIER (F.) & CORNET (A.) — *Arch. Mal. de l'App. dig.*, 34, 1945, pág. 279.
 SCOTT (O. B.) & BRUNSCHWIG (A.) — *Arch. Surg.*, 52, 1946, pág. 253.
 SMORLESI (L.) — *Arch. De Vecchi*, 16, 1951, pág. 543.
 TAVARES (ABEL) — *Gazeta Médica Portuguesa*, 4, 1952, pág. 987.
 TAVARES (AMÂNDIO) — *Portugal Médico*, 20, 1936, pág. 475.
 YARNIS (HARRY), MARSHAK (R. H.), FRIEDMANN (A. J.) & HACKENSACK (N. J.) — *Jour. Am. Med. Assoc.*, 148, 1952, pág. 1088.



GRIPE

QUINOPIRINA

ANTIPIRÉTICO • ANALGÉSICO

GRIPE, CONSTIPAÇÕES, RESFRIAMENTOS, BRON-
QUITES, TRAQUEOBRONquite AGUDA, OUTRAS
AFECÇÕES DAS VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES
REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO, CEFAL-
LEIAS, NEURALGIAS, ODONTALGIAS, ETC.

Boião-frasco de 40 grajeias	28\$00
Tubo plástico de 10 grajeias	10\$00

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



NEO-FLORESIL

CREME HIDROSSOLÚVEL ANTIFLOGÍSTICO, ANTIÁLGICO E TERMOGÊNIO, ISENTO DE GORDURAS

MENTOL
 GOMENOL
 GUAIACOL
 CÂNFORA
 EUCALIPTOL
 ÁCIDO SALICÍLICO
 CREOSOTA
 ESSÊNCIAS DE WINTERGREENN,
 HORTELÃ PIMENTA
 TOMILHO e ROSMANINHO
 EM VEÍCULO FÁCILMENTE PENETRANTE.

APLICAÇÃO CÔMODA, PRINCIPALMENTE EM PEDIATRIA, POR FRICÇÃO, NAS BRONQUITES,
 PNEUMONIAS, BRONCOPNEUMONIAS, ARTRALGIAS, MIALGIAS, NEVRITES, ETC.

BISNAGAS DE 20 E 40 GRS.



TERAPÊUTICA PELA BACITRACINA, COM

Noviltricina

A MAIS RECENTE E EFICIENTE ASSOCIAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

BACITRACINA LEOFILIZADA	10.000 U. I.
SULFATO DE DIHIDROESTREPTOMICINA 0,5 GRS. EXPRESSO EM BASE	
PENICILINA PRODURAL	400.000 U. I.
SOLVENTE UMA EMPOLA DE	3 CC.

BLÉNORRAGIA E FURUNCULOSE EM TODAS AS SUAS EVOLUÇÕES. ENDOCARDITE LENTA, PNEUMONIAS, MENINGITES, INFECÇÕES GONOCÓCICAS, INFECÇÕES MIXTAS E EM TODAS AS SITUAÇÕES DE PENICILINO-RESISTÊNCIA, SÍFILIS.

apresentado pelos laboratórios



DISPENSÁRIO CENTRAL DE HIGIENE SOCIAL DO PORTO

Director: *Dr. Mário Cardia*

SERVIÇO DE DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

Chefe de Serviço: *Dr. Aureliano da Fonseca*

Movimento de consultas e doenças no Serviço de Dermatologia e Venereologia do Dispensário Central de Higiene Social do Porto—1947-1952

AURELIANO DA FONSECA, ALVES MOREIRA,
MÁRIO BASTO e WILHELM OSSWALD

O movimento de consultas registado deste serviço desde a sua reorganização em 1937 até o fim de 1952 pode ser apreciado no quadro I.

QUADRO I

ANOS	PRIMEIRAS CONSULTAS (primeiras inscrições)			CONSULTAS SEGUINTES			TOTAL
	SEXO		Total	SEXO		Total	
	M.	F.		M.	F.		
1947	733	1.197	1.930	1.676	3.390	5.066	6.996
1948	1.318	2.609	3.927	2.952	4.641	7.593	11.520
1949	2.898	2.981	5.879	4.210	5.089	9.299	15.178
1950	2.605	2.951	5.556	5.689	6.378	12.067	17.623
1951	2.807	2.452	5.259	6.092	5.175	11.267	16.526
1952	3.832	3.185	7.017	5.508	5.886	11.394	18.411
TOTAL	14.193	15.375	29.568	26.127	30.559	56.686	86.254

A fim de tornar mais concreta a avaliação do movimento de consultas, decidimos considerar como primeiras consultas apenas as primeiras inscrições.

A observação dos quadros revela-nos um aumento extraordinário do número de inscrições no ano de 1949, facto que é verificado em doentes de ambos os sexos. Nos dois anos seguintes, o número de consultas baixou gradualmente, apenas nas primeiras inscrições, só voltando a subir no terceiro ano, (o último da nossa estatística), tendo então ultrapassado o número de 1949.

A diferença de inscrições entre os dois sexos é muito pequena, apenas 1,3% para mais no sexo feminino, considerando o total das inscrições nos 6 anos; entre as consultas seguintes, a diferença é um pouco maior de 5,1% também a favor do sexo feminino. As diferenças anuais são muito diversas de ano a ano, não sendo possível relacioná-las.

A percentagem relativa entre as primeiras consultas e consultas seguintes, e segundo o sexo, pode ser apreciada no quadro II.

QUADRO II

CONSULTAS	SEXO	ANOS						% MÉDIA
		1947	1948	1949	1950	1951	1952	
PRIMEIRAS	M.	40,5	11,5	19,2	14,8	16,9	20,8	16,5
	F.	17,1	22,6	19,6	16,7	14,9	17,4	17,8
SEGUINTES	M.	23,9	25,6	27,7	32,3	36,9	29,9	30,3
	F.	48,5	40,3	33,5	36,2	31,4	31,9	35,4

A relação entre as primeiras e consultas seguintes é, no quadro apresentado, demasiadamente pequena: para cada inscrição 2 consultas seguintes. Acontece, porém, que esta relação não corresponde à verdade, pelo que se torna necessário uma justificação.

Como veremos adiante, o número de doenças registadas é consideravelmente inferior ao número da inscrição que possuímos, diferença que é de 5.396. Porém, na realidade, esta diferença é ainda muito maior, visto que muitos doentes têm mais de uma doença registada, o que eleva aquele número para além dos 8.000.

Quer isto dizer que possuímos um grande número de fichas correspondentes a doentes que vieram à consulta e, ou não possuíam doença do foro dermatológico ou venereológico ou, se a possuíam, não foi concretizada a sua doença, por abandono ou outra razão, e portanto, não foi registada. Por outro lado, como também adiante veremos, uma grande percentagem dos doentes (especialmente aqueles que sofrem da doença venérea) não cumprem rigorosamente as prescrições terapêuticas, apesar de todas as facilidades que lhes são dadas e, conseqüentemente, não voltam a aparecer às consultas.

Ponderadas, ainda que sucintamente, todas estas circunstâncias, podemos calcular a relação média de 1 para 4 entre as primeiras e consultas seguintes.

Vejamos, agora, o movimento de doenças (Quadros III, IV, V, VI, VII e VIII):

QUADRO III

DOENÇAS EM DOENTES DO SEXO MASCULINO:

DOENÇAS NA PELE	A N O S						TOTAL	%	
	1947	1948	1949	1950	1951	1952			
Doenças parasitárias { parasitas animais.	38	117	157	46	85	65	508	1,289	9,8
{ parasitas vegetais.	21	60	50	35	127	488	781		
Doenças por cocos	139	140	162	142	174	325	1.082		20,8
Tuberculose cutânea e tuberculides.	—	2	2	1	44	29	78		1,5
Lepra	1	1	2	—	4	4	12		0,2
Outras doenças infecciosas	—	3	25	20	2	7	57		0,1
Eczema { dermite de contacto.	26	31	52	50	29	93	281	442	5,4
{ neurodermite	1	2	8	7	89	54	161		
Urticária e outras doenças alérgicas.	5	19	98	47	22	32	223		4,3
Psoríase e outras doenças do tipo eritemato-des-camativo	1	21	53	24	73	63	235		4,5
Úlcera de perna e doenças relacionadas	6	8	21	4	10	46	95		1,8
Neoplasias { benignas.	2	2	—	2	1	15	22	35	0,4
{ malignas.	—	1	—	1	—	11	13		
Outras doenças na pele e mucosas	15	46	202	639	272	471	1.645		31,7
TOTAL	255	453	832	1.018	932	1.703	5.193		100,0

Vejamos a relação anual entre doenças na pele e venéreas (Quadro IX):

Como verificámos o número total de doenças venéreas (nos 6 anos) acusa apenas um excesso de 6,8 % em relação ao número total de doenças na pele.

Durante os 5 primeiros anos (de 1947 a 1951), as diferenças foram mais acentuadas, até 21,2 % em 1949; porém, no último ano, vemos que as doenças na pele tomaram o primeiro lugar, por uma diferença considerável, de 26,2 %.

Observando os quadros, vemos que este aumento de dermatoses no último ano, foi devido, fundamentalmente, à rubrica de dermatoses parasitárias por parasitas vegetais, mercê do interesse que temos dedicado ao estudo e tratamento da tinha no couro cabeludo.

Em relação ao sexo, o sexo masculino está registado com uma superioridade de 18,6 %, devido, fundamentalmente, à rubrica das doenças venéreas, que é, consideravelmente elevada neste sexo (Quadro X):

Observemos, agora, cada um dos grupos de doenças na pele e venéreas.

Nas doenças na pele, vemos o curioso facto das rubricas de maior percentagem serem exactamente as mesmas nos dois sexos.

A rubrica mais importante é a das *doenças parasitárias* (24,9 %, no sexo masculino e 25,8 % no sexo feminino), que apresenta uma percentagem no total de doentes dos dois sexos de 25,4.

Logo a seguir, situa-se a rubrica de *doenças por cocos*,

QUADRO IV

DOENÇAS VENÉREAS	A N O S						TOTAL	%	
	1947	1948	1949	1950	1951	1952			
Sífilis recente	10	160	278	157	114	80	799	4,094	8,8
{ cárdio vascular.	2	—	1	2	2	4	11		
{ tardia { nervosa.	—	1	1	12	7	1	22	277	0,2
{ outras formas	50	8	53	74	62	30	277		
{ latente	465	654	599	441	393	227	2.779	206	30,4
{ congénita	10	48	61	38	35	14	206		
Blenorrágia	3	117	576	780	1.032	1.003	3.511		98,4
Úlcera mole	10	33	104	193	588	314	1.242		15,5
Doença de Nicolas-Favre	—	10	72	99	45	65	291		3,2
TOTAL	550	1.031	1.745	1.796	2.278	1.738	9.188		100,0

TOTAL DE DOENÇAS	805	1.484	2.577	2.814	3.210	3.441	14.331	—
------------------	-----	-------	-------	-------	-------	-------	--------	---

BEDOZE MIL

TRATAMENTO
DE
ESCOLHA
DAS
AFECÇÕES
NEUROLÓGICAS

VITAMINA B₁₂

MIL MICROGRAMAS
AMPOLAS

PRONTO ALÍVIO
DAS
NEVRITES DO TRIGÊMIO
CIÁTICAS
POLINEVRITES
NEURALGIAS CÉRVICO-BRAQUIAES
CEFALEIAS REBELDES

ALÍVIO SINTOMÁTICO NAS
OSTEO-ARTRITES

BEDOZE GOTAS

FACTOR
PRINCIPAL
DO
DESENVOLVIMENTO
SOMÁTICO
•
FACTOR
LIPOTRÓPICO

INDICAÇÕES DO BÊDOZE-GOTAS

Estados de desnutrição em todas as idades (por
carência alimentar, por doenças consumptivas, etc.).
Crianças nascidas prematuramente.
Crianças distróficas (por desvios alimentares, por
debilidade congénita, etc.).
Nanismo.
Muitos casos de astenia e anorexia.
Hepatopatias (cirroses, hepatites agudas, etc.).
Dermatoses seborreicas e várias outras afecções
cutâneas.
Lactentes alimentados artificialmente. (A vitamina
B₁₂ aumenta a tolerância para o leite completo e numa
maneira geral para as gorduras).

FRASCO CONTA - GOTAS DE 10 C. C.
15 MICROGRAMAS POR C. C.

GUAIACOL CÁLCICO

(Guaiacolato de cálcio)

AFEÇÕES BRONCO-PULMONARES

eliminando, totalmente, os inconvenientes do guaiacol e dos seus sais por via oral ou parenteral, assim como os do cálcio por via endovenosa.



Caixas de 10 ampolas de 2 e 5 c. c.

» » 36 grajeias

AMINOIODARSOLO

Iodo
Arsénio
Histidina
Ácido glutâmico
Caixas de 5 amps. de 2 e 5 c. c.

ASCORBISTAL

Ascorbato de histidina
Ampolas de 5 c. c.
Úlceras gástricas e duodenais

ORISTIDAL

Histidina
Hidrato de alumínio coloidal
Caixas de 4 tubos
de 15 comprimidos açucarados

BALCORTIL

Extracto natural de córtex supra-renal
Ampolas de 1 c. c.

BROMOTIREN

Dibromotirosina
Cura brômica e tratamento
biológico das hipertireoses

ZIMEMA K

Factor opoterápico e vitamínico
da coagulação do sangue
Ampolas de 2 e 5 c. c.

M. RODRIGUES LOUREIRO

Rua Duarte Galvão, 44 — LISBOA

CONCESSIONÁRIO EXCLUSIVO DO

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

V. BALDACCI-Pisa

QUADRO V

DOENÇAS EM DOENTES DO SEXO FEMININO

DOENÇAS NA PELE	ANOS						TOTAL	%
	1947	1948	1949	1950	1951	1952		
Doenças parasitárias { parasitas animais	55	138	133	132	88	51	597	1,569 { 9,8 { 25,8
Doenças parasitárias { parasitas vegetais	11	65	82	48	134	682	972	
Doenças por cocos	95	219	181	244	212	345	1.296	16,0 { 21,3
Tuberculose cutânea e tuberculides	1	7	6	3	49	28	94	
Lepra	—	—	—	2	2	—	4	1,0
Outras doenças infecciosas	1	5	82	25	6	8	77	1,4
Eczema { dermatite de contacto	32	88	73	85	47	127	452	7,4 { 10,4
Eczema { neurodermite	3	7	2	12	95	63	182	
Urticária e outras doenças alérgicas	5	88	140	75	76	42	426	7,0
Psoríase e outras doenças de tipo eritemato- -descamativo	2	44	41	83	90	75	285	4,7
Úlcera de perna e doenças relacionadas	8	40	39	84	49	89	259	4,2
Neoplasias { benignas	2	1	1	4	1	12	21	0,4 { 0,5
Neoplasias { malignas	1	1	—	1	—	2	5	
Outras doenças na pele e mucosas	16	80	174	634	294	214	1.412	23,2
TOTAL	232	783	854	1.332	1.143	1.738	6.082	100,0

com a percentagem de 21,1 (20,8%, no sexo masculino e 21,3% no sexo feminino).

As duas rubricas somam o total de 46,5 %, o que até certo ponto está relacionado com a deficiência de higiene e, portanto, traduz o baixo nível social de grande parte dos doentes que ocorrem ao Dispensário.

Em terceiro lugar, encontramos o grupo das *dermatoses eczematosas, urticária e outras doenças alérgicas*, com a percentagem de 15,3 no total dos dois sexos (12,8 % no sexo masculino e 17,4 % no sexo feminino), na qual cerca de metade (6,5 %) são dermatoses de causa externa, na grande maioria profissional.

A rubrica da *psoríase e outras dermatoses eritemato-descamativas* aparece em quarto lugar, com uma percentagem praticamente igual nos dois sexos: 4,6 no total dos dois sexos. Consi-

deramos nesta rubrica além da psoríase, a dermatite seborreica, pitiríase rósea, acne, etc., sendo a maior parte dos casos devida a dermatite seborreica.

A *úlcera da perna* e doenças com ela relacionadas segue-se em quinto lugar com manifesto predomínio no sexo feminino, como é óbvio (1,8 % no sexo masculino e 4,2 % no sexo feminino). Os valores relativos são sem dúvida baixos; porém, em números absolutos, encontramos um valor elevado, o que constitui um pesado cargo nas consultas, pela necessidade e dificuldade de tratar convenientemente estes doentes em regime ambulatório.

As outras restantes rubricas têm uma importância muito diminuta em relação às outras dermatoses; por isso não merecem referência especial.

Nas doenças venéreas, como já dissemos, o sexo masculino

QUADRO VI

DOENÇAS VENÉREAS	ANOS						TOTAL	%
	1947	1948	1949	1950	1951	1952		
Sífilis recente	22	87	130	116	54	32	441	11,8 { 94,6
{ cárdio vascular	3	—	—	1	3	2	9	
{ tardia { nervosa	—	—	1	—	—	2	3	0,1
{ outras formas	10	16	38	31	43	12	120	3,2
{ latente	786	547	584	469	295	189	2.820	74,9
{ congénita	30	14	33	39	27	18	161	4,3
Blenorragia	1	4	18	79	17	15	134	3,6
Úlcera mole	—	6	12	7	4	7	36	0,9
Doença de Nicolas-Favre	—	1	25	8	—	1	35	0,9
TOTAL	802	675	841	750	413	278	3.759	100,0
TOTAL DE DOENÇAS	1.034	1.458	1.695	2.082	1.556	2.016	9.841	—

QUADRO VII

TOTAL DE DOENÇAS NOS DOIS SEXOS:

DOENÇAS NA PELE	A N O S						TOTAL	%
	1947	1948	1949	1950	1951	1952		
Doenças parasitárias { parasitas animais	93	255	290	178	173	116	1.105	9,8 { 25,4
{ parasitas vegetais.	32	125	82	83	261	1176	1.759	
Doenças por cocos.	234	359	343	386	386	676	2.378	21,1
Tuberculose cutânea e tuberculides	1	9	8	4	93	57	172	1,5
Lepra.	1	1	2	2	6	4	16	0,2
Outras doenças infecciosas	1	8	57	45	8	15	134	1,2
Eczema { dermatite de contacto.	58	119	125	135	76	220	733	6,5 { 9,5
{ neurodermite	4	9	10	19	184	117	343	
Urticária e outras doenças alérgicas	10	107	238	122	98	74	649	5,8
Psoiase e outras doenças de tipo eritemato-desca- mativo.	3	65	94	57	163	138	520	4,6
Úlcera de perna e doenças relacionadas.	14	48	60	38	59	135	354	3,2
Neoplasias { benignas.	4	3	1	6	2	27	43	0,3 { 0,4
{ malignas.	1	2	—	2	—	13	18	
Outras doenças na pele e mucosas.	31	126	376	1.273	566	685	3.057	27,1
TOTAL	487	1.233	1.686	2.350	2.175	3.441	1.1275	100,0

aparece com uma percentagem consideravelmente superior ao sexo feminino (70,9 % no sexo masculino e 29,1 % no sexo feminino).

Comparando as diferentes rubricas nos dois sexos, verificamos (como no grupo das doenças dermatológicas) a mesma seriação das rubricas dentro da escala de valores. Porém, estes valores diferem consideravelmente de um sexo ao outro.

A *sífilis* ocupa o primeiro lugar, numa percentagem de 59,3 em relação ao total de doenças venéreas, correspondente a 44,9 % no sexo masculino e 94,6 % no sexo feminino.

Esta percentagem é, sem dúvida, elevada, considerada no total de doenças, mas observando os seus valores anuais verificamos manifesta tendência de diminuição da doença nos diferentes estádios.

Considerando os valores absolutos, vemos que, nos três primeiros anos houve um aumento gradual de casos registados, logo seguido de considerável diminuição, de ano a ano mais acentuado; considerando, porém, os valores relativos, em rela-

ção ao total de doenças venéreas, vemos que a diminuição é evidente desde o primeiro ano (Quadro XI).

Observando os quadros referentes a cada sexo, vemos que o mesmo fenómeno se verifica nos dois sexos igualmente nos diferentes estádios da doença.

Portanto, podemos certamente concluir que o diminuir desta doença constitue um facto real.

Observando a relação da *sífilis* com o total de doenças registadas (na pele e venéreas), verificamos a mesma gradual diminuição.

Quanto às outras doenças venéreas, é curioso verificar que elas têm aumentado de ano a ano, quer em valores absolutos, quer relativos.

A *blenorragia* tem sido nestes últimos dois anos a doença venérea de maior percentagem, com manifesta tendência para aumentar. No total de doenças venéreas registadas nos 5 anos, a *blenorragia* aparece com a percentagem de 28,3 %. É pre-

QUADRO VIII

DOENÇAS VENÉREAS	A N O S						TOTAL	%
	1947	1948	1949	1950	1951	1952		
Sífilis recente.	32	247	408	273	168	112	1.240	9,6 { 59,3
{ cárdio-vascular	5	—	1	3	5	6	20	
{ tardia { nervosa	1	2	12	7	3	25	7.648	
{ outras formas	60	24	91	105	75	42	397	
{ latente	1.201	1.201	1.183	910	688	416	5.599	43,4
{ congénita	40	62	94	77	62	32	367	2,9
Blenorragia.	4	121	594	859	1.049	1.018	3.645	28,3
Úlcera mole venérea	10	39	116	200	592	321	1.278	9,8
Doença de Nicolas-Favre.	—	11	97	107	45	66	326	2,6
TOTAL	1.352	1.706	2.586	2.546	2.691	2.016	1.2897	100,0

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS,
MICROCOCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS,
ENTEROCOCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA +
LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS, MICROCO-
COS CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS ENTEROCOCOS
B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA + 0,25 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (INFANTIL)

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 1 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (FORTE)

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

Terapêutica
Hepática
U.C.B.

EREBILE

METHIONINE U.C.B.

MECOSITOL

⊕ (Acido dihidrocólico)

⊕ ⊕ (dl.-metionina)

⊕ ⊕ ⊕ (metionina, colina, inositol,
complexo B, vitamina B6,
vitamina B12, vitamina E)



UNION CHIMIQUE BELGE S. A.
BELGICA

Representantes :

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE
Rossio, 59 - 2º Esqº - Lisboa - Telef. 26071

QUADRO IX

DOENÇAS	A N O S												TOTAL	%
	1947		1948		1949		1950		1951		1952			
	N.º de casos	%												
Na pele . .	487	26,4	1.288	41,9	1.686	39,4	2.350	47,9	2.175	44,7	3.441	63,1	11.275	46,6
Venéreas . .	1.352	73,6	1.706	58,1	2.586	60,6	2.546	52,1	2.691	55,3	2.016	36,9	12.897	53,4
TOTAL .	1.839		2.939		4.272		4.896		4.866		5.457		24.172	

ciso notar, todavia, que esta percentagem é praticamente devida a doentes do sexo masculino, porquanto, na nossa estatística, a *blenorragia* no sexo feminino aparece numa percentagem muito pequena (3,6%), o que é justificado pela menor frequência desta doença no sexo feminino e, porque existindo no Dispensário uma consulta de Ginecologia, por razões óbvias aí ocorre o maior número de doentes.

Nas outras doenças venéreas (*úlceras mole venérea* e *doença de Nicolas-Favre*), igualmente temos observado um aumento anual, quer em valores absolutos quer relativos. Apenas a *úlceras mole venérea* diminuiu no último ano.

Os casos registados destas duas doenças são, praticamente no sexo masculino, pelas mesmas razões referidas a propósito da *blenorragia*, mas principalmente porque, por motivos compreensíveis, estas doenças são dificilmente descobertas pela própria mulher que, conseqüentemente, não se apresenta a consultar.

QUADRO X

SEXOS	DOENÇAS				TOTAL	%
	Na pele		Venéreas			
	N.º de casos	%	N.º de casos	%		
Masculino	5.193	46,1	9.138	70,9	14.331	59,3
Feminino	6.082	53,9	3.759	29,1	9.841	40,7
TOTAL	11.275		12.897		24.172	

Para terminar resta-nos ver o movimento dos tratamentos realizados nestes 6 anos (Quadros XII e XIII).

Se compararmos o número de tratamentos com o número de doenças anualmente registadas, concluímos que há uma diminuição sensível no número de injeções a partir de 1949. Este facto, verificado nas três rubricas de injeções arsenicais, de bismuto e de outros medicamentos, merece uma referência esclarecedora.

A diminuição do número de arsenicais é devida ao uso cada vez menor deste produto, agora praticamente limitado a certas formas de *sífilis latente e tardia*.

Quanto ao bismuto, inicialmente usava-se um carbonato de bismuto em ampolas de 3 c.c., tendo cada ampola 0,08 grs. de bismuto metal, o que exigia 2 a 3 injeções por semana para se obter a dose média semanal de 0,15 grs. a 0,20 grs. de bismuto metal aconselhado para um adulto. Para evitar este e outros

QUADRO XI

ANOS	DOENÇAS							
	Sífilis		Blenorragia		Úlceras mole		Doença de Nicolas-Favre	
	N.º casos	%	N.º casos	%	N.º casos	%	N.º casos	%
1947	1.383	98,9	4	0,4	10	0,7	—	—
1948	1.535	89,9	121	7,2	39	2,3	11	0,6
1949	1.779	68,6	594	23,3	116	4,5	97	3,7
1950	1.380	54,2	859	37,7	200	7,9	107	4,2
1951	1.008	37,3	1.049	38,9	592	21,9	45	1,7
1952	611	30,3	1.018	50,5	321	15,9	66	3,3
TOTAL	7.651	5,93	1.645	28,3	1.278	9,8	326	2,6

inconvenientes, mandámos preparar um salicilato de bismuto em ampolas de 3 c.c., tendo cada ampola 0,192 grs. de bismuto metal. Deste modo podemos dar apenas uma injeção semanal, com evidente benefício de economia no trabalho de enfermagem e maior facilidade para os doentes.

Porém, aquela rubrica que acusa maior diferença é a de outros medicamentos injectáveis.

Anteriormente a 1947, adoptava-se no Dispensário o critério das injeções diárias de produtos mercuriais como medicamento antilético. Depois daquele ano, sucessivamente fomos actualizando e uniformizando os critérios de tratamento; depois de 1949 deixamos definitivamente de utilizar os sais de mercúrio, mas apenas o salicilato de bismuto.

QUADRO XII

TRATAMENTOS EM DOENTES DO SEXO MASCULINO:

TRATAMENTOS		ANOS						TOTAL
		1947	1948	1949	1950	1951	1952	
Injecções	arsenicais	857	967	1.216	1.072	1.046	696	5.854
	de bismuto	8.399	6.508	9.905	1.807	6.767	6.106	44.992
	de antibióticos	10	978	1.139	1.345	2.905	3.586	9.958
	outros medicamentos	13.458	12.159	12.414	7.284	2.941	4.373	54.579
TOTAL		22.724	20.607	24.674	16.958	15.659	1.4761	115.383
Tratamentos diversos	pensos	97	78	425	862	530	960	2.677
	de fisioterapia	—	—	80	94	427	620	1.221
	outros tratamentos	—	7	23	84	78	109	251
TOTAL		97	80	528	990	1.035	1.419	4.149
Total de tratamentos		22.831	20.687	25.202	17.948	16.928	16.170	119.532

QUADRO XIII

TRATAMENTOS EM DOENTES DO SEXO FEMININO:

TRATAMENTOS		ANOS						TOTAL
		1947	1948	1949	1950	1951	1952	
Injecções	arsenicais	780	671	857	919	636	569	4.432
	de bismuto	5.508	5.129	9.660	8.389	6.916	6.006	41.608
	de antibióticos	—	294	421	1.082	1.515	1.806	5.118
	outros medicamentos	10.553	7.679	7.449	5.637	4.052	3.335	38.705
TOTAL		16.841	13.773	18.387	16.027	13.119	11.716	89.863
Tratamentos diversos	pensos	10	86	150	448	234	300	1.228
	de fisioterapia	—	—	48	259	543	659	1.504
	outros tratamentos	—	6	19	88	97	126	281
TOTAL		10	92	212	740	874	1.085	3.013
Total de tratamentos		16.851	13.865	18.599	16.767	13.993	12.801	92.876
Total nos dois sexos		39.672	34.552	43.801	34.715	30.687	28.971	212.408

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

O reumatismo na Suécia

Em Buenos Aires, na Escola de Cinesiologia, realizou o Dr. Belisário Moreno uma conferência sobre o reumatismo na Suécia, da qual damos a seguir alguns extractos:

O autor ocupa-se, especialmente, do aspecto social e cinésico da luta anti-reumática na Suécia. Começa por referir-se à sua estadia neste país e ao seu clima, onde impera o frio e a humidade, durante a maior parte do ano, factores extrínsecos do reumatismo. Durante a sua permanência pôde conhecer de perto a grandeza do problema que ali oferecem as doenças reumáticas e também os esforços que as autoridades empregam para resolvê-lo.

Já em 1941, o Governo designa um conjunto de 6 peritos para investigar a fundo o problema médico, económico e social das doenças reumáticas. Um questionário, que foi contestado, por mais de 1.400 médicos profissionais, permitiu estabelecer que durante o ano de 1943, do total da população que esteve com assistência médica, 1 a 1/2 %, padecia de alguma afecção reumática e que 1/2 % necessitava de internamento. Revelava a existência de 30.000 pessoas inválidas, por causa do reumatismo na época sazonal e que as incapacidades temporárias que motivava, ocasionavam a perda de 500.000 dias de trabalho por ano, o que representava um custo de 150 milhões de coroas. As afecções reumáticas na Suécia seriam, de acordo com esta informação, a maior causa da invalidez.

As estatísticas, efectuadas pelo professor Edstrom, revelam a existência de cerca de meio milhão de reumáticos, numa população de 6,5 milhões de habitantes.

A Direcção Geral de Pensões, perante o resultado destes estudos, a gravidade da situação e a pesada verba que representava para a economia os numerosos casos de invalidez originados pelo reumatismo, tomou à sua conta o tratamento médico integral destes doentes, chegando-se a demonstrar, deste modo, que muitos podiam ser reabilitados de tal maneira que lhes permitisse voltarem a ser úteis à sociedade, por uma reeducação daquelas actividades indispensáveis para o cumprimento das necessidades da sua vida diária e na medida do possível, de alguma função útil à colectividade. Como medida de urgência recorreu-se a numerosas camas nos diferentes estabelecimentos e adoptaram-se importantes medidas para combater as doenças reumáticas na Suécia.

Diz ainda o Prof. Belisário que os hospitais de Estocolmo e outros dentro da Suécia, contam com duas categorias de pavilhões, o tipo A, para o estudo de cada caso e seu tratamento adequado, e o tipo E para onde vão os doentes já melhorados, para os cuidados posteriores. Estes últimos encontram-se situados dentro dos hospitais ou perto deles, o que facilita os médicos e cinesiólogos para a continuação do tratamento até à sua cura e reabilitação completa. Estes pavilhões E, destinados ao post-tratamento, representam uma grande economia, e neles se trata de aplicar na medida do possível o método «activo» de forma gradual e progressiva, incluindo a reabilitação física, a terapêutica ocupacional, a recreação, etc. Como afirma o Dr. Bernardo Kandel, o pavilhão E constitui um verdadeiro centro de reabilitação de custo reduzido.

O Prof. Belisário particularmente pôde comprovar como se trabalha de forma intensa e ordenada nesse país, para resolver o problema que constitui a invalidez no reumatismo. Desde o princípio do tratamento, os doentes são postos em contacto com as organizações de trabalho social, em que estão integradas mulheres especializadas nesta tarefa, que actuam em colaboração

estreita com o corpo médico. Procuram as próteses, cadeiras de rodas, ferramentas e máquinas, com as contribuições que recebem do Ministério de Pensões e as municipalidades. Efectuam viagens periódicas para se porem em contacto directo com os inválidos, as autoridades locais, as indústrias e estar a par das mudanças efectuadas nos diferentes ofícios. Estes valiosos elementos para a reabilitação dos inválidos, têm-se agregado às equipas hospitalares, colaborando com os médicos na tarefa de corrigir, em tudo que é possível, a inadaptação social causada pelas doenças. A maioria deste pessoal para a readaptação social, tem sido graduado nos institutos sociais do Governo de Estocolmo, Gotemburgo e Malmo, que oferecem um curso com a duração de dois anos.

O autor visitou em Estocolmo um magnífico hospital, o Soderssjuhuset, e o Instituto de Norrbacka. O Serafimer e o Karolinska são centros universitários dos que dispõe a Escola de Medicina de Estocolmo. O Karolinska é um hospital que reúne numerosos pavilhões entre famosos jardins e extensos parques, sendo uma escola famosa e um grande centro de investigação.

O Prof. Belisário como Congressista assistiu ao ensino da Cinesiologia (Sjukgymnastlingen), ginástica médica e a numerosas demonstrações. Entre os Cinesiólogos, também chamados «gimnastas» predominam as mulheres que obtêm o título nas escolas de Estocolmo, pertencentes ao Estado, na de Lund, que é particular e noutras que são devidamente autorizadas. O curso de 2 anos é essencialmente prático, tendo muita importância o aspecto preventivo da invalidez e a fisioterapia da reabilitação.

No que se refere ao reumatismo, verifica-se o uso de medicamentos, da terapêutica física e da ortopedia incruenta ou da cirúrgica segundo o caso de que se trata. Neste plano de reabilitação física, de acordo com a forma clínica e o momento evolutivo do processo, empregam-se, previamente, as manobras cinesiterápicas manuais, embora não sistematicamente, as ondas curtas, os raios infra-vermelhos, ultra-violetas, termóforo de Bier, ultra-sons e diatermia.

Além disso diferentes espécies de banhos, aplicações locais de areia quente, etc. Estes meios terapêuticos, empregam-se sucessivamente ou alternando por períodos. Quanto à masoterapia, somente a viu aplicar aos reumáticos, as manobras manuais, seguidas da mobilização activa ou comunicada, segundo o caso. Finalmente a reeducação e a gimnoexercitação, em que se empregam além dos aparelhos comuns no nosso meio, especialmente a polé, barras, planos inclinados, etc., alguns dispositivos simples como pequenas bolsas de areia com o fim de aumentar a resistência aos diferentes jogos articulares. Dentro destas manobras masoterápicas, chamou-lhe a atenção uma de carácter estimulante, em que o Cinesiólogo efectuava com a palma da sua mão uma forte pressão das estruturas moles da planta do pé, partindo do bordo externo para o arco funcional e face interna do mesmo. Ela era acompanhada dum verdadeiro estalido, audível à distância. A Directora do Departamento de Medicina Física do Karolinska, Miss Elliot e a Doutora Margit Wikander, antiga professora da Escola de Cinesiologia, atribuem a essa manobra uma acção efectiva sobre o tono muscular e a fortificação dos arcos plantares, assim como um estímulo dos exteroceptores da planta, e da sola venosa de Lejars.

Concedem grande valor à palpação na fibrosite, assim como no tratamento cinésico das quatro formações pelas quais se manifesta clinicamente esta forma de reumatismo das partes moles. Sabemos que contra o velho critério de Senator, que admitia a falta de resultados objectivos na palpação da fibrosite, alguns massagistas suecos, entre eles Kleen e Helleday e outros médicos como Hoffa, que se ocuparam da massagem, concederam todo o seu valor a tais formações e foi precisamente o êxito do tratamento por eles instituído o que assegurou à massagem sueca toda a sua ampla difusão.

Pelas conversas que o autor sustentou com profissionais e estudantes já adiantados em Cinesiologia, sobre a especialidade e sobre doentes submetidos a tratamento, pôde reconhecer que actuam tendo como base conhecimentos anatómicos, fisiológicos e patológicos perfeitos do caso que têm entre mãos. Conhecem a fundo as características do processo, a sua forma clínica, a sua evolução, premissas que no reumatismo são importantes pois a sua inobservância conduz a um fracasso irremediável com todas as irremediáveis consequências.

Na artrite reumatoide começam a fazer masoterapia sedativa logo que o estado inflamatório activo comece a diminuir. Em alguns casos o autor viu empregar como suma discriminação, ainda quando a eritrosedimentação se encontrava muito elevada e o processo era de especial acuidade. Se a artrite é muito aguda imobilizam a articulação de preferência com férulas de duralúminio muito leves, mas tratam de mobilizar as articulações em toda a medida de seus ângulos por meio de movimentos activos, com o fim de impedir a anquilose. Em quase todos os institutos existem piscinas, onde o doente recebe o seu tratamento debaixo de água a temperatura adequada. Além disso têm banhos de redemoinho e de parafina.

Os suecos são partidários em geral da talasoterapia nalguns casos de reumatismo crónico. Contam com vários sanatórios marítimos para a balneoterapia combinada com tratamento físico-cinésico, sendo o mais importante o de Varberg, na costa ocidental com capacidade para 1.500 doentes.

O Professor Gunnar Olof Ediström, Chefe do Serviço de Reumatologia de Lund, para o tratamento integral dos seus doentes dispõe da chamada «Câmara Tropical» criada por ele. Consiste num recinto fechado com ar condicionado, mantido à temperatura de 32° e 35 % de humidade, onde o reumático permanece por períodos que podem prolongar-se até 3 meses! Os que precisam de tratamento físico-cinésico, recebem-no totalmente ali.

O microclima artificial da câmara tropical, assemelha-se ao de certas regiões do trópico, como do Haiti ou da Flórida, onde o reumatismo é pouco frequente e os reumáticos que ali vão melhoram ostensivelmente.

Cumpridos os programas de reabilitação física, o doente

é entregue ao Serviço Social, onde se efectua os estudos psico-técnicos e os testes de prova e se orientam vocacionalmente para uma profissão ou ofício. A qualidade do adestramento trata-se de adaptar o melhor possível à incapacidade originada pela invalidez. A aprendizagem para um grande número de inválidos efectua-se fora dos institutos; deste modo proporcionam-se-lhes as mais amplas oportunidades para escolher o seu trabalho. Proporcionam-se ensinamentos em 30 ofícios diferentes a fim de eleger a profissão segundo a sua inclinação pessoal, a sua constituição física e psíquica.

Nas escolas vocacionais dos institutos, concede-se especial importância ao estudo das artes, que é teórico prático e dura de um a quatro anos, segundo o ofício. Uma convenção feita com a «União de Fabricantes», permite o ingresso às fábricas daqueles estudantes do último ano que demonstrem ter habilidade suficiente.

Requere-se dos instrutores eleitos qualidades especiais: devem demonstrar interesse e ter uma larga experiência do ofício que pretendam ensinar. Trata-se de resolver os problemas tanto físicos como psicológicos.

Para melhorar a confecção dos aparelhos de prótese, oficinas especializadas efectua beneficições contínuas de acordo com a sua experiência e a dos outros países. Em Estocolmo, tive oportunidade de visitar o De Fyras Bod, onde se encontram expostos para venda formosos e úteis objectos fabricados pelos inválidos.

Todo este trabalho, realiza-se desde longa data nos Institutos (Vanforeanstalten) que são actualmente associações mistas particulares e estatuais, agrupadas no «Comité Central Sueco de Associações de Inválidos», fundado no ano de 1911.

Dentro da luta antireumática na Suécia, cabe mencionar que no ano de 1945 foi fundada a «Sociedade Nacional para combater as doenças reumáticas», e no ano de 1948 a «Sociedade Reumatológica Sueca» e a secção «Reumatologia da Associação Médica da Suécia».

A primeira tem promovido numerosos trabalhos sobre investigação e tratamento do reumatismo, com o apoio financeiro dos fundos do 80.º aniversário natalício de Sua Majestade, o Rei Gustavo V, denominação em que se acham compreendidos os fundos presenteados a Sua Majestade, em 16 de Junho de 1938, no seu 80.º aniversário, e outros que lhe levaram com essa mesma intenção. Eles são empregados unicamente para combater duas doenças altamente invalidantes: a paralisia infantil e o reumatismo. Foi precisamente com estes fundos que foi criado em Karolinska, o grande hospital Universitário, já mencionado anteriormente, o magnífico instituto onde se realiza o estudo exaustivo para combater essas duas doenças sociais.

RESUMOS DE COMUNICAÇÕES FEITAS AO CONGRESSO DE CIRURGIA DE LISBOA

(Setembro, 1953)

(Continuação)

Coligidos do «Journal International de Chirurgie», por amável deferência do Secretário Geral do Congresso.

Enxertos venosos

JEAN KUNLIN (Paris)

As transplantações venosas puderam ser realizadas sobretudo graças aos trabalhos experimentais de Carrel feitos no princípio deste século.

Carrel não só descobriu a técnica das suturas vasculares, mas também investigou, em colaboração com Guthrie, a técnica de conservação pelo frio (soro de Loke, com soro homólogo ou não). Assim, Carrel e Guthrie puderam transplantar com sucesso enxertos venosos conservados em frigoríficos durante 35 dias.

Os progressos da anestesia e os meios de reanimação que permitem efectuar operações de larga duração, contribuíram grandemente para o progresso de cirurgia actual.

Todos parecem estar de acordo em que somente a trans-

plantação autogénia pode considerar-se como um verdadeiro enxerto biologicamente eficaz.

Os homo-enxertos, e com mais razão os hetero-enxertos, não podem — até nova descoberta — ser considerados como enxertos verdadeiros, não obstante os repetidos sucessos obtidos pelas transplantações de homo-enxertos vasculares.

Os enxertos venosos servem de tutor para a reconstrução de trajectos, canais, vasculares elaborados pelo organismo do receptor.

Aplicação clínica dos enxertos venosos.

A) Reconstituição da via arterial depois da cura dum aneurisma ou duma ferida arterial.

A transplantação de veias na via arterial em casos de «arterite obliterante» no sentido de restabelecer a circulação deficiente

foi realizada mais recentemente com um certo número de resultados positivos.

B) A transplantação venosa foi proposta para a cura da hidrocefalia, hispospadias ou para a reconstrução da uretra ou do colédoco. Estes procedimentos têm sido, pouco a pouco, abandonados.

C) Enxertos venosos utilizados para restabelecer a continuidade das veias.

Esta operação parece ter sido realizada pela primeira vez por Doyen em 1909, sem êxito. Recentemente foi repetida por nós, também sem resultado. O fracasso parece ser devido principalmente à formação de trombos como consequência da falta de oxigénio no sangue venoso, da fraqueza do débito circulatório e falta de pressão sanguínea. Para evitar tais inconvenientes, é aconselhável ter em conta alguns aperfeiçoamentos técnicos:

1) A aplicação do enxerto sobre um tutor confeccionado de matéria inerte (atoxic plastic material).

Bode e Fabian (1910) e mais tarde Paul Moure (1914) já realizaram trabalhos experimentais sobre a aclimatação do enxerto.

2) Para remediar a falta de pressão e as suas consequências é conveniente fixar a anastomose aos tecidos vizinhos, a fim de evitar a estenose que aparece geralmente depois da sutura.

3) Podia-se também criar uma pequena fistula arterio-venosa temporária com o fim de que a transplantação esteja bem oxigenada, e mais, para que se dilatem as suas paredes debaixo do efeito da maior pressão.

Um dos maiores inconvenientes destas técnicas consiste na dificuldade de obter do próprio enfermo enxertos venosos de tamanho e comprimento conveniente.

Neste sentido é muito interessante precisar se os enxertos homólogos venosos, transplantados sobre as veias, oferecem as mesmas garantias que os enxertos homólogos arteriais, transplantados sobre as artérias.

É muito de temer que no primeiro caso existam muitas mais causas de fracasso. É possível que se possa chegar a criar, no próprio doente, vasos artificiais, a expensa dos tecidos mesmo do enfermo.

No laboratório do «Collège de France» iniciamos uns trabalhos experimentais em colaboração com Bitry-Boëly e Martinet e podemos observar a possibilidade de transplantar condutos, canais, artificiais sobre as vias arteriais do cão.

Enxertos ósseos

E. RUTISHAUSER (Genebra)

Limitando-se mesmo aos auto-enxertos este capítulo é duma grande amplitude.

Os cirurgões contribuíram grandemente para o seu conhecimento, mas os nossos conhecimentos teóricos da transplantação estão ainda muito longe de se igualar aos nossos sucessos práticos.

Em morfologia humana e experimental as opiniões se contradizem, e é impossível realizar um trabalho de síntese.

Para explicar o mesmo fenómeno acumulam-se grandes quantidades de observações que não podem ser comparadas entre si e o que é ainda pior, os factores que intervêm nele, não se definem suficientemente bem, nem se estima suficientemente a sua verdadeira importância. Basta como exemplo citar o caso da «Osteogenina» sobre a qual há já vários anos não se adquirem mais conhecimentos.

Dois pontos particulares chamam a nossa atenção:

1) Que acontece, do ponto de vista experimental, aos auto-enxertos de pequeno tamanho durante os primeiros dias?

2) Que acontece aos enxertos humanos que tivemos a ocasião de estudar e que cumpriram as suas funções durante 20 anos?

1) Nós estudamos, com H. Kind, em coelhos adultos a evolução de pequenos fragmentos ósseos sem perióstio que obtivemos da calote craniana e que implantamos nos músculos da coxa. Os exames histológicos e químicos destas peças foram feitos entre 1 a 21 dias depois da intervenção. Nestes primeiros dias pode apreciar-se uma oncosse e tripsis dos osteocitos. O conteúdo de cálcio e fósforo diminui notavelmente em 14 casos das nossas 27 observações; essa diminuição é da ordem de 5 a 12%, para o Ca. Não se observa indício nenhum duma actividade fos-

fatásica. A oncosse e tripsis são patológicas, evoluindo com muito mais rapidez de que os seus corolários fisiológicos e quase todas as células tomam parte neste fenómeno.

A osteolise à volta das células, que aparece nos primeiros dias, é em seguida substituída por uma reabsorção osteoclástica.

O aspecto químico do problema é mais complexo do que parece à primeira vista. De facto, a mineralização desigual dos ossos dos coelhos e certamente também dos homens, torna o estudo das relações entre Ca. e P. muito difícil. Esta relação, constante para a cortical (Cortex) e para a esponjosa, que é sempre menos mineralizada, altera-se durante os primeiros dias da transplantação.

2) Depois de 20 ou 30 anos, os enxertos que prenderam bem são inteiramente formados de ossos secundários vivos. Nos enxertos de Albee a transplantação tibial cortical adquire a mesma estrutura que as apófises espinhosas.

O número e a morfologia dos osteocitos são normais; a substância medular é mista, sobretudo hematopoiética.

Nos casos de plastia maxilar mediante transplantação duma costela o resultado é muito diferente. Assim nos prova um caso que estudamos de um doente operado há 20 anos por César Roux.

A costela, apesar de ter sido substituída várias vezes pelo processo normal de remodelação do tecido ósseo, conservava o seu aspecto característico, mesmo sobre o ponto de vista da sua estrutura histológica.

A maior parte das cavidades osteocitárias estavam vazias (mesmo depois de coloração com tionina) e o tecido medular era quase exclusivamente adiposo. Ambos os fenómenos devem interpretar-se, ao nosso ver, como resultado de uma isquémia.

O aspecto morfológico definitivo dum enxerto, tanto no seu interior como exterior, é consideravelmente influenciado pela vascularização.

Após 20 anos a costela transplantada para o maxilar continua sendo uma costela, conservando fielmente a sua estrutura interna e externa, enquanto que o enxerto tibial não é mais reconhecível dentro do encaixe vertebral como uma peça isolada cortical.

O aspecto definitivo dum osso transplantado depende, assim como o de um osso normal, do equilíbrio entre os fenómenos da aposição e reabsorção.

As relações existentes, sob este ponto de vista, entre o enxerto e o seu leito, são todavia difíceis de precisar. É de uma grande importância prática que se estabeleça entre ambos um equilíbrio biológico, seja qual for a rapidez dos fenómenos de reabsorção-aposição.

Este equilíbrio final tão desejável pode alcançar-se em cirurgia como resultado de observações empíricas mas teoricamente nós não temos ainda a sua explicação.

Implantação do osso autoplástico, homoplástico e heteroplástico

SV. ORELL (Stockholm)

Realizaram-se experiências em animais para esclarecer donde provém o efeito esteogénico nos enxertos de osso.

Reconheceu-se que a nova formação óssea tem lugar no tecido ósseo do leito do enxerto. Tem sido objecto de discussão se as células dos enxertos tomam parte na neo-formação óssea. Alguns autores consideram que as células sobrevivem e se regeneram; outros mantêm que muitas células do enxerto ósseo morrem mas as células conjuntivas do leito do enxerto se tornam osteogénicas.

Recentemente, vários trabalhos chegaram a demonstrar que provavelmente ambos os factores tomam parte. Isto foi provado por implantação simultaneamente de fragmentos de osso fresco e de osso morto e congelado, em tecidos moles. No primeiro caso a neo-formação óssea começa rapidamente enquanto que nos últimos, demora de três a seis semanas (Urist e MacLean, Wolfgang Axhausen). Verificou-se que o osso esponjoso sobrevive à transplantação e que as suas células regeneram mais facilmente que as células do osso compacto (Ham e Gordon e outros).

Clinicamente os problemas da neoformação óssea são de grande actualidade, uma vez que o osso homoplástico conservado por congelamento está sendo utilizado. Com este material de

transplantação obtém-se uma cicatrização por primeira intenção, porém a neoformação de osso inicia-se umas semanas mais tarde que depois de implantar enxerto fresco e auto-plástico.

Segundo vários autores (Judet, Arviset, Guilleminet e outros) a implantação de osso heteroplástico de diversos tamanhos empregado em defeitos ósseos pode também dar lugar a consolidação por primeira intenção e conduzir a uma abundante neo-formação e originar pontes ósseas.

O osso transplantado é transformado parcialmente e permanece como corpo estranho dando origem a calos disformes no esqueleto.

É bem conhecida a consolidação primária depois da implantação de próteses acrílicas pelo método de Judet. As partes deformadas dum articulação podem ser restauradas, o que é de grande valor. A cartilagem hialina da articulação é substituída por material plástico, recuperando-se com ele a função articular. Ao reparar uma fractura completa que afecte o esqueleto de suporte é essencial que se estabeleça uma firme consolidação sustida entre ambos os extremos ósseos sem nenhuma deformidade. Para ter valor clínico esta reunião deve advir tão precoce e rapidamente quanto possível.

A orientação clínica para o tratamento das fracturas completas é bem conhecida desde o tratamento cirúrgico das mesmas. Os cirurgiões admitem 3 factores mecânicos: 1) a reposição; 2) a fixação; 3) a compressão (Eggers, French e outros) dos fragmentos ósseos. A intervenção cirúrgica está sendo amplamente utilizada e graças sobretudo ao emprego dos anti-bióticos.

Recentemente também os materiais para a técnica da osteosíntese têm sido elaborados em diferentes formas, para distintos propósitos.

O prego medular de Küntscher, por exemplo, assegura uma excelente fixação para as fracturas dos ossos longos e tem sido usado, por Palmer, com brilhantes resultados em combinação com a implantação do tecido esponjoso. Do ponto de vista mecânico a osteotaxis de Hoffman parece, no meu modo de ver, o método mais efectivo da redução, fixação e compressão da fractura, por meios técnicos racionais e simples. Do mesmo modo que o prego de Küntscher permite uma função normal das articulações adjacentes e em muitos casos não requiere uma séria intervenção.

A rápida cura e consolidação obtidas com os métodos mecânicos no tratamento cirúrgico das fracturas assinala o caminho da cirurgia plástica nas afecções dos ossos. Assim, o objectivo deve ser o assegurar a efectiva redução, fixação e se necessário a compressão dos fragmentos ósseos apontados, durante um tempo suficiente para facilitar o desenvolvimento do calo ósseo, evitando a mobilidade até que o novo osso tenha sido transformado numa ponte sólida. Isto permite uma maior liberdade na escolha do material do enxerto. O osso conservado pelo método de congelação pode também ser utilizado, embora a formação de novo osso comece algum tempo mais tarde do que com o enxerto fresco auto-plástico; aquele tem, no entanto, a vantagem de ser material mais económico, e evitar a intervenção em dois tempos.

Três factores são de grande importância no desenvolvimento do tecido ósseo: 1) As células do leito do enxerto e do próprio enxerto; 2) Facilidades de circulação e nutrição destas células; 3) O osso necrótico contém substâncias que excitam a neoformação óssea.

Como no tecido necrótico produzido por um trauma numa ferida de pele igualmente o osso necrótico excita a proliferação e o desenvolvimento do novo tecido; as células próprias do tecido ósseo e as suas derivadas são aquelas que se excitam mais rapidamente.

Tentei a implantação de diferentes materiais para produzir «os novum». O osso fervido e o «os purum» têm um efeito osteogénico muito lento: após implantação subcutânea a osteogénese começa somente depois de 3 meses. Por implantação de «os purum» subperiosticamente na tibia forma-se «os novum».

Este novo osso é macio e flexível proporcionando excelente material de transplantação, o qual foi utilizado em numerosas osteosínteses para espondilitis tuberculosa. A implantação requiere uma operação em dois tempos, o que é muito demorado. Por isso usamos o osso como material de enxerto dividido em pequenos fragmentos. O sangue circula através deles, facilita o crescimento dos vasos, a formação de novas células e a sua nutrição. A área de contacto entre o osso necrótico e as células

é mais ampla. O efeito estimulante do osso homoplástico congelado pode ser aumentado reduzindo-o a partículas, o mais pequeno possíveis. A implantação implica uma única fase operatória, evitando a incisão que se necessita para obter osso fresco e o material é mais económico. Estão em estudo as experiências com este material.

Dois problemas permanecem ainda sem resolução: 1) Experimentalmente devia fazer-se uma análise mais perfeita do possível factor não específico, que segundo Lavander, Oberdahlorf e outros, está presente no osso. 2) São necessárias investigações clínicas para aclarar como pode ser utilizado este factor estimulante para assegurar a neoformação óssea e conduzir ao desenvolvimento de sólidas trabéculas ósseas e dum calo, osteosíntese, de preferência sem incisão nem transplantação do osso dum e outra parte do esqueleto.

Leriche e Policard talvez tenham razão em indicar que o problema não poderá ser suficientemente esclarecido apenas pelos histologistas e pelos cirurgiões devendo a solução ser procurada com a colaboração dos químicos.

Reabilitação

SIR JAMES LEARMONTH (Edinburgo)

Excepto nos casos incuráveis e naqueles em que a morte sobrevenha em breve prazo está indicada a reabilitação. O objectivo ideal do tratamento cirúrgico deve ser considerado como um esforço para que o paciente possa voltar à sua primitiva ocupação. Se isto é impossível, deve conseguir-se que o paciente seja capaz de realizar outro trabalho de carácter físico mais ligeiro e devem ser tomadas medidas para que ele possa aprender uma outra espécie de trabalho diferente da sua ocupação habitual. Não se pode considerar a reabilitação completamente satisfatória a não ser que o cirurgião que fez o tratamento do processo originário realize o que é necessário para esse efeito.

Há várias formas de reabilitação:

A) *Formas gerais para todos os doentes:*

1) *Fisioterapia* que inclui o emprego de maçoagem e de movimentos activos e passivos do corpo em geral e a instrução de exercícios respiratórios antes e depois da operação. Inclui também o emprego de várias formas de corrente eléctrica para estimular músculos paralisados e convalescentes. As maçoagens e os tratamentos eléctricos podem ser precedidos por uma forma qualquer de termoterapia, para produzir uma vasodilatação local.

2) *Exercícios terapêuticos*, planeados para fortalecer certos grupos de músculos, tanto daqueles com tendência para uma atrofia rápida (quadricípete crural, por ex.), como de outros cuja função cessa durante o período de imobilização (exemplo: músculos espinhais).

3) *Terapêutica de distração (divertimento)*. Proporciona uma ocupação ao paciente que geralmente emprega somente as mãos e que não tem uma finalidade física. Mantém ocupadas a mente e as mãos e pode proporcionar ao paciente um hábito com que ele continua depois da sua doença.

4) *Terapêutica de trabalho*. Pretende proporcionar trabalho aos pacientes que necessitam da execução repetida dum movimento que ficou anulado ou reduzido. Realiza-se tanto para os membros superiores como para os inferiores.

5) *Trabalho lucrativo* pode conseguir-se com frequência em áreas urbanas industriais. O paciente pode retomar rapidamente o seu antigo trabalho, por exemplo quando tem ainda uma perna em gesso, ou algum outro trabalho que a sua lesão e o aparelho de fixação lhe permitam executar. Isto resulta muito eficaz quando se pode conseguir e contribui para estimular o desejo de trabalhar.

Em muitos processos cirúrgicos benignos ou de pouca duração pode não ser necessário recorrer a uma reabilitação completa, bastando a reabilitação de divertimento.

B) *Terapêuticas especiais, aplicáveis em certos tipos particulares:*

1) Adaptação e utilização de próteses.

2) Reeducação da palavra (depois de operações por guela de lobo e após lesões cerebrais localizadas no centro da fala).

3) Reeducação dos surdos (congénitos e tardios).

4) Readaptação dos cegos: leitura e trabalhos lucrativos.

Os problemas variam consoante a idade em que começou a cegueira.

SUPLEMENTO

A MEDICINA NO PEQUENO MUNDO

Quando um doente chega, pela primeira vez, às termas, fica surpreendido logo no primeiro contacto com o médico. Ao fazer as suas queixas e a história do seu mal, vê-se escutado à pressa, sem atenção, como se a sua doença já não tivesse cura ou fosse tão desprezivelmente insignificante que não merecesse qualquer cuidado. As radiografias que apresenta e as análises que mostra, em vez de serem vistas e sopesadas com cuidado, como elementos esclarecedores dum diagnóstico duvidoso ou duma terapêutica difícil, são postas, num arremesso sobre a mesa e julgadas com um descuido que fere o doente e o torna desconfiado. Surpreende-se ainda ao ver que as indicações terapêuticas saem de chapa, sem quaisquer hesitações — tantos gramas de água no primeiro dia, tantos no segundo, e assim por aí fora até a um máximo que depois começa a declinar. E não compreende. Habitado como está a ser ouvido com interesse, num *singular colóquio* que o conduz à ampla confissão do seu mal, estranha-se é obrigado a dizer os sintomas da sua doença, como quem despeja um saco, ou a desfiar a história da sua queixa, como quem recita um salmo bíblico. A diatermia que lhe recomendam, os duches que lhe prescrevem, os enteroclises que lhe aconselham ou as massagens que lhe indicam, são um acréscimo que não bastam para atenuar o desconsolo das primeiras impressões, nem destruir o sentimento de desconfiança que nele se criou. O exame contra-relógio foi tudo, levantou barreiras e definiu posições que criaram uma separação nítida entre o médico, que se tem de repartir, numa dádiya, por centenas de doentes, e o doente, que vive fechado no seu mundo de egoísmo e sofrimento.

Esta situação delicada que se observa

em algumas estâncias termais, resulta do pequeno número de médicos que nelas presta serviço, sobretudo nos meses de verão, quando a afluência dos aquistas aperta e o volume dos exames sobe. Os cinquenta ou mais doentes que eles têm de examinar duma assentada, o igual número de queixumes que têm de ouvir e as numerosas fichas clínicas que têm de fazer, obrigam-nos a andar depressa, a *massificar* uma clínica que deveria ser minuciosa na recolha dos sintomas e prudente na terapêutica a aplicar. A falta de tempo leva-os, porém, a fazer exames em série, a cair numa rotina que se repercute desfavoravelmente no espírito do doente e origina, por vezes, situações embaraçosas ao médico. A tuberculose que se não despista, a doença degenerativa que se não diagnostica ou a profunda mazela cardíaca que se deixa escapar, são tremendos erros que resultam do trabalho exaustivo que se exige do médico, sem se cuidar da sua resistência física nem dos limites da sua capacidade intelectual.

As Empresas termais, no seu próprio interesse, têm necessidade de modificar este aspecto rotineiro da sua assistência médica. Se o grande movimento de aquisições cria problemas assistenciais que não se podem ignorar, traz grandes lucros e altos dividendos com os quais facilmente se podem corrigir as deficiências e criar melhores condições de trabalho. A questão está apenas em abrir a mão e ouvir o parecer dos médicos. Não há por certo nenhum que não julgue o excesso de trabalho nocivo e não alie o efeito terapêutico das águas, ainda dentro dum *habitat* empírico, ao factor psicológico do doente. Ignorar ou desprezar esse factor é, talvez, pior do que *massificar* as observações clínicas. A ideia de que o seu mal é sem remédio, desfaz o seu mundo de

esperanças e destrói as suas últimas possibilidades de cura. Um pessimismo doentio envolve-o numa agonia de sombras. O sofrimento tortura-o. Nada o consola nem o ajuda a transportar a cruz que lhe verga os ombros. A pressa, o exame contra-relógio, se lhe provocou um sentimento de desconfiança, a falta de compreensão trouxe a desilusão. Os sacrifícios que fez para se deslocar, os compromissos que tomou e a vida profissional que deixou atrás de si, são preocupações que agravam o seu sofrimento e nos quais o médico não repara por falta de tempo. As dezenas de doentes que o esperam todos os dias não lhe dão oportunidade para viver os problemas de cada um, nem para se interessar pelas particularidades reacionais do seu psiquismo. A água é tudo. Se ela falha, não se lhe pode pedir outra terapêutica nem tempo para estudar devidamente o doente. O mais que pode aconselhar, é o regresso ao lar, o abandono da derradeira esperança que ainda entreluzia na sua vida, num rasgar de véus que põe à mostra toda a extensão do seu mal.

A medicina, no pequeno mundo das termas, tem de ser outra, ainda que pese às Empresas. O trabalho exaustivo dos médicos tem de ser melhorado para que caminhe em profundidade, as consultas têm de ser desdobradas e número de clínicos aumentado. O lucro das Empresas, de momento, será certamente menor. Mas, no futuro, terá outro valor, porque defendendo os doentes e permitindo um trabalho mais produtivo aos médicos, criará melhores condições às estâncias.

MOSAICOS NORTENHOS

LII

O Tio das Taipas

O *Tio das Taipas*... conheci-o bem, com ele contactei bastante e porque o ouvi horas sem conta e com ele joguei, algumas noites, umas partidas de *solo* (há quantos anos isso foi!), aqui o venho retratar e apresentar, servindo-me da memória, para que os leitores fiquem a conhecer uma figura que passou e desapareceu, mas que pelo seu *tipismo* bem merece estas linhas que lhe dedico.

O *Tio das Taipas* era um idealista, de personalidade vincada, que defendia concepções que hoje encontramos como base para muita gente ir levando a vida sem grandes aflições, com pouco trabalho e alguma notoriedade (dar nas vistas sabe bem e se, em vez de *mestre escola*, se puder passar por *doutor*... isso não traz prejuízo a ninguém e satisfaz a vaidade de certos sujeitos que por aí vagueiam).

O que hoje se prega quanto ao direito à saúde, ouvi-o eu ao bom do *Tio das Taipas*.

Entre o passado e o presente cava-se, no entanto, um abismo. Ele proclamava aquele direito por bem, porque nos estreitos limites da sua pequenina cultura, só o seu coração bondoso impulsionava as suas palavras e as suas ideias. Os que hoje argumentam com razões de *política social* para defenderem o direito à saúde, pouco mais sabem do que ele, mas à custa de esforços e persistência, vai-nos dando uma *Medicina socializada* que não realizou o objectivo que se pretendia, mas que serve para esses *entusiastas* levarem mais facilmente a vida...

Que diferença entre o passado e o presente! Hoje, quem acalantar idealismos e neles pretender estabelecer a base da sua vida — é esmagado pelos interesses e conveniências da legião dos que na vida procuram vencer de qualquer modo...

Que diferença entre o passado e o presente!

IN ILLO TEMPORE

O *Tio das Taipas*, ainda novo, embarcou para o Brasil, onde trabalhou durante alguns anos.

Depois, arrecadado um pequeno pecúlio, regressou e teve, durante largo período, um *botequim* na parte central da cidade do Porto, hoje Rua de Sá da Bandeira.

Quando os anos lhe começaram a pesar, regressou à sua terra, em Briteiros — próximo das Caldas das Taipas — e ali morreu com bastante idade.

Era um pequeno proprietário, mas gozava de certo prestígio nas redondezas. Sempre que adoecia alguém, era ao *Senhor Manuelzinho* que se recorria, não

para que visse o doente — isso não o fazia — mas para que desse a sua opinião sobre a chamada do médico. E depois, o receituário era submetido à sua apreciação e à sua sentença...

— «*Sim, não está mal...*» ouvi eu algumas vezes; ou então: «*talvez se pudesse fazer melhor... mas... ainda assim... manda à farmácia e dá lá essa medicina*».

A sua crítica, proferida com ares de entendido, dava-lhe prestígio e infundia respeito.

Foi em 1916 ou 1917, ainda aluno do Liceu, que, por decisão do Prof. Dr. Roberto Frias, fui uns meses para o campo. Passava então horas sem conta com o «*Tio Manuel*» — o *Tio das Taipas* — ora conversando, ora jogando e divertia-me com os diálogos que ouvia, quando alguém o procurava para lhe pedir um conselho ou uma indicação.

Nessa época ouvi-o defender o direito à saúde e «*a necessidade de pagar generosamente aos médicos para que olhassem com caridade por aquela gente*».

Tinha princípios socialistas, mais por intuição e dotes de natural bondade, que por ideias que se tivessem infiltrado no seu espírito.

Era um idealista que vivia na sua linda aldeia, perto da *Citânia de Briteiros* com uma única ligação que o mantinha em contacto com o Mundo: o «*Jornal de Notícias*».

NOS TEMPOS DE HOJE

Mal diria eu, nessa recuada época, que viria a presenciar a luta acesa e apaixonante que entre nós se desencadeou, em volta do direito à saúde!

Muitas vezes recorro ao passado e quando me transporto à realidade do presente, choca-me o contraste entre os idealistas de então e os figurantes de agora que impelidos pelo materialismo do século, difundem conceitos socialistas e procuram executá-los com pressa, para que não seja possível recuar-se e não fiquem privados do aconchego em que vivem.

Quando olho o panorama do presente e diviso os que, atarefados, cuidam da nossa *Medicina organizada* e lhe querem imprimir directrizes, não posso deixar de me sorrir e logo penso no sapaiteiro de Braga... e no seu rabeção.

Idealismo? — não o há. O que encontramos não é o verdadeiro interesse com uma finalidade definida ao serviço de um ideal; o que encontramos é o interesse como meio, relegando-se para o túmulo do esquecimento os fundamentos doutrinários, que deviam, pelo contrário,

ter primazia neste problema de profundo interesse social.

O problema do *direito à saúde* tem sido tratado com superficialidade por aqueles que se abalançaram a organizar *Postos Médicos* sem um estudo preliminar que abrigasse a entidade encarregada do *seguro-doença* de um possível fracasso. Por mais que se mostrassem os erros, com maior ou menor evidência, nunca se conseguiu obter mais do que vagas promessas, que o tempo se encarregou de fazer esquecer.

Continuamos na mesma e ainda se não encontra motivo para se fundamentarem esperanças que nos dêem alento e consolação.

A chamada *Medicina organizada* está entregue aos *amadores* e, orientada e dirigida por eles, vai alargando pouco a pouco o seu âmbito, com os mesmos erros, com as mesmas lacunas que têm sido apontadas muitas vezes e que se não remedeiam porque se não quer estudar o problema e se prefere continuar com os ouvidos tapados e os olhos cerrados.

Tudo na mesma! Em vez de uma *organização social* que fosse um elo de progresso e realizações — dão-nos uma *Medicina parcial*, que está longe de satisfazer as exigências do *seguro doença*. Tudo na mesma, como há um, há dois e há três anos!

É por isso que ao olhar para o presente me lembro muitas vezes do *Tio das Taipas*; se ele vivesse, apesar da sua pouca cultura, talvez tivesse o ideal a animá-lo e servisse o *seguro na doença* com o coração e a inteligência.

Os *Tiosinhos* de hoje, mentores da *Medicina* — embora não sejam médicos — nem sequer servem os ideais sociais da hora presente, impostos pela evolução e pelo respeito pela pessoa humana.

Os *Tiosinhos* de hoje vivem a euforia de uma vaidade doentia, mas não conseguem realizar uma obra que se imponha.

Os *Tios das Taipas* do presente, são, afinal, um produto de geração espontânea, neste Mundo eivado de materialismo e de aventura. Eles por aí andam, de um lado para o outro, com as pastas cheias de estatísticas... e de projectos.

Mas o *seguro-doença* continua defeituoso e imperfeito, mantendo-se a feição socializante que lhe deram logo no começo, mais por ignorância, que por propósito deliberado.

Porque todos achem que está bem o que se têm feito! Não, isso não, mas o que não sabem, é fazer melhor.

O pobre do *Tio das Taipas* passou a ser um símbolo nesta hora amarga para a *Medicina portuguesa*.



O LABORATÓRIO ORGANON QUE TEM DADO O SEU MELHOR CONTRIBUTO AO ESTUDO E DESENVOLVIMENTO DA FABRICAÇÃO DE INSULINA, APÓS TER LANÇADO NO MERCADO MUNDIAL AS

Insulina simples
 Insulina Protamina Zinco
 Insulina N. P. H.

TEM A HONRA DE APRESENTAR, A PARTIR DESTA DATA, A

INSULINA Z. N. «Organon»

A MAIS RECENTE PREPARAÇÃO, RESUMINDO NUMA SÓ FORMA DUAS CARACTERÍSTICAS NOTÁVEIS:

acção rápida
 acção prolongada

ALÉM DISSO, A INSULINA Z. N. «ORGANON» APRESENTA A GRANDE VANTAGEM DE NÃO CONTER PROTAMINA, O QUE EXCLUI AS REACÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE

Apresentação :

Frasc. de 5 cc. a 40 U. I./cc. ao preço de 17\$00

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

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

ECOS E COMENTÁRIOS

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

«O Médico» publica hoje o texto do projecto de lei, elaborado pelo Snr. Ministro do Interior e enviado pela Presidência do Conselho à Câmara Corporativa, sobre assistência hospitalar. É um documento notável, que honra o Governo e, em especial, o ilustre Ministro do Interior — Dr. Trigo de Negreiros — a quem a assistência social deve os mais altos serviços. Certamente que, depois de modificações que a Assembleia Legislativa por ventura lhe introduza, os nossos hospitais vão dispor de muitos mais recursos do que aqueles que actualmente têm. Procura-se assim resolver um dos mais importantes problemas ligados aos hospitais — o problema financeiro. De nada valeria dispor o País duma rede de bons edificios — no âmbito das «construções hospitalares» — se não lhes fossem asseguradas as possibilidades financeiras de se manterem. Não devemos esquecer, porém, que há outros problemas tão importantes e difíceis de resolver, além da parte financeira, como o do pessoal técnico. De nada valerá fornecer mais recursos a muitos hospitais — sobretudo fora dos grandes centros — se eles não tiverem clínicos, não só competentes e devidamente especializados, mas também que estejam em condições de poderem gastar o tempo necessário para atenderem devidamente os doentes. A actual situação em que se encontram os médicos, os cirurgiões e os especialistas dos nossos hospitais é insustentável, porque é assente em bases que se mostram cada vez menos verdadeiras: a compensação na clínica livre. O que é necessário é que, com remunerações razoáveis, se possa exigir dos médicos que gastem — e não só os mais novos, os estagiários, os internos, mas os mais graduados — algumas horas por dia nas enfermarias hospitalares. E não é com a mesquinhez dos proventos que recebem — quantas vezes, anos e anos, de graça! — que será possível encarregar os nossos hospitais para melhores destinos. Quando se discutir, na Câmara Corporativa e na Assembleia Nacional, este assunto, é indispensável atender à reforma, que tem de ser radical, nas remunerações dos

médicos; e o mesmo problema se apresenta para o pessoal auxiliar, como a enfermagem.

A última semana foi uma semana cheia de acontecimentos de vulto para a medicina portuguesa: além do referido projecto de lei, que o Governo em boa hora apresentou, tivemos o início do aviso prévio do Prof. Cid dos Santos.

Continuaremos, nos próximos números, os comentários, com a independência

que temos procurado, sempre, imprimir ao que escrevemos.

M. C.

DR. FERNANDO NAMORA

Não conhecia pessoalmente este colega, que é agora um dos nossos melhores escritores, até ao dia em que, ambos, em Bruxelas, em Julho de 1953, representamos a imprensa médica portuguesa no Congresso que se realizou por ocasião das Jornadas Médicas daquela cidade — a que, mais uma vez, assisti. Foi, para mim, um agradável encontro, pois há muito aprecio a sua prosa maleável, e leio, com especial agrado, o que ele escreve. Desejava ter uma oportunidade para lhe dirigir algumas palavras, que representassem o meu apreço pelo Dr. Fernando Namora, e fossem, também, de saudação e de simpatia. Essa oportunidade chega, enfim, a propósito do «Prémio Ricardo Malheiros» de 1953, que lhe foi conferido pela Academia das Ciências de Lisboa. Foi a consagração ao seu labor literário, mas, especialmente, a recompensa ao romance «Minas de San Francisco».

Os médicos continuam a honrar a literatura nacional. Já passou o tempo de Júlio Dinis, de Ricardo Jorge, de Fialho de Almeida, de Samuel Maia... Temos, ainda, felizmente, a actividade do incomparável escritor que é Júlio Dantas... Brilham outros nomes nas letras portuguesas, como o de Ladislau Patrício, o de Miguel Torga e o de Pacheco Neves... E, dos muito novos — o que garante uma consoladora continuidade — assistimos, com desvanecido orgulho — nós, os médicos de meia idade, que fomos educados, desde pequenos, no amor às boas letras e não ao «foot-ball» — vemos, com certa vaidade, que um médico novo acaba de ser consagrado pela mais categorizada Academia.

Parabéns a Fernando Namora!

M. C.



COLONOL

REEDUCADOR DA FUNÇÃO INTESTINAL

À BASE DE

Acido cálico, oximetil-antraquinonas, resina de podofilo e extracto de beladona.

Boião 13\$50

Tubo 4\$00

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

ASPECTOS DO EXERCÍCIO DA MEDICINA, EM MEIO RURAL

BERNARDINO DE PINHO

(Inspector Superior de Saúde e Higiene
da D. G. S.)

(Continuação)

IV

Na Noruega

A administração local, na Noruega, assenta no princípio da descentralização, estando o país dividido em 66 comunas urbanas e 680 comunas rurais ou municípios.

A cada comuna rural não corresponde sempre um distrito sanitário rural, pois este pode englobar uma ou mais comunas.

O distrito sanitário ou comuna de *Verdal*, na província de *Nord-Trøndelag*, onde seguimos a vida do médico de saúde pública, o Dr. *Harmmerstad*, tem a população de 8.500 pessoas.

O seu centro é a pequena vila de *Verdaløre*, que conta 2.000 habitantes.

O pessoal sanitário da comuna é constituído por:

- 1 médico de saúde pública;
- 1 médico de clínica livre;
- 1 enfermeira de saúde pública;
- 3 dentistas;
- 2 parteiras;
- 1 farmacêutico.

O médico de saúde pública é funcionário do Estado e depende directamente do médico-chefe provincial de saúde pública.

Recebe o vencimento mensal 1.000 coroas por mês (coroa=3\$80, aproximadamente).

Não trabalha em *full-time*. Podemos considerar as suas funções sob três aspectos: higiene pública, medicina preventiva e social e medicina curativa.

Quanto à higiene pública, são da sua competência, entre outros, os problemas respeitantes a géneros alimentícios, a

águas de abastecimento e residuais, mas, na prática, é a câmara que se ocupa deles.

Em todo o caso, é ele que informa os assuntos de águas e de esgotos, etc. Na fotografia n.º 1, vê-se o Dr. *Harmmerstad*, com sua esposa, o Dr. *Battini* (italiano) e conosco, no campo, depois de visitas domiciliárias e de apreciarmos um projecto de águas e de esgotos, para um grupo de propriedades agrícolas.

No capítulo da medicina preventiva e social, devemos pôr em relevo duas obras: materno-infantil e exame médico dos escolares.

Em *Verdaløre*, há um dispensário materno-infantil.

É sustentado por uma associação de senhoras, mas o Município dá a casa e o Estado o equipamento. É dirigido pelo médico de saúde pública, o Dr. *Harmmerstad*.

Está instalado em três boas salas, além de um pequeno átrio: uma de recepção, outra de depósito de material e a terceira de exames médicos.

As mulheres grávidas são todas examinadas, uma vez antes dos 6 meses de gravidez, uma vez por mês a partir dos 6 meses e todas as semanas entre o 8.º mês e o parto.

As urinas para serem analisadas e os sangues para a reacção de *Wassermann* e outras são enviados ao laboratório do Hospital provincial de *Innherred*, em *Levanger*.

As crianças de mama veem ao Dispensário uma vez por mês, para exame médico e verificação de peso e altura. Três meses depois do nascimento, no

caso de aleitamento materno, e quatro semanas no caso de aleitamento com leite de vaca, dá-se-lhes óleo de fígado de bacalhau e recomendam-se-lhes sumos de tomate e de laranja ou mesmo de frutos da região.

Além disso, distribuem-se às mães pequenas brochuras com ensinamentos sobre alimentação, vestuário, cuidados de limpeza, etc.

Tivemos ocasião de tomar parte nestes trabalhos (ver fotografia n.º 2). Esta fotografia, como a anterior, são do nosso colega Dr. Villar Salinas, espanhol, que trabalhou conosco em *Verdaløre*.

Todos os alunos das escolas primárias do distrito rural de *Verdal* são examinados pelo menos uma vez por ano.

É também o Dr. *Harmmerstad*, médico de saúde pública, que procede a estes exames.

Por cada exame recebe dos serviços escolares uma coroa.

À entrada da escola, em cada outono, além das medidas de peso e altura, que são inscritas nas fichas, verifica-se se há alguma anomalia ou defeito de crescimento.

Sempre que necessário, escreve-se à família, a dar-lhe conselhos, como por exemplo:

- a) Para se dar à criança 3/4 litro de leite por dia.
- b) Para se dar à criança uma colher de óleo de fígado de bacalhau.
- c) Para chamar a atenção sobre algumas particularidades do regime de vida, tais como a hora de dei-

Na terapêutica da hipertensão por GANGLIOPLÉGICOS

HEXAMETON

(bitartarato de Hexametónio)

AMPOLAS

COMPRIMIDOS

O **HEXAMETON** NÃO dá os efeitos secundários que originam os sais de bromo e de iodo de hexametónio.

LABORATÓRIO FIDELIS

tar, a hora de levantar, os exercícios físicos, etc.

Se há cárie dentária, e esta observa-se em cerca de 50% dos alunos, enviam-se estes ao dentista, com uma nota escrita.

Os dentistas que trabalham para a escola recebem por hora de serviço.

Para os olhos e os ouvidos, adopta-se o mesmo sistema, enviando-se os alunos aos serviços hospitalares regionais.

À entrada da escola, se a reacção de Pirquet foi negativa, vacina-se pelo B. C. G. Usa-se a injeccção intradérmica. Se a reacção à tuberculina, à entrada para a escola, é positiva, leva-se a criança ao Raios X.



Fig. 1

O Dr. Hammerstad, com sua esposa, os Drs. Battini (Itália) e Pinho (Portugal), no campo, em visitas rurais.

Mesmo se a radiografia nada revela, a criança fica submetida a vigilância permanente. A vacinação antivariólica é feita desde a idade de 3 meses a 2 anos, fora, portanto, da idade escolar.

Para além daquela idade, só se vacina em caso de foco epidémico.

Em todos estes trabalhos, o médico é auxiliado pela enfermeira de saúde pública. Ela adquiriu o grau de «nursing» na Dinamarca, depois de 4 anos de estudos, e o de «special degree» em Oslo, após mais 1 ano de estudos.

Faz as vacinações, visita as crianças, o mercado diário, etc.

Tanto a enfermeira como as parteiras são pagas pela comuna, recebendo o vencimento fixo de 600 coroas por mês.

É lugar muito trabalhoso, apesar de haver na comuna quatro auxiliares para cuidarem dos doentes no domicílio.

Como dissemos, há dois médicos; o médico de saúde e um médico de clínica livre, este último vivendo apenas dos seus honorários.

Ambos têm a sua clientela. O seguro social abrange já cerca de 90% da população.

É livre a escolha do médico por parte do doente. Há uma tarifa de honorários médicos.

No consultório, 8 coroas (coroa = 3\$80, aproximadamente), pela primeira consulta, sendo o doente reembolsado de 6 pela caixa do seguro social. As consultas seguintes são pagas a 6 coroas.

Se o médico vai a casa do doente, este pagará um suplemento de 1/2 coroa por quilómetro de distância e uma outra 1/2

coroa para o transporte, utilizando o médico automóvel seu.

Pela visita, recebe o médico 12 coroas, sendo o doente reembolsado de 8 coroas pela caixa do seguro.

Os medicamentos ficam a cargo do doente, que os paga na farmácia.

O hospital regional é o *Hospital de Levanger*, a 20 quilómetros.

A hospitalização está perfeitamente assegurada, é gratuita para os doentes, mas paga pelas caixas do seguro social.

Mesmo para os tuberculosos, há um sanatório regional, o sanatório *Innherred Helseheim*. Aí se recebem os tuberculosos

A terapêutica consiste na administração de estreptomina, ácido para-amino-salicílico ou ácido isonicotínico.

Faz-se pneumotórax.

Dado que o movimento de tuberculosos é de cerca de 50 por ano, os leitos são suficientes.

Se é precisa uma intervenção cirúrgica, o doente é enviado ao Hospital de Levanger.

(Continua)

Reuniões de Cursos

Realizou-se em Lisboa, no dia 6 de Dezembro, a tradicional reunião do curso médico de Coimbra, 1918-1924, do qual fazem parte, o Prof. Bruno da Costa e os Drs. Manuel de Matos Beja, João Alarcão e Silva, José Pereira de Pina, Joaquim Frazão, Albino Rodrigues de Sousa, Henrique Jorge Niny, Manuel Marques da Mata e outros. De manhã, ouviram missa em S. Domingos, por alma dos colegas falecidos e, à noite, reuniram-se num jantar no Estoril.

*

Também o curso médico de 1933-1938, comemorou no dia 12 de Dezembro o 15.º aniversário da sua formatura. Às 15 horas, no Hospital Escolar, os componentes do referido curso ouviram uma lição do Prof. A. Celestino da Costa, finda a qual se fez uma demorada visita às instalações do novo hospital. Às 18,30 foi oferecido um «Porto de honra» aos antigos professores do curso, e às 21 horas realizou-se, em Queluz, um jantar de confraternização entre antigos alunos e professores, durante o qual se fizeram amistosos brindes.

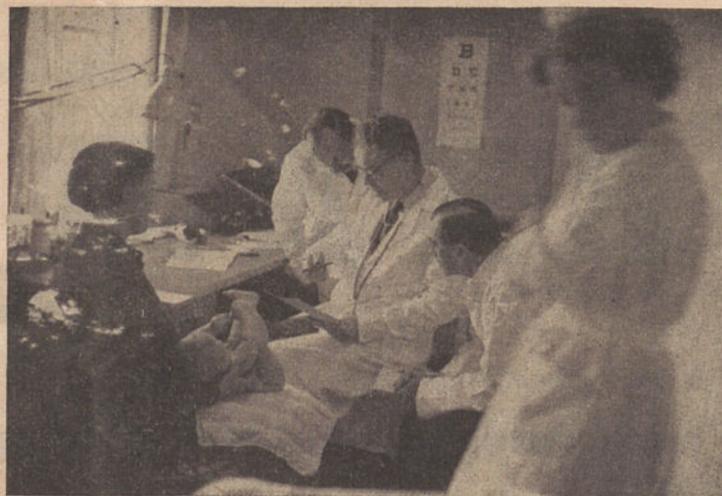


Fig. 2

Os Drs. Battini (Itália) e Pinho (Portugal) assistem a uma consulta de puericultura, com o Dr. Hammerstad (ao centro) e a enfermeira Miss Hellen Kremer.

PROPULMIL

Bial

INJECTÁVEL

SUPOSITÓRIOS

Caixas de 1 e de 6

Consagrada associação, em doses óptimas, de:

Penicilina

Vitaminas A e D

Quinina

Essência de Niauli

Eucaliptol

Cânfora

Hexaidroisopropilmetilfenol

(este último, só no PROPULMIL Injectável)

Gripe

Traqueítes

Bronquites

Congestões pulmonares

Pneumonias

Broncopneumonias

PROPULMIL

INFANTIL

Bial

SUPOSITÓRIOS

Caixas de 1 e de 6

Perfeita tolerância

Rápida e poderosa eficiência terapêutica

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Projecto de diploma enviado pela Presidência do Conselho à Câmara Corporativa

Princípios fundamentais da matéria e responsabilidade de encargos

Foi enviado à Câmara Corporativa, pelo Presidente do Conselho, a fim de aquela elaborar o correspondente parecer, o seguinte projecto de diploma:

Artigo 1.º — Respondem pelos encargos de assistência hospitalar, sucessivamente e dentro dos limites das suas posses, averiguadas, quanto possível, por inquérito;

1.º — Os próprios assistidos;

2.º — Os cônjuges e os descendentes, ascendentes e irmãos;

3.º — As câmaras municipais, em relação aos assistidos, indigentes e pobres com domicílio de socorro nos respectivos concelhos;

4.º — Os fundos e receitas das instituições que houverem prestado a assistência.

§ 1.º — À responsabilidade prevista neste artigo prefere a das pessoas que, segundo os princípios gerais, sejam responsáveis pelas consequências do facto determinante da assistência e, ainda, a das entidades seguradoras e das instituições de previdência, nos termos estipulados nos contratos e regulamentos.

§ 2.º — A responsabilidade das câmaras municipais é limitada a seis meses nos casos de internamento de doentes mentais.

§ 3.º — Quem solicitar qualquer forma de assistência indicará, sempre que seja possível, o responsável ou responsáveis pelo pagamento dos respectivos encargos.

Art.º 2.º — A cooperação do Estado na satisfação dos encargos de assistência verificar-se-á normalmente através da concessão de subsídios por força das dotações orçamentais destinadas a fins de assistência.

Art.º 3.º — Na liquidação e execução

das responsabilidades previstas no artigo 1.º, proceder-se-á de harmonia com o disposto nos artigos 40.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945, e com o que neste diploma se contém.

Art.º 4.º — Quando os assistidos e as pessoas referidas no n.º 2.º do artigo 1.º não possam responder integralmente pelos encargos de assistência, mas estejam em condições de satisfazer parte deles, deverão pagar a percentagem que lhes for atribuída, de harmonia com as suas possibilidades económicas, devolvendo-se o complemento da responsabilidade às entidades que sucessivamente devam assumi-la e pela respectiva ordem.

Art.º 5.º — Os assistidos pobres serão divididos em grupos ou escalões, conforme o seu rendimento familiar ou o das pessoas que, nos termos do n.º 2.º do artigo 1.º sejam responsáveis pelos encargos de assistência. O Ministro do Interior fixará, por despacho, não só o número dos referidos escalões ou grupos, mas ainda, as percentagens que, em relação à diária normal do estabelecimento, deverão ser pagas pelos assistidos ou pessoas de família e pela câmara municipal do respectivo concelho.

§ 1.º — O preço da diária será fixado periodicamente pelo Ministro do Interior, devendo incluir não só a alimentação, medicamentos, análises, radiografias, agentes físicos, artigos de penso e consumo corrente, mas ainda honorários clínicos e quaisquer outras despesas de tratamento.

§ 2.º — A participação das câmaras municipais nos termos deste artigo, não poderá exceder 20, 30 e 40 por cento,

conforme se tratar de hospitais subregionais, regionais ou centrais.

§ 3.º — Em relação aos municípios sede dos hospitais centrais e regionais estes serão havidos, para o cômputo de encargo camarário, como se fossem subregionais, aplicando-se o mesmo regime aos concelhos obrigatoriamente federados com os de Lisboa e Porto, e, ainda, ao do Barreiro, Moita e Seixal, Montijo e Almada, enquanto neles não existirem hospitais subregionais ou nestes não possa efectuar-se o necessário tratamento.

Art.º 6.º — A classificação dos assistidos por grupos far-se-á, provisoriamente, à face dos elementos constantes do processo ou ficha de admissão e das informações prestadas pela entidade que requisitar ou solicitar a assistência, devendo, porém, proceder-se à revisão e fixação definitiva de harmonia com as conclusões do inquérito.

Art.º 7.º — Quando, em virtude de declarações falsas, for atribuído aos assistidos grupo ou escalão diverso do que lhe competia, respondem solidariamente pelos encargos da assistência os responsáveis por essas declarações, sendo os mesmos encargos liquidados em harmonia com a tabela dos pensionistas, onde a houver, ou pelo custo integral, sem prejuízo das sanções penais em que os declarantes hajam incorrido.

Art.º 8.º — Quando o erro da classificação não for imputável a falsas declarações pertencerá a inerente responsabilidade aos directores e administradores dos organismos ou estabelecimentos que houverem procedido a essa classificação ou aos subordinados em quem para o efeito houverem delegado a sua competência.

Art.º 9.º — Quando sobrevenham circunstâncias excepcionais, como a doença, a perda ou redução de ordenado ou salário do chefe de família, ou do responsável pelos encargos de assistência ou, ainda, a substituição deste, deverá ser transitória ou definitivamente atribuído ao assistido um grupo ou escalão diverso daquele que inicialmente lhe competia.

Art.º 10.º — Os internamentos serão efectuados de preferência em estabelecimentos do concelho e, na falta ou insuficiência destes no hospital regional da área a que pertencer o domicílio de socorro.

§ único — A preferência estabelecida neste artigo será considerada em relação ao lugar de residência do assistido, independentemente da responsabilidade da Câmara Municipal do seu domicílio de socorro, sempre que não for aconselhável, por mais onerosa e demorada, a deslocação do assistido.

Art.º 11.º — A admissão nos estabelecimentos de assistência poderá ser ordinária ou de urgência. É ordinária quando precedida da organização do respectivo processo; é de urgência, quando a gravidade do estado do doente ou o perigo de contágio impõe a hospitalização imediata.

ESPECÍFICO DA INSÓNIA E DE
TODAS AS AFECÇÕES NERVOSAS

NEURINAS A

Combinação dos princípios activos da valeriana fresca reforçada com o veronal puro

FÓRMULA DOS LABORATÓRIOS
GÉNÉVRIER

Antiespasmódico • Hipnótico • Sedativo

TOXICIDADE NULA • SABOR AGRADÁVEL

REPRESENTANTE:

PESTANA & FERNANDES, LDA.

39, Rua dos Sapateiros — LISBOA

ESTREPTOMIFON

UM NOVO PROGRESSO NA QUIMIOTERAPIA DA TUBERCULOSE



ISONICOTILHIDRAZONA DA ESTREPTOMICINA
EQUIVALENTE A:

ISONIAZIDA	0,236 GR.
ESTREPTOMICINA	1 GR.

- Os dois mais activos medicamentos antituberculosos numa única fórmula química.
- Aumento de eficiência por sinergismo medicamentoso.
- Grande redução do número de estirpes resistentes.

«Um ponto está esclarecido com clareza: nenhuma das drogas eficientes presentemente conhecidas deve ser usada isoladamente. Elas devem ser normalmente usadas em combinações que se sabe limitarem o aparecimento de estirpes resistentes».

*Advances in the treatment of respiratory disorders — Pulmonary tuberculosis.
I. G. Scadding. The Practitioner — Out. de 1953.*

LABORATÓRIO SANITAS

§ 1.º — Nos estabelecimentos hospitalares as admissões urgentes serão submetidas, no prazo de 24 horas, à confirmação da direcção ou da entidade que, nos termos dos regulamentos, for competente para autorizar a admissão ordinária, devendo ser transmitida à Câmara Municipal do domicílio de socorro nos oito dias seguintes.

§ 2.º — A Câmara Municipal, nos quinze dias seguintes poderá impugnar a sua responsabilidade pelos encargos de assistência a prestar, devendo o processo ser submetido à decisão da Comissão Arbitral sempre que a direcção do estabelecimento não julgue procedente a impugnação.

Art.º 12.º — Do processo de admissão ordinária nos hospitais centrais e regionais, deverá constar a declaração passada

pelo director do hospital regional ou sub-regional do domicílio de socorro ou, na sua falta, pelo subdelegado de saúde do respectivo concelho, justificativa da impossibilidade de se efectuar nesse hospital o tratamento do doente e, bem assim, a guia de admissão do doente passada pela respectiva Câmara, quando este for pobre ou indigente.

§ único — A admissão nas consultas externas e no banco é feita mediante o simples preenchimento da respectiva ficha.

Art. 13.º — Os processos de admissão dos pobres e indigentes serão organizados nos institutos coordenadores de assistência e serviços que desempenhem funções análogas, tendo em vista a respectiva modalidade assistencial, ou nos próprios estabelecimentos.

Art.º 14.º — Sempre que seja determinado o internamento do assistido, deverá registar-se, quanto possível, a sua identidade, a dos responsáveis pelos encargos de assistência prestada e, bem assim, a composição e situação económica do respectivo agregado familiar.

§ único — O Centro de Inquérito Assistencial ou, na sua falta, o Instituto de Assistência à Família e as comissões municipais ou paroquiais de assistência deverão, no prazo de trinta dias, proceder à revisão dos elementos constantes da ficha, preenchida de harmonia com o disposto neste artigo.

Art.º 15.º — Mensalmente, proceder-se-á ao apuramento das contas dos doentes internados ou com alta por forma a determinar-se a parte que, nos encargos de assistência prestada, cabe aos próprios doentes ou pessoas referidas no n.º 2.º do artigo 1.º, às companhias de seguros e às instituições de previdência e, bem assim, às câmaras municipais do domicílio de socorro, enviando-se a estas trimestralmente, a nota discriminativa da importância em dívida.

Art.º 16.º — O pagamento pelas câmaras municipais deverá efectuar-se no prazo de seis meses, a contar da data do recebimento da nota referida no artigo anterior ou da decisão da Comissão Arbitral havendo reclamação.

§ único — Quando as câmaras municipais não efectuarem o pagamento no prazo indicado, a direcção do estabelecimento a que a nota respeitar enviará o respectivo duplicado à Direcção Geral de Assistência, a fim de esta promover, junto da Direcção Geral da Fazenda Pública, que das receitas da câmara responsável arrecadadas como adicional e em conjunto com as do Estado, seja retirada a importância necessária ao pagamento da quantia em dívida, a qual escriturada na respectiva epígrafe de «Operações de Tesouraria», será enviada directamente ao estabelecimento respectivo.

Art.º 17.º — Na cobrança coerciva das dívidas das câmaras no internamento dos doentes pobres e indigentes, ter-se-á em conta o seguinte:

1.º — A dedução do produto dos adicionais às contribuições gerais do Estado não poderá exceder em cada ano, 20 por cento do seu montante;

2.º — No pagamento, terão prioridade as dívidas mais antigas e as que respeitem aos hospitais subregionais e regionais.

Art.º 18.º — Os encargos com os transportes e internamento dos doentes pobres e indigentes, nos termos deste diploma, constituem despesa obrigatória das câmaras, devendo estas inscrever as verbas necessárias nos seus orçamentos ordinários ou suplementares.

Art.º 19.º — O produto das derramas lançadas sobre as contribuições directas, ao abrigo do disposto no artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 36.448, de 1 de Agosto de 1947, pode também ser aplicado pelas câmaras municipais na satisfação dos encargos resultantes da responsabilidade que lhes caiba nos termos do presente diploma.

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

I O D O P₂
AMPOLAS—GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO
COM SOLU P₂

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

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

UM NOVO PROGRESSO NA PENICILINATERAPIA

Associação de

N, N' - dibenziletlenadamina dipenicilina G (Dibencilina)

Penicilina G potássica e Procaína - penicilina G

TRÊS FORMAS DE PENICILINA COM VELOCIDADES DE ABSORÇÃO DIFERENTES



ACÇÃO INICIAL DA PENICILINA POTÁSSICA (4 horas)
 ACÇÃO PRÓXIMA DA PROCAÍNA-PENICILINA-G (12 a 14 horas)
 ACÇÃO MUITO PROLONGADA DA «DIBENCILINA» (até 14 dias)

Dibencilina. P

INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA

Dr. Marc Iselin

Um Curso sobre a cirurgia da mão

O grande cirurgião francês Dr. Marc Iselin — de renome internacional, que já esteve no nosso País, por ocasião do I Curso Internacional de Medicina e Cirurgia de Urgência (que foi um dos grandes triunfos do nosso ilustre colaborador Dr. Almerindo Lessa) — vai dirigir, em Paris (mais propriamente, no grande centro hospitalar de Nanterre)



O Dr. Marc Iselin proferindo uma lição sobre cirurgia da mão no salão nobre dos Hospitais Cíveis de Lisboa, durante o I Curso Internacional de Medicina e Cirurgia de Urgência (1947)

um curso sobre a cirurgia da mão, de que o Dr. Marc Iselin é mestre incontestável. O curso realizar-se-á de 3 a 8 de Maio de 1954 e constará do seguinte programa:

- Feridas dos tendões e dos nervos;
- Feridas com destruição óssea e cutânea;
- Reparação dos tendões;
- Amputações (indicações - nível - sequelas);
- Incisões cutâneas — Enxertos e autoplastias;
- Reparação do polegar;
- Ruturas subcutâneas dos tendões e dos ligamentos;
- Doença de Dupuytren;
- Fracturas fechadas;
- Terosinosis crónicas.

O preço de inscrição no Curso é de 35.000 francos. O número de inscrições é limitado a 20.

Toda a correspondência sobre este assunto deve ser dirigida a: Mademoiselle Renaudot — Secrétariat de Chirurgie — Maison Départementale de Nanterre — Paris (Seine) — 403, Avenue de la République.

Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria

Reuniu-se no dia 29, sob a presidência do Prof. Baraona Fernandes, a assembleia geral da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, que aprovou os relatórios dos secretários e do tesoureiro e elegeu a direcção para o biénio de 1954-1955, que ficou assim constituída: presidente, Prof. Correia de Oliveira, de Coimbra; vice-presidente, Dr. Corino de Andrade, do Porto; tesoureiro, Dr. Parada Leitão, de Lisboa; e secretário, Dr. João dos Santos, de Lisboa.

Prof. Baraona Fernandes

O nosso ilustre colaborador Prof. Baraona Fernandes esteve recentemente em Zurique, onde foi à reunião preparatória do II Congresso Mundial de Psiquiatria como delegado oficial português, e em Paris, onde foi fazer uma conferência.

Aproveitamos esta oportunidade para felicitar o eminente psiquiatra por ter tomado posse do cargo de director do Hospital Júlio de Matos, estabelecimento



PROF. BARAONA FERNANDES

que honra o País e a medicina portuguesa. O Prof. Baraona Fernandes passa assim à efectividade, pois ocupava, interinamente, aquele cargo, após a aposentação por limite de idade do Prof. António Flores.

Com esta nomeação ficam, mais uma vez, oficialmente reconhecidos os méritos científicos e profissionais e o prestígio de que goza tanto no País como no estrangeiro. Com isso muito se congratulam todos os que trabalham em «O Médico» — que deve ao Prof. Baraona Fernandes muitas atenções, entre as quais queremos salientar a sua sempre muito apreciada colaboração.

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Sob a presidência do Prof. Mário Moreira, realizou-se no dia 18 de Dezembro a primeira sessão do ano académico 1953-1954, da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, tendo sido apresentados os relatórios do secretário-geral adjunto e do tesoureiro, respectivamente, Drs. C. Gomes de Oliveira e Alfredo Franco, que foram aprovados. Seguidamente foi aprovada uma proposta da direcção, para alteração dos Estatutos, na parte que se refere à admissão de novos sócios, depois do que, o Prof. Vaz Serra, vice-presidente da Sociedade, apresentou uma comunicação intitulada «Cirrose hipertrófica biliar».

DOENÇAS DO FIGADO E DAS VIAS BILIARES



COLEREPA

COLARÉTICO
E
COLAGOGO

À BASE DE

Ácido deidrocolíco e hexametileno-tetramina

Boião 33\$00



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA



NO INVERNO

Na tosse, no catarro das vias respiratórias superiores

RESIL, CORAMINA, CORAMINA-EFEDRINA

Nas perturbações da circulação periférica

PRISCOL, REGITINA

Nos estados febris e dolorosos

CIBALGINA

Na tonsilite, otite média, pneumonia

CIBAZOL, ELKOSINA, ELKOCILINA

Nos incómodos reumáticos e nevralgias

TRAFURIL, ATOQUINOL

Na convalescência após as doenças infecciosas

PERCORTEN

Na rinite e na sinusite

PRIVINA, PRIVINA-CIBAZOL,
ANTISTINA-PRIVINA - nebulizador

Jornadas Médicas de França e da União Francesa

(Paris, 21-25 Abril de 1954)

Sob a presidência do Prof. C. Lian, vão realizar-se em Paris, desde 21 a 25 de Abril próximo, as Jornadas Médicas de França e da União Francesa, com a participação de 41 sociedades médicas francesas e de numerosas estrangeiras.

Estas jornadas, levadas a efeito pela Sociedade Médica dos Práticos, têm o objectivo de «fazer falar todos os práticos de todas as regiões da França». O Dr. J. E. Marcel, presidente em 1952 daquela sociedade, fez um apelo às Sociedades de maneira geral e pediu ao Prof. Lian, membro da Academia de Medicina, que assumisse a presidência das Jornadas.

O primeiro tema proposto aos congressistas é o «Prolongamento e embelezamento da vida pela profilaxia da arte-

rosclerose»; é esta tese, que se desenvolverá sob a presidência do Prof. Lian, de Paris, que reúne maior número de comunicações.

Outros temas:

Dietética — Doença da nutrição, das glândulas endócrinas e do tubo digestivo (Presidente: Prof. Mauriac, de Bordeaux);

Luta contra as doenças infecciosas e as doenças exóticas (Pres.: Prof. E. Benhamou, de Alger);

Luta contra as doenças profissionais e sociais (Pres.: Prof. J. de Leobardy, de Limoges);

Cirurgia e embelezamento da vida (Pres.: Dr. H. Welti, cirurgião da Pitié, de Paris);

Desportos e reeducação no embelezamento da vida (Pres.: Prof. Chailley-Bert, de Paris).

Correspondência para: *Maison de la Chimie* — 28 bis, Rue Saint-Dominique — Paris (7^o).

Instituto Português de Oncologia

No passado dia 29 completou vinte e seis anos de existência o Instituto Português de Oncologia. Para comemorar o facto a respectiva direcção convidou a Imprensa a visitar as instalações daquele estabelecimento de assistência, onde os jornalistas foram recebidos e acompanhados pelo Prof. Lima Basto, da comissão directora e cirurgião daquele Instituto; e Drs. Joaquim da Silveira Botelho, administrador; José Conde, Fernando Namora e Gentil Martins, do corpo clínico.

O Prof. Lima Basto, no final da visita, durante a qual se percorreram demoradamente todas as dependências agradeceu a presença dos jornalistas.

*

Por virtude do 26.^o aniversário daquele Instituto, os médicos que compõem o seu corpo clínico ofereceram, naquele dia, um almoço em honra do respectivo director, Prof. Francisco Gentil.

Reuniram-se oitenta convivas, tendo o Prof. Bénard Guedes feito um brinde, em nome de todos, a saudar aquele Professor. Ao agradecer, o Prof. Gentil pediu uma saudação para o Prof. Azevedo Neves, por ter sido a primeira pessoa que, em Portugal, se dedicou ao estudo do cancro, isto em 1904.

À tarde, no Instituto, as enfermeiras ofereceram um lanche ao pessoal menor e suas famílias, festa de confraternização que decorreu muito animada. Antes, houve uma sessão de cinema, proporcionada pelo S.N.I.

*

No dia 7, perante numeroso auditório, o Prof. Francisco Gentil realizou no I.P.O. uma conferência sobre «O cancro da língua».

Depois de anunciar que o Instituto dispõe já de mais um cirurgião — o Dr. José Baptista de Sousa, cirurgião dos H.C.L. e antigo professor de clínica cirúrgica da Escola Médica de Goa — e que vai dispor, também, de um importante serviço de Estatística, dirigido pelo Dr. Costa Ramos, o orador entrou no assunto da sua conferência, começando por afirmar que as pequenas lesões da língua, suspeitas de natureza neoplásica, devem ser tratadas por extirpação total, seguido de exame histológico. Quanto aos casos em que se verifique a existência de um carcinoma ou naqueles em que pelas suas dimensões ou características não deixem dúvidas sobre a natureza da neoplasia, nesses casos, aconselha a aplicação do rádio como terapêutica definitiva. Alongou-se, depois, na descrição das técnicas usadas no I.P.O. e, por fim, enumerou as regras que o clínico deve seguir para com um doente que se apresenta com lesões pre-cancerosas da língua, com vista a despistar o primeiro sinal suspeito, atitude que, afirmou, conduzirá, fatalmente, a uma atitude terapêutica decisiva.

NAPRO PENICILINA NOVO



ASSOCIAÇÃO DE PENICILINA - G PROCAÍNA
COM PENICILINA - G SÓDICA CRIST.

TAMPONADA

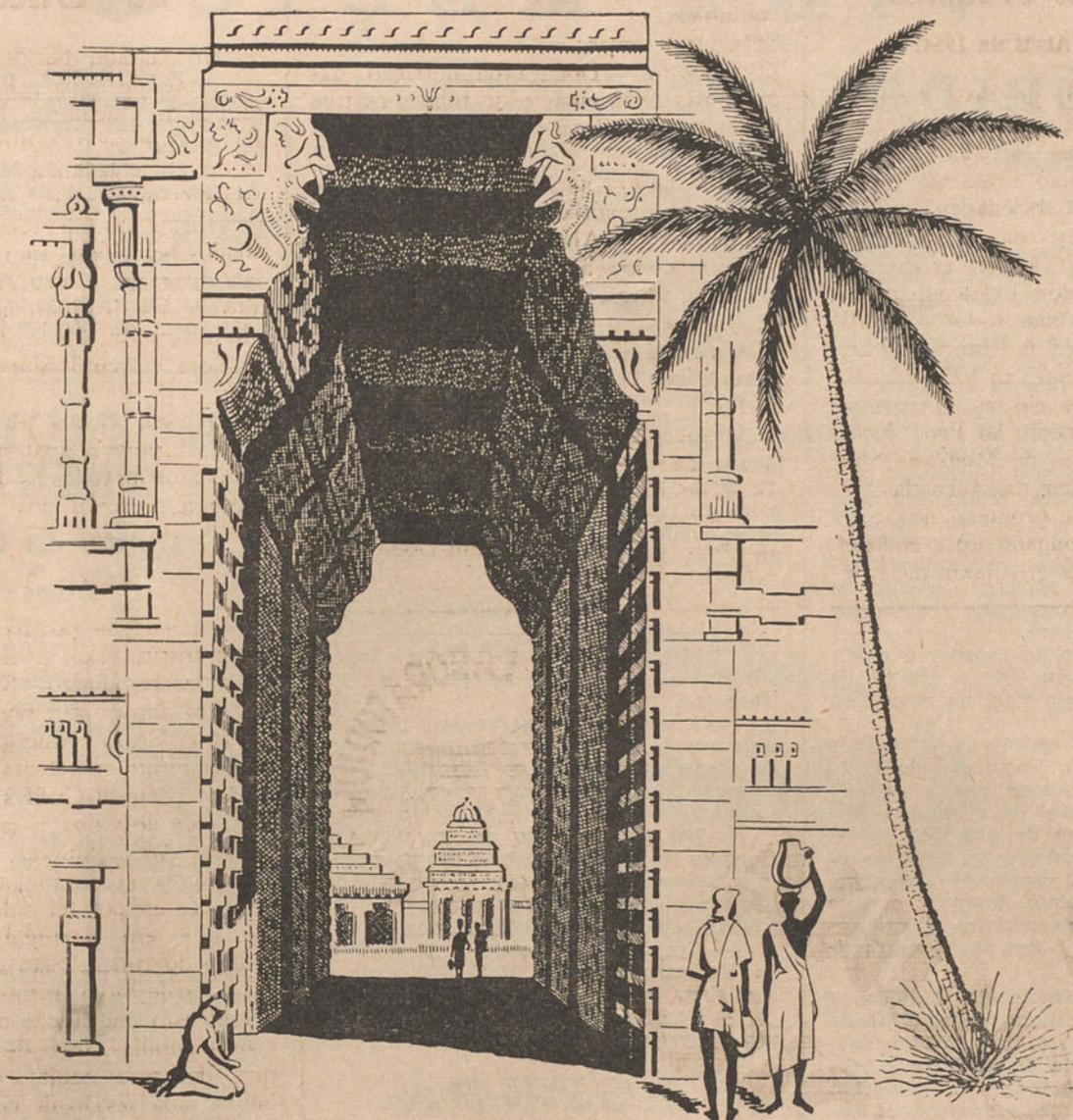
EM FRASCOS HIDRÓFUGOS

INJECTÁVEL TAMBÉM
POR VIA SUBCUTÂNEA

Frascos de 400.000 U. I. — 1 dose
2.000.000 U. I. — 5 doses
4.000.000 U. I. — 10 doses

Representantes para Portugal e Ultramar:

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, LDA., Rua Actor Taborda, 13, LISBOA-N.



RAUWOLFIA SERPENTINA
uma velha planta medicinal indiana

RAUPINA

na moderna terapêutica da hipertensão

Frascos de 20 e 80 drageias a 2 mg.

para o tratamento de manutenção — quando necessário

RAUPINETAS

Frascos de 30 drageias a 1 mg.



AGENTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL:

FERRAZ, LYNCE, LDA.

Travessa da Glória, 6-2.º — LISBOA

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 24 a 31 de Janeiro)

Dia 24 — Na Universidade do Porto descerra-se o retrato e presta-se homenagem ao Prof. Amândio Tavares, seu Reitor.

— É tornada pública a actividade do Dispensário de Higiene e Profilaxia Social de Lamego, durante o ano de 1953, de que é director o Dr. Luís Correia de Sousa.

25 — Em Cinfães trabalha-se afanosamente para a construção de um hospital ou posto hospitalar, velha aspiração local. O Dr. Manuel de Lemos é o principal promotor dessa actividade, colaborado pela Mesa da Misericórdia e muitas senhoras.

— Na Universidade do Porto o Prof. Luís de Pina fala sobre o humanismo heróico de Manuel de Nóbrega, criador de S. Paulo, nas comemorações centenárias daquela cidade brasileira.

— Pelo Ministério do Interior é publicada uma portaria que cria a Escola de Enfermagem Dr. Assis Vaz, na cidade do Porto.

26 — Em fihavo começa a actividade da Brigada Móvel de Vacinação do I. A. Nacional aos Tuberculosos, com a colaboração da Junta Central da Casa dos Pescadores. A campanha de detecção incide sobre oficiais e pescadores da frota bacalhadeira. O trabalho é efectuado pelos Drs. Vasco Craveiro e Dinis Sampaio e deve estender-se a todos os inscritos na Capitania de Aveiro, bem como aos seus familiares.

27 — Pela Presidência do Conselho é enviado à Câmara Corporativa um projecto de lei em que se definem os princípios fundamentais em matéria de assistência hospitalar e de responsabilidade das diversas pessoas e entidades pelos respectivos encargos, a que este jornal dará noutro local o devido relevo.

29 — No Porto, realiza-se a primeira sessão de trabalhos do núcleo do Norte, da Sociedade Portuguesa de Pediatria, na secção regional da Ordem dos Médicos. Apresentam comunicações os Drs. Aires Pereira e Armando Henrique Tavares: «Resultado de um ensaio da vitamina T em lactentes»; Dr. Armando Tavares: «Revisão de alguns problemas de diagnose em certas situações cirúrgicas do recém-nascido e do lactente».

— Em Coimbra, na sala de conferências dos Hospitais da Universidade realiza-se a sessão quinzenal de trabalhos da Faculdade de Medicina. Disserta o Dr. J. Gouveia Monteiro sobre «Úlcera ou cancro do estômago? — Dois casos instrutivos». Preside o Prof. Novais e Sousa.

— Em Lisboa e sob a presidência do Prof. Dr. Marcelo Caetano, reúne-se o Conselho da Presidência da Câmara Corporativa para tomar conhecimento do projecto do decreto-lei em que se definem alguns princípios fundamentais em matéria de assistência hospitalar, no que se refere a responsabilidade pelos respectivos encargos, e bem assim para designar as secções e subsecções que vão intervir na apreciação do referido diploma.

Para o efeito são escolhidas as secções de Interesses de Ordem Administrativa (subsecções de Política e Administração Geral e Justiça e Autarquias Locais), agregando-se-lhes os procuradores Profs. Luís de Pina e Aires de Sousa.

— Em Lisboa, e na Assembleia Nacional, o Prof. Cid dos Santos proferiu um discurso sobre o seu aviso prévio, referente ao Hospital Escolar de Lisboa, a que daremos noutro local o devido relevo.

— No Porto, no salão nobre do Hospital de Santo António, a Misericórdia promove uma sessão de homenagem à memória de D. Lopo de Almeida. Preside o provedor,

Prof. Luís de Pina que discursa, assim como o secretário-geral, Dr. António José de Sousa Magalhães. Ambos os oradores se referem às actividades da Misericórdia durante a gerência da actual Mesa, afirmando a fé que têm no futuro da Instituição, para o que não têm poupado esforços todos os seus mesários.

30 — Em Coimbra, no C.A.D.C. prossegue o ciclo de sessões de estudo sobre problemas de deontologia médica, da iniciativa do Lactário de Nossa Senhora, que funciona neste organismo de cultura católica e criado pelos estudantes da Faculdade de Medicina.

É orador o Dr. António Meireles do Souto que versa o tema: «O médico perante as curas milagrosas».

31 — Em Barcelos, comemorando o primeiro aniversário da sua nomeação como subdelegado de Saúde, é homenageado o Dr. José Machado.

Estrangeiro

O Ministro da Saúde Pública inglesa autoriza o emprego generalizado da eritromicina.

— A aureomicina parece servir para a conservação de peixe, em pequenos barcos de pesca sem instalação frigorífica. Uma empresa americana teria colhido bons resultados com esta inovação.

— Na América, um médico do «John Hopkins Hospital» descobriu um novo vírus com possível relação com as constipações. Foi encontrado nas mucosas do nariz e garganta de doentes constipados.

— Em Londres, reuniu a 27 a secção de Endocrinologia da Real Sociedade de Medicina.

— Em Chicago, a 22, reuniu a Associação Americana para a Cirurgia da Mão.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para provimento do 2.º partido médico municipal, cuja área compreende toda a freguesia de Melides e a de Santa Margarida da Serra (Grandola) com centro e residência obrigatória na aldeia de Melides do referido concelho.

— Para provimento do lugar de médico municipal da 3.ª área, com sede e residência obrigatória na freguesia de Monte Perobolço (Almeida).

— Está aberto concurso de provas públicas, para provimento de um lugar de preparador do laboratório de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Coimbra.

A Faculdade de Medicina do Porto, realiza a 1 de Fevereiro a sua primeira reunião científica do corrente ano com o seguinte programa: «Diabetes mellitus e insuficiência hipofisária», pelo Dr. Inácio de Salcedo; «Efeitos da secção medular nas alterações lipémicas da colemia aguda», pelos Drs. Sobrinho Simões e Abel Tavares; «Granulomas peritoneais de corpos estranhos», pelo Dr. Amândio Tavares.

— Em Coimbra, no C.A.D.C. realiza-se a 22 de Fevereiro uma sessão de trabalhos sobre Deontologia Médica, sendo conferente o Dr. Ibérico Nogueira.

Estrangeiro

Em Goslar realiza-se o II Simpósio Alemão de Endocrinologia, nos dias 5 e 6 de Março.

— Em Londres, na Fundação Ciba, realiza-se um Simpósio sobre a puimica e a biologia das pteridinas, nos dias 22 a 24 de Março.

— Na cidade do México reúne, de 28 de Fevereiro a 4 de Março, o Congresso Americano de Otorrinolaringologia e Broncoesofagologia.

— Em Giessen, de 16 a 20 de Fevereiro, realiza-se um Curso de Actualização de Prática Clínica, cujo tema é «A endocrinologia para os Clínicos Gerais».

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 21-1-54 a 27-1-54)

23-1

Dr. Francisco Simões do Amaral, médico chefe do quadro médico comum do Ultramar Português, desligado do serviço para efeitos de aposentação.

25-1

Dr. António de Azevedo Meiseles do Souto — nomeado para prestar serviço na Guarda Nacional Republicana.

23-1

Portaria n.º 14.719 de 23 do corrente que cria a Escola de Enfermagem Dr. Assis Vaz, na cidade do Porto, que se regerá, como escola oficial, pelas disposições aplicáveis do Decreto-Lei 38.884, de 28 de Agosto de 1952, pelas do regulamento que faz parte integrante do Decreto n.º 38.885, da mesma data, e ainda pelo seu regulamento privativo a aprovar oportunamente nos termos do § 2.º do art.º 1.º deste último diploma.

— Dr. José Augusto Marques da Silva — nomeado, interinamente, para o lugar de médico do quadro do pessoal técnico da Junta de Emigração, enquanto durar a Comissão de serviço que o titular do lugar, Dr. João Nunes da Silva, desempenha, interinamente, como inspector-chefe da referida Junta da Emigração.

27-1

Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos — despacho de 18 do corrente mês que homologa a classificação do concurso para provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso do Barreiro, tendo sido aprovados em mérito absoluto e classificados em mérito relativo os dois candidatos pela seguinte ordem:

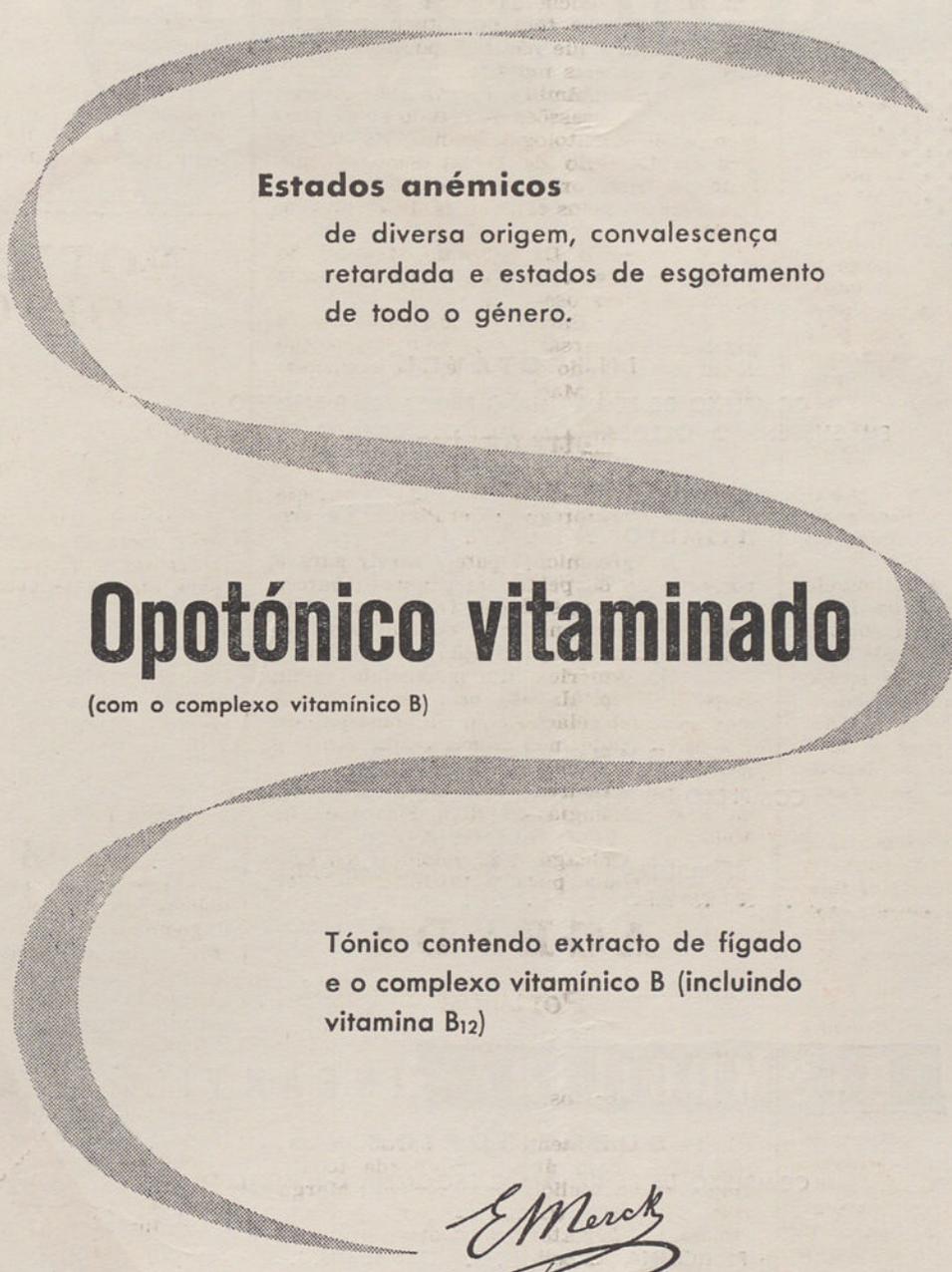
1.º Dr. Agostinho Martins Nunes;
2.º Dr. Aníbal de Vasconcelos Esteves.

— Dr. José Furtado Mateus — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de médico municipal do concelho de Sintra e de interno graduado dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Partidas e Chegadas

Dr. José Conde

Partiu para Salisbury, onde vai estagiar no serviço de cirurgia plástica do Odsdock Hospital, sob a orientação do cirurgião inglês Prof. J. Barron, o Dr. José Conde, assistente do I.P.O.



Estados anémicos

de diversa origem, convalescência
retardada e estados de esgotamento
de todo o género.

Opotónico vitaminado

(com o complexo vitamínico B)

Tónico contendo extracto de fígado
e o complexo vitamínico B (incluindo
vitamina B₁₂)



DARMSTADT-ALEMANHA

Amostras e literatura:

Químico-Farmacêutica, Lda.
Rua das Pretas, 26-2.º
LISBOA

Eduardo de Almeida & Cia.
Rua do Cativo, 22-24
PORTO

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300 000 U. I.
BISMUTO 0,09 gr.

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

