

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 129
18 de Fevereiro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

NOVO!

NEO-ANALGIL AZEVEDOS



- ANTI-REUMÁTICO
- ANALGÉSICO
- 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.		Pág.	
BRUNO DA COSTA — <i>Terapêutica medicamentosa da tuberculose pulmonar</i>	119	-bronquiais esquerdas não anginosas pelos ultra-sons	136
MÁRIO DE CASTRO e AURELIANO DA FONSECA — <i>Movimento estatístico da consulta de Dermatovenereologia do Dispensário Social de Vila Nova de Gaia</i>	131	Resumos da Imprensa Médica	138
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — <i>Diagnóstico e tratamento da angina de peito e das dores toraco-</i>			
		SUPLEMENTO	
		Dietética — <i>A Engeitada</i> — RAMIRO DA FONSECA	103
		Cartas abertas a um Médico novo — VELHO GALENO	107
		O aviso prévio do Prof. Cid dos Santos	112
		Noticiário diverso.	



a prescrição de
Xarope de Calcidrine

pode causar alívio

O Xarope de Calcidrine é um sedante da tosse, que não contém opiáceos. Combina os efeitos do Iodeto de cálcio e da efedrina, com a acção sedativa do Nembutal. A dose média é de duas colheres das de chá de duas em duas horas, ou de quatro em quatro horas; nas crianças doses proporcionais.



Cada 100 cm.³ contém:

Iodeto de cálcio	1,534 gm.
Cloridrato de efedrina	0,082 gm.
Nembutal	0,082 gm.
(pentobarbital sódico, Abbott)	
Alcool	5,900 gm.
Xarope de tolu e cereja silvestre	40,000 gm.
Essências e xarope simples, q. b.	100 cm. ³

O Xarope de Calcidrine é apresentado em frascos de 120 cm.³

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

Terapêutica medicamentosa da tuberculose pulmonar

I

Considerações gerais; estreptomomicina e ácido para-amino-salicílico

BRUNO DA COSTA

(Prof. da Faculdade de Medicina de Coimbra)



É indiscutível o progresso feito na luta anti-tuberculosa nos últimos 24 anos (1903-1954), em Portugal.

De facto, recorde-se, como documento comprovativo, os valores da mortalidade por 100.000 habitantes no nosso País, em 1930 e 1952 — que foram respectivamente de 159 e 78 (números fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística). Mas, recorde-se também, em contraste, que em 1947, a Dinamarca, E. U. A., Suíça e França apresentam, respectivamente, as mortalidades por tuberculose de 10, 12, 35 e 57.

É manifesta a melhoria em relação a 1930, mas igualmente é manifesta a grande mortalidade por tuberculose, em comparação com a dos países que cuidam atenta e afanosamente dos seus problemas de saúde. É, porém, lógico esperar que as medidas que actualmente se estão pondo em execução, já em escala apreciável, como o radio-rastreo das populações, a vacinação pelo B.C.G., a difusão de conhecimentos profilácticos da bacilose, aumento de camas nos sanatórios, que, se não é de harmonia com as necessidades, significa certo avanço, as leis de segurança social e previdência, a generalização do pneumotórax, a criação da especialidade de tisiologia, os progressos da terapia colapsante cirúrgica, o aumento do nível de vida, e a actual terapêutica medicamentosa, com os antibióticos⁽¹⁾, hão-de produzir considerável redução na mortalidade, por tuberculose, entre os portugueses. Nestes anos mais próximos, os antibióticos reduzirão a mortalidade, e com prolongamento da vida dos doentes, que se não curam, é possível que se registre aumento da morbidade, que, embora mais lentamente, se há-de reduzir, por sua vez, também.

A actual terapêutica medicamentosa da tuberculose pulmonar precisa de ser bem orientada por técnicos competentes, a fim de que o seu uso não se torne, a curto prazo de tempo, inútil ou mesmo pernicioso.

Com efeito, a mal orientada difusão entre o vulgo, pela imprensa, de conhecimentos médicos, que ultrapassam, por sua natureza técnica, a capacidade de compreensão dos leigos, traz ou pode trazer resultados funestos e opostos aos desejados.

Tais conhecimentos, nomeadamente os terapêuticos, não podem deixar de ser imprecisos, incompletos e insuficientes, senão errados. E a actuação do doente que pode ser, quando saiba colaborar com o médico, de grande auxílio de valor terapêutico (e até para o diagnóstico e prognóstico), pode, por outro lado, quando se faça à margem de rigorosas e científicas noções, que só o médico tem ou pode ter, tornar-se pernicioso e de graves consequências.

Basta recordar o que se passou com a terapia sulfamídica, cujo uso logo se transformou em abuso, pelos doentes, e porque não dizê-lo, por alguns médicos. O seu emprego indiscriminado

contra as doenças e até contra sintomas, tomados isoladamente, como cefaleias, contribuiu para o descrédito, que as sulfamidas não merecem.

Se os doentes pensassem que só os médicos sabem prescrever e se os médicos soubessem reagir contra a vontade e desejo dos doentes, sempre ávidos da última novidade terapêutica, evitar-se-iam complicações, por vezes, graves, como se verificaram com o uso imoderado e indiscriminado das sulfamidas. Este fenómeno já se começa a verificar, com graves consequências, com a terapêutica medicamentosa da tuberculose pulmonar. Não se diga que os antibióticos são inofensivos, isto é, medicamentos sem o reverso da medalha. A prescrição destes produtos, em péssimas condições de êxito, como falta de repouso do doente, alimentação insuficiente ou inapropriada, vida sem higiene, doses inferiores ou duração rápida de tratamento e ainda a aplicação indiscriminada em todos os estados anátomo-patológicos e clínicos da tuberculose pulmonar, leva, facilmente, por esperança mal fundamentada, ao retardamento do uso dos meios colapsantes, que não perderam o seu valor, e gera a resistência ao antibiótico, o qual assim se torna completamente inútil, senão pernicioso.

Se o emprego da medicação antituberculosa não é rigorosamente controlado pelo médico e, se este não pensar sempre, e com critério seguro, biologicamente, através de conhecimentos sólidos da físiopatologia da tuberculose, na acção terapêutica dos medicamentos, brevemente se assistirá à retirada dos 3 actuais e grandes medicamentos, Estreptomomicina (E.), ácido para-amino-salicílico (P.A.S.) e Hidrazida do ácido isonicotínico ou Isoniazida (I.) do arsenal terapêutico antituberculoso, por se haver gerado resistência e, portanto, condicionado a sua inutilidade.

É preciso que o médico retome o necessário domínio da terapêutica a empregar em cada caso clínico, não se subordinando à medicação louvada em jornais ou exigida pelo doente, só porque soubera da sua eficácia em outro doente.

*

Todas as outras medicações recentes, como as tio-semicarbazonas (também conhecidas por amitozonas ou ainda tibionas ou TB₁-698), as sulfonas (como promina, promizol, diazona e sulfetrona) e ainda os antibióticos de acção bactericida contra o bacilo de Koch, «in vitro», como a miomicina, a viomicina e a neomicina, não entraram na rotina da terapêutica antituberculosa.

As tio-semicarbazonas estão fora da rotina terapêutica por serem atreitas a reacções tóxicas, de aspecto grave, como agranulocitose, degenerescença gorda do fígado, hepatite tóxica, insuficiência hepática, hepatomegalia, perturbações gastro-intestinais, intensa anorexia, anemia progressiva (Cohen e Belgorod e col.).

Alguns efeitos benéficos das tibionas sobre a evolução da tuberculose desmerecem pelos riscos, a que se expõem os doentes. O seu emprego, mesmo em doses, sempre parcimoniosas, só se compreenderá, hoje, em casos de tuberculose resistente a E. PAS. e I.

As sulfonas, pelos seus efeitos secundários, por vezes, também sérios, como anorexia, náuseas, nervosismo, cefaleia,

(1) Designaram-se, inicialmente, por antibióticos só as substâncias provindas de seres vivos (fungos), com acção bactericida ou bacteriostática; hoje, esse termo pode e deve entender-se a todas as substâncias, seja qual for a sua proveniência, desde que inibam ou dificultem a vida bacteriana.

É neste sentido que empregaremos o termo antibiótico, quer nos referamos à estreptomomicina, quer a produtos sintetizados ou preparados nos laboratórios químicos.

insónia, anemia hemolítica e certos graus de cianose, sem contar que a promina, o promizol e a diazona não actuam eficazmente nas tuberculoses miliares e processos tuberculosos agudos (facilmente influenciados pelos outros antibióticos), e a *sulfetrona*, activa nas formas recentes e miliares, mas desprovida de qualquer acção nos processos fibro-caseosos e cavitários, igualmente não são usadas.

A miomicina por ser inactivada pelo soro sanguíneo, a *viomicina*, por muito facilmente criar a resistência bacilar e ainda por (embora «*in vitro*» iniba o b. k. em concentração de 2 a 10 γ /c.c.) no animal e no homem, requerer, para haver efeito terapêutico, grandes doses, as quais, concentrando-se no fígado, aí vão gerar efeitos secundários graves, e, finalmente, a *neomicina*, por ser muito tóxica e de pouco valor terapêutico na tuberculose pulmonar, não se empregam. Todos estes produtos não reúnem, pois, as condições, consideradas mínimas, para entrar na rotina terapêutica medicamentosa da tuberculose pulmonar.

*

A apreciação da terapêutica medicamentosa da tuberculose pulmonar, de que nos queremos ocupar, (E, PAS., I.) encontra dois obstáculos dificilmente superáveis:

1) — As experiências terapêuticas no homem, e até em animais, são, entre as experiências da biologia, as mais complexas e de resultados mais indecisos, sendo difícil conferir-lhe sempre o rigoroso critério científico, necessário a deduções firmes. E tudo assim é, em consequência da complexidade das reacções bio-fisio-patológicas da normal tendência curativa.

Diz, com lógica, Martini de que até a separação de dois grupos de tuberculose pulmonar, tanto quanto possível semelhantes, submetendo um à terapêutica a experimentar, e deixando o outro sem terapêutica, é falha de rigoroso critério científico, além do criticável meio ético-clínico, por daí poder resultar prejuízo para os doentes não tratados.

Recorde-se que cada doente é sempre, mais ou menos, uma incógnita, quanto à capacidade constitucional e reaccional para dirigir a evolução fisio-patológica da sua doença.

II) — Na tuberculose pulmonar, essas dificuldades são ainda avolumadas, mercê da evolução particular da doença, com fluxos congestivos, rápida, fácil e espontaneamente curáveis, sem deixar sequelas, embora, de início, aparatosos em seus aspectos clínicos; surtos exsudativos isolados ou componentes ocasionais de tuberculoses crónicas, também susceptíveis de curar espontaneamente, a mais longo prazo, deixando ou não discretos resíduos anátomo-patológicos; cavernas que desaparecem total e definitivamente, apesar da ausência de qualquer terapêutica; cura ou redução considerável de tuberculoses de tipo nodular médio ou grosso, embora tais fenómenos requeiram grandes prazos de tempo.

Ressalta destes dois óbices, um de ordem geral e outro particular à tuberculose, para o médico criterioso, isto é, que ponha critério científico na apreciação da terapêutica, sérias dúvidas na interpretação da proveniência dos resultados: diferenciar o que é devido ao medicamento, do devido à evolução espontânea, quando muito, auxiliada pela velha tríade terapêutica, (repouso, clima e alimentação apropriada), a qual, creio, jamais perderá o seu valor.

Por esse motivo, já se escreve: «os continuados avanços quimioterápicos da tuberculose pulmonar parecem trazer mais problemas do que os por eles resolvidos».

*

Constituem razão de fracassos de terapêutica medicamentosa da tuberculose pulmonar os dois seguintes factos, por todos averiguados: a *especial estrutura anátomo-patológica da tuberculose fibro-caseosa ou fibro-caseo-cavitária* e a *resistência aos antibióticos*.

O estudo da estrutura anátomo-patológica da tuberculose crónica mostra fraca vascularização, a qual torna difícil o contacto do antibiótico com o bacilo contido nos tecidos lesados, e com peculiares formações anátomo-patológicas, havendo ainda

a acrescentar que o carácter ácido do meio caseoso dificulta e diminui a acção do antibiótico.

Contribuíram para o esclarecimento da vascularização das lesões fibrosas, fibro-caseosas, tuberculomas e paredes cavitárias, entre outros, Jacobs e Kuhns, Bolt e col., Delarue e col., Guillot, Wood, Miller e Cudkowicz; para a influência da anormal e insuficiente vascularização das lesões sobre o efeito dos antibióticos, há que citar os trabalhos de Garrod, Medlar, Bernstein e Reeves, Mahon, Jacobs e Kuhn, etc.; para o esclarecimento das diferenças anátomo-patológicas da cura espontânea e da cura estreptomocina da tuberculose contribuem as investigações de Auerbach, Kitz e Small.

Afirmam Jacobs e Kuhns que muitas das lesões crónicas tuberculosas são pouco vascularizadas ou até avasculares, o que constitui eficaz barreira à quimioterapia bacilar. Por estudos de angiopneumografia e injeções na artéria pulmonar de cadáveres tuberculosos, verificaram: nítida redução do calibre das grossas artérias, abrupta terminação, por trombose, das artérias de média grandeza, junto aos tuberculomas, e até completa obliteração de finos ramos.

O calibre arterial é reduzido, ou pelo espessamento das paredes arteriais, que podem tornar-se fibróticas, ou pela endarterite obliterante. A avascularidade, a necrose e a fibrose aumentam com o progresso da doença.

Bolt e col. pela angiopneumografia «*in vivo*», deduzem também que os focos da tuberculose excavada e os tuberculomas são, em parte, excluídos da circulação pulmonar.

Pelos trabalhos de Delarue e col., Wood, Miller e Cudkowicz avançou-se no conhecimento dos complexos aspectos da irrigação dos focos tuberculosos crónicos, como cavernas velhas fibro-caseosas e tuberculomas.

Verificam estes A.A.: na parede da caverna e debaixo de restos de caseum, há uma rica rede capilar; alguns ramos arteriais pulmonares e brônquicos têm paredes espessas, à custa da camada muscular longitudinal, se bem que outros anátomo-patologistas defendem a existência concomitante de endarterite proliferante; em volta destas artérias espessas, há *bouquets* vasculares, conferindo aspecto angiomaso, pouco desenvolvidos na caverna recente, muito na caverna fibrosa activa, quase ausente na caverna fibrosa antiga e densa.

Estas artérias espessas («*sperarterien*» ou segmentos de paragem de Watzka ou artérias brônquicas de Verloop) representam, fundamentalmente, no estado lesional pulmonar, anastomoses entre o sistema arterial brônquico e o pulmonar. (Também existem tais anastomoses no pulmão normal, mas apenas se verificam em 1 indivíduo de cada 108 pulmões normais examinados). Mas em lesões pulmonares tuberculosas, tais anastomoses são frequentes; são *vasos neoformados*, com hiperplasia das fibras elásticas, do colágeno e das fibras musculares, escapando a toda a sistematização.

Verificaram Wood, Miller e Cudkowicz e Guillot que, quando a artéria pulmonar se trombosa, o que é frequente junto à lesão tuberculosa, as artérias brônquicas se dilatam e a zona trombosa em parte se repermeabiliza à custa dos vaso-vasorum, que são de proveniência brônquica; portanto, a irrigação da parede da artéria trombosa é de natureza brônquica. A estes mesmos resultados chegam as observações de Delarue e col., considerando os segmentos de paragem de Watzka como os ramos arteriais pulmonares trombados, e depois repermeabilizados; assim se compreende, também, o espessamento da parede arterial e os sinais de endarterite, ora predominando um, ora outros.

Em última análise, verifica-se que a circulação da artéria pulmonar, em parte suspensa pelas lesões tuberculosas, é reconstruída mais tarde, embora muito parcialmente, pelos mesmos caminhos, mas, agora de proveniência brônquica.

A camada muscular média destes vasos apresenta diferenciação epitelióide e os *bouquets* vasculares, atrás referidos, representam formações glómi-neuro-vasculares que, possivelmente, sob influências nervosas, químicas e humorais, regularizam e comandam a circulação nas paredes cavitárias.

Este conhecimento — neoformação de vasos nas zonas tuberculosas — tem grande alcance fisio-patológico e terapêutico. Com efeito, a liquefação do caseum e, portanto, a formação da caverna, com a expulsão daquele caseum liquefeito, está dependente, segundo Bezançon, de surtos congestivos perifocais. De facto, Delarue e col., verificaram, no estudo dos aspectos

circulatórios na periferia do tuberculoma, que, sempre que a circulação em certas zonas desta periferia, se assemelha à da parede das cavernas, aparecem em frente de tais zonas, no próprio tuberculoma, cavernículas, isto é, pequenas bolsas de líquido (caseum liquefeito). É lógico, portanto, depreender que o estado de irrigação da lesão tuberculosa comanda a evolução desta.

É óbvio, por outro lado, que também a acção dos antibióticos esteja dependente da maior ou menor possibilidade destes produtos contactarem com os bacilos colocados no tecido tuberculoso.

Correlacionando o facto, já bem averiguado, de que os antibióticos, nomeadamente a E. e a I. actuam nitidamente melhor nos tuberculosos de patogénese hematogénica, claramente se deduz que essa acção melhorada deve provir do mais fácil contacto do antibiótico com o gérmen, porque lógico é que o caminho que seguira o gérmen gerador da lesão nas zonas peri-vasculares, permita mais fácil acesso do antibiótico às lesões bacilares.

E lógico é, opostamente, que nas cavernas de paredes grossas, nos nódulos fibro-caseosos, nos surtos caseosos e nos tuberculomas, a acção dos antibióticos seja nula ou diminuta, em consequência da débil circulação existente naquelas lesões (Mahon).

Verifica-se ainda ser nestes casos que a *resistência aos antibióticos* se estabelece com maior frequência e em curto prazo de tempo.

A *antibiótico-resistência* é o outro grande óbice ao efeito da terapêutica medicamentosa da tuberculose pulmonar.

De facto, atinge-se com as doses actuais de E. e I. concentrações sanguíneas mais elevadas do que as bactericidas «in vitro» e, no entanto, os doentes ou não melhoram, ou se assiste à paragem das melhoras que haviam iniciado, ou até ao agravamento lesional, no decurso desta terapêutica, se com ela se prossegue o tratamento.

Afirmam Garrod, Medlar, Bernstein e Reeves que a tais lesões, os antibióticos chegam em tão pequena quantidade, que não têm valor bactericida ou bacteriostático, e essa circunstância favorece, portanto, a criação da resistência.

O problema da resistência aos antibióticos está ainda por esclarecer em alguns aspectos.

Em muitos casos, pelo menos, a resistência é uma *qualidade genética*, isto é, há bacilos, que não havendo jamais estado em contacto com os antibióticos (I. e E., por exemplo), mostram-se resistentes, de início, isto é, ao primeiro contacto (Hobby, Lever e Rist). São estes bacilos que, proliferando, digamos à vontade, criariam o estado de resistência observado na clínica, enquanto os sensíveis foram inibidos e desapareceram. Será assim em todos os casos?

Na verdade, também se verifica que bacilos, hoje sensíveis aos antibióticos, se tornam mais tarde resistentes a eles, mercê do contacto em doses insuficientes do antibiótico para a acção bactericida ou mesmo bacteriostática. Não se sabe o mecanismo da criação de resistência nestas circunstâncias, mas sabe-se que esta característica se transmite depois a outras gerações de bacilos, quer dizer transformou-se um carácter adquirido em atributo hereditário. É lógico admitir que nestas condições, a resistência ao antibiótico provém de uma mutação aparecida durante o emprego do fármaco, e deste dependente.

A resistência à terapêutica pelo antibiótico surge, portanto, pela proliferação dos gérmes, ou genética e inicialmente resistentes, ou só tornados resistentes, por mutação, em detrimento dos gérmes sensíveis, que o antibiótico inibiu e destruiu.

Se algum tempo após o uso deste, o doente pode voltar a tornar-se sensível, deve esse fenómeno interpretar-se como activa proliferação dos gérmes sensíveis remanescentes, os quais, novamente, predominaram sobre os resistentes, porque, estes, de resto, também podem ser destruídos pelas normais defesas do organismo.

Estudos recentíssimos de Mayoux e col. (Lyon) mostram outro aspecto da resistência aos antibióticos que é o da diferença de resistência aos mesmos gérmes obtidos no mesmo doente, conforme são extraídos do pus, sangue ou tecidos infectados.

Citam, a propósito, o antibiograma feito em 20 oto-mastoidites, utilizando, para esse estudo, os gérmes do pus do canal auditivo ou da mastóide e os gérmes das fungosidades mastoidias. Em 11 casos, a resistência era diferente, parecendo que a

permanência do gérmen no pus, a aumentava. Mas as variações não foram sempre no mesmo sentido; havia casos em que os gérmes do pus eram mais sensíveis.

Daqui se deduz o provável erro que se comete, no caso do bacilo, ao avaliar a resistência do b. k. aos antibióticos, utilizando só os bacilos dos escarros (pus ou caseum), os quais podem ter resistência diferente dos bacilos que pululam nos tecidos tuberculizados. Só nas tuberculoses externas acessíveis à extracção de pequenos fragmentos de tecidos tuberculizados será viável o clínico obter elementos de diferenças de resistência entre os bacilos do pus e os dos tecidos.

Os estudos mais aprofundados da biologia do b. k., através da microscopia electrónica podem trazer esclarecimentos da acção dos antibióticos, explicação da criação da resistência, da eficácia ou sua ineficácia.

São verdadeiramente revolucionárias as doutrinas trazidas por Xalabarder, biólogo catalão, que usando o supermicroscópio electrónico AEF. Zeiss, EM-8, e metalizando com ouro-paládio as preparações microscópicas, afirma que a reprodução do bacilo não é transversal, mas longitudinal, havendo previamente a formação de ramos e gomos, e até, ocasionalmente, conjugação nuclear autogâmica e sexual; afirma também que os bacilos saprófitas, de tipo tuberculoso, são sempre homogêneos, e os patogénicos e virulentos, contêm, na sua massa muitas e pequenas partículas (grânulos-vírus), às quais atribui a virulência e patogenicidade, porquanto, obtendo aqueles grânulos, por centrifugação e filtração, e semeando-os numa cultura de bacilos saprófitas, torna estes virulentos e patogénicos; o bacilo de Kock humano será pois um bacilo doente, infectado por um vírus, que torna as suas proteínas tóxicas para as células humanas; finalmente, verificou que a acção bacteriostática da estreptomina e isoniasida sobre o b. k. se traduz na passagem do bacilo virulento em saprófita, com a forma clássica, quística, homogênea (fase L da evolução do bacilo), podendo esta forma saprófita regressar à fase patogénica, mais lentamente se o antibiótico bacteriostático empregado foi a estreptomina. O bacilo regressa à sua forma patogénica, aparecendo as granulações, de início, nos bordos.

Xalabarder afirma que afastou na interpretação dos fenómenos, todas as imagens que possam provir de artefactos e artificios. Investigações ulteriores dirão o valor que têm as afirmações de Xalabarder. Por agora, somente é lícito pensar que tais estudos muito podem contribuir para progresso do tratamento medicamentoso da tuberculose pulmonar.

ESTREPTOMICINOTERÁPIA DA TUBERCULOSE PULMONAR

A *estreptomina* (E.) é ainda hoje o grande e valioso antibiótico na terapêutica da tuberculose pulmonar.

Waksmann, descobriu-a em 1944, extraíndo-a do fungo «*Streptomyces griseus*»; em 1946, a dehidroestreptomina (D.E.) foi obtida por Peck, mercê da hidrogenação catalítica da E. A D. E. é menos tóxica, especialmente menos neurotóxica e causa menos acidentes que a E.

O peso de 1 γ . de E., o qual, dissolvido em 1 c.c., inibe o desenvolvimento do b. K., é uma *unidade* de E.; 2 γ γ .c.c. esterilizam uma cultura de bacilos humanos avirulentos (Waksmann e Smith); uma cultura de quaisquer bacilos de Kock que se ponha à concentração de 5 γ .c.c. de E. fica estéril ao fim de 96 horas, e à concentração de 500 γ .c.c. ao fim de 2 horas. Também «in vitro» a E. ou D.E. nas doses de 10-100 γ .c.c. reduz, em proporção relativa, a taxa aritmética do crescimento (isto é, demora a divisão microbiana), mas não modifica a curva do logaritmo do crescimento, isto é, a taxa de potência que normalmente se verifica, a qual só se altera com as doses de 1.000 γ .c.c. (segundo Kruschheimer e Youmans).

Está comprovada a acção da E. ou D.E. sobre o bacilo de Koch, aceitando-se, hoje, como mais provável, com as doses em que a E. se apresenta «in vivo» no sangue e tecidos, a bacteriostase, e não a acção bactericida, com o que já concorda o próprio Waksmann, que, de início, lhe atribuiu acção bactericida. Actua também sobre o bacilo bovino, o B.C.G. e variantes saprófitas, provindas dos bacilos de Koch.

A «Veterans Administration» dos E.U.A. estudou, de início, o efeito da E. em 10.000 tuberculosos, o que facilitou o estabelecimento do critério a seguir no seu valor terapêutico.

De facto, as suas indicações na tuberculose pulmonar estão já bem estabelecidas:

- a) — Lesões recentes, ainda não caseosas, de tipo infiltrado;
- b) — Lesões nodulares, de preferência micro-nodulares; formas hematogénicas;
- c) — Cavernas muito recentes de paredes delgadas, muito finas;
- d) — Tuberculosas brônquicas e laringeas (1);
- e) — Tem efeito, menos espectacular, mas ainda nítido, nos surtos tuberculosos dos cotos pulmonares de qualquer modalidade de colapsoterapia, nos infiltrados contra-laterais, nos surtos infiltrativos das tuberculosas crónicas;

f) — É ainda de grande benefício nos complexos primários complicados, com o componente pulmonar evolutivo fibro-caseoso, ou por generalização, ou com surtos bacilémicos e lesões nodulares pulmonares ou extra-pulmonares.

Em oposição, no complexo primário de evolução normal, o seu emprego não se justifica claramente, e, até à luz dos conhecimentos da biologia inerentes à fisiopatologia deste complexo, a E. pode contribuir para que se não crie o estado imuno-alérgico conveniente e necessário à vida futura do indivíduo.

g) — É útil o seu emprego, precedendo e concomitante com a colapsoterapia gasosa ou cirúrgica; no primeiro caso, para acalmar os processos inflamatórios e, talvez, modificar favoravelmente o estado imuno-alérgico; no segundo caso, pelo mesmo motivo e, ainda por reforçar a acção curativa da colapsoterapia.

h) — É útil também na *caverna insuflada*, balonizada, porque, favorecendo a reepitelização do brônquio de drenagem, pode desfazer as condições mecânicas que originam e mantêm a insuflação.

i) — Raras vezes é, claramente, útil, devendo, portanto, o seu emprego ser bem estudado e meditado, em casos de serosites, como pleurísias, peritonites e pericardites, puras, simples, isto é, sem outras generalizações e sem que a patogénese hematogénica seja evidente; mas se houver generalizações ou a patogénese hematogénica for evidente, o seu emprego precoce impõe-se.

Não se deve empregar, por inútil, em doentes com tuberculose fibrosa, fibro-caseosa, fibro-cavitária, caseosa pura, com caquexia, a não ser com terapêutica adjuvante que aumente a circulação dos focos tuberculosos, a que adiante fazemos referência.

Por rapidamente se criar, nestes casos, a estreptomicina-resistência (E.R.) e, portanto, se favorecer a difusão da tuberculose estreptomicino-resistente além da maior percentagem, nestas circunstâncias, de efeitos secundários, deve o emprego da E. ser sempre bem ponderado. Mas é indubitável que pode ser eficaz nos surtos exsudativos, perifocais da lesão fibro-caseosa.

*

Esta medicação (E. ou D.E.) é de fácil manuseio; no entanto, mesmo com as doses habituais (1 gr. por dia), e especialmente com maiores doses diárias, utilizadas nos primeiros anos do seu emprego, surgem efeitos secundários nocivos.

Empregam-se uma e outra sob a forma de sulfato. Ambas são capazes de, entre os efeitos secundários, lesar o VIII par dos nervos cranianos, mas com E. predominam as perturbações vestibulares (vertigens e perturbações do equilíbrio) que aparecem precocemente e são usualmente reversíveis; com a D.E., as perturbações cochleares (zumbidos do ouvido, hipoacusia ou mesmo surdez total), em geral, aparecem tardiamente e com maior tendência para persistir ou tomar o carácter permanente.

Aparecem urticária, flictenas, eritrodermia descamativa, pruridos, (mais frequentemente com a E. do que com a D. E.); também náuseas, vômitos, anorexia, cefaleia, reacções sanguíneas, como anemia ligeira, leucopénia e agranulocitose, raríssimas irritações hepáticas ou renais, complicações nervosas, como convulsões e perturbações psíquicas igualmente surgem. Observá-mos, por vezes, alguns destes efeitos, mas sempre pouco intensos; só uma vez verificámos convulsões com o seu emprego intra-tecal.

(1) É bem conhecido também o seu efeito benéfico nas tuberculosas meningea e intestinal, acompanhada ou não de tuberculose pulmonar.

Jámais tivemos de suspender a medicação, em consequência dos seus efeitos secundários.

Podem surgir reacções alérgicas nas mãos, olhos e fossas nasais nos indivíduos (enfermeiros, em regra) que manuseiam a E. ou a D.E. Tanto estas reacções como as acima citadas têm, por vezes, um mecanismo alérgico a produzi-los, beneficiando, portanto, com os anti-histamínicos. A acção tóxica directa é reduzida ao mínimo, se adoptarmos o critério actual de administrar o produto D.E., em vez da E., e, em ritmo intermitente, em vez da dose diária, como se faz, hoje, ainda frequentemente.

*

Tem sofrido oscilações o critério da administração da estreptomicina. Estamos já longe do critério de Feldmann e Hinshaw, que aconselharam 1,5 gr. por dia, em 6 injeções, ou da dose diária de 2 grs. ou mesmo da dose de 1 gr., em 2 injeções diárias.

As grandes doses estão abandonadas, porque são perigosas, não evitam a estreptomicina-resistência (E. R.), nem mesmo o ulterior desenvolvimento da tuberculose; também os tratamentos prolongados levam mais facilmente à neurotoxicidade, nomeadamente do VIII par.

Estudos «*in vitro*», estudos experimentais no animal e estudos clínicos-terapêuticos na tuberculose humana provam claramente que se deve adoptar o critério da injeção de 1 grama de uma só vez, espaçada de 72 horas da injeção seguinte, isto é, 1 grama de E. cada 3 dias, e não prolongar o tratamento além de 4-6 meses, recebendo o doente, nesse espaço de tempo, o máximo de 50-60 grs. de E.

Bernard, Kreiss, Feldmann, Kalson, Corper e Cohen provaram que, pelo contacto, *in vitro* do b. K. com D.E. ou E. se inibe a divisão bacilar por tempo que ultrapassa o do contacto. Com as concentrações de 10 γ ./c.c. durante 8 h. não se desenvolvem bacilos durante 24 horas; com a concentração de 15 γ ./c.c. durante 8 h., a inibição é total em 48 h.; com a de 20 γ ./c.c. durante 8 horas, a inibição manifesta-se durante 48 h. — 72 h. e até 96 horas, o mesmo acontecendo com a concentração de 50 γ ./c.c. Ora, com 1 gr. de D. E. obtem-se, no homem, durante 8 h. a concentração de 5 a 50 γ ./c.c., isto é, concentração que «*in vitro*» pela sua permanência de 8 h. gera a inibição do desenvolvimento bacilar durante as ulteriores 72 horas. (Bernard e Kreiss).

O bacilo fixara a E. e o valor da E. fixada depende da concentração do meio em albumina e da concentração inicial do antibiótico. Por esse motivo, para mais apropriadamente tirar deduções de algumas experiências «*in vitro*» o meio de cultura do b. K. utilizado, se assemelhou ao do plasma sanguíneo.

Os b. K. mortos também fixaram a E., o que prova o fenómeno ser fundamentalmente de natureza físico-química.

É de presumir que a concentração da E. de 30 γ ./c.c. «*in vivo*» iniba ou mate uma substancial quantidade de bacilos (Garrod). O contacto do b. de Koch, durante 8 h. com a D. E., perturba o mecanismo de divisão bacilar por um espaço de tempo que, como média, se pode, pois considerar de 72 horas.

Eis os resultados da experiência «*in vivo*» feita por Bernard e Kreiss, que utilizam vários lotes de cobaias tuberculizadas e que submetem a modalidades diversas do tratamento pela E., tais como duas injeções diárias, ou uma injeção cada 2 dias, ou uma injeção cada 3 dias, e depois estudam os pesos médios dos gânglios e o peso do baço, como o melhor meio de avaliar a tuberculização dos animais. Nos animais não tratados, isto é, nos animais tuberculizados-testemunhos, averiguou-se tuberculose maciça; nos animais tratados, quer diariamente, quer de 2 em 2, quer de 3 em 3 dias, verificou-se ausência de sinais de generalização, e assemelham-se nitidamente o peso médio dos gânglios e o peso do baço, de todos os grupos de animais tratados, indiferente, portanto, às 3 modalidades de ritmo do tratamento seguido.

Na clínica de tuberculose humana, parece igualmente bem fundamentado o critério da injeção de 1 gr. de E. em cada 72 horas. Com efeito, entre outros, os trabalhos de Bernard e Kreiss, dos americanos Tucker, Janes, Sider, Temple e col., de Janes, Dye e Deyke, assim o impõem pelos resultados obtidos.

Com efeito, Bernard e Kreiss observaram também que os resultados obtidos com a E., administrada diariamente, ou cada

P V R

Imunoterapia 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 ₃	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

PROPULMIL

Bial

INJECTÁVEL

SUPOSITÓRIOS

Caixas de 1 e de 6

Gripe

Traqueítes

Bronquites

Congestões pulmonares

Pneumonias

Broncopneumonias

Consagrada associação, em doses ótimas, de:

Penicilina

Vitaminas A e D

Quinina

Essência de Niauli

Eucaliptol

Cânfora

Hexaidroisopropilmetilfenol

(este último, só no PROPULMIL Injectável)

PROPULMIL

INFANTIL

Bial

SUPOSITÓRIOS

Caixas de 1 e de 6

Perfeita tolerância

Rápida e poderosa eficiência terapêutica

3 dias, são iguais, não havendo possibilidade de provar qualquer diferença.

Tucker, do estudo em 86 doentes, verifica que os resultados do tratamento feito por uma injeção, cada 3 dias, em nada difere dos resultados em doentes que recebem 1 ou 2 gr. diariamente; recomenda, portanto, o ritmo intermitente pela ausência de acidentes tóxicos e a estreptomícina-resistência (E.R.) ser 3 vezes menos frequente.

Também, pelos trabalhos feitos por Janes e col., em 97 doentes, com o tratamento de 1 gr. em 3 dias e 1 gr./1 dia, se verificaram resultados clínicos e radiológicos semelhantes, e bacteriológicos ainda melhores para a primeira modalidade, a qual também apresentou E.R. em 33 %, em vez de 76 %, como é habitual para a segunda modalidade, ao fim de 3-4 meses de tratamento, sem contar também com a raridade de acidentes tóxicos na administração intermitente da E.

Os resultados obtidos nos *hospitais militares americanos* em 4.000 tuberculosos pulmonares e 5.000 tuberculosos extra-pulmonares confirmam totalmente o valor terapêutico da administração intermitente (1 gr./3 dias).

Todos estes resultados levam-nos, pois, a romper com o critério clássico de que o benefício terapêutico anti-infeccioso é tanto melhor quanto maior e mais constante for a concentração do medicamento no sangue.

De facto, este critério é valioso para os gérmes que se dividem cada 2 horas, mas não para o b. K. que necessita de 1 dia ou mais para se dividir; e, uma vez que, pela adsorção de E., ele tem o seu mecanismo de divisão inibido por 72 horas, nova quantidade de E. que neste espaço de tempo se injectasse, não iria modificar, para melhor, as condições existentes.

A dose de E. a dar a um tuberculoso pulmonar, durante um tratamento, não deve pois exceder 50-60 grs., o que implica tratamento durante cerca de 6-7 meses; se a E. for associada a PAS ou a I. o tratamento pode fazer-se durante 12 a 24 meses.

Este modelo de tratamento é ainda menos penoso e caro, fácil de realizar sem hospitalização, sem acidentes tóxicos, com delongamento da E-resistência, (reduzindo-a para 15 %, o máximo) o que tem, entre outras, a vantagem de permitir prolongamento do tratamento estreptomícínico em grandes períodos alternados de 45 dias, durante 4 a 18 meses (Levy-Valensi, Medlar, etc.). Pode dizer-se que hoje só se concebe a administração diária de E. em casos de lesões tuberculosas agudas, graves, com tendência a rápida caseificação, na pneumonia tuberculosa e na tuberculose hematogénica extensiva.

Para obter acentuada impregnação do bacilo pela E. é necessário favorecer a sua penetração nos tecidos — a qual se obtém melhor pela administração de doses relativamente elevadas, e por esse motivo, se injecta, de uma só vez, 1 gr. de E.

Estão-se realizando presentemente trabalhos nos E.U.A. no sentido de pesquisar diferenças entre os aspectos anátomo-patológicos da cura da tuberculose obtida espontaneamente, ou pela E. — 1 gr./1 dia, ou 1 gr./3 dias.

Bernard e Kreiss consideram a cura pela E. — 1 gr./3 dias, de melhor qualidade do que a de E. — 1 gr./1 dia, mas não dizem em que consiste essa melhor qualidade. Penso que talvez estes autores se queiram referir à sua maior semelhança com a cura espontânea.

Presentemente, sabe-se que a cicatrização das lesões pulmonares tratadas pela E. têm aspecto normal e aparece mais rapidamente do que na cura espontânea; não existem reacções perifocais, nem sinais de tuberculose laringea ou brônquica, ou somente nestes departamentos existem cicatrizes de aspecto normal.

Afirma-se que os aspectos histológicos das lesões cicatríciais dos doentes que foram tratados pela E. são iguais aos obtidos espontaneamente, porque aquela só reduz a população bacilar e acelera os processos de regeneração, sem afectar o mecanismo biológico destes.

Mas também se diz que os gânglios tuberculosos de indivíduos tratados pela E., apresentam o aspecto histológico do sarcóide de Boeck, o que, de certo modo, pode ser argumento a favor da génesis tuberculosa daquela afecção.

E trabalhos interessantes de Auerbech, Katz e Small provam haver diferença entre a obliteração de cavernas pela E. e a obtida espontaneamente: no primeiro caso, há reepitelização, com epitélio achatado ou escamoso, do brônquico, na junção bronco-cavernosa, permanecendo aberto, portanto, o brônquio de

drenagem. Isto é, serão estes mesmos casos em que há tendência para cura da caverna, mantendo-se a caverna. Com este tipo de cura da caverna, permanece, na verdade, o espaço cavitário. Com a cura espontânea ou por colapso, nem brônquio nem resíduo cavitário subsistem, como regra. Portanto, é óbvio que a cura estreptomícínica da caverna seja pois mais frágil, atreita a reabertura fácil, isto é, uma cura anatómica de pior qualidade.

RESULTADOS DA TERAPÊUTICA ESTROPTOMICÍNICA

É muito difícil dizer o que vale a E. na terapêutica anti-tuberculosa se quisermos atribuir valor científico à afirmação feita.

Não se pode esquecer que a tuberculose tem, como muitas outras doenças, tendência natural para a cura e que, na realidade, muitas tuberculoses pulmonares curam espontaneamente.

Parece, porém, não haver dúvida de que a E. apressa a acção dos mecanismos da cura, isto é, de que se pode ganhar tempo na evolução curativa; de facto, já nos habituámos, com o seu uso, a ver casos que, em tempos passados, ou curavam muito lentamente ou mesmo, por vezes, se mantinham torpidos, e, depois, podiam evoluir para estados agudos mortais; e, actualmente, esses mesmos casos podem curar totalmente ou atingir situação anátomo-clínica, que muito se parece com os estados sequelas.

É difícil apresentar estatísticas que tenham real valor e interesse. Fundamentalmente, o que interessa ao clínico é a recuperação total da saúde do indivíduo e a E. tem acção que parece exercer-se, discriminadamente, neste ou naquele tipo de lesão anátomo-patológica.

Também a experiência clínico-terapêutica é difícil, pela não existência (ou existência raramente encontrada) de casos clínicos sobreponíveis, uns com tratamento, outros sem ele.

As estatísticas deveriam referir-se mais aos tipos de lesões, do que propriamente aos doentes, mas, opostamente, são estes que nos interessam mais do que os tipos lesionais. Acresce que no mesmo doente há, por vezes, 2, 3 e mais tipos lesionais.

Estes factos tornam de valor reduzido todas as estatísticas apresentadas. Está escrito que até 15 % dos tuberculosos submetidos à terapêutica pela E. curam.

Relembrando as indicações desta terapêutica nas diferentes formas anátomo-clínicas, se houvesse estatísticas dos efeitos sobre as lesões pulmonares, isoladamente consideradas, de certo a percentagem subiria muito para os casos em que a E. está indicada, e baixaria possivelmente a zero para os casos de tuberculose fibro-caseosa e fibro-cavitária antiga.

Nestes tuberculosos, a terapêutica pela E., mesmo a mais prolongada a nada conduz, a não ser à disseminação dos bacilos estreptomícino-resistentes.

Mas, em oposição, a E. é tão eficaz em casos de tuberculose miliar e dá resultados tão espectaculares, que os resultados obtidos podem servir de meio de diagnóstico da tuberculose miliar, com os micro-nódulos da silicose ou da doença de Besnier-Boeck-Schaumann, os quais não são influenciados pela E.

Nos indivíduos com tuberculose miliar pulmonar, mas sem meningite, os resultados são muito melhores do que se houver meningite; e nestes últimos, os resultados são menos benéficos, se à tuberculose miliar se associar ulteriormente a meningite, do que se apareceram simultaneamente, tuberculose miliar pulmonar e meningite (Keneth e Smith). Estes autores verificaram que, de 22 casos de tuberculose pulmonar miliar tratados pela E., estavam 47 % vivos ao fim de 5 anos; de 25 casos de tuberculose pulmonar miliar associada simultaneamente à meningite, estavam vivos só 4 %; e, de 13 casos de tuberculose miliar, em que a meningite se associou ulteriormente, haviam morrido todos.

Na terapêutica da tuberculose miliar, especialmente, dos nódulos bi-apicais, surgem, por vezes, situações curiosas, como o desaparecimento aparente total, mesmo de nódulos que pareciam estar em cavitação, e, no entanto, a baciloscopia mantém-se positiva, sem haver lesões brônquicas evidentes, que a justifique. Estes casos de baciloscopia positiva paradoxal podem talvez explicar-se pela desinfiltração das lesões e das cavidades, continuando a acção agressiva bacilar, embora torpidamente; nestas circunstâncias, pode ser necessário o pneumotórax em pulmão, aparentemente, mas só aparentemente, normal.

As manifestações infiltrativas e exsudativas representam outro aspecto de fácil cedência à terapêutica pela E.

É muito discutida e até discutível se a E. pode ou não pode fechar uma caverna.

Para certos espíritos médicos, o encerramento da caverna é sempre devido à medicação que o doente está fazendo. Ora a E. limpa as lesões exsudativas envolventes da caverna, desinfiltra mesmo o anel pericavitário, reduz o volume da cavidade; a tomografia mostra com frequência que a cavidade persiste, embora modificada em seus aspectos. Se houver propensão optimista do médico, até essa imagem cavitária lhe pode parecer uma grande bolha de enfizema, ocupando todo o antigo espaço cavitário, quando afinal, mesmo sem bacilos na expectoração pode representar a caverna aberta, modificada até àquele estado, a que atrás me referi, de cura frágil, conservando-se o brônquio de drenagem e a cavidade reduzida ou falsamente obliterada. É pois um pseudo-desaparecimento da caverna e o doente continua a precisar de pneumotórax ou toracoplastia.

Só se pode considerar curada a caverna que se não veja em tomografia, não se devendo tomar levemente por grande bolha de enfizema, o que representa ainda a caverna; é necessário que a verdadeira ausência da caverna em tomografia se mantenha, além de baciloscopia negativa.

As cavernas curadas apresentam-se, na realidade, sob forma de nódulos mínimos, envolvidos de áreas enfizematosas, com várias bolhas, ou haver pequenas lesões tuberculosas de aspectos variados, entre zonas enfizematosas.

Não há, porém, dúvida que a E. pode auxiliar a cura de cavernas recentes, de anel fino, das cavernas balonizadas sob pneumotórax e das fendas residuais da toracoplastia. Trajano Pinheiro dá a percentagem de curas de 68 % para as cavernas das formas iniciais tuberculosas e 12,7 % para as cavernas tardias, avançadas.

Em consequência das modificações que a E. origina nos tecidos tuberculosos podem aparecer em tuberculosos cavitários, tratados pela E., imagens radiológicas de difícil interpretação ou mesmo ininterpretáveis, como trabéculas areolares, imagens nodulares, de contornos indecisos, imperfeitos, mantendo-se a baciloscopia positiva. Em tais casos, a continuação da E. pode ainda resolver o problema terapêutico, mas como regra, requer-se o emprego do pneumotórax ou toracoplastia (Dubarry).

A E. na sílico-tuberculose, segundo os estudos bem feitos de Cohen e Ginsky, é inútil, não modificando os seus aspectos fibro-nódulo-cavitários, que têm marcha progressiva e mortal. Só é susceptível de actuar benéficamente nos surtos congestivos ou exsudativos e manifestações de toxemia que apareçam na sílico-tuberculose.

Nos complexos primários, como já dissemos, o seu emprego só se justifica, se houver evolução tísica, manifestações tóxicas ou disseminações intra ou extrapulmonares. Em tais condições, a sua acção é eficaz. A sua eficácia sobre as adenopatias que acompanham o complexo primário é discutida.

Nas formas pneumónicas da tuberculose pulmonar, o efeito terapêutico ainda é apreciável, se estas estiverem na fase infiltrativa, pré-caseosa. Também têm êxito nos surtos exsudativos, por serem lesões recentes.

Pode empregar-se na mulher grávida, porque não afecta o feto (Froman).

A administração da E. prepara a lesão e torna o estado imunoalérgico propício à eficácia da terapêutica colapsante; o bom momento de colapsar o pulmão é aquele em que a E. atingira o máximo efeito.

Tem boa acção nas lesões pulmonares contra-laterais do pneumotórax e de qualquer outra proveniência; também actua com êxito nas lesões do coto colapsado.

Depressa se começou a associar à E., o PAS, e depois a I., de modo que, pode dizer-se, rareiam os resultados estatísticos obtidos só com a E.

Allison, Denner e col. no tratamento de 202 casos, ainda com as doses de 1,5 gr. (até 2 gr.) por dia, durante 4 meses, observaram no triénio seguinte: 28 % haviam morrido, 40 % estavam estacionários, 30 % a doença continua levemente quiescente ou em forma activa.

Bernard, Kreiss e Solte, do estudo feito em 70 doentes, verificam que de 27 doentes tratados em prazo de tempo igual a 3 meses ou menos, 30 % morreram; de 43 doentes tratados durante ou mais de 4 a 6 meses, morreram 16 %.

Harden e col. estudam o efeito da E. em 46 casos, dos quais, em 13, associada ao pneumotórax (pn.), em 16, ao repouso, e em 17, para preparar o acto cirúrgico. No primeiro grupo, os resultados foram melhores dos que só dá o pn.; do segundo grupo, todos foram depois operados com algum êxito; os do 3.º grupo morreram 13, só existindo 4, ao fim de 2 anos e meio.

É manifesto que a E. representou, nestes 3 grupos de doentes, auxílio terapêutico real, mas cujo valor é muito difícil, senão impossível, medir.

Outro problema clínico-terapêutico é o da acção da E. sobre a lesão mínima da tuberculose pulmonar.

A lesão mínima tuberculosa pulmonar é, como regra, definida pela pequena extensão radiológica lesional, quando o mais interessante são o tipo lesional, a intensidade clínica evolutiva, o estado e evolução anátomo-patológica.

Considero demasiado extensa a superfície lesional que a *National Tuberculosis Association* conceitua como lesão mínima: esta agrupa a lesão pulmonar, cujo volume de tecido equivaleria ao colocado acima da 2.ª articulação condro-externa e da apófise espinhosa da 4.ª ou corpo da V vértebra dorsal, e sem caverna demonstrável.

Para avaliar o estado evolutivo, e portanto, a gravidade da lesão tuberculosa, importa mais a natureza da lesão, a virulência do bacilo e a maior ou menor reacção tecidual pulmonar, do que a sua extensão. Melhor ainda seria aprofundar mais o problema e pretender conhecer a capacidade evolutiva da lesão, isto é, o potencial evolutivo, que a lesão traz ao aparecer.

Estes aspectos, os mais interessantes, ao tomar-se contacto com um tuberculoso recente, são de difícil despistagem, porque até hoje nem a clínica, o laboratório e a radiologia lhe deram resposta capaz. Recorde-se o resultado de um inquérito feito nos E. U. A. em estudantes considerados saudáveis, entre os quais 16 apresentaram lesões mínimas de tamanhos variáveis; pois em 5, nos quais a lesão não excedia o tamanho de uma moeda de 1 escudo, a evolução foi progressiva e mortal, indiferente a qualquer terapia medicamentosa ou colapsante.

Apesar do que se afirma, considero de valor o critério que reduz o volume da lesão mínima, conforme propõe Alves de Sousa, não devendo este ultrapassar a zona pulmonar correspondente ao espaço de 2 arcos costais anteriores, juntando-lhe, como elemento de apreciação do estado evolutivo, o carácter esfumado e algodoado das sombras (lesões exsudativas) e sem caverna ou com caverna que não ultrapasse 1 cm. de diâmetro, revelada pelos métodos radiológicos em uso, ou ainda de sombras densas, de contornos nítidos (lesões produtivas).

Este mesmo autor, em estudo feito em 55 casos de lesão mínima, a fim de avaliar a acção da E., havendo tratado 30 casos com E. e deixando os 25 restantes para testemunhas, verificou que, se as lesões eram exsudativas houve no 1.º grupo, 93 % de êxito, e no 2.º grupo, 25,3 %; se as lesões eram produtivo-exsudativas, os êxitos foram, respectivamente, de 56,3 % e 38,5 %.

É pois manifesto o êxito da terapêutica pela E. nas formas iniciais e pouco extensas.

Na verdade, estes resultados nada acrescentam às ideias hoje assentes sobre o valor da E. na tuberculose pulmonar, mas, através de um trabalho bem feito, é mais uma opinião a documentar o valor da precocidade do tratamento e do carácter exsudativo lesional, como elementos de êxito na terapia medicamentosa da tuberculose.

ESTREPTOMICINO - RESISTÊNCIA (E. R.)

A E. R. foi descoberta por Youmans e Feldmann, Karlon e Hinshaw. Segundo o processo clássico do tratamento dos doentes pela E. (1 gr. a 1,5 gr. diários), 60 % a 80 % dos casos tratados são, no fim de 3-4 meses, resistentes a 10 γ ./c.c. de E.; a E. resistência chega a ser «*in vitro*» 10.000 vezes superior à que era antes do emprego da E. no doente.

É certo que já se obtiveram resultados mais impressionantes, isto é, de bacilos que têm a *estreptomycino-dependência* (E. D.), necessitando que o meio de cultura tenha 500 γ ./c.c. para que eles se desenvolvam (Hobby e col., Doane e Boger). Esta E. D. pode ser, e é, como regra, reversível, como observaram Owen e col. que, ao suspender a terapêutica pela E., os

3

FORMAS DE APRESENTAÇÃO

MIOCILINA
SUSPENSÃO
OLEOSA



MIOCILINA R
PARA SUSPENSÃO
AQUOSA

MIOCILINA A

Frascos siliconados
de
300.000, 500.000 e
1.500.000 U

UMA SUSPENSÃO
AQUOSA DE
PENICILINA
PRONTA A SER
INJECTADA



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

PRODUTOS DE FAMA MUNDIAL E ELEVADO INTERESSE CIENTIFICO

EM PORTUGAL ENCONTRAM-SE Á VENDA OS SEGUINTE PREPARADOS:

AMINOPTERIN

Tratamento da Leucemia Aguda

ARTANE

Trihexifenidil — Tratamento do síndrome parkinsoniano

AUREOMICINA CRISTALINA

Antibiótico

COMPLAMOM

Tratamento de todas as formas de anemia

DELFIOL COM METIONINA

DIGITALIS

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

GEVRAL

Suplemento minero-vitâmico para geriatria

GRAVIDOX

Vómitos da gravidez

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

bacilos do doente voltaram a ter mais tarde sensibilidade à E. Também Doane e Boger verificaram a E.-D. em estirpes variantes do bacilo H₃₇ R V, e, igualmente, a inconstância da E.-dependência.

Do estudo de 114 tuberculosos tratados pela E., Owen e col., pesquisaram a E.-R. em 82, e verificaram que, após 3-4 meses de tratamento, 38,5 % estavam E-resistentes.

Bernard, Rist e Kreiss dizem que ao fim de 3 meses, 68 % dos doentes estão E-Resistentes; Allison e col., do estudo em 80 doentes submetidos diariamente a 1,5-2 grs. de E., ao fim de 4 meses de tratamento, 80 % estão resistentes a 10 γ ./c.c.

Esta alta percentagem de bacilos E-resistentes desenvolve-se especialmente em tuberculoses caseosas e fibro-caseo-cavitárias, nas quais, como dissemos, é difícil o contacto da E. com os bacilos, donde o predomínio fácil dos bacilos resistentes.

Nos doentes com fraca imunidade e considerável tecido de necrose, a resistência dos tecidos desenvolve-se rapidamente. Basta que 1/1.000 da população bacilar seja E-Resistente para que apareça a E.-Resistência.

Não se deve estranhar que um indivíduo, hoje, E-Resistente, seja certo tempo depois, E-sensível, porque, suspendendo o tratamento pela E., as estirpes bacilares E-sensíveis se desenvolveram em alta escala, adquirindo novamente o predomínio.

O colapso pulmonar torna difícil a vida do bacilo, portanto é contrário à criação da E.-R.

Também o actual método de tratamento estreptomycinico, em ritmo intermitente de 1 gr./3 dias, a E.-R. é, ao fim de 4 meses, apenas de 26 %-30 %, ou mesmo só de 15 %, isto é, 2 a 3 vezes menos frequente do que com o tratamento diário.

A administração da E. a ratos infectados com bacilos E-resistentes não gera efeitos nocivos, mas a sobrevivência de tais ratos não é maior do que os não tratados (Kirchheimer e Youmans).

Estas experiências «*in vivo*», e «*in vitro*» provam claramente a inutilidade da administração da E. em tais circunstâncias.

É preciso, pois, reduzir ao mínimo a E.-R. Muito se consegue pelo ritmo intermitente de aplicação do medicamento, da escolha dos doentes que o recebem, da associação com o pneumotórax. Veremos, quando nos referirmos às associações com o PAS. e a I., como se reduz consideravelmente a percentagem de casos I-Resistentes, quase a zero, segundo muitos fisiologistas.

É evidente que o receio da criação de E.-R. não é motivo suficiente para evitar ou prescindir, quando bem orientada, da terapêutica pela E., incluindo os casos de lesões mínimas e de derrames pleurais. Também, como praticamente, os bacilos se não transmitem de doente a doente, não há razão para separar nos meios hospitalares, os tuberculosos E.-R. dos E.-sensíveis.

ÁCIDO PARA-AMINO - SALICÍLICO (P.A.S.)

Em 1940, Bernheim descobre que o ácido salicílico estimula o metabolismo do b. K.; mais tarde, em 1943, Lehrmann, Rosdall e Youmans provam «*in vitro*» a acção bacteriostática do ácido para-amino-salicílico sobre o bacilo tuberculoso.

Actualmente, usa-se o PAS sódico, que é facilmente solúvel em água (50 gr. em 100 c.c. de água), dando solução neutra ou levemente alcalina. Para uso de perfusão endovenosa, prepara-se solução a 3 %, neutralizada.

*

Tem algumas reacções secundárias indesejáveis, mas que raramente constituem óbice verdadeiro ao seu emprego.

Elimina-se pelo rim; 88 % da dose administrada pode ser recuperada da urina nas primeiras 10 horas, que se seguem à sua administração, sendo metade sob a forma acetilada; gera, por vezes, albuminúria e também hematuria por irritar o epitélio renal, alterações que se combatem pelos alcalinos; supõe-se que também gera glicosúria, mas esta é provavelmente falsa, traduzindo o poder reductor de substâncias resultantes da decomposição do PAS.

Per os, na dose habitual de 12-15 grs. diárias, gera facilmente indisposições de localização digestiva, como sinais de insu-

ficiência hepática discreta, náuseas, vômitos e diarreia, que se combatem também eficazmente com alcalinos (63 % dos casos — De Janney).

Muito recentemente, Barré e col., no seu serviço de fisiologia de Rennes, observaram desde 1-I-52 a 1-IV-53, 30 casos de icterícia entre os seus doentes submetidos a perfusões de PAS., sendo 10 só com PAS e os restantes com PAS e E ou I. Não houve um único doente, dos ictericos, que houvesse só recebido E ou I.; todos receberam grande número de perfusões, e, na sua maioria, eram etílicos e insuficientes hepáticos. Esta icterícia, como a catarral e a da hepatite epidémica, foi precedida de sintomas gastro-intestinais, muito semelhantes aos que também se registam nos acidentes digestivos da perfusão de PAS.

Não atribuem origem tóxica a esta epidemia, intoxicação que podia provir do PAS, com a formação do meta-aminofenol. Se assim fosse, a icterícia deveria ser muito frequente e não o foi. Também excluíram a hipótese de hepatite por inoculação, porque fizeram a esterilização cuidadosa de vidros, seringas, e foram substituídas as tubuladuras de borracha a cada perfusão.

Admitem ser um caso de epidemia de hepatite (hepatite epidémica) com contaminação vulgar buco-faríngea, facilitada pela sensibilização dos doentes ao vírus específico, pela maior ou menor insuficiência hepática, devida ao seu etilismo crónico e às suas tuberculoses extensas e antigas, e às múltiplas perfusões do PAS. Em abono deste critério, argumentam com a não existência destas hepatites em mulheres, em que se não registaram as condições mórbidas adjuvantes citadas nos homens, com a hepatite aparecida em 1 interno e 1 enfermeiro, que não tomaram perfusões, e o não ser possível, sempre, a distinção entre a hepatite epidémica e a de inoculação, havendo situações, como a presente, em que se parecem entrelaçar a causa fundamental e os factores adjuvantes. Deduzimos nós, deste estudo, a atenção que nos deve merecer o estudo da função hepática, antes e no decurso da PAS.-terapia.

O PAS gera, por vezes, reacções alérgicas, como febre, rash, prurido e descamação cutânea e, outras vezes, peles gordas e seborreicas. Certas vezes, e especialmente, as grandes doses (24 grs. diários) baixam a protrombinémia e são seguidas, frequentemente, de acidentes secundários (Phillips e col.), e, por esse motivo, são contra-indicadas, devendo acrescentar-se que o efeito terapêutico destas enormes doses não se compara com o da associação PAS-E. A hipoprotrombinémia pode baixar a 1/3 do normal, carecendo diariamente o doente de 10 miligramas de vit. K, cujo efeito é seguro, como regra.

Há na literatura médica registado um caso, submetido à PAS-terapia por Bridge e Hoffmann, que apresentou reacção meningea, simulando a meningite bacilar, mas a que faltou, no liquor, alteração da albuminorráquia, dos cloretos e da glicose, havendo pleocitose de 49, e outros sinais, como fotofobia e leucopenia-linfocitose. Esta manifestação meningea foi por estes autores atribuída a reacção alérgica à molécula global do PAS.

Nas crianças não se deve exceder a dose diária de 0,20 gr./kg. de peso, dose que, no adulto, equivale à de 14-15 grs.

*

O PAS tem efeito bacteriostático, que se verifica nitidamente com as concentrações de 0,02 mgr. a 0,156 mgr. por 100 c.c.. Não actua, no entanto, sobre o bacilo tuberculoso bovino.

O efeito bacteriostático do PAS é provado aí pelo 17.º dia de tratamento, pois os bacilos se tornam estriados, granulados e adquirem a forma em rosário.

A dose de 12-15 grs. per os, dá a concentração sanguínea de 2-8 mgr.%; a perfusão endovenosa da mesma dose, dada em soluto a 3 %, dá no sangue, a concentração de 300-400 mgr.%, e, no liquor, a de 40-50-100 mgr.%.

As concentrações sanguíneas citadas, que ultrapassam largamente as necessárias para o efeito bacteriostático, mantêm-se durante 24 horas, em grau elevado, suficientemente eficaz. Mas deve administrar-se diariamente, porque a sua eliminação fácil, contra-indica e torna menos eficaz o emprego intermitente.

As suas indicações na tuberculose pulmonar são fundamentalmente as mesmas que as da E., isto é, tuberculoses exsudativas, cavernas insufladas, etc. É porém, manifesto, que os seus efeitos são menos nítidos, pois a sua bacteriostase é mode-

rada e muito menos intensa do que a da E., possivelmente, por não ser adsorvido pelo bacilo, como é a E., sendo portanto necessário o seu emprego diário, e não segundo o ritmo intermitente usado na administração da E. A bacteriostase que provoca é secundária à interferência com os processos metabólicos do b. K., provavelmente dos que respeitam ao consumo de oxigénio.

Tem nos doentes acção vaso-dilatadora e antipirética, notando-se melhoria subjectiva e sintomática, denunciada por aumento do apetite, turgor tecidual, traduzindo desintoxicação, sem sabermos se o faz por acção directa bacilar ou sobre os produtos metabólicos do bacilo.

Registam-se, como regra, boas variações hemáticas, baixa ou normalização do I.S.; redução ou desaparecimento da tosse e da expectoração; negativa-se, por vezes, a baciloscopia.

RESULTADOS TERAPÊUTICOS

A escola francesa é actualmente a grande defensora da terapêutica da tuberculose pelo PAS, e apologista do seu emprego, quase unicamente, por perfusão endovenosa.

Muitos outros autores, como Bogen e col. valorizam a PAS-terapia.

O «Committee of the Swedish Nacional Association against tuberculosis», do estudo comparativo feito durante 3 meses, tratando 94 casos com PAS, e observando o que neles se passa, e o que se passa em 82 não tratados pelo PAS, verificaram que os primeiros melhoraram mais rapidamente, tornando-se os resultados patentes na estatística dos resultados.

Em estudos franceses feitos em 378 doentes tuberculosos tratados pelo PAS durante 3-6 meses, foi registado 62 % de melhorias radiológicas, o que consideramos excessivo, em comparação com o que nós registamos. Pode dizer-se que a cura com qualquer dos 3 produtos (PAS., E. e I.) de que nos ocuparemos não vai além de 1-14 % E é preciso saber definir — se possível for — o que ao produto se deve, pois pode nada mais representar do que simples adjuvante da evolução espontânea curativa.

No entanto, há quem afirme haver curado 50 % de tuberculosos pulmonares pela perfusão do PAS, durante meses, percentagem que ainda aumentaria com o uso concomitante de aerossóis do PAS. Reputamos sem valor tal afirmação.

É certo que, para isso, se baseia a Escola francesa na ideia de que tal dose é suficiente para franquear a esclerose intersticial peri-lesional, vencer a vascularite obliterante e o próprio caseum, que se liquefaria.

Para aumentar o débito circulatório no tecido lesado, Lichtenstein trata um grupo de doentes com PAS., e outro, tanto quanto possível, idêntico, com PAS mais KI, registando resultados semelhantes, isto é, nem com este aumento de irrigação do tecido lesado o efeito se modificou.

Sweaney tratou pelo PAS vários casos de tuberculose em que a E. falhara, e verificou que 80 % deles, responderam favoravelmente.

Não entrou na rotina o uso da Benemid, (substância, em cuja molécula, entra o ácido benzóico e o propilsulfanil), proposto por Israel, Mick e Boger, e cujo efeito seria o de aumentar a concentração sanguínea do PAS, por intermédio do retardamento da eliminação urinária. Foi aconselhada na dose de 2 grs. diárias (1/2 gr. quatro vezes ao dia). Compreende-se que possa ser útil em doentes, que não possam tolerar mais de 8 grs. diários de PAS. Bogger e Pitts afirmaram que 8 grs. de PAS administrados concomitantemente com 2 grs. de Benemid provocavam a mesma PAS-émia, que 12 a 15 gr. de PAS por via oral. Em 1953, recentes estudos de Riley, Clowater e Shane demonstram a ineficácia, para o fim em vista, do uso do Benemid, e por esse motivo, a medicação Benemid não se vulgarizou.

É rara a criação da resistência bacilar ao PAS, mas existe, aparecendo, em regra, 3-4 meses após o início do tratamento, donde se deduz que o seu emprego não deve ultrapassar 4-5 meses.

Em todo o caso, a criação de resistência é entrave menor ao seu emprego do que se verifica para a E. e para a I.

Como veremos, quando nos ocuparmos das associações medicamentosas, o PAS tem particular acção benéfica, retardando ou impossibilitando a criação da estreptomicino-resistência e da izoniazido-resistência. De facto, quando se associa à estreptomícina ou à izoniazida, deve administrar-se, diariamente ou quase diariamente, porque, como dissemos, não se adsorve ao b. K.. Com efeito, o PAS administrado cada 3 dias não baixa a E.R., enquanto o PAS diário e a E/3 dias, a resistência à E. ou não aparece, ou quando muito atinge só a percentagem de 4 %, ao fim de 3-5 meses, ou ainda a de 17 %, ao fim de 4 meses de tratamento, segundo Cohen, Temple e cols.

NOSSOS RESULTADOS

Foi no meu serviço que se empregou — supomos — pela primeira vez, em Coimbra, o PAS em perfusão endovenosa, no início do ano de 1951; fez-se o estudo em 28 casos, na sua maior parte, casos graves de mau prognóstico. Usámos o soluto clássico de 500 c.c. a 3 %, convenientemente preparado pela Farmácia dos H.U.C..

Não tivemos, praticamente, acidentes. Alguns casos de choques leves, que não excederam 7 % (2 casos), foram imputados à rapidez do gota-a-gota endovenoso. Esses mesmos dois doentes, continuaram depois a medicação com o gota-a-gota mais lento, sem qualquer inconveniente. Verificámos em cerca de 10 % (3 casos), dores abdominais e algum mal-estar que imputamos à acidose, sintomas que depressa desapareceram pelo uso do bicarbonato de sódio.

Os 28 doentes tuberculosos receberam duas séries de perfusões endovenosas, de 20-30 perfusões cada série, intervalada a 1.^a da 2.^a, de 15-20 dias.

O estudo incidiu sobre o peso, I.S., baciloscopia, estudo hemo-leucocitário e estudo radiológico.

Eis os resultados obtidos:

O I. S. baixou em 75 %, normalizando-se algumas vezes; aumentou em 17,8 % e manteve-se estacionário em 8,2 %.

O peso aumentou em 78,6 %, diminuiu em 14,2 % e estacionou em 7,2 %. Houve aumentos de peso de 5 kg.. Não registámos aumentos de peso de 10-15 kg., citado, por outros, na literatura médica.

O estudo baciloscópico feito, várias vezes, metódicamente, antes, no decurso, e depois, no fim do tratamento, em 18 doentes, mostrou que a baciloscopia se negativara em 50 %, melhorara em 5,5 %, aumentara o número de bacilos em 11,1 % e conservara-se a mesma quantidade em 33,3 %.

O estudo hemo-leucocitário, feito antes e depois, em 7 casos, mostrou variações em ambos os sentidos, isto é, aumento ou redução dos glóbulos rubros, dos leucócitos e dos granulócitos neutrófilos. Só se salienta o aumento quase constante (6 casos) dos linfócitos.

No estudo radiológico dos 28 casos, verificou-se pequenas modificações radiológicas no sentido de leve melhoria em 10 casos, isto é, só em 35,7 %. Só num houve redução de uma caverna. Todos os outros 64,3 % mostram o mesmo estado radiológico. Este resultado discorda manifestamente dos resultados apresentados por outros autores, nomeadamente dos apresentados pela Escola francesa. A razão desta discordância estará, em grande parte, no facto da maioria dos casos clínicos, em que empregamos o PAS ser constituída por doentes em estado grave, alguns quase desesperados.

É frizante a discordância entre os resultados observados no estado geral, peso, apetite, I.S. e mesmo baciloscopia, com os observados na lesão. Isto quer dizer que, fundamentalmente, sob o ponto de vista prático o PAS parece ter a sua óptima indicação quando se pretenda modificar o estado geral do doente e, especialmente, com o fim de retardar a resistência à E. e à I.

Movimento estatístico da consulta de Dermatovenereologia do Dispensário de Higiene Social de Vila Nova de Gaia

MÁRIO DE CASTRO

e

AURELIANO DA FONSECA

Esta consulta funciona desde 1948 e, desde então, o movimento anual de inscrições tem-se mantido sensivelmente com o mesmo valor, com ligeira acentuação no ano de 1950. (Quadro I).

QUADRO I

ANOS	PRIMEIRAS INSCRIÇÕES			CONSULTAS SEGUINTE			TOTAL
	SEXO		Total	SEXO		Total	
	M.	F.		M.	F.		
1948	433	616	1.049	506	732	1.238	2.287
1949	520	642	1.162	1.040	1.132	2.172	3.334
1950	716	692	1.408	2.177	2.394	4.571	5.979
1951	535	752	1.287	1.294	1.605	2.899	4.186
1952	470	667	1.137	803	1.173	1.976	3.113
TOTAL	2.674	3.369	6.043	5.820	7.036	12.856	18.899

A média anual de primeiras consultas (primeiras inscrições) foi de 1.208,6 e a média mensal foi, conseqüentemente de

100,7. Considerando o total de consultas, a média anual foi de 3.779,8 e a média mensal de 314,9.

O sexo feminino foi registado nas primeiras inscrições numa percentagem ligeiramente superior ao sexo masculino, numa diferença de 11,6.

A relação entre primeiras e consultas seguintes, é sensivelmente de 1 para 2 (31,9 % de primeiras consultas para 68,1 % de consultas seguintes, considerando o total de consultas de 18.899).

Vejam agora quais as doenças registadas nos 6.043 doentes. (Quadros II a VII).

O que primeiramente impressiona na observação dos quadros apresentados é a diminuição sensível de doenças venéreas registadas de ano a ano, em contraste com as doenças na pele que têm aumentado. Entre as doenças na pele, o grupo de doenças que aparece com valor mais elevado é o das *doenças infecciosas*, com a percentagem de 45,9 no total dos dois sexos (48,1% no sexo masculino e 43,9 % no sexo feminino); segue-se em segundo lugar o grupo das *doenças eczematosas, urticária e outras doenças alérgicas*, com a percentagem de 19,0 no total dos dois sexos (15,4 % no sexo masculino e 22,1 % no sexo feminino) e em terceiro lugar situam-se as *doenças parasitárias*, com a percentagem de 10,1 (compreendendo a 11,3 % no sexo masculino e 9,1 % no sexo feminino). Depois, registámos a rubrica da *úlçera de perna e doenças relacionadas*, na percentagem de 5,4, considerando o total dos dois sexos (sendo 3,3% no sexo masculino e 7,3 % no sexo feminino).

Esta diferença entre os sexos é motivada pela *sífilis latente* que se apresenta com mais elevada percentagem no sexo feminino.

QUADRO II

SEXO MASCULINO

DOENÇAS NA PELE	ANOS					TOTAL	%
	1948	1949	1950	1951	1952		
Doenças parasitárias { parasitas animais	5	9	3	3	1	21	3,1
Doenças parasitárias { parasitas vegetais	10	9	10	17	10	56	8,2
Doenças por cocos	45	45	60	68	104	322	46,7
Tuberculose cutânea e tuberculides	2	—	—	—	1	3	0,4
Lepra	1	1	—	—	—	2	0,3
Outras doenças infecciosas	1	—	2	1	1	5	0,7
Eczema { dermite de contacto	9	16	13	17	20	75	10,9
Eczema { neurodermite	—	—	—	—	—	—	—
Urticária e outras doenças alérgicas	9	6	4	3	9	31	4,5
Psoríase e outras doenças de tipo eritemato-descamativo	5	6	2	4	8	25	3,6
Úlçera de perna e doenças relacionadas	6	9	—	6	2	23	3,3
Neoplasias { benignas	2	2	1	—	—	5	0,7
Neoplasias { malignas	—	—	—	—	—	—	—
Outras doenças na pele e mucosas	17	28	19	34	23	121	17,5
TOTAL	112	131	114	153	179	689	100,0

QUADRO III

DOENÇAS VENÉREAS	ANOS					TOTAL	%
	1948	1949	1950	1951	1952		
Sífilis recente	26	36	9	6	3	80	15,0
cárdio vascular	—	—	—	—	—	—	—
tardia { nervosa	—	—	—	—	—	—	—
outras formas	11	2	1	1	—	15	2,8
latente	56	90	39	22	12	219	41,1
congénita	3	2	8	3	—	16	3,0
Blenorrágia	13	44	35	27	26	145	27,2
Úlcera mole venérea	18	10	7	6	10	51	9,6
Doença de Nicolas-Favre	—	3	3	1	—	7	1,3
TOTAL	127	187	102	66	51	533	100,0

QUADRO IV

SEXO FEMININO:

DOENÇAS NA PELE	ANOS					TOTAL	%
	1948	1949	1950	1951	1952		
Doenças parasitárias { parasitas animais	9	7	9	5	2	32	4,1
parasitas vegetais	—	3	—	24	12	39	5,0
Doenças por cocos	40	33	55	76	188	322	41,3
Tuberculose cutânea e tuberculides	3	—	1	1	1	6	0,8
Lepra	—	1	—	—	—	1	0,1
Outras doenças infecciosas	—	—	1	11	1	13	1,7
Eczema { dermatite de contacto	15	17	23	22	41	118	15,2
neurodermite	—	—	—	—	1	1	0,1
Urticária e outras doenças alérgicas	14	4	9	10	16	53	6,8
Psoríase e outras doenças do tipo eritemato-des-camativo	5	4	5	11	13	38	5,0
Úlcera de perna e doenças relacionadas	6	12	5	11	23	57	7,3
Neoplasias { benignas	7	2	—	—	—	9	1,1
malignas	—	—	—	1	—	1	0,1
Outras doenças na pele e mucosas	11	19	1	34	24	89	11,4
TOTAL	110	102	109	206	252	779	100,0

QUADRO V

DOENÇAS VENÉREAS	ANOS					TOTAL	%
	1948	1949	1950	1951	1952		
Sífilis recente	14	11	4	3	1	33	9,4
cárdio vascular	—	—	—	—	—	—	—
tardia { nervosa	—	—	—	—	—	—	—
outras formas	4	2	3	1	—	10	2,9
latente	68	99	48	44	20	279	79,5
congénita	5	6	5	5	2	23	6,6
Blenorrágia	2	—	—	—	1	3	0,8
Úlcera mole venérea	—	1	1	—	1	3	0,8
Doença de Nicolas-Favre	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	93	119	61	53	25	351	100,0



PERNAEMON

Extracto hepático altamente purificado contendo um teor constante de

VIT. B₁₂

PERNAEMON FORTE

(ACTIVIDADE EQUIVALENTE A 30 U. S. P. POR AMPOLA
COM BASE NO AUMENTO DO NÚMERO DE ERITRÓCITOS)

- CASOS GRAVES DE ANEMIA PERNICIOSA
- ANEMIA PERNICIOSA ACOMPANHADA DE AFECÇÕES FUNICULARES
- OUTRAS ANEMIAS HIPERCROMICAS
- COMO ADJUVANTE NAS ANEMIAS HIPOCROMICAS
- ESPRUE
- ESTADOS DE FRAQUEZA, CONVALESCENÇA

Caixa de 3 ampolas de 2 c. c.

20 microgramas de Vit. B₁₂ por ampola

PERNAEMON SIMPLES

(ACTIVIDADE EQUIVALENTE A 6 U. S. P. POR AMPOLA
COM BASE NO AUMENTO DO NÚMERO DE ERITRÓCITOS)

- CASOS BENIGNOS DAS INDICAÇÕES REFERIDAS ACIMA

Caixa de 3 ampolas de 2 c. c.

4 microgramas de Vit. B₁₂ por ampola

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

Rua da Prata, 250-2.º — Lisboa / R. Alexandre Braga, 138 — Porto

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.

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

M. RODRIGUES LOUREIRO

Rua Duarte Galvão, 44 — LISBOA

CONCESSIONÁRIO EXCLUSIVO DO

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÉUTICO

V. BALDACCI-Pisa

QUADRO VI

TOTAL DE DOENÇAS NOS DOIS SEXOS:

DOENÇAS NA PELE	A N O S					TOTAL	%
	1948	1949	1950	1951	1952		
Doenças parasitárias { parasitas animais	14	16	12	8	8	53	3,6
{ parasitas vegetais	10	12	10	41	22	95	6,5
Doenças por cocos	85	78	115	144	222	644	43,9
Tuberculose cutânea e tuberculides	5	—	1	1	2	9	0,6
Lepra	1	2	—	—	—	3	0,2
Outras doenças infecciosas	1	—	3	12	2	18	1,2
Eczema { dermite de contacto	24	33	36	39	61	193	13,2
{ neurodermite	—	—	—	—	1	1	0,1
Urticária e outras doenças alérgicas	23	10	13	13	25	84	5,7
Psoríase e outras doenças de tipo eritemato-descamativo	10	10	7	15	21	63	4,3
Úlcera de perna e doenças relacionadas	12	21	5	17	25	80	5,4
Neoplasias { benignas	9	4	1	—	—	14	0,9
{ malignas	—	—	—	1	—	1	0,1
Outras doenças na pele e mucosas	28	47	20	68	47	210	14,2
TOTAL	222	233	223	359	431	1.468	100,0

QUADRO VII

DOENÇAS VENÉREAS	A N O S					TOTAL	%
	1948	1949	1950	1951	1952		
Sífilis recente	40	47	13	9	4	113	12,8
↳ tardia { cárdio-vascular	—	—	—	—	—	—	—
{ nervosa	—	—	—	—	—	—	—
{ outras formas	15	4	4	2	—	25	2,8
↳ latente	124	189	87	66	32	498	56,3
↳ congénita	8	8	13	8	2	39	4,4
Blenorragia	15	44	35	27	27	148	16,8
Úlcera mole venérea	18	11	8	6	11	54	6,1
Doença de Nicolas-Favre	—	3	3	1	—	7	0,8
TOTAL	220	306	163	119	76	884	100,0

Se considerarmos a percentagem anual de todos os estádios de *sífilis* em relação ao total das doenças venéreas, verifica-se que embora ela ocupe sempre o primeiro lugar, mostra sensível diminuição. Este facto é particularmente evidente nos estádios recente e latente.

A *blenorragia* aparece em segundo lugar, na percentagem de 16,8 em relação ao total dos dois sexos. A quase totalidade de casos registados são no sexo masculino; em relação ao total de doenças venéreas registadas neste sexo, a *blenorragia* ocupa a percentagem de 27,2.

O número de casos de *blenorragia* registados não acusa

grande diferença de ano a ano. Porém, se observarmos a sua percentagem em relação ao total de doenças venéreas, vemos que existe manifesto aumento de ano a ano. (Quadro VIII).

A *úlcera mole venérea* tem o terceiro lugar na nossa estatística, na percentagem de 6,1 mostrando tendência a aumentar de ano a ano.

Para terminar estes comentários estatísticos, falta apresentar o movimento anual dos tratamentos realizados, que praticamente apenas diz respeito a número de injeções. (Quadro IX).

QUADRO VIII

DOENÇAS VENÉREAS	A N O S					MÉDIAS
	1948	1949	1950	1951	1952	
Sífilis	85,0	81,1	71,8	71,4	50,0	76,3
Blenorragia	6,8	14,4	21,5	22,7	35,5	16,8
Úlcera mole venérea	8,2	3,6	4,9	5,1	14,5	6,1
Doença de Nicolas Favre	—	0,9	1,8	0,8	—	0,8

QUADRO IX

A N O S	S E X O		TOTAL
	M	F	
1948	1.621	2.022	3.643
1949	4.114	3.803	7.917
1950	4.562	4.793	9.355
1951	3.702	5.171	8.873
1952	3.054	5.000	8.054
TOTAL	17.053	20.789	37.842

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Diagnóstico e tratamento da angina de peito e das dores tóraco-bronquiais esquerdas não anginosas pelos ultra-sons

CAMILLE LIAN e MAURICE GRINFEDER

(Paris)

O diagnóstico das dores tóraco-braquiais esquerdas é muitas vezes fácil, mas por vezes é difícil. Pretendemos mostrar os serviços que podem prestar os ultra-sons nestes problema de diagnóstico. Examinaremos igualmente os resultados terapêuticos dos ultra-sons nas dores tóraco-braquiais esquerdas: resultados discretos na angina de peito de origem coronária, resultados excelentes nas dores tóraco-braquiais esquerdas não anginosas.

I — DIAGNÓSTICO

Os dois caracteres fundamentais das dores tóraco-braquiais esquerdas coronárias são:

1.º — O seu carácter paroxístico; duram alguns minutos, um quarto de hora, meia hora. Somente nas crises nocturnas é que a dor dura várias horas, no infarto do miocárdio ela dura uma ou duas horas.

Quando os doentes declaram que as suas crises dolorosas duram habitualmente uma manhã, uma tarde ou, muitas vezes, vários dias, este único conhecimento faz-nos afastar da hipótese da origem coronária destas crises.

2.º — O facto da marcha rápida provocar, muitas vezes, uma crise dolorosa, obrigando o doente a parar, e desaparecendo alguns minutos depois deste deter a marcha.

Os doentes que têm doses tóraco-braquiais esquerdas não anginosas, dizem que a marcha não lhes provoca dores, mas leva-as, quando muito, a um pouco de dispnéia.

É este o pormenor crucial, porque certos movimentos do braço podem provocar uma dor tóraco-braquial esquerda não anginosa.

Estas dores nevrálgicas não anginosas aparecem em certos casos no fim da jornada quando o doente está fatigado, mas não no decurso dos esforços ou da marcha.

Além dos esclarecimentos precipitados, os ultra-sons podem fornecer-nos também dados importantes, ou mesmo decisivos.

A sua aplicação não oferece nenhum perigo se se tomam as seguintes precauções:

1.º — Untar bem a pele com um corpo gordo ou glicerina.

2.º — Estabelecer um contacto muito íntimo entre a pele e a cabeça emissora de ultra-sons.

3.º — Aumentar a potência muito lentamente.

4.º — Suspender a aplicação, no caso de sensação de queimadura ou de dor profunda.

Para dar todo o valor aos esclarecimentos de diagnóstico fornecidos pelos ultra-sons, fazemos a aplicação sempre nos mesmos pontos:

a) Um ponto esternal, situado no bordo esquerdo do esterno no 2.º espaço intercostal esquerdo.

b) Um ponto cervical lateral, situado ao nível do gânglio estrelado.

c) Um ponto dorsal paravertebral, situado no bordo esquerdo da apófise espinhosa da 1.ª ou da 2.ª vértebra dorsal.

As respostas dos doentes são características nas seguintes circunstâncias:

A dor é coronária se a aplicação no ponto esternal provoca as habituais irradiações braquiais ou cervicais das crises anginosas (o que acontece em 80 % dos coronários); se a aplicação justavertebral provocou uma dor retro-esternal (acontece assim em 60 % dos coronários).

Pelo contrário, nas nevralgias braquiais esquerdas não anginosa, a que aplicação no ponto esternal dá somente uma dor local. Quanto à aplicação paravertebral, além da dor local, pode dar uma irradiação ao longo do bordo interno da omoplata, por vezes uma irradiação braquial mas não provoca nunca dor na região retro-esternal.

Assim os ultra-sons trazem-nos esclarecimentos interessantes que, juntamente com os dados clínicos contribuem para facilitar o diagnóstico.

II — MECANISMO DE ACÇÃO DOS ULTRA-SONS

Os ultra-sons actuam por vários mecanismos: o calor, a pressão das radiações, a acção das micro-vibrações sobre as terminações nervosas sensitivas.

Estes fenómenos produzem no homem:

- efeitos analgésicos sobre o tecido nervoso;
- efeitos de vaso-dilatação sobre o sistema circulatório;
- efeitos anti-inflamatórios por activação da função celular;
- efeitos escleróticos;
- efeitos sobre o simpático.

A energia ultra-sonora, atravessando o organismo, transforma-se, em parte, em calor. Mas os tecidos não aquecem uniformemente. R. Pohlman e E. Parron, estudando a distribuição do calor na região nadegueira, por meio duma agulha termo-eléctrica, mostraram que o calor e a energia decrescem bastante nos tecidos, em relação com a profundidade, de maneira que não fica mais que cerca de 10 % a 10 cm. de profundidade.

A acção calórica dos ultra-sons é, então diferente, conforme os tecidos, a sua profundidade e o poder das radiações (Dognon e Biancani).

A pressão das radiações e a acção das vagas de micro-ondas ultra-sonoras têm, certamente, uma acção muito importante e que se faz sentir sobre os receptores nervosos sensíveis e as terminações do sistema nervoso vegetativo. Trata-se não só duma acção local, mas também duma acção reflexa através do

sistema nervoso central, desenvolvendo uma série de fenómenos nas zonas distantes do ponto de irritação.

III — TRATAMENTO DAS DORES ANGINOSAS PELOS ULTRA-SONS

Nas nossas investigações sobre o diagnóstico pelos ultra-sons, verificamos que alguns anginosos se sentiam aliviados com aplicações de ultra-sons, feitas com o fim de diagnóstico.

Temos aplicado, deste modo, os ultra-sons sobretudo nos três pontos que servem para diagnóstico. Mas temos, igualmente, feito aplicações sobre diversos pontos dolorosos assinalados pelos anginosos, em que os principais são:

a) Um ponto situado para cima e ligeiramente para dentro do mamilo, no 2.º ou 3.º espaço intercostal esquerdo.

b) Um ponto situado no mesmo espaço intercostal, mas sobre a parte externa da face anterior do tórax.

c) Um ponto na extremidade interna do 5.º espaço intercostal esquerdo.

d) Por fim, um outro no mesmo espaço intercostal, mas situado a dois ou três dedos travessos para fora do mamilo.

Temos feito alguns registos electrocardiográficos, durante as nossas aplicações de ultra-sons, nos anginosos coronários: o traçado tem saído parasitado, mas o comportamento geral dos acidentes não tem sido modificado.

Os doentes anotavam diariamente o número de crises, a sua duração, intensidade, o número de passos ou a distância que podiam percorrer sem tomar a trinitrina.

Os resultados em 40 anginosos que temos tratado foram os seguintes: obtivemos uma melhoria mais ou menos nítida em 30 doentes de 40 que foram tratados. Excepto em dois casos menos importantes, as crises não desapareceram.

Tratava-se, geralmente duma atenuação das crises dolorosas paroxísticas: duração mais curta da crise, possibilidade de caminhar por mais tempo, diminuição das drágeas de trinitrina.

Com sessões semanais de ultra-sons, começaram a obter-se melhoras, nos casos favoráveis, desde as primeiras sessões, por vezes, somente a partir da sexta. Era nítido sobretudo nos pequenos «angors».

Os «angors» muito severos eram pouco ou nada influenciados pelo tratamento.

Pelo contrário, a maior parte dos doentes, 30 em 40, viram desaparecer ou melhorar consideravelmente as suas irradiações dolorosas. Por vezes, a dor transformava-se e deslocava-se. Numa observação, um doente, que apresentava durante a marcha uma dor retro-esternal moderada com irradiação para a parte direita do tórax, vê a irradiação desaparecer à direita e aparecer à esquerda, depois finalmente desaparecer, ao mesmo tempo que a dor retro-esternal melhorava nitidamente.

Outro, que apresentava irradiações dolorosas no maxilar inferior durante as suas crises paroxísticas, vê-as desaparecer. Ao mesmo tempo, as aplicações esternais de ultra-sons, que no começo davam também esta irradiação, não se reproduziram mais.

Em resumo, a melhoria faz-se sentir sobre as irradiações dolorosas com mais frequência e intensidade que sobre a dor retro-esternal.

IV — TRATAMENTO DAS DORES TÓRACO-BRAQUIAIS ESQUERDAS NÃO ANGINOSAS

Os ultra-sons têm dado resultados muito interessantes, que confirmam a acção antálgica que, actualmente, se lhes atribue.

Duma maneira geral, em 70 doentes, tratados desta maneira, os fenómenos dolorosos têm desaparecido em 2/3 dos casos e têm-se verificado melhoras no 1/3 restante.

As nevralgias cervico-braquiaes com irradiações pré-torácicas têm sido tratadas pela aplicação dos ultra-sons à distância, no ponto cervical, na região do gânglio estrelado, e localmente, pela aplicação directa nos pontos dolorosos torácicos.

Não tem havido nenhum agravamento, mesmo passageiro. Acontece o mesmo com as nevralgias intercostais em que as aplicações de ultra-sons têm sido feitas na emergência vertebral do nervo e no ponto doloroso anterior.

Para as dores subcutâneas precordiais, também chamadas celulíticas, a técnica tem sido um pouco diferente: em cada sessão temos feito, primeiramente, aplicações de ultra-sons sobre os pontos mais dolorosos, depois uma massagem com a cabeça emissora de ultra-sons, em toda a região dolorosa.

CONCLUSÃO

Os ultra-sons manejados prudentemente não provocam incidentes, nem acidentes, Para isso é necessário:

1.º Impregnar bem a pele com óleo de vaselina ou glicerina.

2.º Um contacto íntimo entre a cabeça emissora de ultra-sons e a pele.

3.º Para a aplicação no caso de ligeira sensação de queimadura ou de dor profunda

Com o fim de diagnóstico diferencial entre a origem coronária ou nevralgica das dores tóraco-braquiaes esquerdas, temos, antecipadamente, aplicado os ultra-sons sempre nos mesmos pontos:

— um ponto cervical, situado na região do gânglio estrelado;

— um ponto justa-esternal, no bordo esquerdo do esterno ao nível do 2.º e do 3.º espaço intercostal;

— um ponto paravertebral, no lado esquerdo da apófise espinhosa da 1.ª ou da 2.ª vértebra dorsal.

As dores coronárias são caracterizadas pelo facto da aplicação justa-esternal provocar, além da dor local, as irradiações habituais das crises anginosas no doente, ou ainda pelo facto da aplicação paravertebral provocar, além da dor local, uma dor à distância, retro-esternal.

Estes detalhes característicos observam-se em cerca de 2/3 dos anginosos.

Pelo contrário, nas dores tóraco-braquiaes não anginosas, a aplicação justa-esternal dá, exclusivamente, uma dor local. Quanto à aplicação cervical, ela dá a dor em toda a zona braquial dolorosa, mas ela não apresenta dor retro-esternal.

No tratamento das dores anginosas, as aplicações de ultra-sons feitas nos pontos que serviram para o diagnóstico e, eventualmente, nalguns pontos dolorosos assinalados pelos doentes, acompanham-se duma diminuição mais ou menos marcada dos fenómenos dolorosos mas não os fazem desaparecer.

Esta melhoria obtém-se, sobretudo, nos angors ligeiros e faz-se sentir quer nas irradiações, quer na dor retro-esternal.

Os ultra-sons conduzem, igualmente, a uma redução importante da periartrite escápulo-humeral que, muitas vezes, vem complicar os angors coronários.

As dores tóraco-braquiaes esquerdas não anginosas são o campo de predilecção para os ultra-sons. Com efeito, geralmente, obtém-se a cura numa sessão semanal, por algumas semanas em 2/3 dos casos, notando-se uma melhoria importante no 1/3 restante.

Os resultados são tão interessantes como o tratamento medicamentoso de base que, muitas vezes, não têm, nestes casos, senão uma influência mínima e como os medicamentos anti-nevralgicos que calmam os paroxismas dolorosos, mas não impedem a sua frequente reaparição.

(Trabalho do Centro médico-cirúrgico cárdio-vascular do Hospital da Pitié, publicado na «Presse Médicale» de 8 de Agosto de 1953).

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Aquisições recentes sobre anti-helmínticos e o seu estudo farmacodinâmico — R. CAVIER — «Actualités Pharmacologiques», V: 10, 1952.

A papaína, extraída da *Carica papaya* (Papaiáceas), foi recentemente ensaiada e provou ser muito activa. Segundo *Berger e Asenjo*, a papaína cristalizada seria aproximadamente catorze vezes mais eficaz sobre os áscaris, in vitro, do que a papaína bruta. A papaína é desprovida de toxicidade em relação ao hospedeiro e, sobretudo, não exerce qualquer acção nociva sobre a mucosa intestinal. A sua acção proteolítica manifesta-se pelo ataque da cutícula, provocando a abertura da cavidade somática do verme; desta forma os fermentos digestivos (triptase, eripsina) podem actuar sobre os parasitas abertos, adicionando-se a sua acção à da papaína. Algumas horas após a administração desta enzima os parasitas são evacuados num estado de desagregação mais ou menos marcada, podendo a sua expulsão ser acelerada pela administração de um laxante apropriado. Nunca se observaram reacções alérgicas devidas à absorção dos produtos resultantes da proteólise dos vermes.

Sob o ponto de vista clínico, diferentes autores relataram, recentemente, os resultados obtidos no tratamento de diversas helmintíases intestinais com este preparado enzimático, resultados que podem ser classificados como muito satisfatórios (*Weese, Hannack, Ammon*). A título informativo transcrevem-se as percentagens de curas referidas por *Hannack*:

- 71 % na ascariíase após tratamento de um dia
- 79 % na infestação por tricocéfalos (tratamento com a mesma duração)
- 67 % na oxiúriase, após tratamento um pouco mais prolongado (3 dias).

Parece pois legítimo concluir que a papaína e as proteases vegetais similares constituem um grupo de anti-helmínticos perfeitamente inofensivos e suficientemente eficazes para que o seu emprego clínico se espalhe largamente.

Nefrose tubular aguda, complicação do shock. — MOON, V. H. — Ann. Int. Med. — XXXIX: 50; July, 1953.

O autor entende que a designação de «nefrose tubular aguda» é a melhor para esse síndrome de degenerescência aguda do epitélio tubular, caracterizado clinicamente por oligúria (urina densa, com albumina e por vezes outras anormalidades), anúria e azotémia progressiva, síndrome que aparece em numerosas situações (esmagamento de tecidos, queimaduras, doenças infecciosas várias, reacções transfusionais, necrose aguda do fígado, febre biliosa hemoglobinúrica, certas intoxicações, aborto séptico, etc.) em que existe shock e destruição tecidual mais ou menos extensa e que tem sido designado das mais variadas maneiras: nefrite parenquimatosa aguda (designação dos clássicos, antes de *Volhard*), azotémia extra-renal ou pré-renal, «crush syndrome», «lower nephron nephrosis», nefrose hemoglobinúrica, síndrome tubulovascular, etc.

As numerosas situações clínicas, algumas das quais já se enumeraram, que podem originar este síndrome, têm como factor comum o estabelecimento da insuficiência circulatória periférica (shock) e as lesões tubulares dos rins.

Durante o shock verifica-se uma intensa redução do fluxo sanguíneo pelo rim, que por um lado diminui o filtrado glomerular, por outro, prolongando-se certo tempo, arrasta lesões tubulares graves devidas à anoxia provocada daquela maneira. Ao nível dos tubos assim lesados dá-se uma reabsorção maciça, não selectiva, do filtrado glomerular que se formou, e daí resulta a oligúria e depois a anúria, que conduzem à retenção dos produtos metabólicos azotados que devem ser eliminados pela urina.

O tratamento deste síndrome deve ter em vista estes conceitos patogénicos. Devem «remover-se» ou tratar-se as causas do shock e tratar-se este conforme a sua patogenia; reduzir-se as condições que podem aumentar a azotemia e demais alterações humorais do síndrome; aliviar por «derivações», se possível, a retenção dos catabólitos da uremia.

Não se devem fazer tentativas para «forçar» o débito renal, como é evidente, pois que os rins não podem responder aos diuréticos nem a um aumento da ingestão de líquidos. Esta última medida apenas serve para agravar a tendência ao edema que existe em todos os casos de insuficiência circulatória periférica.

LIVROS NOVOS

«O Quinto Aniversário da AUREOMICINA», Ed. de Lederle Lab. Division, New-York, 426 págs. 15×23 cm.

De flagrante actualidade, a obra que temos entre mãos é um apanhado das conclusões de trabalhos científicos publicados em algumas das principais revistas médicas de todo o mundo sobre a aureomicina. Os editores tiveram o louvável mérito de coligir a bibliografia, classificando-a e resumindo-a, segundo as entidades nosográficas que foram objecto de estudo quanto à vantagem colhida pela aplicação daquele antibiótico. Os méritos intrínsecos da obra, agora traduzida para português, e que são muitos, ficam valorizados pelo objectivo a que se consagra, dado que a aureomicina é um daqueles agentes de grande poder e larga indicação terapêutica.

O médico, nomeadamente o clínico geral, encontra neste livro um informe preciso, claro, conciso e honesto, o que muito importa, de fácil consulta e grande valia em dificuldades terapêuticas que lhe possam surgir. Pena é não dispormos de obras semelhantes para outros antibióticos. A circunstância da edição pertencer ao fabricante da Aureomicina, pelas razões acima expostas, não tira os méritos ao livro, antes, pelo contrário, os firma, dado que demonstra não terem adormecido sobre os louros colhidos nem se perdem com uma publicidade quase sempre inútil, quando não arrelhiadora — qual é a do prospecto quotidiano que o correio nos traz.

A melhor publicidade está nas revistas científicas, pelo mérito dos trabalhos que os produtos farmacêuticos determinam e pelo bom consenso universal que criam. A aureomicina merecia esta obra, e a casa Lederle melhor que ninguém a poderia publicar.

*
* *

Bibliografia Médica Portuguesa — Vol. 7: 1951 — (coordenada pelo Dr. Zeferino Paulo) — Ed. do Instituto de Alta Cultura (Centro de Documentação Científica).

Apareceu o 7.º Vol. (1951) desta excelente publicação, que, como as anteriores, faz referências às obras editadas naquele ano e aos artigos insertos nos periódicos de medicina e ciências subsidiárias, do Continente e do Ultramar, não só de 1951 mas também de volumes atrasados. Atendendo aos interesses do ensino, da clínica e da investigação, a «Bibliografia Médica Portuguesa» agrupa sob grandes rubricas os diferentes ramos das ciências médicas. Como se diz no prefácio, em cada um dos capítulos de ordem geral — Anatomia, Fisiologia, Cirurgia, etc. — são mencionados os diferentes estudos genéricos ou puramente anatómicos, fisiológicos, cirúrgicos, etc., que não visam nenhum órgão ou doença em particular. Por outro lado, os trabalhos especiais sobre Anatomia, Patologia, Terapêutica, etc., relativos a um dado órgão, afecção ou ramo especializado da Medicina figuram nas rubricas das respectivos aparelhos ou especialidades.

Os autores, colaboradores e tradutores são sempre citados pelo último apelido (salvo os autores espanhóis, que são citados pelo primeiro apelido) e no índice onomástico final os diferentes trabalhos são designados, apenas, pelos números de ordem, relativos a cada uma das referências bibliográficas do texto.

Trata-se, pois, duma obra altamente meritória — muito bem organizada pelo Dr. Zeferino Paulo — que o Instituto de Alta Cultura em boa hora resolveu editar.

VERMIZYM

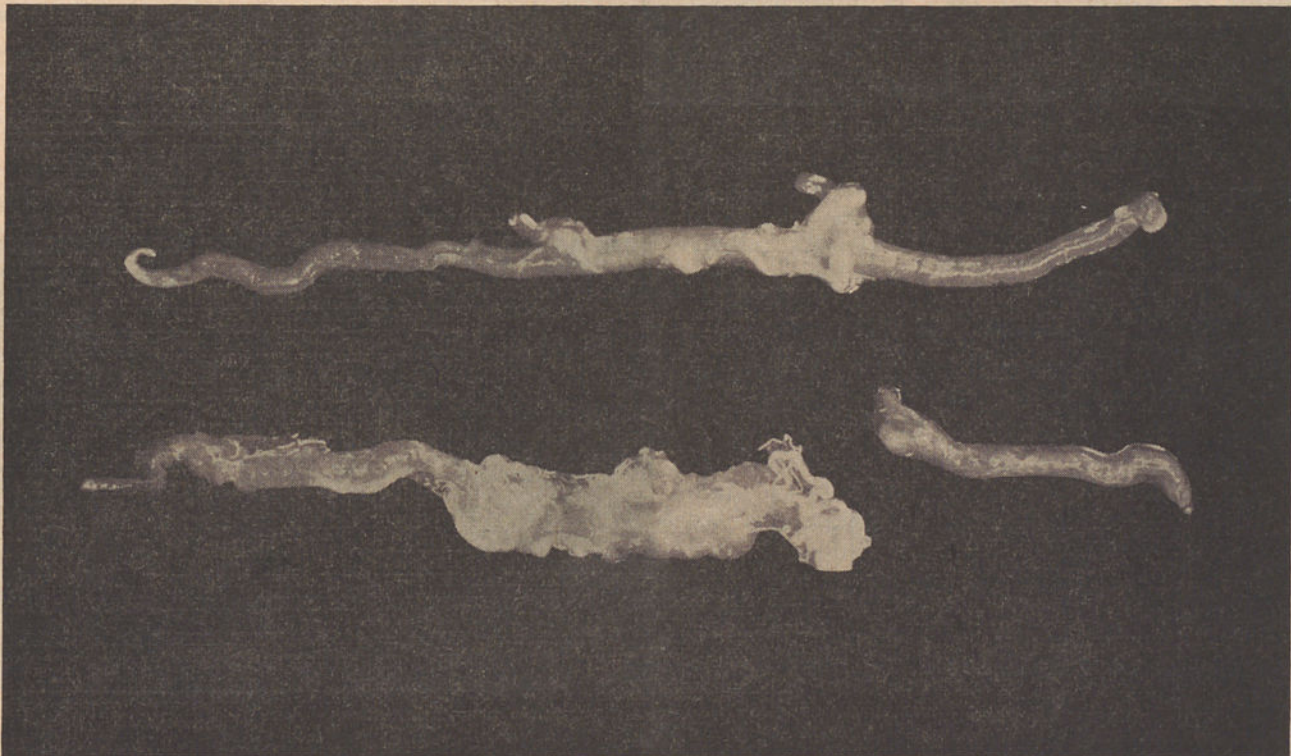
O VERMICIDA DO FUTURO

Um princípio *NOVO* em terapêutica anti-helmíntica:

Eradicação dos parasitas intestinais por dissolução lítica realizada por enzimas proteolíticas de origem vegetal.

Atoxicidade perfeita. Inócuo mesmo em altas doses. Activo em relação a áscaris, oxiuros e triquiuros.

UM EXEMPLO DEMONSTRATIVO:



Um soluto de VERMIZYM actuando sobre áscaris vivos durante hora e meia provoca a formação de vesículas na cutícula, seguida da abertura somática. O soluto de VERMIZYM penetra então pelos orifícios no corpo do verme, já sem a sua cutícula protectora, bem como os fermentos digestivos, que aceleram a destruição completa do parasita.

APRESENTAÇÃO:

Embalagem de 25 grageias (adultos)
Embalagem de 200 granulos (crianças)

DR. SCHWAB GMBH — München — Alemanha

REPRESENTANTES: PARACÉLSIA, LIMITADA

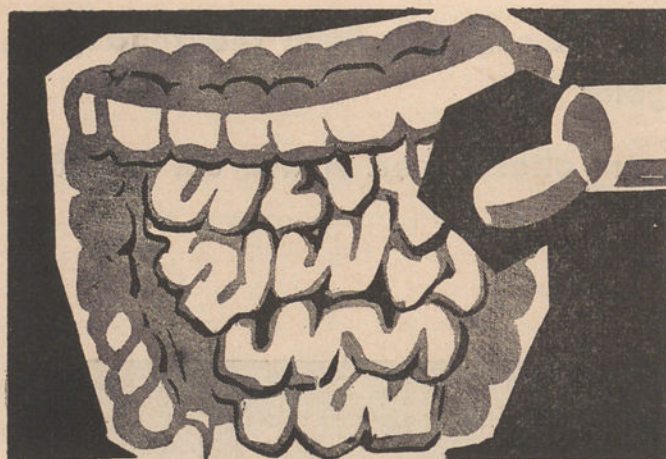
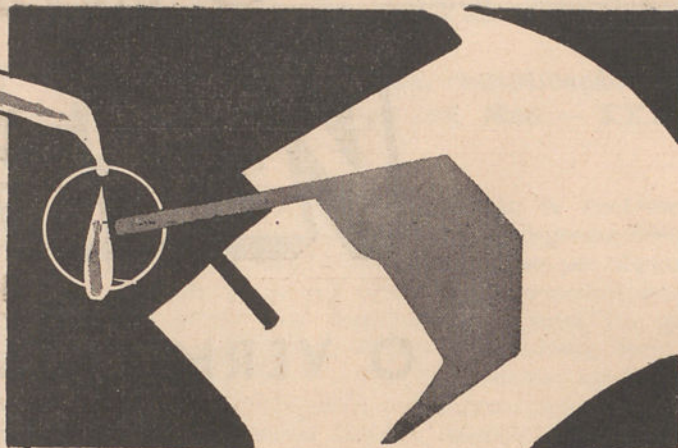
SEDE: RUA CÂNDIDO DOS REIS, 130 - PORTO - TELEF. 22042/3 — FILIAL: RUA DO CARMO, 69-2.º - Dto. - LISBOA - TELEF. 34715

Teninalal

Tópico nasal

Penicilina G potássica - Efedrina natural
Gomenol - Eucaliptol

Infecções das vias respiratórias primárias.



Carifosfamina

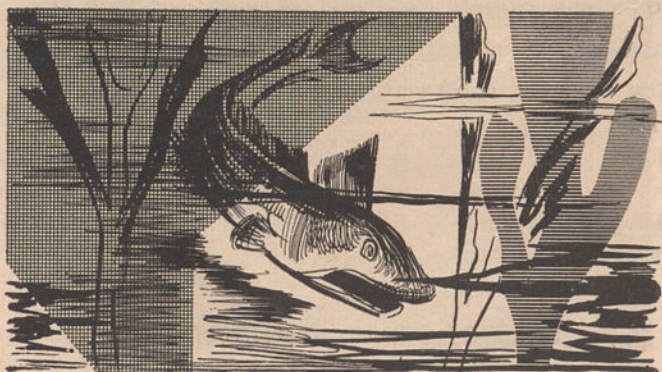
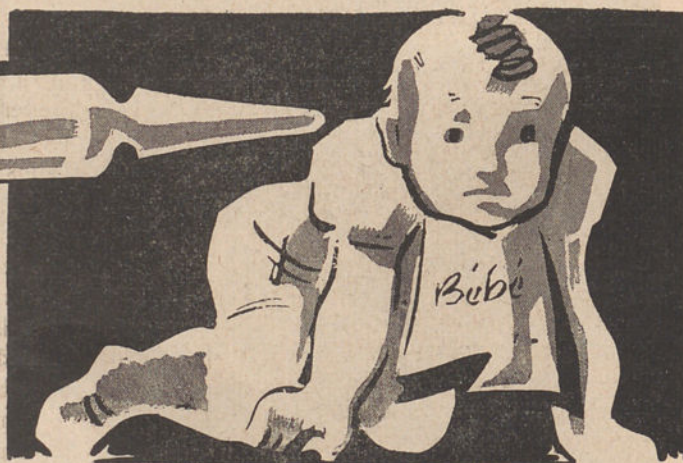
Poderoso anti-espasmódico
Cólicas gastro-intestinais, he-
páticas, renais, menstruais, etc.

Apresentação { tubo de 20 pílulas queratinizadas
caixa de 6 supositórios

Osteovit

VITAMINA D₂
1 milhão de unidades

Raquitismo - Avitaminose D - Dentição



Adexil

Vitamina A+D

VITAMINA A 300.000 U. I.
VITAMINA D 300.000 U. I.

Regulador do crescimento ósseo — malformações
dentárias — aumento das defesas orgânicas.
(Substitui o óleo de fígado de bacalhau).

S U P L E M E N T O

DIETÉTICA — A ENGEITADA

Num artigo ainda recente, publicado em «La Semaine Médicale», *Richet* e *Rouèche*, associados e empenhados numa luta contra o menos cuidado com que a maioria de nós, os médicos, tratamos as prescrições alimentares, chamam particularmente a atenção para o facto de não tomarmos na devida conta vários factores relacionados com o assunto, e que se revestem da maior importância.

O artigo em questão é dirigido ao corpo médico francês, mas podia ser dirigido aos médicos portugueses com a mesma justiça. Neste campo, as nossas maleitas são tão grandes e tão graves como as dos franceses, e estou em crer que o mal é epidémico, pelo menos nos países latinos (não será mesmo universal)?

No ensino médico, teórico e prático, a dietética não assume a importância que devia ter. Em consequência, saímos da Escola mal preparados neste capítulo da medicina prática, e a aprendizagem complementar post-formatura, seja no hospital, seja na clínica particular, preenche um mínimo das lacunas que a Escola deixou.

É sobretudo no pormenor, de valor prático imediato, que a insuficiência do médico em matéria de dietética se manifesta com maior acento. É-se notavelmente ignorante em questões de pormenor, por muitos consideradas até como picuinhas deslustrantes, indignas de particular atenção. Sai-se da Escola na ignorância dum sem-número de pormenores dietéticos; e como não nos foi inculcada a noção suficiente da sua grande importância, não tomamos depois, em geral, a iniciativa de completar e sistematizar os nossos conhecimentos neste campo. Daí que as nossas prescrições alimentares tomem, a maior parte das vezes, um aspecto vago, nebuloso, deixando ao doente a maior, a mais ampla liberdade na errada escolha qualitativa e quantitativa dos alimentos que deve ingerir.

É certo que alguns anos de clínica e de repetida leitura nos vão habituando pouco a pouco a certas precisões de maior relevo; contudo, ficamos sempre à quem da exactidão necessária, se não nos dispomos a encarar o assunto muito a sério.

A deficiência reside no trabalho de transposição da teoria para a aplicação prática, na transposição dos textos para as receitas. Deveríamos fazer esta transposição tão fácil e correntemente, tão

exacta e completamente, como fazemos a transposição da indicação geral «recorrer à eserina» por exemplo, numa receita concebida nestes termos:

Salicilato de eserina ...	1 centígrama
Água destilada	1,5 gramas
Glicerina	3,5 »
Álcool puro	Q. S. p. 10 cc.

Tomar dez gotas antes das duas principais refeições.

Da mesma forma que não vamos dizer ao doente: «tome eserina», também não vamos dizer-lhe que deve ingerir tantos gramas de proteínas por dia. É preciso traduzir-lhe as proteínas em alimentos conhecidos dele, indicar-lhe as quantidades e a maneira de os cozinhar. É isso que não fazemos com a necessária precisão (falo dum modo geral, bem entendido); fazêmo-lo vagamente, e ficamos com a consciência tranquila. Expressões correntes como: «um arrostito», «uns caldinhos fracos», «poucas carnes», «nada de abusos», dão a medida da exactidão habitual das prescrições dietéticas; e alguns exemplos mais concretos darão uma mais clara ideia do ponto de vista que estamos tratando.

«Esta criança fica tomando apenas água-de-arroz». Muito bem. E a quantidade? E como se faz a água de arroz? — A família não pergunta, e o médico dá a coisa como sabida. Assim um nosso colega nos contou, indignado, que a mãe dum seu doentinho lhe tinha dado água de lavar arroz. A senhora tinha posto o arroz de molho em água, e depois de duas horas de «maceração», coara a água e assim a dera ao pequeno, colher a colher.

Poucos de nós serão os que, ao prescrever cozimento de cereais, terão o cuidado de escrever:

Ferver durante três horas, em três litros de água: Trigo, cevada, milho triturado, feijão branco, ervilhas secas, lentilhas — de cada, uma colher das de sopa.

Filtrar e adicionar 5 gramas de sal refinado.

Recomendamos a um doente que se abstenha de peixes gordos, mas esquecemos a indicação dos nomes desses peixes. O doente talvez saiba quais são os peixes gordos; talvez não saiba; talvez julgue saber. Nós é que não soubemos proceder...

O médico sabe, por xemplo, que é preciso recomendar em certos casos, um regime pobre em colestrolina. É claro que tem de dizer ao doente quais são os alimentos que deve evitar (os ricos em colestrolina), e se não sabe bem quais são esses alimentos, arrisca-se a citar apenas os miolos, as tripas e os rins, ou a retirar ao infeliz um grande número de carnes que não o prejudicariam.

No que respeita a quantidades, somos ainda mais avaros em pormenores. Indicamos a um diabético ou a um azotémico os alimentos proibidos e os alimentos permitidos, mas não pegamos num lápis para fazer os cálculos necessários a uma prescrição conscienciosa, de acordo com o sexo, a idade, peso e modo de vida do doente, até com as suas possibilidades financeiras, e com os dados de laboratório. Assim, dizem *Richet* e *Rouèche*, «tal diabético julgar-se-á autorizado a comer todos os dias 150 gramas de manteiga, quando o médico terá mentalmente admitido que se contentaria com 70 gramas. Tal pequeno azotémico considerará como nefasta a ingestão de 150 gramas de carne por semana, que são no entanto indispensáveis, mesmo nele, para uma boa nutrição, e isto porque o médico inscreveu a carne nos alimentos proibidos».

Em pediatria, incorre-se muitas vezes no erro de impor tabelas «standart», quando a verdade é que essas tabelas representam médias maleáveis que requerem adaptações a cada caso em particular. Tantas mamadas de tantos minutos, de tantas em tantas horas, é uma equação a muitas variáveis que precisamos de considerar: peso do lactente, apetite e poder de sucção, quantidade e qualidade do leite, etc. O especialista tem tudo isto presente, naturalmente, mas o clínico geral, disperso, também tem de ter presentes, pelo menos, os princípios...

Em suma: dum modo geral, (e principalmente os médicos ainda novos na profissão, e os não especializados em coisas de dietética) não possuimos sobre a dietética dos casos particulares uma bagagem suficiente e um cuidado suficiente na prescrição alimentar. Esta bagagem, e este cuidado, são indispensáveis para a boa conduta dum terapêutica óptima e é preciso que não desleixemos o caso. Sejamos equilibrados, e tenhamos a paciência de elaborar e ordenar tabelas diversas que, ao alcance da mão, nos dêem facilmente e rapidamente, todos os elementos necessários a uma inequívoca e justa prescrição dietética.

Exposição de aquarelas e desenhos, do Dr. Salvador Júnior, no Salão Silva Porto

Visitando esta Exposição — onde figuram 78 aquarelas e 7 desenhos — foi grande a nossa surpresa ao sabermos que se tratava do Dr. António Salvador Júnior, distinto Prosector de Anatomia Patológica, na Faculdade de Medicina do Porto, do qual ignorávamos esta nobilíssima faceta.

E ainda mais nos surpreendeu saber que, só há pouco mais de 2 anos, se dedica à pintura, num autodidatismo apenas guiado por uma inclinação, uma vocação inata, e que, por tal processo, conseguiu as impressões que nos regista nos seus quadros.

É, quase violentado, que vem apresentar-nos o resultado do seu esforço, o fruto da sua vontade, só ajudado por uma grande inclinação artística.

É uma vasta colecção, composta de unidades admiráveis.

Só a confissão do exímio Artista nos pôde convencer da realidade. Noutras condições, com uma afirmação alheia, ficar-nos-ia o direito de duvidar, em face do que expõe.

Começou por escolher a mais difícil das modalidades da pintura — a aquarela — cheia de exigências, onde a pincelada deve ser precisa, rigorosa, em extensão e tonalidade.

Mas não se atemorizou, teve confiança na estrela interior que o guiava e iluminava.

E, onde quer que se encontrasse, onde se lhe deparasse um motivo interessante, aí o tínhamos, aproveitando-o, interpretando-o, registando-o por fim.

E assim nos mostra, ao lado de motivos regionais da Foz, Lordelo do Ouro, Serra do Pilar, etc., outros de longe, de Trás-os-Montes, Lugar de Chãos e de algumas das suas digressões pelo norte de Espanha.

Confessamos não saber o que mais devíamos admirar, porque tudo é, igualmente, digno de apreço.

As suas manchas de inverno, onde há *Nevadas, Nevada na Bouça, Depois da Nevada*, dão-nos a ideia da realidade; os motivos vários do Lugar dos Chãos, tais como *O Caminho da Mó, Nora, Sol Posto*, etc., são dignos de grande apreço; os 3 *Bonzos*, o *Mendigo*, assim como os motivos regionais, *Molhe do Farol-Foz, Barcos no Douro, Dia de Chuva (Foz do Douro)* — para citarmos apenas alguns — impressionam muito agradavelmente e deixam-nos a ideia da facilidade com que apreendeu esses motivos e da rapidez com que os registou.

Quanto aos desenhos, em muito menor número, citaremos, o *Sobreiro-Estrada de Bitarães, Estudo-Bouça*, que revelam uma visão clara de desenhista, reproduzindo a cena que observa, em traço firme e rápido.

Felicitemos, muito gostosamente, o ilustre Artista que é o Dr. Salvador

Estomatologistas e protésicos

O Dr. Lopes de Oliveira, de Oliveira de Azeméis, escreve-nos, pedindo a publicação dum artigo, do qual transcrevemos o seguinte, que é o essencial:

No jornal «O Médico» do dia 28 de Janeiro último, foram publicados com o título «Estomatologistas e Protésicos», dois documentos assinados por um grupo de médicos estomatologistas de Coimbra: um, dirigido ao Presidente do Conselho Geral da Ordem dos Médicos; outro, ao Presidente do Conselho Regional de Coimbra. Estes dois documentos focam o mesmo objectivo: — não ser permitido aos protésicos tratarem das doenças da boca, visto esta função pertencer aos médicos estomatologistas, englobando na mesma exclusão enfermeiros protésicos e simples protésicos, quando só aqueles e não estes podem exercer legalmente a enfermagem.

Nos documentos, os signatários fazem a alegação moral de que tal permissão é uma ofensa à dignidade e prestígio da classe médica.

Que a classe médica seja defendida no seu prestígio e dignidade é um indeclinável dever de todo o médico e das autoridades, cuja jurisdição incida sobre a classe médica e sobre a saúde e vida dos cidadãos.

Pretendem os signatários que os enfermeiros protésicos, que possuem o competente diploma, não possam trabalhar na sua legal profissão sob a orientação ou direcção dum médico policlínico. Ora, os médicos policlínicos, como o próprio significado de policlínico o confirma, podem tratar de todas as doenças e ter os enfermeiros diplomados que entenderem e quiserem. E, assim, um policlínico pode ter ao seu serviço um enfermeiro protésico.

Discordam e protestam os signatários contra este direito, pedindo à Ordem dos Médicos que intervenha no sentido de tais enfermeiros não poderem trabalhar sob a direcção ou orientação dum médico, que não tenha o diploma de estomatologista.

Se, por quem de direito fossem os signatários atendidos na sua pretensão, um médico policlínico deixava de exercer a policlínica por falta de enfermeiros, que o auxiliassem nos trabalhos a efectuar. E desta situação resultava uma precária condição social para os policlínicos, pois ver-se-iam cerceados no exercício da sua legal profissão por todos os especialistas, não angariando o sustento da vida e os meios monetários para assinar revis-

Júnior, fazendo votos sinceros para que continue, com o mesmo entusiasmo, na sua já tão brilhante senda de aquarelista em que, sem a menor dúvida, terá de triunfar.

J. C. B.

tas e comprar livros, que os pusessem em dia com os progressos da ciência médica. Se, porém, aos signatários dos documentos fosse concedido o que pretendem, a miséria invadiria os lares dos policlínicos, pelo menos na sua grande parte, e dos enfermeiros protésicos na sua totalidade.

Seria assim que se prestigiaria a classe médica?

Os enfermeiros protésicos têm o direito e a justiça de poderem trabalhar sob a direcção dum policlínico, contanto que tenham o devido diploma, visto que não se maltratam o prestígio e a dignidade da classe médica e respeitam-se os direitos de quem no exercício da medicina exerce as suas funções a dentro da legalidade.

N. da R. — Por dever de lealdade, «O Médico» publica o que atrás escreve o Dr. Lopes de Oliveira. No entanto, não podemos deixar de acentuar que continuamos, como sempre, intransigentes em tudo quanto, declarada ou encobertamente, possa fomentar o exercício ilegal da medicina.

Prémio do Primeiro Quinquénio

**Da Revista Brasileira
de Gastro-enterologia**

A Revista Brasileira de Gastroenterologia comemorando o 1.º Quinquénio de sua fundação (1949-1954), fará realizar em 15 de Julho de 1954 o seu 1.º concurso. Esse concurso constará da apresentação de um artigo original sobre gastroenterologia, proctologia (médica ou cirúrgica) ou assunto com ela relacionado.

Ao melhor artigo será conferido o *Prémio do Primeiro Quinquénio* no valor de Cr\$ 10.000,00 cruzeiros, além de um Certificado ao Mérito. Serão igualmente atribuídas Menções Honrosas aos médicos cujos artigos se considerarem valiosos.

Todos os artigos referentes ao *Prémio do Primeiro Quinquénio* devem ser limitados ao máximo de 15 folhas de papel com as dimensões de 22x29 cms., escritos em um lado, dactilografados em espaço duplo e em qualquer idioma, seguidos de um resumo, e acompanhados de 3 cópias e uma carta-requerimento. Os artigos e as cartas-requerimentos devem ser remetidos ao Editor, imperitavelmente até ao dia 1 de Maio de 1954.

A Comissão Organizadora do *Prémio do Primeiro Quinquénio* espera receber adesão dos colegas latino-americanos, americanos do norte, e europeus. Para qualquer informação dirigir-se ao Editor Dr. Manuel F. Garcia, Av. Graça Aranha, 81-8.º andar — Salas 812/815 — Rio de Janeiro — Estados Unidos do Brasil.



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A . . . 5.000 U. I.	VITAMINA B ₂ . . . 0,002 g.
VITAMINA D ₂ . . . 500 U. I.	VITAMINA B ₆ . . . 0,003 g.
VITAMINA C . . . 0,075 g.	VITAMINA B ₁₂ . . . 0,001 mg.
VITAMINA E . . . 0,01 g.	VITAMINA P. P. . . 0,02 g.
VITAMINA B ₁ . . . 0,003 g.	ÁCIDO FÓLICO . . . 0,2 mg.
PANTOTENATO DE CÁLCIO . . . 0,005 g.	

Por drageia
ou

Por colher das de sobremesa = 10 g.

Drageias: Frascos de 20 e de 50
Xarope: Frascos de 100 e de 200 g.

ESTADOS NORMAIS E PATOLÓGICOS: DESENVOLVIMENTO, ESFORÇOS FÍSICOS E INTELECTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCENÇAS

Prof. Costa Sacadura

Perante numeroso auditório, o Prof. Costa Sacadura fez, no dia 25, no Centro de Profilaxia da Velhice, uma conferência sobre «Protecção à mãe abandonada». Depois de acentuar que o egoísmo leva os homens e as mulheres de hoje a não quererem ter filhos, o orador recordou episódios a que assistiu quando dirigia a Maternidade de Santa Bárbara, o que o levou a fundar a «Associação do Enxoval do Recém-nascido», que oferece um enxoval completo a cada criança naquela maternidade.

Depois de focar a acção das maternidades nas duas principais cidades do País, as de Magalhães Coutinho e Dr. Alfredo Costa, em Lisboa, e de Júlio Dinis, no Porto, pôs em evidência que o sistema económico actual força a mulher a procurar trabalho fora de casa arrancando-a ao lar e à sua função natural de mãe. Mais adiante, descreveu, pormenorizadamente, defendendo a sua manutenção, a maternidade secreta, cuja fundação promoveu e cuja realização se deve à generosidade da sr.^a D. Emília Bensaúde, secundada por Vasco Bensaúde. Nessa maternidade se recebem as mulheres prestes a serem mães, sem se querer saber os seus nomes nem quem são. Assim, muitas mães e muitos filhos têm sido restituídos à sociedade, sem que esta tenha de se envergonhar deles, nem estes da sociedade.

O Prof. Costa Sacadura, que foi muito cumprimentado pela sua palestra, expôs, nas salas do Centro de Profilaxia, uma interessante exposição de quadros e bibliografias referente ao assunto versado, na qual se viam verdadeiras raridades, entre as quais um lindo quadro japonês a cores, no qual se mostram as várias fases da gestação até ao nascimento. São também dignos de registo, fotografias de um berço, da autoria do Prof. Sacadura, adaptado nas maternidades portuguesas e uma colecção de fotografias também de berços, entre as quais se notam as dos berços que serviram ao Rei D. Carlos e ao Infante D. Afonso.

Sociedade Portuguesa de Pediatria

Reuniu-se no dia 4, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, a Sociedade Portuguesa de Pediatria, para tomar conhecimento duma comunicação dos Drs. Ma-

nuel Cordeiro Ferreira e Virgílio Tavares, intitulada «Mais um caso de anemia de Cooley», na qual os autores fazem várias considerações sobre o aspecto clínico hematológico, patogénico e o tratamento da doença, a propósito de um doente internado na Clínica Pediátrica do Hospital de D. Estefânia.

Foi, depois, aprovado o relatório da comissão nomeada para estudar os períodos de evicção escolar por doenças infecciosas, no qual se propõem modificações na lei em vigor, de forma a actualizá-la, tornando-a menos violenta.



ANALGÉSICO
DE USO EXTERNO

apresentado em forma de stick
com excipiente especial

DE ACÇÃO INTENSA
E R Á P I D A



LABORATÓRIOS

DO

**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

LISBOA

PORTO

COIMBRA

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Realizou-se no dia 12 de Janeiro, a segunda sessão do presente ano académico da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, a qual teve numerosa assistência, de que faziam parte os médicos que frequentaram o VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário da O. M.

Antes da ordem da noite, falou o Dr. Eugénio Mac-Bride, que apresentou uma comunicação acerca da aplicação da vacina artitetânica à população civil alemã.

Este facto — disse — vem demonstrar como ele, orador, e o seu colega Dr. Cristiano Nina tinham razão quando, no ano passado, naquela Sociedade, chamaram a atenção para a necessidade de se estabelecer entre nós a obrigatoriedade da vacinação activa contra o tétano, não só no exército, como também na população civil. E a propósito o Dr. Eugénio Mac-Bride declarou que também no nosso exército se iniciara já, no presente ano, a aplicação da referida vacina, tendo sido vacinados todos os recrutas da recente incorporação. Depois de se congratular com aquele facto, o conferencista propôs que a direcção da Sociedade manifestasse o seu apreço por aquela medida junto das entidades militares, mórmente dos srs. Ministros da Defesa Nacional e do Exército e, ao mesmo tempo, solicitasse dos srs. Ministros do Interior e da Educação Nacional que a mesma seja extensiva aos organismos seus dependentes, a exemplo do que se faz na Alemanha com a organização dos seguros de acidentes no trabalho e organismos desportivos.

Aprovada a proposta do Dr. Engénio Mac-Bride, passou-se à ordem da noite, falando em primeiro lugar o Dr. Amílcar Moura, para apresentar a sua anunciada comunicação intitulada «Medicina psicosomática e a orientação da escola do Prof. Harold G. Wolf», com quem trabalhou durante um ano, em Nova Iorque, como bolseiro da Fundação Rockefeller. O conferencista começou por insistir na importância dos factores emocionais na etiologia de muitas doenças, cujo diagnóstico e tratamento não tinham, até aqui, encontrado solução pelos métodos utilizados por uma medicina de orientação mecanista predominante, e definiu, a seguir, como entende a «psicogenia» em certas doenças, em que os factores psicológicos são fundamentais, e apresentou uma classificação das doenças psicossomáticas segundo a importância relativa que os elementos psicológicos tenham na constelação etiológica. O Dr. Amílcar Moura falou, depois, da concepção defendida no New-York Hospital, onde estagiou, a qual difere da usada na orientação psicanalítica ortodoxa. A conferência foi documentada com a projecção de efeitos das emoções na mucosa nasal, no estômago, no colon, etc.

Antes de encerrar-se a sessão, foram projectados filmes sobre «Cortisona», cedidos por uma firma alemã, que muito interessaram a assembleia.

CARTAS ABERTAS A UM MÉDICO NOVO

IV

Mais confusões em matéria de Medicina Social — Dispensários

Meu Caro:

A tua última carta cruzou-se com a minha em que te prometia não reincidir em te massacrar com conceitos e definições. Em vista, porém, do que nela me pedes, só tive tempo, por ela já ir enorme, de anunciar a carta de hoje.

Assim o queres, assim o terás. Depois não te queixes... Deixa-me dizer-te que considero sã essa tua curiosidade e a dos colegas da tua geração de quem me falas. Na verdade estes conceitos elementares são tão simples e banais que em geral se entende que não vale a pena perder tempo a ensiná-los.

São conhecimentos de geração espontânea...

O resultado é que falha, a cada passo, por esse país fora, muita iniciativa, devido a serem considerados congénitos em toda a gente...

Queres que comece por definir *dispensário* e, a seguir, não me livrando de dizer-te o que entendo por *creche*, *abrigo infantil*, *hospício infantil* e *patronato*, queres também saber a significação de *Medicina social*, *medicina colectiva*, *medicina socializada*, *higiene social*, *serviço social* e suas agentes, *maternidade*, *hospital*, *hospício*, *escola infantil*, *orfanato*, *asilos*, *centro social*, *centro de assistência social*, *Misericórdia*, *albergue*, *cantina*, *colónia de férias*, *centro de saúde*, *jardim-escola*, *assistente social*, *visitadora sanitária*, *auxiliar social*, *enfermeira puericultora*, *enfermeira de Saúde Pública*, *sanatório*, *gafaria*, *manicómio*, *casa de saúde*...

Olha lá, não queres mais nada?...

Positivamente entendes que te hei-de fazer um dicionário, não de algibeira, mas um grande Larrousse...

Porque não compras um bom dicionário ou uma enciclopédica?

Pedes, porém, com tão bom modo que não consigo resistir à tua voz de sereia. O que não te direi é mais do que o indispensável para evitares confusões. Para o resto, tem paciência, trata de ler autores que profudem o assunto. Apenas te servirei o *hors-d'oeuvre*; mas não deixes de alimentar bem o teu espírito a tal respeito e de ver se consegues que façam outro tanto os colegas de quem me falas. Mais, porém, do que alimentar-te, trata de digerir e assimilar o que fixares, de modo a, de futuro, não ser possível errar-se ao pé de ti, em matéria destes conceitos, denominações ou realizações, sem que te arripies. Quando 60% dos nossos colegas, dos provedores de Misericórdias e outras entidades, assimilarem esse *quantum satis*, o rendimento do capital gasto em assistência passará a ser o dobro e será possível pagar convenientemente a muitos médicos que agora dão o seu esforço gratuito, dedicado, mas descoordenado, devido a tal lacuna. Mais do que eles, todavia, lucrarão os pobres e todos os necessitados, mesmo os não pobres, pois a «pobreza» em matéria desta natureza não abrange apenas a falta do que se compra com dinheiro.

Vejamos então o que deve entender-se por um dispensário.

*

O *Dispensário* é, em breves palavras, o centro de acção, a *oficina*, da Medicina social, essencialmente preventivo, como o hospital é o centro da medicina curativa. Inclue um consultório médico, em que o esforço para se obter um diagnóstico é acrescido da dificuldade de esse diagnóstico ter de ser precoce quanto possível, não incidindo os exames apenas em pessoas que se queixam, seja do que for, mas em quantos, por conviverem com

contagiosos, por o rendimento do seu trabalho ter diminuído ou por se surpreender na sua actividade habitual qualquer alteração, se tornaram suspeitos ou merecem solicitude especial.

As actividades normais do dispensário são as preventivas, embora, para alcançar a profilaxia de qualquer mal, por vezes tenha de se exercer terapêutica, para apagar focos de contágio infeccioso (caso da tuberculose, sífilis, lepra, etc.) ou moral (caso do alcoolismo da prostituição, de vícios vários etc.). O seu papel no entanto é mais de orientador, dirigindo de preferência tais doentes para *hospitais*, *sanatórios*, *asilos*, etc., embora certas técnicas terapêuticas possam ser executadas no próprio dispensário.

Por vezes, junto ao dispensário, ou integrado administrativamente nele, executado o serviço pelos mesmos médicos, funciona um posto médico, policlínico ou especializado, com funções terapêuticas. Isso depende das deficiências locais ou da especial organização dos serviços de assistência. O conjunto constitui o que em Portugal se chama um *centro de assistência social*, órgão de amplitude e secções variáveis, misto de dispensário e consulta de medicina curativa, com ou sem especialidades e outros recursos técnicos, elástico como um harmónio, dependendo das necessidades, das possibilidades financeiras e da existência de técnicos na localidade e do seu desenvolvimento, abrandamento ou extinção.

O dispensário não pode abdicar da existência de serviço social, prestado por profissionais — assistentes sociais, visitadoras sanitárias, auxiliares sociais ou outras — ou por pessoas de boa vontade que, devida, conveniente e constantemente orientadas pelos médicos, realizem no campo social o possível, visto nunca se poder obter tudo.

O HEMOSTÁTICO CONTENDO AS TRÊS VITAMINAS:

C K e P

FLAVOSTON

COMPRIMIDOS

O FLAVOSTON contém a VITAMINA DA PERMEABILIDADE (Vitamina P)

LABORATÓRIO FIDELIS

Mal do médico, por isso, que não possua os conhecimentos suficientes para as orientar ou do que, por ignorância da puericultura, da higiene e da epidemiologia, embora seja um distinto pediatra ou clínico geral ou especialista, impeça as agentes do serviço social de trabalharem bem, quando competentes.

O dispensário centraliza, em ficheiros metódicamente arrumados, tudo o que diz respeito ao meio em que os doentes vivem, e sabe aproveitar, e aproveita, tudo e todos os que vivendo nesse meio, podem colaborar a bem da defesa da saúde dos doentes e dos que os cercam, na família, na oficina, no campo, na fábrica, repartição, campo desportivo, etc.

A função educativa, profiláctica, do dispensário, é tão importante como as vacinações, o diagnóstico, a terapêutica e toda a demais acção propriamente médica.

O dispensário é um centro de estudos da zona a seu cargo, em tudo o que de qualquer modo, directa ou indirectamente, interesse à defesa da saúde, devendo estar em constante contacto com outras instituições e entidades que lhe possam dar colaboração técnica, educativa, financeira ou moral.

São vários os tipos de dispensário, conforme as necessidades e os locais.

Chamam-se monovalentes os que apenas têm a seu cargo a luta contra uma doença ou tipo de doenças (tuberculose, sífilis e doenças venéreas, lepra, cancro, doenças da primeira infância, reumatismos, doenças mentais, paludismo, etc. Quando associam em si a luta contra duas ou mais doenças ou grupos de doenças, são polivalentes ou mistos. Assim, há dispensários com secções anti-venérea, de puericultura e anti-tuberculosa, ou outras, associados num mesmo edifício.

Aos anti-venéreos dá-se, por eufemismo, a denominação de «dispensários

de higiene social», inadmissível na nossa época em que se pretende esclarecer (por vezes de maneira incrível de insensatez!) toda a mocidade dos dois sexos e em todas as idades sobre os mínimos pormenores da vida sexual, esquecendo, aliás, de lhe ensinar tanta coisa mais útil e prática a bem da saúde, da robustez, da proficiência ou da moral. Tal designação, iniciada em Inglaterra, é ridícula na época e no país onde se criou e generalizou o «flirt» e o «petting», estimulados com a moda de *whisky* — coisas afinal tão velhas e tristemente assinaladas na história de Sodoma, Gomorra, da Roma decadente, etc.

Aos polivalentes tem sido, além do de mistos, dado o nome de dispensários de *profilaxia social*, *centros de saúde* e *centros de assistência social*, como já vimos. Aos dispensários de puericultura tem-se chamado *postos de protecção à infância* e, quando neles se faz distribuição de leite, *lactários*. Destes, os que não realizarem as funções essenciais dos dispensários, não passam de leitarias mais ou menos lamentáveis, pois, sem a colaboração activa, zelosa e competente dum médico que saiba puericultura, além do resto, nunca houve lactário digno desse nome. A um ou outro é dado o nome francês de *gota de leite*, tradução da «goutte de lait» que lhe deu o médico Léon Dufour, de Fécamp. Também há quem os denomine *centros* (de puericultura, cardiologia, etc.).

O primeiro *centro de assistência social* que se inaugurou em Portugal, com características bem definidas e reguladas, permitindo-lhe começar modestamente e expandir-se ou suportar a adversidade, limitando temporariamente as suas actividades, sem se extinguir, particularidade inteligente e prática que ainda não compreendeu a maior parte da gente «entendida» ou poderosa, foi o que criou na Guarda o Subsecretário de Estado da

Assistência Social, Dr. Joaquim Dinis da Fonseca.

Os primeiros centros de saúde foram os criados em Almeirim, Loulé, Figueiró dos Vinhos, Elvas, Sezimbra e S. João da Madeira, por iniciativa do Dr. José Alberto de Faria, Director Geral de Saúde, pelo Ministro do Interior Dr. Pais de Sousa, e dirigidos e orientados pelo Dr. António Carvalho Dias.

O mais completo e bem apetrechado foi o que dirigiu o malogrado Prof. João Maia, na Rua da Alameda, em Lisboa, também por iniciativa do mesmo Director Geral.

O primeiro dispensário com características modernas que houve em Portugal foi o de Alcântara criado em 1893 pela Rainha D. Amélia e dirigido pelo Dr. Augusto da Silva Carvalho.

Antes dele tinha havido dois, com o nome de *dispensatórios*, em Lisboa, destinados apenas a exame clínico, muito precário, de meretrizes, criados em 1859, e um terceiro tipo, dos primeiros de todos, criados no séc. XVIII pelo Marquês de Pombal, de *dispensatórios farmacêuticos*, um dos quais no Hospital da Universidade de Coimbra.

O primeiro dispensário de puericultura, o lactário do Largo do Museu de Artilharia, na Capital, foi fundado em 1901 por Aboim Ascensão; o primeiro antituberculoso, em 1901, também em Lisboa, na Rua do Alecrim, pela Rainha D. Amélia; os mais antigos anti-venéreos foram os 6 da iniciativa de D. Tomaz de Melo Breyner, criados pela Câmara de Lisboa em 1924-25; o primeiro anti-variológico deve-se à Academia das Ciências, por iniciativa de Bernardino António Gomes, datando de 1812; o primeiro anti-rábico, foi a génese do Instituto Câmara Pestana, de 1892, como o anti-diftérico; o primeiro anti-sezonático foi o de Benavente, e data de 1931, devendo-se à iniciativa de José Alberto de Faria, sendo dirigido por Fausto Landeiro; o primeiro de Cardiologia deve-se ao Prof. João Porto, fundado em Coimbra em 1941; o primeiro de Higiene mental, criado em 1942 no Hospital Júlio de Matos, dirigido pelo Dr. Fernando Ilharco; o primeiro anti-leproso, devido ao Dr. Uriel Salvador, criado em 1927 na aldeia de Maiorca (Figueira da Foz); de Reumatologia em Lisboa, da iniciativa do Dr. Assunção Teixeira, em 1950; anti-tracomatoso, devido ao Dr. José Alberto de Faria, em 1930 em Setúbal; polivalente, no mesmo ano, devido ao mesmo, nas Caldas da Rainha; anti-canceroso devido ao Prof. Francisco Gentil, em 1923; escolar em 1902, da iniciativa do Prof. Costa Sacadura.

Basta de te massar com citações histórico-geográficas...

Para terminar, quero que fixes o que nunca se pode *dispensar* num dispensário, rico ou pobre, novo ou polivalente.

Primeiro, *carolice* de quantos lá trabalhem; sempre *pontualidade*, pois roubar tempo a um pobre é crime maior do que roubar dinheiro a um rico; *função preventiva* fundamental; ser um centro de *medicina social*, orientando os clientes para as instituições de assistência, pre-

Antisacer

WANDER

SIMPLES E COMPOSTO

PREPARAÇÃO ANTI-EPILÉPTICA
NÃO DANDO ORIGEM A FENÓMENOS SECUNDÁRIOS.

TOLERÂNCIA PERFEITA
ACÇÃO BENÉFICA SOBRE O TEMPERAMENTO,
CONDUTA E RENDIMENTO DO TRABALHO
AP.: TUBOS DE 20 DRÁGEAS

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS EX.MOS CLÍNICOS

Sociedade Portuguesa de Produtos Wander L.^{da}

Novo... o primeiro
antibiótico de largo campo
de acção por via
intramuscular...

Terramicina* Intramuscular
 MARCA DA OXITETRACICLINA

fácil administração parenteral
rápida acção antibiótica de largo espectro
boa tolerância

A TERRAMICINA INTRAMUSCULAR
 é apresentada em frascos de
 uma dose contendo 100 mg. de
 Cloridrato de TERRAMICINA
 estéril. A posologia diária
 é de 200 a 400 mg., administrados
 em fracções de 100 mg. com
 intervalos de 6 a 12 horas.

Unicos Distribuidores:

NÉO-FARMACÊUTICA, LIMITADA
 AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21, R/C. — TEL. 51830
 LISBOA

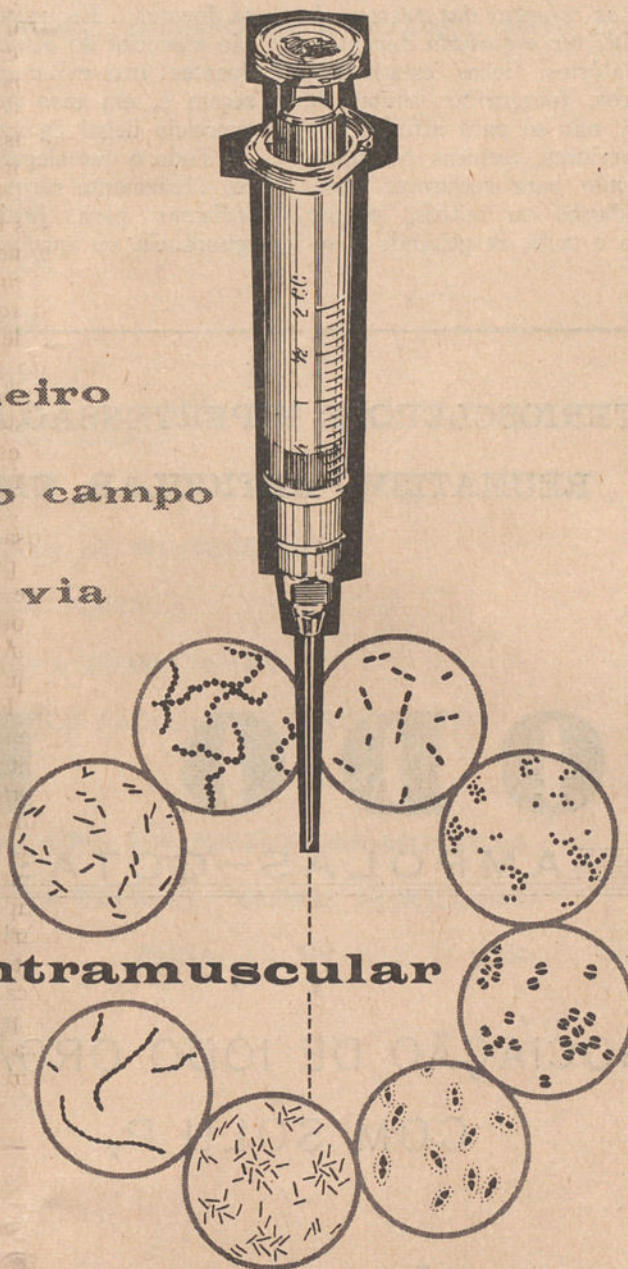
Representantes de

Pfizer

FUNDADA EM 1849

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo

* MARCA REGISTRADA DA CHAS. PFIZER & CO., INC.



vidência, higiene ou educação, a bem da defesa e manutenção da saúde e robustez do corpo e do espírito; *combate às doenças sociais* locais em particular; nunca dispensar o *serviço social*, para educar, sanitária e socialmente, o meio, e para orientar toda a espécie de necessitados; aceitar e solicitar a colaboração de autoridades, técnicos, influentes locais, etc., *centralizando os esforços das pessoas de prestígio social*; *ter arquivada documentação*, em relatórios, fichas, estatísticas, mapas, gráficos, fotografias, contas de gerências, etc., não só para informar as entidades superiores, técnicas ou administrativas, como para esclarecer beneméritos, estudiosos ou outros, sempre com discrição e tacto, respeitando o se-

gredo profissional do médico e das agentes do serviço social, pois os pobres têm tanto ou mais direito a ele do que os ricos.

Há quem julgue que um dispensário é apenas uma casa de consulta, onde um médico entra apressado e sai pouco depois ou, quando lá não vai, diz à visitadora ou à enfermeira que... atenda ela os doentes... Esquecem, esses, que a função essencial do dispensário não é tratar doentes; mas evitar que as doenças apareçam e, em caso nenhum consiste no exercício ilegal da arte de curar.

Tudo o que alegam os... contrafactores (felizmente raros em Portugal) são sofismas para justificarem preguiça, ignorância ou qualquer outra coisa.

Os dispensários ou funcionam como tal ou perdem a razão de existir, ou, pelo menos, o direito a usar o seu honroso título. Que se comece inexperiente, taciteando, mas aperfeiçoando-se sempre, é uma lei geral; mas que se deixe estagnar uma instituição ou, pior, se faça decair, por falta de zelo ou compreensão, é um crime que atinge a classe médica honrada, a cada passo vítima daqueles a quem a *Hordeum distichum* começa a picar na mucosa gástrica.

Além disso é uma traição aos Ministros, Subsecretários, Juntas das Províncias, Câmaras Municipais, Juntas de Freguesias, Direcções Gerais, Corporações, Misericórdias, etc., que, com espírito progressivo e generosamente têm tomado a iniciativa de criar dispensários em Portugal.

Quem, ou por lhe aumentar a clínica ou outro motivo, já não tem vagar ou verifica que não tem vocação, dá lugar aos novos. Mas ao *render a parada* faz como a modesta e humilde sentinela: — Diz ao que o vai render quais são as atribuições e deveres das sentinelas, mesmo que sinta em si falta das qualidades indispensáveis. É assim que se aperfeiçoa e faz progredir e se prestigia a classe médica e os próprios que são rendidos por tais motivos.

Ocultar, calar ou deixar que o relaxamento invada as instituições, é traição que arrasta ao desprestígio, não só estas, como quem por lá passa, comprometendo a criação de novas instituições.

Estas regras que te transmito, a teu pedido instante, na ocasião do Natal, são, podes crer, as melhores festas que te podia desejar. Nunca te deixes contaminar por maus conselheiros ou maus exemplos, agora que vais dirigir um dispensário; nem os esqueças. Ouvia-as a colegas amigos, prestigiosos na nossa classe e que conhecem o que de melhor, real, eficaz e mais moderno existe no País e no estrangeiro.

Nunca percas a coragem de as seguir, dêa a quem doer, quaisquer que sejam os exemplos, conselhos ou solicitações em contrário. E, cumprindo-as te vaticina um ano feliz o teu colega e amigo.

Natal de 1953.

VELHO GALENO

Instituto Português de Oncologia

No dia 14 de Janeiro, no Instituto Português de Oncologia, o Dr. Mário de Andrade fez uma conferência, em colaboração com o Prof. Lima Basto, na qual, depois de uma revisão histórica da cirurgia do cancro rectal, se considera a experiência dos autores no método de excisão abdómino-perineal combinada-síncrona, e se põe em evidência as vantagens e possibilidades desse método, cuja técnica foi descrita. A conferência terminou com a apresentação dos casos clínicos do Instituto e seus resultados.

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



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

BLENORRAGIA 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  Novil

A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PRÉVIO DO PROF. CID DOS SANTOS

(Continuação do número anterior)

Nada se opõe, sobretudo no que diz respeito à Oftalmologia (e há mesmo vantagens evidentes) a uma direcção comum de dois serviços. Mas os quadros, inexistentes não poderão deixar de ter em conta esta divisão e compensá-la com elementos fixos que mantenham uma subdirecção efectiva e permanente.

Os problemas como estes são em geral muito mal tratados entre nós porque surgem logo temores, desconfianças, por vezes egoísmos. Tanto receio existe em olhar claramente para as situações que elas nunca chegam a ser levantadas e acabam por se resolver das formas mais inconvenientes por ninguém ter ousado colocá-las no seu verdadeiro pé. Há pouca confiança no bom senso com que o Estado deve tratar destes assuntos e daí resulta o silêncio e o temor.

É preciso reconhecer que as relações entre o Estado e a Universidade (pelo menos no que diz respeito à Faculdade de Medicina) se não têm traduzido pela mútua colaboração que seria para desejar mas por uma política de «fait accompli» que só provoca desgostos, desconsolos e claro está — desconfiança.

Porque não há-de o Estado mudar de atitude? Estou convencido que encontraria da parte da Faculdade um sentimento de alegria tão grande como o que eu sentiria em mim.

Se os problemas tão delicados que eu estou levantando não forem atendidos com todo o cuidado que exigem, eu nunca me perdoarei de haver falado neles.

Serviços com dono não previstos — Encontra-se enfim na planta do hospital o serviço de Cardiologia que fica sob a direcção do professor de Propedéutica Cirúrgica.

Até aqui desgostei certamente alguns amigos. Devo dizer que muito mais me custa atingir uma pessoa com quem tenho as relações cortadas, por motivos que nada têm que ver com os problemas que nos interessam.

Tenho de explicar à Assembleia que no que diz respeito às especialidades temos de as considerar reunidas em dois grandes grupos.

a) o das especialidades que se encontram completamente fora da Medicina e Cirurgia geral e que portanto nunca podem entrar nas atribuições de um clínico geral (salvo raríssimas excepções) e

b) o das especialidades que podem ser consideradas como um ramo desenvolvido ligado à Medicina ou Cirurgia geral. A especialização pode ir até onde se quiser e podem construir-se institutos e edifícios inteiros para se estudar a gripe, sem que por isso a gripe deva ser considerado no quadro de uma Faculdade.

Estas especializações são muito importantes e não podem deixar de existir, mas a maneira como se resolvem estes — quase sempre — consiste em estabelecer numa clínica geral diversas secções especiais, das quais estão encarregados os que se interessam especialmente por elas — director ou assistentes. Se assim não fosse encontrar-se-iam os hospitais crivados de serviços especiais. Só porque isso representa uma vantagem sem inconvenientes, se costuma estabelecer uma separação nas consultas externas.

O aparecimento da Cardiologia como entidade autónoma num hospital onde o espaço é justo, não me parece possível ser explicado com sinceridade. Nunca o Conselho da Escola aprovaria uma tal pretensão se ela lhe fosse sujeita, porque teria de aprovar sete ou oito pretensões análogas e tão necessárias como esta, e que correspondem a actividades especiais existentes mas que se encontram incluídas nos serviços gerais como já o disse. Mas este serviço foi colocado por ordem do Governo e sem qualquer aprovação do Conselho da Escola ou da Comissão Técnica então em actividade, únicas entidades com competência para se pronunciarem sobre o assunto. Não é tanto o espaço absorvido que me preocupa, mas antes a forma como este serviço foi criado. É o estabelecimento de um princípio que me não parece fácil de aceitar nem fácil de defender. Não sei como a questão foi apresentada ao Governo. Mas o Governo deve saber que muitas vezes é mal informado e não creio que lhe ficasse mal pro-

curar inteirar-se junto da Comissão Técnica e do Conselho da Faculdade sobre a oportunidade e possibilidade de tomar essa decisão. Espero não estar exagerando. Julgo estar abaixo da intensidade com que esta crítica deveria ser feita.

Ainda me quero referir a outro aspecto que diz directamente respeito à Faculdade, embora a sua solução não esteja inteiramente ligada à criação do novo edifício. Quero referir-me ao modo de recrutamento de assistentes e professores. Que um assistente tenha de possuir a confiança do professor constitui uma necessidade absoluta. Mas que para o lugar de assistente se não exija o mais pequeno passado, isso parece-me exagero. E que qualquer licenciado se possa apresentar a concurso para professor extraordinário ou possa requerer concurso para agregação, também não corresponde ao nível mínimo que o lugar exige. Creio muito oportuno, o momento para rever este capítulo da vida da Faculdade.

Vou agora referir-me aos serviços administrativos da Faculdade. Estes encontravam-se no piso 4 da ala de ligação central imediatamente por cima da Direcção da Faculdade, onde não creio que estivessem mal instalados. Mas a Comissão Instaladora verificou que a administração do hospital não tinha local para se instalar e, no dizer da Comissão, o problema foi posto ao Governo, que resolveu transferir a Secretaria da Faculdade para o piso 01 numa sala única sem condições, com chão em laje e onde dividiram as diversas secções com armários. A Faculdade não foi consultada e ao ser transferida para o novo edifício encontrou-se perante o facto consumado, por ordem do Governo no dizer da Comissão que nega qualquer participação neste caso, mesmo a sugestão. A Comissão Instaladora declara que não sabe onde se instalará o arquivo da secretaria.

Estive na secretaria. Está muito mal colocada e não tem, evidentemente, o espaço que necessita para o que ela já possui, quanto mais para o futuro.

A biblioteca central encontra-se perante a situação bastante assustadora para o bibliotecário e ainda mais para os que dela pretendam servir-se, de não ter sequer o espaço necessário para receber os livros e as colecções de revistas que constituem as bibliotecas da Faculdade do Campo de Santana e de Santa Marta. Será preciso dizer que não há espaço para os novos livros e para as revistas?

Nada está previsto quanto à possibilidade de alargamento. Existem uns quartos no mesmo piso que poderão conceder 5 anos de alívio, mas esses quartos são aqueles a que se tem recorrido como possível solução para outras dificuldades, e nada está decidido e a Comissão Instaladora nada sabe sobre o assunto.

Se a biblioteca central não tem capacidade para os livros existentes, a do Instituto de Anatomia não foi prevista e não há lugar para a magnífica e vasta colecção de livros com que eu lidei quando era preparador de anatomia. O professor da cadeira está distribuindo os livros pelos corredores e pela sala do museu. Nenhuma solução foi ainda considerada.

Não se pode dizer que as instalações especiais para os alunos tenham constituído uma grande preocupação. De facto, existem apenas duas salas para os sexos masculino e feminino e uma outra dependência destinada à Associação Académica e agora ocupada pelo Centro Universitário da Mocidade Portuguesa. Para uma população de cerca de mil alunos, não creio que as instalações sejam muito vastas, embora nunca as 1.000 almas se encontrem.

Mas é preciso não esquecer que a loca-

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

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

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

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA +
LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCCOS
CATARRAIS, ESTAFILOCOCCOS, 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

DEPÓSITO EM ANGOLA: JALBER, L.^{DA} - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

lização do Hospital-Faculdade não é central e que a muitos convém ficar todo o dia no edifício.

Isso põe o problema da cantina e refeitório, ambos inexistentes e que me parece indispensável encarar e resolver.

Enfim, não estão previstas instalações para alunos estagiários, o que não pode também deixar de ser considerado.

Crítica sobre pormenores da instalação do Hospital.

Não posso deixar de me referir, antes de deixar os problemas da Faculdade propriamente dita, ao afastamento e aparente desinteresse manifestado pelo Ministério da Educação Nacional num momento tão importante da vida de uma sua filha. Ninguém mais do que eu lastima uma tal atitude e não encontro razão para a explicar. Já se sente a necessidade de novo pessoal nas novas instalações, surgiram novas despesas e o director da Faculdade ainda não recebeu qualquer indicação. Quando se inaugurou o edifício, falaram os senhores Ministros do Interior e das Obras Públicas, mas a voz da Educação não se fez ouvir e quando o Senhor Presidente da República iniciou a sua visita oficial chamaram-se vários engenheiros mas não foram convidados o senhor Reitor da Universidade e o senhor director da Faculdade, ambos presentes com os professores, como se a casa que se abria lhes fosse estranha.

E a Faculdade do Campo de Santana foi transferida para um novo edifício por ordem do senhor Ministro das Obras Públicas e foi a Faculdade quem participou ao Ministério da Educação que a transferência se efectuara.

Terá isto toda uma significação? E poderá considerar-se que estou forçando a nota?

O Hospital — A zona do edifício destinado ao serviço hospitalar abrange cerca de dois terços da área total. Para nos entendermos mandei distribuir aos senhores deputados três plantas simplificadas para que seja possível uma orientação geral do que vou dizer.

Apresentou o sr. Prof. Cid dos Santos gravuras do Hospital-Faculdade para que os deputados pudessem seguir as suas considerações e raciocínios. E disse, apontando essas gravuras:

O corpo sul é exclusivamente hospitalar. Contém as torres A e B e cinco dentes. As torres têm nove andares, os dentes oito. Esse corpo sul está ligado com o corpo norte por três grandes passagens I, II e III onde estão marcadas as zonas de elevadores.

O corpo norte ainda contém uma importante zona hospitalar nas torres C e D.

Além disso, no pavimento térreo, piso 1, encontram-se neste corpo norte, o Banco cuja entrada está assinalada por uma cruz no terraço. E o bloco maior que se vê ao lado correspondente às Consultas de Cirurgia e aos Agentes Físicos que ficam por cima. Na fachada deste corpo norte vêem-se as janelas dos blocos operatórios.

A gravura número 1 contém o esquema da fachada sul, a dos doentes, em que se vêem as sete divisões correspondentes aos cinco dentes e às duas torres e por cima deste desenho está outro com a planta simplificada de um dos pisos e as suas comunicações com os elevadores e escadas.

As divisões marcadas por traços que separam um dente do outro são meros painéis da madeira e vidro.

Cada unidade é assim igual à que lhe está aos lados, e às que lhe estão por cima e por baixo (excluindo as zonas das torres).

Assim, o corpo sul conta trinta unidades hospitalares iguais e correspondentes a 24 camas cada uma. As dez unidades restantes correspondentes aos pisos 1 e 2, correspondem aos doentes particulares, às aulas pequenas e alguns anexos.

Nas torres, as unidades são um pouco maiores do que nos dentes, e a sua divisão é diferente.

Na gravura 2 está a planta do piso 1

para se poder apreciar a zona do Banco, a das Consultas Externas e a entrada geral dos doentes para internamento que se faz pelo grande bloco central, onde está o N de Norte.

Espero ter dado as indicações sumárias suficientes para que me possam seguir. Uma das grandes vantagens da construção deste hospital é que ele pode ser considerado como um enorme sistema de traves que se cruzam perpendicularmente e que suportam todo o esforço de modo que não há propriamente paredes mestras espessas. Por essas traves correm os sistemas gerais de electricidade e água, e assim, as divisões existentes podem sempre ser transferidas em qualquer altura por conveniência sem que haja interferência nas resistências do edifício e nos sistemas gerais.

Por outro lado, a igualdade de visão de cada unidade clínica, de 24 camas, dividida em compartimentos de dimensões muito diversas permite-lhe adaptar-se com facilidade aos mais variados fins.

Esta elasticidade nas possibilidades de alteração não é uma das menores qualidades desta Casa, permitindo-lhe adaptar-se em qualquer momento a novas modificações.

A finalidade deste «aviso-prévio» é apontar faltas e não mostrar benefícios.

Recordo mais uma vez que a razão de ser deste «Aviso Prévio» é constituída pela necessidade de apontar as faltas e não para lhes mostrar os benefícios que resumí na introdução. Vamos portanto trilhar um caminho doloroso. Antes de o fazer, porém, quero dizer uma palavra aos meus amigos os engenheiros Jácóme de Castro e Tavares Cardoso. Pode dizer-se que esgotaram a sua vida nesta obra colossal, cheia de surpresas e de alcapões. Julgo que a sua dedicação pela obra que dirigiram se pode considerar inextinguível no País e a Faculdade deve-lhe muito, porque ali gastaram a saúde e todo o seu esforço.

Vou começar pelo princípio da distribuição das clínicas. O hospital foi construído em linha vertical. Qualquer dos princípios horizontal ou vertical é aceitável desde que a construção obedeça a esses princípios. No caso que nos ocupa não sei a razão, mas tudo se passa para alguns aspectos essenciais como se os serviços clínicos ideados em vertical tivessem sido construídos em horizontal. Isso perturbou-me logo, quando pela primeira vez visitei o hospital. É fácil verificar o que digo. Enquanto as comunicações entre os diversos dentes do mesmo piso são tão fáceis que não há obstáculos a transpor (basta tirar as paredes de vidro que os separam), a comunicação de uma unidade com a que lhe está por cima ou por baixo não se realiza com facilidade. Na gravura 1, vêem que é indispensável sair do serviço para entrar na origem de um dos blocos de ligação onde está o elevador e a escada. Tudo se passa como numa casa de andares com um patamar distante. A distribuição dos elevadores não permite um grande desembaraço nos transportes, pois que os dois dentes da esquerda (correspondentes a duas séries de oito andares) apenas dispõem de um elevador para todo o serviço. O dente do meio dispõe só para ele de dois elevadores o que é excelente, mas o elevador da direita só serve os dois dentes da direita. Estes elevadores servem ainda metade dos blocos de ligação dos dois corpos.

Com o hospital morto tudo isto se passa bem. Mas quando eu me vi a passar de uma sala para outra, e com oito pisos e um elevador para servir dezasseis, senti que o serviço não poderia funcionar bem e que por esta simples causa presente todos os dias e a todas as horas, muita coisa se não faria. E isso é mau. Foi o professor Gentil quem alterou finalmente a disposição vertical para uma solução de compromisso em que as clínicas abrangem dois dentes e portanto reduzem a metade a altura de cada uma. Foi um grande passo para a vida hospitalar. Ainda resta um

defeito apreciável para quem souber o que é um serviço clínico. Cada par de dentes das extremidades só tem uma saída comum e o dente do meio igualmente como se pode ver na gravura 1. Assim, cada passagem de um andar para outro terá de ser feita através daqueles que esperam e que procuram membros do pessoal ou que vão para exames especiais. É inevitável. E os importunos regosijar-se-ão sabendo que ali ninguém lhes escapa. Nunca um Ministério foi assim planeado.

Mas a elasticidade da construção deste hospital permite melhorar ainda a situação e é possível obter duas saídas para cada serviço, uma lateral e outra central, reduzindo a dois pisos as secções de actividade clínica (ou um piso para os pequenos serviços). Assim haverá menos utilização de elevadores e mais elevadores disponíveis e ainda por cima duas entradas uma das quais poderá ser reservada para os doentes e visitas, enquanto a outra ficará para o serviço do pessoal.

Estendi-me sobre este ponto porque ele é importante. Só os preguiçosos não terão sentido a falta. Nada mais grave do que uma pequena dificuldade permanente. Esta-belece usos e costumes condenáveis, a sua presença constante acaba por se reflectir sobre a vida do serviço.

A outras faltas importantes mas remediáveis e por demais técnicas, não me referirei agora. E não julgo necessário expor tudo. O Banco e as consultas externas constituem outro grave problema. Como vêem na gravura 2 o Banco está encravado entre a admissão dos doentes e as consultas externas. Foi concebido como um posto pequeno, espécie de recepção da clínica que estiver de serviço. O grande trabalho passar-se-ia portanto na clínica e suas dependências. Esta concepção é aceitável e é a que tem sido utilizada em Santa Marta. Mas aqui, o problema das disâncias torna tudo. O Banco está no piso 1 do corpo Norte. O bloco operatório no piso cinco do mesmo corpo e os serviços nos diversos pisos do corpo sul. Como não há salas de observação, isto é, salas anexas aos blocos cirúrgicos onde estão os graves, operados e duvidosos, todos estes doentes teriam de seguir para as respectivas clínicas do serviço. Assim o Banco encontrar-se-á dividido em três sectores afastados, o que não permite uma vigilância fácil pelo cirurgião de serviço e exige uma equipa maior se a vigilância tiver de ser apertada. Além disso as comunicações do Banco com o bloco não são directas como deveriam ser e parece que se pensou outrora de modo que para um doente ser transportado para os blocos operatórios só o poderá fazer utilizando-se dos elevadores um pouco distantes e obrigando as macas e o pessoal a atravessarem o grande «hall» da entrada dos doentes, ficando a porta do elevador na origem do corredor do serviço de admissão e em frente das portas da Tesouraria; ou se for um outro elevador a ser utilizado, a maca e as pessoas terão de atravessar o «hall» das consultas externas vazio à noite mas bem cheio de manhã. A solução deste grave problema não se apresenta fácil, e só perante um estudo de conjunto e combinado com a visão de todos os sectores do edifício, poderá ter um remédio. Não vale a pena falar-lhes nas soluções possíveis. Nenhuma provavelmente será óptima.

As consultas externas também constituem um escolho. As consultas da especialidade estão todas bem instaladas, têm as suas entradas próprias e dela só há a dizer bem. Mas as consultas gerais de Medicina e de Cirurgia e a das especialidades dependentes destas, têm as suas entradas próprias e delas estão como estão.

Primeiramente, não existe um centro de tiragem e distribuição dos doentes pelas consultas. A sua falta, como a de todo o órgão indispensável à vida será substituída por outro órgão que será constituído pelo porteiro como se tem feito desde data imemorial nos nossos Hospitais. É fácil dar remédio a esta lacuna e assim se pudessem solucionar todas as necessidades. Mas as consultas gerais não têm uma entrada am-

BEDOZE MIL

TRATAMENTO
DE
ESCOLHA
DAS
AFECÇÕES
NEUROLÓGICAS

VITAMINA B₁₂

MIL MICROGRAMAS
AMPOLAS

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

ALÍVIO SINTOMÁTICO NAS
ÓSTEO-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 dum maneira geral para as gorduras).

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

pla e tudo se encontra condensado em pequeno espaço que não vai poder conter o número de doentes, que se vai apresentar, e as salas de espera são acanhadas e as secções das consultas propriamente ditas não permitem o funcionamento normal. É preciso pensar que só na pequena área destinada às consultas de cirurgia, vão existir as consultas gerais, quatro serviços mais, as consultas das especialidades deles dependentes.

Algumas dessas consultas, como a de Ortopedia pedem espera e tempo e não sei como se poderá conceber o funcionamento deste pequeno sector para o movimento que ele vai ter e que só se revelará no seu verdadeiro valor daqui a uns anos.

Ao olhar para a planta fiquei sempre com a impressão de que não havia Banco, e que o grande bloco saliente onde estão as consultas da cirurgia fora feito para a triagem e sala de espera enquanto a cirurgia ocupava o lugar do Banco. Isto resolveria bastante bem o problema das consultas mas ficaria o Banco sem lugar. Impõe-se uma solução que também aqui não tem de ser discutida mas que terá de ser estudada da mesma forma e nas mesmas condições que a do Banco.

Nos serviços gerais de medicina e cirurgia, notou-se a falta de informações e acompanhamento dos professores o que felizmente não sucedeu com os serviços das especialidades que por isso estavam muito mais equilibradas contendo os anexos clínicos necessários.

Mas graças à divisão interior dos dentes, foi fácil adaptar uma parte das instalações para anexos necessários e as coisas resolveram-se melhor ou pior, segundo as indicações fornecidas. Mas um problema se mantém ainda hoje sem solução — o dos laboratórios.

Cada clínica de 24 camas continha um pequeno laboratório existindo um laboratório central de dimensões reduzidas para as dimensões do Hospital. Não é possível explicar tudo aqui, mas o facto é que a discussão sobre os laboratórios ainda não teve fim. Parece que a solução a adoptar é a de um laboratório por serviço para análises correntes e investigação enquanto o laboratório central só fará análises especiais.

Mas não existe um laboratório por serviço, que eu saiba, pois que se continua a mobilar os pequenos laboratórios das unidades de 25 camas. A Faculdade é ouvida e propõe uma solução que não pode deixar de ser vaga porque não dispõe das possibilidades de pôr e tirar. Foi nomeada uma Comissão pelo Ministério do Interior composta por dois elementos estranhos à Faculdade e um analista de Santa Marta para estudar o problema e submeter as propostas à apreciação do Prof. Cândido de Oliveira. Nessa proposta será invadida a zona da fotografia, desenho, química fisiológica sem indicação do sítio para onde iriam as dependências deslocadas. Essa proposta foi suspensa. Voltou-se ao laboratório central primitivo demasiado pequeno que deverá fazer as análises especiais e todas as análises correntes dos serviços que não possuem laboratórios mais as das consultas externas. E nada se sabe quanto às instalações dos laboratórios privativos das clínicas. Com tantas interferências e tão pouco poder não creio que se encontre a solução que todavia terá de vir e que não pode ser mediocre pois que dela depende muito da vida dos Serviços. Mas ao lado das penúrias e esforços de economia, há pelo menos um serviço que só para ele possui quatro laboratórios distribuídos em cinco andares. Que me perdõe o amigo que as defende, mas creio que esta dispersão dentro da dispersão ainda vem agravar o problema dos quadros que se apresenta temível.

Numa palavra. O problema dos laboratórios continua por resolver. E talvez a dificuldade não seja tão grande como se julga. Mas a confusão em que se está é certamente maior do que a dificuldade. E as repercussões que isso tem são tão grandes, sem se saber exactamente o que

se vai fazer. Não é possível estabelecer as listas completas de material e os quadros do pessoal e terá muito provavelmente de se proceder ainda a remodelações materiais.

Também o problema dos animais de laboratório não fora considerado e só há pouco tempo esse aspecto foi considerado e fez-se um plano de instalações para criação e depósito que ninguém sabe onde vão ser colocados nem quem procede à escolha do local. Não foram todavia consideradas instalações para os animais de laboratório de cirurgia experimental. A solução não apresenta dificuldades especiais.

A secção de fotografia e desenho, cuja importância não tem sido bastante reconhecida, ainda se encontra vazia. Foi pedido ao Conselho da Escola uma nota sobre o material necessário.

Fiquei eu, com o Prof. Mário Moreira encarregado de a fornecer. Não me parece ser este o processo para resolver uma tal necessidade. Não há técnicos escolhidos e não há quadros estabelecidos. Vamos con-

sultar um profissional? Não parece mais lógico que os técnicos encarregados da secção elaborem a lista do material que se não pode resumir à escolha de máquinas. E toda a parte do mobiliário não existe. Quem o vai propor? Entretanto a vasta área está vazia. E creio que poderá ser reduzida e na sua parte livre ser incluída uma das secções que estão à espera de lugar. Mas tudo deve depender do quadro e do pessoal técnico habilitado. Entretanto, para não correr o risco de ter amanhã o pessoal e não haver verba para o material, creio mais prudente enviar uma lista incompleta ou mal composta do que nada fazer.

Entre nós não existe qualquer tradição de arquivos clínicos.

Os arquivos não constituíram certamente a grande preocupação nem a pequena de todos quantos intervieram no plano do Hospital. Não estavam previstos os arquivos das clínicas (exceptuando as especialidades) nem o arquivo clínico central. É um facto que entre nós não existe qualquer tradição de arquivos clínicos. Nos Hospitais Civis onde tanto trabalhei, os arquivos brilham pela ausência. Cada um pode ter o seu arquivo se quiser mas sem arquivista. Nada obriga a registar as histórias dos doentes e a sua evolução. E disse-me alguém que há mesmo professores que declaram não ver a necessidade de um arquivo clínico! Não quis saber o nome dos que fizeram tais declarações. Só o Hospital de Santa Marta possui uma catalogadora por serviço e alguma coisa se pode arquivar se existir o desejo de o fazer. Isto quanto a arquivos privativos das clínicas: porque quanto a arquivos centrais, prefiro não ouvir falar neles. Com a nossa mania centralizadora, um arquivo central de um Hospital de 1.500 camas significaria um tumulto e cortaria a possibilidade de trabalho aos que mantêm uma actividade científica. De resto não creio que o arquivo central onde ficam todas as histórias e radiografias não seja um bom processo e pouco tem sido utilizado na Europa. Entre nós só conheço a tentativa levada a efeito pelos H.C.L. para arquivar as radiografias de todos os serviços, de todos os hospitais dependentes da organização e que se traduz pela venda a peso dos documentos todos os lustros. E sem razão. Para que servem radiografias sem histórias? Não estavam previstos os arquivos privativos das clínicas, mas todos os professores adoptaram um ou mais compartimentos para eles. Resta o arquivo central. Não creio que um Hospital desta importância possa prescindir dele. Só o arquivo central pode fornecer os números globais e as séries completas que serão forçosamente necessárias para administração e para as clínicas. Não precisa de guardar as observações e radiografias, mas tem de receber uma ficha com as indicações certas dos elementos importantes de cada doente. Reduz-se desta forma o espaço necessário e colhem-se os mesmos resultados. Não há ainda o local para o arquivo central e a Comissão Instaladora ainda oscila na sua opinião, pois que em duas entrevistas sucessivas obteve duas respostas inteiramente opostas. Portanto nem móveis nem quadro.

Quanto ao arquivo administrativo não há espaço e pensa-se transferi-lo para as caves, creio eu.

Ora o arquivo administrativo dum hospital de 1.500 camas cresce em proporções gigantescas e só um estudo sério de salas com as disposições próprias tal como sucederia com o arquivo central clínico, pode fazer face a esta necessidade. Nada está ainda previsto.

Mas se os serviços ficarem com os seus arquivos privativos, as consultas externas não poderão deixar de os possuir. Também aqui nada há de previsto além da vaga afirmação de que cada consulta (que por vezes serão oito ou mais no mesmo local) terá o seu arquivo. Com o espaço exíguo existente, pergunto onde ficarão esses ar-



COMPLEXO B

- Tubo de 25 comprimidos 12\$50
- Série fraca —
- Caixa de 12 ampolas . 22\$50
- Frasco de 50 comprimidos 28\$00
- Série forte —
- Caixa de 6 ampolas de 2cc. 32\$00
- X a r o p e — Frasco de 170 cc. . . . 27\$00
- Reforçado — Tubo de 20 comp. . . . 35\$00



LABORATÓRIOS

DO

**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

quívos. Da mesma maneira não se previram as bibliotecas privativas das clínicas, que por existir uma central à mão não precisam de ser grandes mas não podem deixar de existir. Além disso algumas clínicas possuem bibliotecas importantes que têm de encontrar lugar. Mas há sempre a possibilidade de obter espaço dentro da clínica e por isso o problema não é difícil de resolver e está resolvido em vários casos por indicação dos respectivos professores.

Não deixou de me impressionar a exiguidade das instalações da Secretaria, Contabilidade, Tesouraria e Serviço de Admissão do Hospital. Só um técnico poderá dar uma opinião segura sobre o caso, mas vejo tudo muito pequeno e muito mal colocado. Assim no corredor onde passam os doentes admitidos está o elevador do Banco, o Serviço de Admissão Administrativa e a Tesouraria onde suponho que se efectuarão os pagamentos. É provável que isto tudo produzirá uma certa confusão e aglomeração. Atendendo aos respectivos movimentos, creio que os serviços administrativos do Hospital estão pelo menos tão mal instalados como os da Faculdade.

Apontamentos sobre outras deficiências.

Em todo o Hospital existe apenas um refeitório para cento e trinta enfermeiros e técnicos e um outro mais pequeno para o pessoal menor com a capacidade de 80 lugares. Vai-se adaptar uma sala para refeitório dos médicos e pessoal superior próximo do refeitório dos enfermeiros. Não sei até que ponto esta aparente exiguidade vai interferir com a vida do Hospital e do seu pessoal. O problema não está estudado. Pus de parte outros aspectos para não sobrecarregar demasiadamente esta tão longa mas indispensável exposição. Não posso deixar todavia de me referir ainda a duas questões de ordem geral. Uma, evidentemente insolúvel é a do aquecimento eléctrico, que é excelente mas que vai pesar duramente no orçamento que ninguém conhece ainda mas que não vai permitir provavelmente os quadros e os vencimentos e outras despesas necessárias e que portanto ainda será um pouco mais reduzido com esta despesa. A não ser que por economia a Administração se veja obrigada a cortar a electricidade do aquecimento. Já se viu isso.

Quanto ao gás «Cidla» em substituição do gás vulgar não tenho competência para me pronunciar sobre o assunto, mas tenho o direito de pôr algumas dúvidas quanto à sua benignidade, quando se vai utilizar um tão grande número de garrafas. O problema do seu transporte e do depósito central não sei dizer como foi considerado, mas que eu saiba não há ainda nada feito. Deixo aqui uma reserva por me ter sido impossível completar a minha informação. Oxalá o risco seja realmente nulo. Entendo, todavia, que este aspecto deve ser seriamente considerado, e que se não procure as razões para o explicar mas antes condições de segurança geral.

A montagem e organização do hospital está a cargo da Comissão Instaladora constituída pelos dois representantes do Ministério do Interior, um tenente-coronel presidente, um licenciado de Ciências Económicas e Financeiras, administrador do Hospital Júlio de Matos e pelo representante do Ministério da Educação, professor da Faculdade de Medicina de Lisboa.

A Comissão é autónoma, despacha directamente com o sr. Ministro do Interior a quem são submetidas as suas propostas.

O seu campo de acção estende-se a toda a organização hospitalar e à totalidade do edificio.

Não tem qualquer obrigação para com o Ministério da Educação a Faculdade de Medicina. Qualquer informação que eventualmente peça à Faculdade, é considerada e sobre ela é tomada uma decisão que não volta à Faculdade para que esta se pronuncie. O representante do Ministério da Educação não tem qualquer poder ou atri-

buições particulares. O sr. Ministro do Interior é o coordenador que estabelece a ligação com os Ministérios das Obras Públicas e da Educação.

Organização e quadros do novo Hospital-Faculdade de Lisboa.

E chegamos ao aspecto da vida deste edificio.

É pois a esta Comissão que me vou referir constantemente, neste capítulo. Reduzirei ao mínimo os comentários.

A primeira condição para que um Hospital seja viável é conhecer o seu orçamento anual provável e saber que existem os rendimentos correspondentes.

Não existe qualquer orçamento estabelecido sobre o Hospital Escolar quer no conjunto quer sobre qualquer aspecto particular. A Comissão ignora tudo quanto ao aspecto financeiro, e não está ainda a trabalhar no orçamento.

As propostas para as bases das relações entre o Hospital Escolar, os Hospitais Civis de Lisboa e a Faculdade de Medicina, que não entram nas atribuições da Comissão, estão em estudo segundo os representantes do Ministério do Interior, mas segundo o representante do Ministério da Educação, nenhuma foi ainda estudada, não entrou em qualquer estudo e há muito tempo que não se fala na questão.

Os quadros dos médicos, enfermeiras, técnicos e serventuários não foram considerados ainda e a Comissão espera a apresentação das propostas individuais dos professores para os seus serviços, para sobre eles elaborar então os quadros. Não existe qualquer plano pré-estabelecido.

Não há regras estabelecidas para o recrutamento do pessoal.

Sobre os regulamentos há o seguinte: Nada está estabelecido.

a) dos Médicos — o representante do Ministério da Educação não está elaborando qualquer regulamento. Supõe que o Presidente está coligindo elementos.

Os representantes do Ministério do Interior apenas estão fazendo um esboço que não é um estudo, baseado no regulamento francês.

O representante do Ministério da Educação pensa todavia basear-se nos regulamentos no actual Hospital-Escolar quando for convidado a intervir.

b) Da Farmácia — Vai ser estudado pelo professor Pinheiro Nunes, da Faculdade de Farmácia e Dr. Aluísio Marques Leal, chefe dos Serviços Farmacêuticos do Hospital-Escolar.

c) Organização Geral do Hospital — Apenas troca de impressões entre os membros da Comissão.

d) Serviços Administrativos — em estudo pelo vogal do Ministério do Interior.

e) Cozinha e Lavanderia — em estudo pelo vogal do Ministério do Interior tencionando socorrer-se dos médicos do concurso de diatética agora aberto, da Direcção-Geral de Saúde e de outras entidades.

f) Enfermagem — esboçado pela Comissão em conjunto e baseado no regulamento dos hospitais americanos, segundo os representantes do Ministério do Interior, mas o representante do Ministério da Educação diz nada saber a este respeito. O presidente não tem ideia de qual vai ser a percentagem de enfermeiras para doentes. O vogal espera conseguir 1:5 exceptuando as Consultas Externas e as Urgências.

g) Técnicos-auxiliares — nenhum regulamento está esboçado.

Recrutamento dos médicos, pessoal de enfermagem e administrativo.

a) O dos Médicos — Está a ser considerado pelos representantes do Ministério do Interior que pensam ouvir o Conselho da Faculdade para finalmente fazerem uma proposta ao sr. Ministro do Interior.

b) O das Enfermeiras — Está sendo considerado pelo vogal do Ministério do

Interior que possui a maior liberdade para estes recrutamento.

Para as enfermeiras de 1.ª classe, vai admitir diplomadas de qualquer escola oficial ou oficializada do País com boas informações.

Para as chefes e sub-chefes não tem ainda critério mas pensa ir buscar chefes e sub-chefes a outros serviços com boas garantias. O melhor que houver.

As estagiárias virão directamente de qualquer escola.

Quanto à Superintendente, ainda não sabe o que fazer nem onde vai encontrar.

A Escola de Enfermagem que fora prevista não está completamente posta de parte.

O Ministério das Obras Públicas não disse que não.

Os vencimentos previstos são os da Lei actual.

Não julgo necessário prolongar mais esta exposição de factos.

Vê-se pelo que ficou dito que esta Comissão de três se comportou praticamente até agora como uma Comissão de dois e que essa Comissão de dois se parece singularmente com uma Comissão de um.

Vê-se que praticamente nada está feito quanto à organização e o que se está a fazer só permite um sentimento de apreensão pelo que daí vai resultar.

A Comissão não tem maioria com qualidade para propor quadros de médicos e estabelecer-lhes o regulamento e a sua situação agrava-se pelo afastamento em que tem mantido até agora um vogal do Ministério da Educação.

O problema da enfermagem merece um momento de atenção. Vejo-me obrigado a dizer uma vez mais o que mil vezes já foi dito antes de mim desde longos anos. Não fizemos a preparação da enfermagem que se impunha para preencher os lugares do novo hospital.

Era minha opinião de que todo o quadro da enfermagem portuguesa estava eivado de erros e deformações, não por culpa sua mas pela preparação que lhe era dada. As suas únicas qualidades consistiam na dedicação e na boa vontade. Todos estavam de acordo que isso é muito mas não suficiente. As sucessivas reformas da nossa enfermagem oficial são tão mal concebidas e tão mal executadas que não permitem a elevação suficiente do nível da profissão.

Função para que os médicos não são competentes.

O defeito vem de cima. Como organizar e planear se não há quem organize e faça planos com competência?

Os problemas da enfermagem estão nas mãos dos médicos e os médicos não são competentes para essa função.

O resultado é que vemos médicos onde se deveriam ver técnicos de enfermagem.

Os lugares de ensino prático são preenchidos por pessoas cuja experiência pessoal e a própria educação profissional não foram suficientes e que não dispõem nem do número nem das condições necessárias para o ensino.

Desta maneira não se pode sair do ciclo vicioso em que se encontra esta questão.

Só a Escola Técnica agregada ao Instituto Português de Oncologia, fundada e organizada pelo Instituto Rockefeller, por técnicos de enfermagem e num grau mais inferior a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo conseguem uma preparação um pouco melhor, em grande parte para a segunda devido ao melhor nível intelectual das suas alunas. Mas a Escola Técnica produz muito pouco e a Escola de S. Vicente de Paulo pouco mais. Muitas diplomadas não chegam a exercer. E a carência mantém-se.

O sr. Dr. Moura Relvas; V. Ex.ª já pensou, já previu — e certamente se quis referir à Escola de Enfermagem da Irmã Eugénia — quanto custará uma Escola com essas características superiores?

O sr. Prof. Cid dos Santos tomou nota

do à parte e pediu licença para continuar nas suas considerações.

Quanto à formação de pessoal de direcção e de ensino, praticamente não existe.

Existe todavia um núcleo de mulheres educadas, inteligentes, bem formadas, que praticaram em escolas da Europa e da América que poderiam constituir um grupo excelente para um ponto de partida. Estão dispersas. Uma não estão aproveitadas e outras encontram-se isoladas e a sua acção é nula. São golpes do espaço.

Não havendo um nível médio suficiente, o critério da escolha torna-se extremamente delicado. Só uma organização com competência especial o deverá fazer e nunca a Comissão Instaladora cuja competência é nula na matéria.

E não se pode demorar um dia mais no estudo da planta e na constituição da Escola de Enfermagem que deverá funcionar junto ao Hospital-Faculdade.

E ao mesmo tempo, enquanto se constrói, dever-se-á tratar com toda a intensidade do seu quadro de professores e técnicos. Isso implica a criação urgente dessa organização encarregada da formação e escolha do quadro de enfermagem.

Isso implica o estabelecimento de um plano para a abertura prudente e progressiva dos serviços clínicos.

Isso implica o estudo de um quadro permanente de enfermagem do Hospital-Faculdade tendo em conta a parte dos serviços prestados pelas alunas estagiárias.

Isso implica a revisão dos vencimentos. Poderia falar agora sobre os outros quadros do pessoal e do critério que sobre eles existe. Apenas conseguiria repetir-me.

Sou forçado a reconhecer que embora constituída por pessoas indiscutivelmente boas e que têm demonstrado a melhor boa-vontade, a Comissão Instaladora pela maneira como está constituída não tem infelizmente qualidade para tratar de um assunto cujas exigências estão acima das possibilidades. Não há boas-vontades nem dedicações que possam suprir em certas circunstâncias a capacidade técnica.

O problema financeiro do hospital.

O grande problema financeiro consiste em manter um nível mínimo necessário sem que o Estado suporte inteiramente o peso do orçamento que ninguém conhece mas que será respeitado.

O hospital tem de possuir um rendimento próprio. É o que sempre sucedeu por toda a parte. É o que agora se começa a reconhecer entre nós.

Não falemos nos pequenos rendimentos. Grandes rendimentos só os próprios doentes os poderão fornecer.

Torna-se indispensável a criação de classes de internamento, três ou melhor quatro.

O mesmo deverá ser considerado nas Consultas Externas e nos exames feitos a esses doentes.

É indispensável acabar com a luta a que temos assistido no sector das Caixas de Previdência e estabelecer a sua coordenação com os hospitais, à medida que estes se forem modernizando.

O Serviço Social prestará neste campo o auxílio indispensável. E para que se possa iniciar uma orientação de toda esta grande máquina, estabeleçam-se quanto antes os orçamentos provisórios previstos para a instituição e discutam-se esses orçamentos com o Ministério das Finanças.

Adaptem-se desde já os orçamentos aos quadros e os quadros aos orçamentos.

Lugar do Hospital-Faculdade no quadro hospitalar do País.

A passagem do Hospital-Escolar para o Ministério do Interior e o englobamento do Hospital de Santa Marta nos H. C. L. constituem outro facto consumado que não foi precedido de quaisquer consultas ou discussões, pelo menos com o elemento simultaneamente técnico e interessado consti-

tuído pelo Conselho da Faculdade de Medicina.

Assistimos assim todos a este fenómeno paradoxal de uma separação administrativa profunda no momento em que as duas partes são indissolivelmente unidas e profundamente engrenadas.

E quanto mais útil poderia ser esta união para a criação de uma nova mentalidade, estabeleceram-se as melhores condições para que os erros do passado se perpetuem.

Criam-se além disso as condições ideais para conflitos, os atritos, os choques de poderes, as intromissões simultâneas e opostas como em todas as casas com dois donos. Pelo contrário, a articulação e a coordenação a distância de duas entidades congéneres situadas em sectores administrativos diferentes não apresenta qualquer dificuldade e é extremamente fácil de regular, pois que essa articulação se faz sem os atritos da comunidade e abrange um número reduzido de sectores.

Não julgo necessário estender-me mais longamente perante esta Assembleia que, espero, compreenderá as razões da minha proposta para que a parte hospitalar volte para o Ministério da Educação de onde nunca deveria ter saído.

Conclusões gerais do «aviso-prévio».

Encontrámo-nos todos no momento ansioso e muito sensíveis a toda a crítica. Vinte anos de trabalho e de discussões sobre o Hospital-Faculdade, exerceram a sua acção sobre os nervos de todos e certamente e muito naturalmente, sobre os nervos do Governo que os tem como qualquer outro organismo.

Começa a sentir-se uma pressa de acabar com um pesadelo — que o tem sido para todos nós.

Será bom que os sentimentos sejam dominados por um instante e se considere a obra do seu conjunto, o que se pretendeu com a sua criação e o que muito provavelmente lhe vai suceder.

Ainda estão por resolver muitos aspectos elementares da sua organização e a forma como estão sendo conduzidos esses problemas, e o amadorismo de boa-vontade que se sente por toda a parte, não permitem antever a finalidade educativa de longo alcance que constitui um dos motivos da criação deste edifício.

Tudo começa e tudo acaba nas finanças e na educação.

A obra financeira permite viver. A obra educativa permite saber viver. Quem não sabe viver não pode ensinar a viver a não ser que o faça por contraste.

Mas se como novo e último esforço se torna possível desanuviar o futuro — porque não tentá-lo? Para se não ficar sobretudo com a obra material?

Nós temos uma tendência para aceitar facilmente os fracassos parciais das nossas obras que são acolhidos com um fatalismo constitucional. E para não desanimar os outros dizemos facilmente que se conseguiu o que não se conseguiu. Quando a reacção natural perante um destes fracassos parciais e eminetes deveria traduzir-se por um novo esforço para o evitar. Se não for assim, arriscar-nos-emos a ter sido ambiciosos na intenção, ricos na aparência e mediocres no fim de tudo.

Entrega-se a solução do problema ao Presidente do Conselho.

O fulcro de toda esta questão não reside na exposição das orientações ou planos a seguir, mas sim nas pessoas que possuem a autoridade para dirigir. Essas pessoas têm de ser competentes e possuir uma mentalidade e experiência comprovadas. Torna-se, além disso, indispensável que exista uma unidade de comando e de orientação numa questão que tem sofrido com os fluxos e refluxos das intervenções múltiplas e poderosas.

Estão em campo quatro Ministérios e

várias comissões, todos ligados mas todos separados.

A primeira condição consiste pois em colocar a direcção superior desta obra, ao abrigo dessas interferências e proponho para isso a criação de uma Comissão Autónoma temporária e directamente dependente da Presidência do Conselho.

Essa comissão deverá ser presidida por um professor da Faculdade de Medicina de Lisboa escolhido pelo Presidente do Conselho ou pelo Conselho da Faculdade de Medicina se o Presidente do Conselho assim o entender.

A função do presidente da Comissão será a de um coordenador geral, de um moderador e de um juiz responsável perante o Presidente do Conselho.

O presidente da comissão poderá tratar dos casos necessários com os Ministros das Pastas que se encontrarem no campo de acção da comissão.

O presidente da comissão estudará em contacto directo permanente com o Conselho Escolar que será mantido ao corrente de todos os problemas.

Seria conveniente nomear dois observadores das Faculdades de Medicina de Coimbra e do Porto para que estes se possam inteirar dos diversos problemas e dificuldades que forem surgindo e da forma como forem solucionadas.

Os principais e quaisquer outros vogais da comissão ficarão encarregados de sectores bem definidos e serão nomeados pelo presidente da comissão de acordo com o Presidente do Conselho.

Salvo melhor distribuição, os vogais principais serão os seguintes:

1 — Um professor da F.M.L. encarregado do sector hospitalar no seu conjunto.

2 — Um superintendente de enfermagem contratado num Centro de Enfermagem estrangeiro encarregado de organizar um núcleo de colaboradores portugueses e orientar com o auxílio destes, todos os problemas relativos a

a) quadro e recrutamento do pessoal do quadro.

b) quadro e funcionamento da Escola de Enfermagem anexa ao Hospital-Faculdade.

c) organizar os serviços de lavanderia, rouparia, cozinha, etc.

d) preparar e escolher a futura superintendência portuguesa.

3 — Um arquitecto encarregado, além dos serviços necessários, do projecto da Escola de Enfermagem e do lar das enfermeiras.

4 — Um engenheiro construtor civil.

5 — Um administrador-geral.

6 — Um técnico financeiro indicado pelo Ministério das Finanças.

A cada um destes vogais poderão ser agregados os técnicos que se julgarem necessários.

A missão da Comissão consiste em dirigir e organizar tudo quanto for necessário para pôr o Hospital em pleno funcionamento.

A abertura dos diversos sectores do Hospital far-se-á progressivamente e segundo um plano estabelecido que tenha em conta a possibilidade de ser recrutado pessoal de qualidade.

A Comissão será dissolvida quando todo o edifício estiver a funcionar e fornecerá ao Presidente do Conselho um projecto sobre o quadro normal da Direcção.

Está tudo dito.

Se fiz bem ou se fiz mal, a Assembleia o julgará.

Que me perdoem aqueles que eu feri sem qualquer desejo de o fazer, e que nunca eu teria ferido se não tivesse subido a esta Tribuna.

Finda a exposição do Prof. Dr. Cid dos Santos, e depois de troca de explicações — que se não compreenderam muito bem na tribuna da Imprensa — entre o orador e o sr. Dr. Moura Relvas, acerca do problema da preparação das enfermeiras, o sr. Dr. Almeida Garrett requereu a generalização do debate, a qual foi concedida pelo sr. Presidente.

(Continua)

VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário em Lisboa

Promovido pela Secção Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos, iniciou-se no dia 4 de Janeiro o VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, o qual é subsidiado pelo sr. Ministro do Interior.

Destinado a médicos dos meios rurais, este Curso, que, como os anteriores, foi organizado pelos Drs. Andresen Leitão e Pimentel Barata, consta de lições teóricas e práticas, cujo programa foi o seguinte:

Dia 4, às 10 horas — Hospital de Arroios (Serviço 1). Dr. Alfredo Franco «Tratamento da hipertensão arterial». Demonstrações práticas nas enfermarias.

15 horas — Visita ao novo Hospital Escolar.

Dia 5, às 10 horas — Hospital Curry Cabral. Prof. Juvenal Esteves «O Eczema». Demonstrações práticas nas enfermarias.

15 horas — Ordem dos Médicos. Drs. Adolfo Coelho, Norton Brandão, Sá Marques «Discussão sobre Cortisona»

Dia 6, às 9 horas — Hospital de Arroios. Dr. Ramos Dias «Feridas». Demonstrações práticas nas enfermarias.

15 horas — Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge. Dr. Arnaldo Sampaio «A gripe como problema de Saúde Pública».

Dia 7, às 9 horas — Hospital de Santo António dos Capuchos (Serviço 11). Dr. Miguel Rodrigues «Epilepsias». Demonstrações práticas nas enfermarias.

15 horas — Ordem dos Médicos. Drs. Ivaldo da Fonseca, Prof. Juvenal Esteves, Fernando Rodrigues, Torres Pereira e Campos Henriques «Discussão sobre Antibióticos».

Dia 8, às 8,30 horas — Instituto Português de Oncologia. Dr. Baptista de Sousa «O cancro do recto e o seu diagnóstico precoce». Clínica e Radiologia — Demonstração operatória.

15 horas — Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge. Dr. Fausto Raul de Almada Lencastre Cruz de Campos «Estimas de insuficiência alimentar»

16,30 horas — Dr. Luís Augusto Cortes-Real Cayola da Mota. «Diagnóstico e terapêutica das bruceloses».

Dia 9, às 10 horas — Hospital de Santa Marta (2.^a Clínica Médica). Dr. Paula Nogueira «Facomatoses». Em colaboração com os Srs. Drs. Henrique Moutinho e J. Pimentel. Demonstrações práticas nas enfermarias.

Dia 11, às 10 horas — Hospital de S. José (Enfermaria Santa Isabel). Dr. José de Melo e Castro «Insuficiência cardíaca». Demonstrações práticas nas enfermarias.

15 horas — Ordem dos Médicos. Dr. Norton Brandão «Seborreia e doenças relacionadas».

17 horas — Hospital de Santa Marta (Sala da Biblioteca). Dr. Francisco Formigal Luzes «Os ultra sons em

terapêutica». Demonstrações práticas da sua aplicação.

Dia 12, às 9,30 horas — Centro de Vacinação e Profilaxia dos Serviços do BCG (Praça do Chile). Dr. Serafim Casanova Alves «Vacinação pelo BCG». Demonstrações práticas.

Dia 16, às 10 horas — Sanatório Marítimo de Sant'Ana (Parede). Dr. Arnaldo Rodo «Aspectos clínicos e efeitos sociais da tuberculose do esqueleto e de outras doenças do sistema locomotor». Demonstrações práticas nas enfermarias.



Um grupo dos médicos que visitaram o Hospital-Faculdade, acompanhados pelo Prof. Adelino Padesca e pelos Drs. Pimentel Barata e Andresen Leitão. (Fotografia tirada na escadaria do novo Hospital).

15 horas — Hospital de Santa Marta. Dr. Francisco Luzes (sobrinho) «As correntes de alta frequência em terapêutica».

Dia 13, às 10 horas — Hospital do Desterro (Serviço 1). Dr. Neto Rebelo «Carcinoma do endométrio». Demonstrações práticas nas enfermarias.

15 horas — Instituto de Reumatologia (Rua D. Estefânia, n.º 187). Dr. M. Assunção Teixeira «Os tão falados e incriminados *Bicos de Papagaio* no quadro das algias vertebrais mais comuns».

16 horas — Apresentação de doentes, radiografias, estatísticas médico-sociais, etc.

17 horas — Passagem de filmes sobre assuntos reumatismais.

Dia 14, às 10 horas — Hospital Curry Cabral. Prof. Frederico Madeira «Diagnóstico e tratamento das meningites». Demonstrações práticas nas enfermarias.

15 horas — Hospital de S. José (Serviço de Agentes Físicos). Dr. Alfredo Luazes Meyer «Radiações»

17 horas — Ordem dos Médicos. Prof. Juvenal Esteves «Reacções urticariformes».

Dia 15, às 10 horas — Hospital de D. Estefânia. Dr. Abel da Cunha «Situações de urgência em cirurgia infantil». Demonstrações práticas nas enfermarias.

15 horas — Direcção do Serviço de Saúde Militar. Dr. Nicolau de Bettencourt «Alguns aspectos da guerra A.B.C. e da defesa civil do território».

Cada uma das turmas do Curso frequenta, obrigatoriamente, os Serviços de Urgência do Hospital de S. José, das 18 às 24 horas.

No dia 4, depois da primeira lição, os médicos que frequentavam o Curso reuniram-se no novo Hospital Escolar, para uma visita às suas instalações, como constava do programa. Ali foram recebidos e acompanhados pelo Prof. Adelino Padesca, pelos Drs. Pimentel Barata e Andresen Leitão. O Prof. Padesca, após ter dado as boas-vindas aos componentes do Curso e de lhes dizer do prazer que tinha em os receber ali, relatou-lhes, a traços largos, a história da construção do Hospital-Faculdade. Seguiu-se a visita às suas instalações, que deixou magnificamente impressionados todos os visitantes.

O Curso prolongou-se até ao dia 16.

Prof. Léon Unger

No dia 5, no Hospital de Santa Marta, realizou uma conferência sobre «Asma brônquica; seu diagnóstico, tratamento e complicações», o Dr. Léon Unger, professor de clínica médica da Faculdade de Medicina de Chicago e «Fellow» do American College of Chest Physicians.

Apresentado pelo Prof. Adelino Padesca, o conferencista estudou os métodos para se estabelecer o diagnóstico diferencial da asma brônquica e apresentou, depois, os modernos sistemas de tratamento, insistindo no emprego da Cortisona e do ACTH.

V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 9 a 13 de Fevereiro)

Dia 9 — Em Figueira de Castelo Rodrigo trabalha activamente a nova Comissão Administrativa da Misericórdia, que envida de esforços no sentido de remodelar os serviços do seu hospital.

10 — Em missão de estudo e como bolsheiro do Instituto para a Alta Cultura, parte do Porto para a Alemanha o Dr. Azevedo Fernandes.

11 — Em Coimbra, realiza-se nos Hospitais da Universidade a reunião quinzenal de trabalhos da Faculdade de Medicina, sendo apresentadas as seguintes comunicações: Profs. Vaz Serra e Michel Mosinger — «A carcinomatose hepato-pulmonar»; Dr. Espírito Santo — «Um doente com icterícia».

— No Porto, à noite, realiza-se na sede da secção regional da Ordem a reunião mensal dos Neuro-psiquiatras do Norte. O Dr. Corino de Andrade é o apresentante de casos clínicos.

— A Sociedade Humanitária da Cruz Vermelha Portuguesa completa oitenta e nove anos de existência.

12 — Vindo da Ilha da Madeira, parte de Lisboa para Paris o Dr. Emille Borel, vice-presidente do Conselho Internacional Científico.

13 — No Porto, na sede da Secção Regional do Norte, da Ordem dos Médicos, o Dr. Amílcar Moura realiza uma conferência subordinada ao título «Medicina psicossomática (A orientação do Prof. Harold Wolf, de Nova Iorque)», ouvida com muito interesse pela assistência.

— Na Faculdade de Medicina do Porto, perante um júri presidido pelo Reitor, Prof. Amândio Tavares, e de que fazem parte os professores de Coimbra, Dr. Maximino Correia e Tavares de Sousa; de Lisboa, Celestino da Costa e Vítor Fontes e do Porto, Hernâni Monteiro e Sousa Pereira, termina as provas de concurso para professor catedrático de Anatomia Descritiva o Dr. Manuel de Melo Adrião.

O novo catedrático, que é aprovado por unanimidade, tem o seu «curriculum vitae» apreciado pelos Profs. Maximino Correia e Vítor Fontes e a tese pelo Prof. Sousa Pereira.

No final a assistência, que enche a sala felicita o prof. Melo Adrião, que por tantos títulos merece a geral estima da classe médica.

Estrangeiro

Em Paris morre com a idade de 68 anos o Dr. Arnauld Tzank, mundialmente conhecido pelos seus trabalhos científicos, nomeadamente no campo da Hematologia.

— Em Tunes, Tunísia, faleceu o Dr. Auguste Guénot, célebre por seus estudos sobre o tracoma.

— Em Londres, na Câmara das Comunas, o Ministro da Saúde referindo-se às conclusões de uma comissão de peritos, encarregados de estudar a relação entre o uso do tabaco e o cancro do pulmão, disse haver «forte presunção» de que aquele uso concorresse para o seu desenvolvimento.

A G E N D A

Portugal

Concursos

Estão abertos:

De provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias para o pro-

vimento de assistente da especialidade de neurocirurgia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Os médicos católicos do Porto iniciam, no próximo dia 16, o seu ciclo de estudos sob o tema geral «Deveres médicos na propagação da família».

O primeiro expositor é o Dr. Leonardo Coimbra que aborda o tema «Teoria geral da Família», sendo comentado pelo Dr. Waldemar Pacheco e postas as conclusões pelo Prof. Melo Adrião.

Com a mesma orientação e ordem de trabalhos seguem-se outras sessões, pelo ano adiante, com os seguintes títulos e respectivos colaboradores: «Deveres médicos pré-matrimoniais» (A esterilidade; doenças contagiosas; idade e parentesco) pelos Drs. Inácio de Salcedo, Daniel Serrão e Prof. Fernando Magano; «Deveres médicos pré-matrimoniais» (O certificado pré-matrimonial) pelos Drs. Alvarenga de Andrade, Pimentel das Neves e Prof. Esteves Pinto; «Tutela médica da procriação» (Neomaltusianismo; fecundação artificial; rejuvenescimento) pelos Drs. Abel Tavares, Mendonça e Moura e Prof. Joaquim Bastos; «Tutela médica da procriação» (o problema do aborto) pelos Drs. Rolando van Zeller, Francisco de Almeida e Prof. Gonçalves de Azevedo e, por último, a intitulada «Os filhos, a criança e sua educação» pelos Drs. Lopes dos Santos, Bianchi de Aguiar e Leonardo Coimbra.

— Em Lisboa, de 5 a 8 de Abril, realiza-se o X Congresso da Sociedade Latina de Otorrinolaringologia.

Estrangeiro

Nos dias 21 a 25 de Fevereiro, realiza-se em Caracas o III Congresso Luso-hispano-americano de Otorrinolaringologia.

— No México, de 28 de Fevereiro a 4 de Março, realiza-se o Congresso Panamericano de Otorrinolaringologia e Broncoesofagologia.

— Em Abril, dias 5 a 10, realiza-se em Roma o III Congresso de Electroradiologia de Cultura Latina, o XVIII Congresso da Soc. Italiana de Radiologia Médica e a Exposição Internacional de Electroradiologia.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 5-2-54 a 10-2-54)

6-2

Dr.^a Laura Guilhermina Martins Aires, médica, contratada da Delegação de Saúde do distrito de Lisboa — rescindido o respectivo contrato para o exercício destas funções, de harmonia com a revisão do pessoal contratado não pertencente aos quadros das Delegações e Subdelegações de Saúde, e admitida, para prestar serviço como médica especialista, além do quadro, no Dispensário de Higiene Social de Lisboa.

— Dr. Joaquim Simões Pinto Guedes, estagiário, contratado, da Delegação de Saúde do distrito do Porto — rescindido o respectivo contrato para o exercício destas funções, de harmonia com a revisão do pessoal contratado não pertencente ao quadro das delegações e subdelegações de saúde, para prestar serviço como médico, além do quadro, do Hospital Joaquim Urbano, do Porto.

— Drs. Arménio dos Santos Ferreira, Carlos Alberto Fernandes da Costa, Carlos Eurico Cruz de Faria Lapa, Fernando Eugénio da Silva Veiga Troçoilo, Francisco Ferreira Quirino Rosa, Joaquim da Silva

Pires Tavares, Licínio Gonçalves de Oliveira, Ludgero Eugénio Pinto Basto, Luís Carlos de Matos, Luís de Gonzaga Moura e Luís José Chaves Abecassis, internos do internato complementar, contratados além do quadro dos Hospitais Cívicos de Lisboa — rescindidos os respectivos contratos a partir do dia 12 do corrente.

— Drs. Fernando Rosário Caldeira e Max Figueira Schreck, médicos radiologistas, contratados além do quadro dos Hospitais Cívicos de Lisboa — rescindidos os respectivos contratos a partir do dia 12 do corrente.

— Dr. Hermenegildo Roxo Crujeira, médico fisioterapeuta, contratado além do quadro dos Hospitais Cívicos de Lisboa — rescindido o respectivo contrato a partir do dia 12 do corrente.

9-2

Dr. Amadeu de Magalhães Peixoto de Menezes, interno graduado dos serviços gerais de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa, contratado — rescindido, a seu pedido, o respectivo contrato.

— Dr.^a Maria Elisa do Sacramento Monteiro — classificada em mérito relativo no concurso para interno do internato complementar de pediatria médica, dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Francisco Carlos de Noronha Wolfango da Silva, médico urologista do quadro médico complementar de cirurgiões e especialistas de Angola — desligado do serviço para efeitos de aposentação.

— Dr. Manuel Domingos Angélico — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.^a classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado na Guiné, na vaga resultante da promoção à classe imediata do Dr. Júlio Pedro Medina do Rosário.

— Dr. Filipe Manuel dos Reis — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.^a classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Angola, na vaga resultante da passagem à licença ilimitada do Dr. João da Rocha de Morais Machado.

— Dr. José Lourdes António Picardo Renato Fernandes, lente do 7.^o grupo da Escola Médico-Cirúrgica de Goa — reconduzido pelo período de dois anos no referido lugar.

— Dr. Fernando Carlos José Francisco Xavier Henriques de Albuquerque, lente do 5.^o Grupo da Escola Médico-Cirúrgica de Goa — reconduzido pelo período de dois anos no referido lugar.

— Dr. Joaquim Ferreira Guedes, médico de 2.^a classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Moçambique — nomeado definitivamente no referido lugar.

10-2

Dr. António Rogério Luís Gonzaga — admitido definitivamente ao concurso documental para provimento do lugar de especialista de Anatomia Patológica do Sanatório D. Manuel II.

— Dr. Manuel Lopes de Azevedo Fernandes, médico-chefe do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte, no Porto — considerado em missão oficial de estudo fora do País durante três meses, com início em 8 de Fevereiro corrente.

— Dr. José Conde, assistente do Instituto Português de Oncologia — concedida uma bolsa de estudo fora do País de 14 de Janeiro a 10 de Maio de 1954.

— Dr. Octávio José Botelho Machado, director dos serviços termiais do distrito de Ponta Delgada, médico assistente do Dispensário Antituberculoso de Ponta Delgada e director dos serviços de Oftalmologia do hospital da Santa Casa da Misericórdia da mesma cidade — prorrogada a equiparação a bolsheiro fora do País de 1 de Janeiro a 30 de Junho do corrente ano.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Outros países: um ano — 200\$00

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

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$00

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

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

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

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

