

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 125
21 de Janeiro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

UMA CONCEPÇÃO ORIGINAL
EM TERAPÉUTICA ANTIBIÓTICA!

OMNACILINA AZEVEDOS

3 ACÇÕES CONJUGADAS:

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

Injectável

APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 150.000 U. O. de Penicilina
NORMAL — 400.000 U. O. de Penicilina
FORTE — 600.000 U. O. de Penicilina
FORTÍSSIMA — 800.000 U. O. de Penicilina

em caixas de 1, 3, 5 e 10 doses

Rectal

APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 300.000 U. O. de Penicilina
ADULTOS — 500.000 U. O. de Penicilina



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
ALEXANDRE SARMENTO — <i>Temas médicos e antropológicos do Ultramar</i> 45	<i>Pedras soltas</i> — MENDONÇA E MOURA 41	
E. LOPES SOARES E C. MAIA MENDES — <i>Hipotensão controlada em cirurgia maxilo-facial</i> 50	<i>Ecos e Comentários</i> 44	
MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS</i> — <i>Progressos recentes do tratamento do cancro inoperável</i> 56	<i>Aspectos do exercício da Medicina, em meio rural</i> — BERNARDINO PINHO 45	
<i>Tabagismo e cancro do pulmão no médico</i> 57	<i>2.ª sessão da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica</i> 48	
<i>Resumos e comunicações feitas ao Congresso de Cirurgia de Lisboa</i> 58	<i>O presente e o futuro da tuberculose</i> 49	
	<i>Noticiário diverso.</i>	



LONGACILINA

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

LONGACILINA

Comprimidos para administração oral.

Cada comprimido: 150.000 U.—Actividade: 8-12 horas

Boião de 12 comprimidos

Indicações: Tratamentos prolongados e tratamentos de consolidação de infecções agudas por germes sensíveis à penicilina.

LONGACILINA A

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

Caixa de 1 frasco de 300.000 U.—Actividade: 7 dias

Caixa de 1 frasco de 600.000 U.—Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Temas médicos e antropológicos do Ultramar



ALEXANDRE SARMENTO

(Médico do Hospital do Ultramar)

I

ALIMENTAÇÃO INFANTIL ENTRE OS HUAMBOS

Os problemas da Nutrição preocupam cada vez mais os médicos e outros cientistas de todo o Mundo, assumindo tais problemas um interesse ainda maior nas regiões habitadas por populações atrasadas onde, como é fácil de compreender, as consequências de uma nutrição deficiente se revestem de aspectos mais graves e complicados.

Em estudos desta natureza — como, aliás, em muitos outros — a Antropologia tem de andar de mãos dadas com a Medicina, visto que os inquiridos a que se tem de proceder junto das populações indígenas não podem prescindir, para serem levados a cabo com êxito, do concurso do médico versado em assuntos de Sociologia e Etnografia.

Em Abril de 1952 apresentei ao I Congresso Nacional de Medicina Tropical uma comunicação sobre a alimentação dos Huambos na qual procurei estudar, principalmente no ponto de vista etnográfico, esse importante capítulo da vida desse povo.

Ao apresentar tal trabalho tive em mente pôr nas mãos dos nutricionistas uma série de informações pessoais baseadas em inquiridos e observações locais que lhes pudessem ser úteis para o estudo da alimentação daquela tribo angolana.

Julgo que investigações desta natureza são um dos primeiros passos a dar no estudo alimentar dos povos indígenas, para assim se poder depois estabelecer com segurança as cartas dos respectivos regimes alimentares.

Uma vez estabelecidas estas, poderão então os nutricionistas realizar as investigações necessárias — e que de tão grande urgência se revestem — para o perfeito conhecimento de um dos mais importantes capítulos médicos e biológicos das populações de Além-Mar.

No número de Setembro de 1953 da revista «The West African Medical Journal», dedicado a assuntos de nutrição, li um interessante estudo de D. B. Jelliffe sobre a alimentação infantil entre os Yorubas de Ibadan (Nigéria) onde este autor, a par de informações acerca da alimentação nos primeiros dias de vida, amamentação, desmame, alimentação artificial, etc. nos dá também curiosas notas etnográficas sobre tais assuntos e especialmente sobre os gémeos.

Porque, paralelamente à minha actividade como analista, trabalhei também durante muitos anos em Angola no sector da assistência médica e social à mãe e à criança indígena, pareceu-me ser talvez de algum interesse escrever algumas notas sobre a alimentação infantil entre os Huambos, população que conheço regularmente pelo convívio de quase uma dezena de anos.

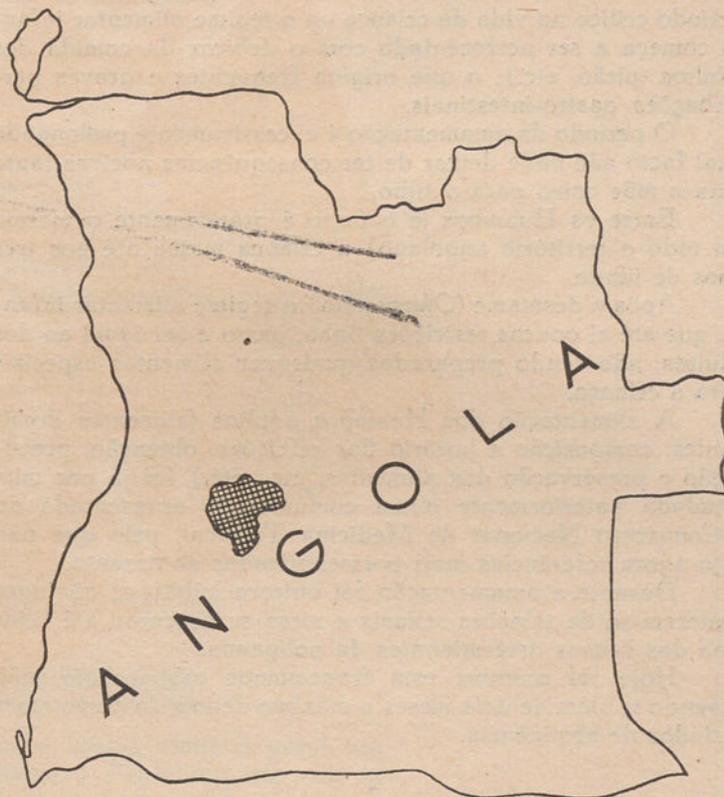
*

Os Huambos pertencem ao grupo linguístico-etnográfico dos Umbundos e constituem, sem dúvida, uma das mais importantes tribus em que se divide aquele grupo étnico.

Habitam as áreas do Posto-sede e dos Postos do Quipeio e Vila Nova, do Concelho do Huambo, e toda a área do Concelho da Caala (Distrito do Huambo — Província administrativa de Benguela).

Podemos fazer a sua localização na carta geográfica de Angola dizendo que habitam a zona compreendida entre os paralelos 12,5 e 13,5 Sul e os meridianos 15 e 16 Este.

Sem podermos afirmar com absoluta segurança o número total de indígenas pertencentes a esta tribo, julgamos todavia (em face dos dados do Censo de 1950) poder computá-los em cerca de 220.000 indivíduos.



Posição dos «Huambos» na carta etnológica de Angola

As notas que vão seguir-se são fruto de uma experiência pessoal de muitos anos nessa região. Mas para a elaboração deste trabalho recebi também alguns valiosos esclarecimentos complementares que me foram prestados pelo meu prezado amigo Rev. Delfim da Silva Pedro, activo Superior da Missão Católica do Huambo, a quem deixo aqui renovados os meus melhores agradecimentos.

*

Quando a criança nasce procede-se logo ao corte do cordão umbilical, seguindo-se imediatamente um banho para limpa do recém-nascido.

Findo o banho, é dada à criança uma colherinha de *ochissângua*, bebida ligeiramente fermentada obtida a partir de farinha de milho.

Devo esclarecer que esta administração de *ochissângua* tem um carácter nitidamente ritual e não visa, portanto, uma finalidade propriamente alimentar.

Segundo leio no estudo de D. B. Jelliffe as coisas em Ibadan (Nigéria) passam-se de maneira um tanto diferente.

Ali também, logo após o corte do cordão umbilical e do banho, é dada ao recém-nascido uma bebida — *agbo-omo* — obtida pelo decocto de várias plantas e raízes.

Mas ao passo que entre os Huambos a quantidade ministrada é insignificante, os Yorubas dão o *agbo-omo* em volumes consideráveis.

Além disso, a *ochissângua* é apenas obtida da fermentação do líquido com farinha de milho, enquanto o *agbo-omo* tem propriedades medicamentosas (laxativo; anti-malárico?).

Após a administração da *ochissângua* o recém-nascido fica geralmente um dia sem mamar.

Este costume, todavia, tende a sofrer alterações pois são já muitas as mães que começam a dar de mamar logo após o corte do cordão.

Durante os primeiros dois ou três meses a alimentação da criança é constituída pelo seio materno (dado quando calha, sem qualquer horário ou coisa parecida) e pela *ochissângua*, sendo também habitual a partir do primeiro mês dar-se ao lactente papas finas de milho (*Ekwela*).

O uso da *ochissângua* está de tal modo inveterado que existe entre os Huambos um velho provérbio que diz: «a mãe que está a dar de mamar tem duas cabaças». Isto é, o peito e a cabaça daquela bebida que traz também sempre consigo para dar ao filho.

Do terceiro mês em diante — e surge agora aqui um período crítico na vida da criança — o regime alimentar infantil começa a ser acrescentado com o debicar da comida dos adultos (pirão, etc.), o que origina frequentes e graves perturbações gastro-intestinais.

O período da amamentação é excessivamente prolongado e tal facto não pode deixar de ter consequências nocivas tanto para a mãe como para o filho.

Entre os Huambos (e o facto é praticamente o mesmo em todo o território angolano) a criança mama até aos três anos de idade.

Após o desmame (*Okusumula*) o regime alimentar infantil, que até aí poucas restrições tinha, passa a ser igual ao dos adultos, não sendo preparados quaisquer alimentos especiais para a criança.

A alimentação dos Huambos adultos (alimentos dominantes, composição e horário das refeições, obtenção, preparação e preservação dos alimentos, etc., etc.) foi já por mim estudada anteriormente numa comunicação apresentada ao I Congresso Nacional de Medicina Tropical, pelo que não faço agora referências mais pormenorizadas ao assunto.

Durante a amamentação foi outrora hábito os cônjuges absterem-se de relações sexuais e nisso se procurou até filiar uma das causas determinantes da poligamia.

Hoje tal costume está francamente em declínio, não devendo ir além de dois meses o máximo depois do parto esses períodos de abstinência.

*

Quando a mãe morre deixando um filho de tenra idade, a amamentação deste é assegurada por uma vizinha ou parente que esteja em condições de o poder fazer (isto é, que esteja já a amamentar um filho), ou então — e talvez seja esta muitas vezes a solução mais adoptada — o encargo vem a caber a uma velha tia ou avó do pequeno órfão.

Estamos aqui em face de um costume curioso de que nunca pude obter satisfatória explicação.

Como conseguem os indígenas que uma mulher já velha possa, de um momento para o outro, passar a ter secreção láctea suficiente para alimentar uma criança?

Procurei muitas vezes obter o segredo de tal prática mas devo confessar que foram sempre baldados os meus esforços apesar de todo o tacto usado em tais pesquisas.

E todavia o facto é indiscutível.

Num ensaio etnográfico sobre os Achirimas, mandado publicar pelo Governo Geral de Moçambique, escreve o seu autor, sr. Soares de Castro:

«*Já me foi dado verificar interessantíssimo caso em que, tendo uma pobre mulher falecido logo após o parto, a criancinha sobrevivente passou a ser amamentada pela própria avó, indígena sexagenária, devido a um medicamento ministrado em poucas horas pelo curandeiro local.*»

Na sua obra clássica e a todos os títulos notável «*A Vida de uma tribo sul-africana*», o ilustre etnógrafo e missionário Henri Jounod diz:

«*Outro caso extraordinário foi o seguinte: uma mulher morreu depois do nascimento do filho chamado Maiimbê. A avó, que se chamava Michidobi, tinha um filho adulto e não tivera mais filhos depois desse; preparou cerveja fraca e outros alimentos apropriados e conseguiu segregar leite; e foi assim que a criança se salvou.*»

Por seu turno o médico D. B. Jelliffe no seu trabalho apresentado à Conferência Inter-Africana sobre a Alimentação da Mãe e da Criança (Gambia — 1952) afirma:

«*When a Yoruba mother dies during labour, a baby is suckled by a relative or occasionally a neighbour — professional wet-nurses being unknown. Usually these women are already lactating, but sometimes it seems certain that lactation is artificially induced. In Ibadan numerous examples have been noted in the last four years, although it must be conceded that the actual period of lactation has never been closely observed. However, lactating women have been seen who have had no children of their own for up to 12 years previously — several of whom had indeed passed the menopause. All had, however, had children of their own sometime in the past. The method used to initiate lactation consisted of putting the baby to the breasts, bathing the breasts with a brew of mixed herbs and the drinking of native herbal medicine.*»

Eu próprio tive muitas vezes ocasião de verificar factos semelhantes em diversas regiões de Angola, tendo constatado a presença de lactação franca em mulheres velhas e que há mais de vinte anos não tinham filhos.

O que se vê é que o tabu persiste em toda a parte — seja em Moçambique, em Angola ou na Nigéria.

De positivo nada se sabe quanto ao modo da produção da lactação e as vagas expressões «medicamentos do curandeiro», «cerveja fraca e alimentos apropriados», «mistura de ervas e bebidas de ervas medicinais» e outras semelhantes mais não são do que um reflexo do desconhecimento que ainda se tem do assunto.

E posso afirmar por experiência própria que é imensamente difícil obter qualquer esclarecimento insignificante que seja sobre este caso, desviando mesmo as mulheres indígenas sistematicamente a conversa sobre o assunto.

A alimentação artificial com leite de vaca ou de cabra não é nunca posta em prática entre os indígenas do Huambo.

E o facto não é certamente devido à falta de leite, pois nessa região tanto o gado bovino como o caprino existem em quantidade apreciável em poder dos indígenas.

II

GÊMEOS

O nascimento de gémeos é encarado diferentemente pelas populações africanas, pois enquanto algumas (e creio constituírem a maioria) consideram tal facto como digno de má sorte, outras (como os Yoruba) festejam o acontecimento com visível satisfação.

D. B. Jelliffe — a quem devemos esta última informação — diz-nos também que, como explicação de tal facto, se deve ter presente que *Odudua*, mãe dos deuses e deusa da fertilidade, é geralmente representada com a figura de uma mãe amamentando dois gémeos.

Entre os Huambos — a quem estas notas médicas e antropológicas são especialmente dedicadas — o nascimento de gémeos não é desejado, mas o facto do seu nascimento se verificar não é razão para que tais crianças sejam desprezadas ou mal queridas.

No Dispensário de Puericultura de Nova Lisboa, que dirigi de 1943 a 1952, lidei com muitas mães com filhos gémeos e tive sempre ocasião de verificar que os carinhos e cuidados tidos com eles não eram menores do que os dispensados por outras mães a seus filhos.

P V R

Imunoterápia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÕES

Injectável

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

Supositórios

1.000.000 U.

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

500.000 U.

Metade da dose da composição anterior.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

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

APRESENTAÇÃO

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

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



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

um produto ANDRÓMACO

LIOFIL B-C

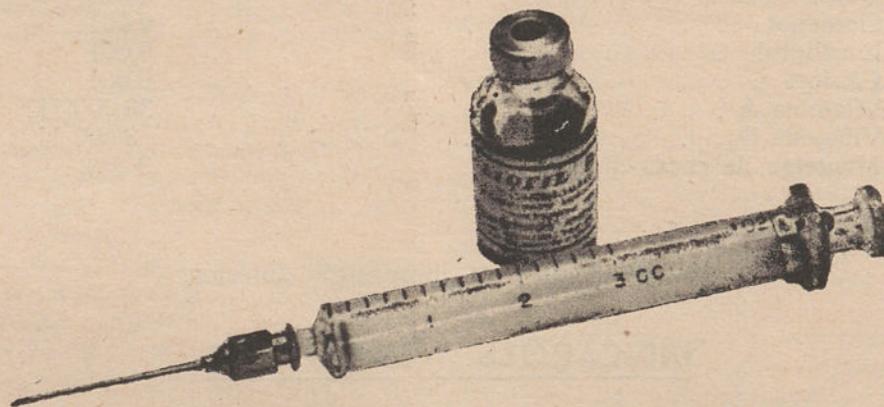
Complexo vitamínico liofilizado, injectável

Alta concentração vitamínica apresentada em **forma desidratada mediante o processo de liofilização**

PUREZA E ESTABILIDADE DE SEUS COMPONENTES

CONSERVAÇÃO ABSOLUTA DA SUA EFICÁCIA TERAPÊUTICA

FACILIDADE DE APLICAÇÃO



FÓRMULA

Cada frasco, contém em forma **liofilizada** estéril:

Vitamina B ₁	150 Milgrs.
Vitamina B ₂	7,5 >
Vitamina B ₆	20 >
Nicotinamida	250 >
Pantotenato de sódio	25 >
Ácido ascórbico	125 >
Extracto de fígado (contendo 20 microgramas de vitamina B ₁₂)	10 U. A.

Para o tratamento intensivo de deficiências vitamínicas. Hipovitaminoses, deficiências nutritivas, estados infecciosos, hipermetabolismo, anemias associadas com deficiências do complexo vitamínico B, gravidez, lactação, nevralgias, diateses cutâneas exudativas, etc.

LABORATÓRIOS



ANDRÓMACO, L.^{DA}

Rua Arco do Cego, 90

Lisboa - Portugal

Como disse, o nascimento de gémeos não é desejado por ser olhado como presságio de mau augúrio.

Todavia, no complicado ritual das crenças mágico-feitistas do indígena, há sempre maneira de esconjurar os perigos que podem advir de tal situação.

Neste aspecto, ainda hoje estão fortemente arraigadas no espírito dos Huambos a crença e fidelidade a determinadas cerimónias que são sempre cumpridas meticulosamente, pois nelas vêm eles o único caminho possível de se livrarem do malefício que está na origem dos partos gemelares.

A elas me quero referir um pouco demoradamente por me parecer que o seu conhecimento não deixa de ter bastante interesse, tanto no ponto de vista etnográfico geral como no do folclore médico.

*

Ao verificar-se o nascimento de gémeos, é sempre a uma mulher que também já teve um ou mais partos em tais circunstâncias que se comete o encargo de proceder à laqueação e corte do cordão umbilical. (*olohopa*) dos recém-nascidos.

A intervenção desta mulher é justificada pela crença de que, por ter sido já mãe de gémeos, poderá trazer boa sorte à parturiente e seus filhos.

Os cordões umbilicais são introduzidos numa cabaça com água e, horas depois, são enterrados geralmente numa encruzilhada.

Para tal, organiza-se uma espécie de procissão e, como o local da inumação fica assinalado, todos os transeuntes ao passarem por aí devem lançar sobre ele folhas e ramos de árvores com a intenção de afastar para longe os maus espíritos.

No cortejo que se organiza para o enterramento dos cordões umbilicais devem tomar parte todas as mulheres que intervieram ou assistiram ao parto.

Vão todas pintadas com uma espécie de barro preto (*ondomba*) e o acto de se pintarem desse modo (*okuyukula*) representa uma invocação de protecção para os gémeos.

Um outro costume muito curioso relacionado com os nascimentos gemelares é o das mulheres da aldeia, ao terem conhecimento do sucedido, se reunirem acto contínuo e começarem em voz alta a dizer palavras disparatadas e até obscenas. Mas tudo é dito em ar alegre e de chalaça, havendo com isso o propósito de pedir aos espíritos que dotem os recém-nascidos de eloquência, vivacidade e, até, de certa acidez nos seus dichotes...

No seguimento das cerimónias mágico-feitistas relacionadas com os gémeos, há uma outra que se realiza seis meses após o nascimento.

Nesse dia grande festa quebra a calma rotina da vida da sanzala.

Faz-se um cozinhado de milho em grão e, em cortejo processional, todos se dirigem à encruzilhada onde, meio ano antes, foram enterrados os cordões umbilicais.

Ali, entre manifestações festivas de alegria, se come uma parte do cozinhado, enquanto a outra parte é ritualmente arremessada, grão a grão, contra os corpos dos dois gémeos, com o propósito de os tornar fortes e rijos como aqueles grãos de milho o são em relação ao habitual «pirão» (papa de farinha de milho).

No final da refeição a mãe põe ao colo os dois filhos, enquanto o «feiticeiro» da tribo se arrasta pelo chão até chegar precisamente ao local onde foram inumados os cordões umbilicais.

Então procede à cerimónia de dar os nomes às crianças, nomes que aliás já toda a gente sabia quais seriam, pois são sempre invariavelmente os mesmos.

Se ambas as crianças são do sexo feminino, uma receberá o nome de Jamba (elefante) e outra o de Gueve (cavalo marinho).

Se ambas são do sexo masculino, os nomes são: Jamba e Hossi (leão).

Quando se trata de um rapaz e de uma rapariga, esta receberá o nome de Gueve e aquele o de Hossi.

No final da cerimónia os gémeos são adornados com pulseiras e missangas — e a festa continua depois como todas as outras, na cadência ritmada dos batuques e nas libações tão caras ao indígena.

*

Quem vir uma mulher indígena do Huambo com um pequeno boneco de madeira a tiracolo, fica logo sabendo que se trata de uma mãe que teve dois gémeos mas dos quais um já faleceu.

Este é representado pelo pequeno boneco que a mãe traz sempre consigo e nunca deixa de o trazer porque, se não o fizesse, isso acarretaria a morte do filho sobrevivente.

Esta prática, sempre rigorosamente cumprida, é mais uma prova, penso eu, do que há pouco afirmei: de que a ninguém agrada o desaparecimento dos gémeos, embora o seu nascimento não seja desejado.

As cerimónias purificadoras anulam os maléficos inerentes aos partos gemelares e, uma vez realizadas, as crianças assim nascidas são queridas e tratadas como todas as outras.

*

Para finalizar estas breves notas sobre os gémeos, não quero deixar de me referir ao facto de nunca ter observado no Huambo (nem em qualquer outra região de Angola) o fenómeno conhecido na Nigéria por *dada*.

O Rev. Padre Delfim, digno Superior da Missão Católica do Huambo e grande calcorreador do sertão, diz-me que também nunca observou ou teve notícia de tal facto — o que fortalece a minha convicção da sua inexistência em Angola.

D. B. Jelliffe, no seu já aqui várias vezes citado trabalho sobre a alimentação infantil entre os Yoruba de Ibadan, dá conta de um facto curioso, e por ele descrito em primeira mão, a que os indígenas dão o nome de *dada*.

Tem na realidade grande interesse etnográfico e até médico, tanto mais que esse autor filia o aparecimento do facto nas más condições de nutrição fetal.

Transcrevo na língua original as suas considerações a este respeito:

«In this context a curious and previously undescribed condition may be noted. This is known in Yoruba as «dada» and is particularly common in twins, usually being seen in the weaker, smaller and more ill-nourished of the two. The condition is evident at birth and consists of long, usually brown, rather fine hair which is conspicuously twisted into tight screwed-up tufts.

The appearance is quite striking. As far as could be detected the parents do not exaggerate the condition by curling the hair themselves. The whole picture becomes even more obvious when the child grows, as, according to Yoruba custom, hair of this type must not be cut, combed or unravelled until suitable propitiation ceremonies have been observed otherwise death will result.

The cause of this condition is unknown, but it only seems to occur in small, weakly, malnourished infants. The possibility of it being due to foetal malnutrition must be considered, although, in children whose hair is not cut, «dada» seems to persist at least as late as the fourth year of life even if they have become well-nourished by this time».

Como já dissemos, semelhante facto parece ser desconhecido em Angola.

Dele nunca tive conhecimento directo ou por informações, o mesmo sucedendo a algumas pessoas conhecedoras do meio a quem nesse sentido me dirigi.

Lisboa, Dezembro de 1953.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- D. B. Jelliffe — «Infant feeding among the Yoruba of Ibadan» — in *The West African Medical Journal* — Vol. II — N.º 3 — Setembro, 1953.
- Soares de Castro — «Os Achirimas».
- Henri Jounod — «A Vida de uma tribo sul-africana» — *Usos e Costumes dos Bantos* — Tomo I — Vida Social — Lourenço Marques, 1944.
- Alexandre Sarmiento — «Alimentação dos Huambos» — in «O Médico» — N.º 56, 1952. (Comunicação apresentada ao I Congresso Nacional de Medicina Tropical).

Hipotensão controlada em cirurgia maxilo-facial (1)

E. LOPES SOARES e C. MAIA MENDES

A técnica da «hipotensão controlada» nasceu da necessidade que muitas vezes tem o cirurgião de ter um campo operatório exangue. Por esta razão os cirurgiões têm gostado de todos os anestésicos e técnicas de anestesia que façam baixar a tensão arterial (T. A.). Durante muito tempo o clorofórmio gozou de grandes simpatias, precisamente porque provocando quedas da T. A. proporcionava campos operatórios relativamente exangues; o mesmo poderemos dizer das chamadas raquis altas.

Quando Enderby publicou os seus resultados do emprego de metónios para deliberadamente provocar hipotensões, esta técnica conquistou logo numerosos adeptos, e não estaremos longe da verdade se dissermos que foram os cirurgiões, ainda mais que os anestesistas, que se mostraram mais interessados.

Temos de concordar que esta técnica, pelo muito que facilita o acto cirúrgico não poderia deixar de entusiasmar os cirurgiões. Mas como por outro lado ela não é desprovida de perigos para o doente, temos que usar de grande critério na sua aplicação, pois não nos parece legítimo subordinar a segurança do doente à facilidade de trabalho do cirurgião.

Os acidentes e os perigos da técnica da «hipotensão controlada» não são tão poucos, nem tão insignificantes como a princípio se julgou. Cada vez mais aparecem na literatura médica, descrições de acidentes atribuíveis ao uso de ganglioplégicos. Não são já apenas aqueles casos que a princípio se julgavam contra-indicações ao seu emprego, que podem dar origem a acidentes. Estes estão descritos não apenas naqueles indivíduos que se sabem serem portadores de lesões coronárias, terem déficits renais ou passados acidentes cerebrais; doentes jovens e sem lesões aparentes de qualquer sistema têm sido vítimas de acidentes.

Em primeiro lugar, queremos focar o caso da possibilidade de indivíduos portadores de lesões coronárias, terem traçados E. C. G. normais, como o demonstrou G. Hayward (7). Não existem meios de observação clínica, seguros, que possam despistar lesões silenciosas das coronárias. Estas lesões das coronárias, quer silenciosa, quer clinicamente comprovadas, constituem um perigo para o doente, pois mortes súbitas têm ocorrido por insuficiência coronária, com o conseqüente infarto do miocárdio (Hewer, C. L.) (8).

Acidentes cerebrais tal como a trombose, são lesões que se podem encontrar, principalmente em doentes que tiveram anteriormente acidentes idênticos (Hewer, C. L.) (8).

Pequenas embolias pulmonares em operados da próstata, e uma flebotrombose após nefrectomia, também têm sido citados na literatura médica (Agosti, L. y De Agustin, P.) (1).

Um caso de amaurose unilateral com recuperação parcial, está descrito, após o uso de hexametónio, embora seja obscura a sua etiologia (Goldsmith; A. J. B. and Hewer, A. J. H.) (6).

A insuficiência renal (Evans and Enderby) (5) e também a insuficiência supra-renal, são por si só contra-indicações formais ao emprego dos metónios.

Nos estados de shock e nos caquéticos, o uso de hipotensores estão contra-indicados, pelo colapso circulatório periférico que acarretariam.

Nas «cesareanas», o uso dos metónios está contra-indicado por poder originar anoxia fetal.

Também os estados de hipotensão e as crianças, pela extrema labilidade do sistema vascular, tornam os metónios desaconselhados.

Os ileus paráltico tem-se encontrado após a administração dos hipotensores (Beaconsfield) (2).

Observa-se também que quando a hipotensão persiste mais de 48 horas há a impossibilidade do levantar precoce, devido às vertigens que sobrevêm na posição ortostática (Beaconsfield) (2).

Acidentes graves do tipo de hemiplegias e paraplegias, têm também ocorrido, embora não se encontrem notícias deles na literatura médica (Anaesthesia) (3).

Não queremos deixar de apontar as hemorragias secundárias, que embora sejam acidentes raros, são também para considerar.

Por último, queremos chamar a atenção para o perigo que pode representar uma pequena perda sanguínea num doente sob «hipotensão controlada». Nem sempre é fácil avaliar a quantidade de sangue perdido; e se este não é integralmente substituído, pode cair-se numa situação de anoxia anémica, que pode ser fatal. Há vários casos relatados de morte atribuída a hemorragia não compensada. Nós próprios, perdemos um doente nessas circunstâncias. Tratava-se dum reticulosarcoma gigante da nuca, em que apesar da Mx. ter descido a valores de 50-55, a perda sanguínea foi considerável, não sendo devidamente compensada. Este doente morreu seguramente por se ter estabelecido uma situação de anoxia anémica (Gráfico n.º 1).

Como, são reais as possibilidades de acidentes, até talvez mais frequentes do que se pensa e diz, julgamos que as indicações desta técnica deverão ser bastante limitadas.

Reservamos o seu emprego apenas para aquelas situações em que o cirurgião tem absoluta necessidade de ter um campo operatório exangue, podendo a presença de sangue comprometer o êxito da intervenção, e em que não haja possibilidade de obter uma hemostase por outros processos. Só nestas condições julgamos sensato empregar a «hipotensão controlada».

Como por outro lado, exigimos que os doentes não apresentem lesões de nenhum dos sistemas capitais da economia, consideramos as indicações para o uso da hipotensão controlada, bastantes restritas. De resto, a própria designação de «hipotensão controlada» se presta a estabelecer a confusão. Na realidade, o grau de queda tensional provocada com os ganglioplégicos é muito variável, e não se pode prever de modo algum, num dado indivíduo, até que nível vai baixar a T. A.

Se há muitos doentes resistentes à acção dos metónios, em que mesmo doses elevadas não conseguem provocar baixas tensionais para além de 90 ou 80 mm., outros há que mesmo com doses pequenas, têm quedas tensionais muito pronunciadas, ultrapassando consideravelmente aqueles valores julgados como óptimos.

Por conseqüência a queda tensional não é regulada por nós; ela será provocada, mas está longe de ser controlada.

Também o regresso aos valores tensionais pre-operatórios, não se encontra perfeitamente sob o nosso domínio. Se na ver-

(1) Comunicação apresentada à I Reunião Nacional de Anestesiologia (Granada, 23-27 de Setembro de 1953).

Somos cautelosos nas doses iniciais, e em regra começamos com 20 ou 30 mgrs., raramente 40 ou 50. Nisto discordamos dos ingleses que aconselham doses altas iniciais. Verificamos que em muitas ocasiões, aquelas doses são suficientes para fazer baixar a tensão a valores compreendidos entre 70 e 80 de Mx. Se a tensão não desce até estes valores, repetimos a dose inicial. Preferimos dar pequenas doses repetidas do que uma única dose grande.

A injeção do ganglioplégico é sempre seguida pela colocação do doente em posição de declive, com a cabeça elevada e os pés baixos, para se realizar o que foi denominado «isquemia postural».

Temos obtido resultados bastante satisfatórios com esta técnica.

Quanto à anestesia, temos usado quer a sequência Tubarina-Pentotal-Pethidine-Novocaína a 1% e Oxigénio por via oro ou naso-traqueal; ou então Tubarina-Pentotal-Pethidine-Protóxido e Oxigénio em circuito fechado (oro ou naso-traqueal). Actualmente preferimos a segunda técnica, por julgarmos que a novocaína pode ser um factor adicional de hipotensão.

Temos sempre uma veia canalizada com uma agulha de Gordh e se apesar da hipotensão, verificarmos que se perde algum sangue, procuramos repô-lo em quantidade aproximadamente igual à que se vai perdendo.

Consideramos indispensável a assistência de dois anestesistas, pois que um, não é suficiente para poder executar as múltiplas tarefas que são necessárias. Não nos parece possível que um anestesista que tenha que estar permanentemente a fazer respiração controlada ou assistida, possa ao mesmo tempo estar a fazer determinações constantes do pulso e da T. A. e a injectar todas as drogas que vão sendo necessárias. Dentro desta técnica julgamos pois essencial: manter uma boa ventilação pulmonar, repôr o sangue, e ter uma veia canalizada com uma agulha de Gordh.

A nossa tática é a seguinte:

Premedicação habitual; canalização de uma veia com uma agulha de Gordh; indução da anestesia com Tubarina e Pentotal; Oxigenação com máscara; entubação oro ou naso-traqueal conforme os casos. Administração de Protóxido de azoto e Oxigénio (I L + I L) através do tubo. Uma vez estabilizada a anestesia, medição da T. A., seguida da administração da 1.^a dose de Hexametónio e da colocação do doente em Trendlenburg invertido a 25°-30°. Três minutos depois, nova determinação da T. A. Se esta desceu para valores entre 80 e 75 mm. damos sinal para o início da intervenção. Se a T. A. não atingiu aqueles valores, injectamos nova dose de Hexametónio.

Durante o acto cirúrgico fazemos em geral medições da T. A. de 5 em 5 minutos. Sempre que há uma tendência para a T. A. começar a subir injectamos nova dose de Hexametónio.

Tivemos algumas vezes dificuldades em fazer determinações da T. A. com os aparelhos habituais (Pachon, Rechlinghausen ou Tycos), quando os valores tensionais atingiam cifras muito baixas. Últimamente temos usado o «tensiómetro electrónico Comet» de grande sensibilidade e que permite leituras fáceis mesmo com valores tensionais de 30 ou 40 mm. Todavia devemos dizer que mesmo este aparelho não nos satisfaz inteiramente porque o mais pequeno movimento do doente se transmite ao ponteiro oscilante, o que perturba a leitura.

Para exemplificação de quanto muito resumidamente acabamos de dizer sobre este assunto de palpitante actualidade, vamos apresentar alguns gráficos demonstrativos da técnica da «hipotensão controlada» aplicada à cirurgia maxilo-facial.

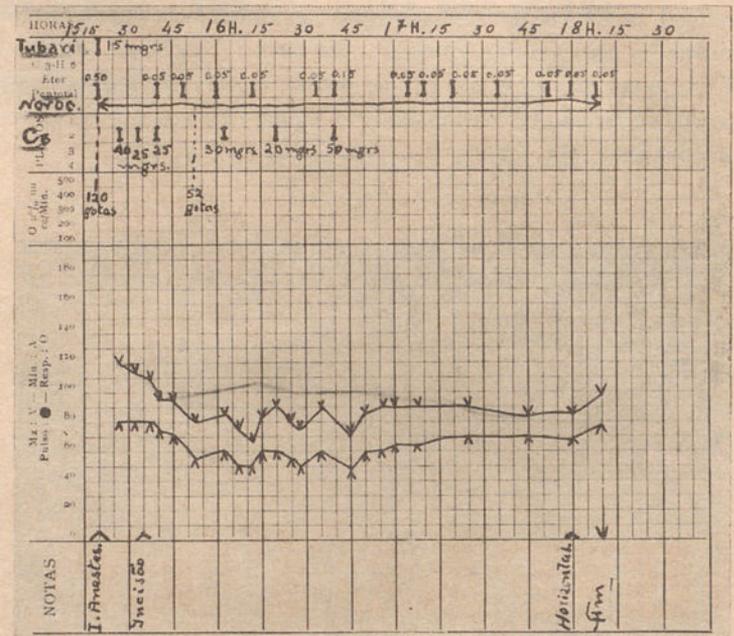


GRÁFICO N.º 3

A. S.; mulher de 23 anos. Plastia abrasiva da face. Anestesia: Tubarina, Pentotal, Novocaína 1%. Hexathide 190 mg. fraccionados. Hemorragia mínima. Excelente post-operatório.

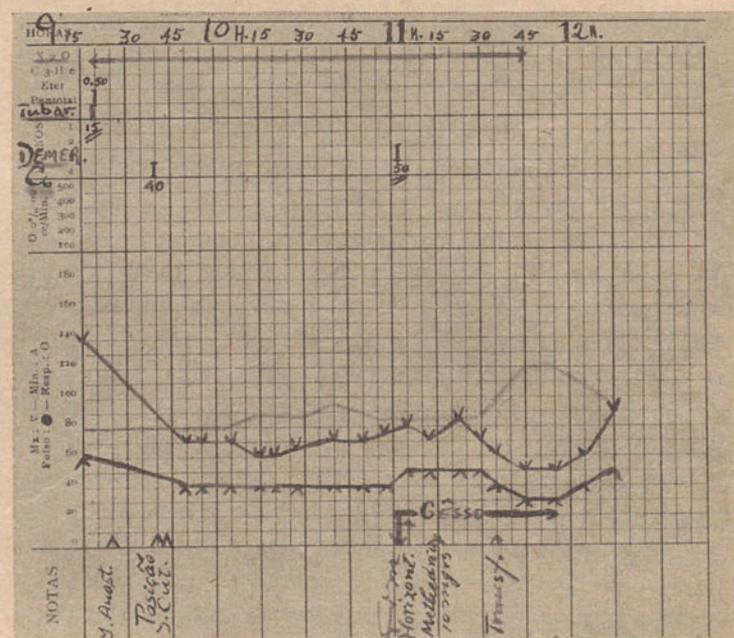


GRÁFICO N.º 4

A. M.; homem de 44 anos. Raça negra. Neoplasia da face esquerda. Anestesia: Tubarina, Pentotal, N20, Demerol. Hexathide 40 mg. Excelente caso; hemorragia mínima. No final da intervenção devido a ter-se mobilizado o doente para a aplicação dum aparelho gessado houve uma queda tensional grave que só se corrigiu com transfusão.

Novos produtos



«BIFACTON»

Terapêutica anti-anémica por via oral.

Factor intrínseco de Castle, pela primeira vez purificado e concentrado de forma estável, associado à vitamina B₁₂.

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

Em:

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

Apresentação:

Emb. de 30 comprimidos

«VELARDON»

Nova concepção no combate aos vermes intestinais.

Um vermífico, altamente eficaz, cuja acção se baseia num princípio absolutamente diferente dos até agora utilizados.

«VELARDON» DIGERE OS VERMES

Combate:

- ascarídeos
- oxiuros
- tricocéfalos
- anquilóstomos

Apresentação:

1 saco de papel de alumínio com 20 grs. de granulado.

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

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

UM NOVO CONCEITO
NA MEDICAÇÃO DA
HIPER - ACIDEZ GÁSTRICA

Calcamine

H I G I E N E

GLICOCOLA E CARBONATO DE CÁLCIO

NEUTRALIZANTE PODEROSO
ACÇÃO IMEDIATA E PROLONGADA
PERFEITAMENTE INÓCUO

CAIXAS DE 12 E 48 COMPRIMIDOS

LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE



MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Progressos recentes do tratamento do cancro inoperável

O autor distingue duas grandes categorias de agentes terapêuticos, correntemente empregados no tratamento do cancro inoperável: 1 — Radiações; 2 — Quimioterápicos. Entre os primeiros agrupa: a) Radiações ionizantes emitidas por uma origem externa, tal como uma ampola de raios X. Entre os aperfeiçoamentos deste método cita a técnica da rotação, em que o paciente é fixado a um aparelho, ao qual se imprime um movimento de rotação, cujo eixo passa pela região a irradiar; e a técnica da grelha metálica, que só permite que a pele seja irradiada, directamente, através duma série de perfurações em xadrez. Outras origens externas de radiações, hoje quase postas de parte, são o rádio e o radão. Fontes de neutrões belatrões, cuja energia é da ordem de muitos milhões de volts, são principalmente de valor experimental. b) Fontes de radiações ionizantes, colocadas nas cavidades naturais, e constituídas por rádio, radão ou mesmo, no caso da boca ou do colo do útero, por ampolas de raios X de forma adequada. c) Irradiação intersticial, por intermédio de agulhas de rádio, de cobalto radioactivo, ou cápsulas de radão implantadas no tumor. d) Irradiação interna de todo o corpo, por isótopos radioactivos. Pode ser não selectiva, como no caso do rádio-sódio, usado na leucémia crónica, devido unicamente à maior sensibilidade das células leucémicas; pode, também, ser parcialmente selectiva, como no caso do emprego do rádio-fósforo, baseado numa assimilação relativamente maior, pelas células tumorais, dotadas de maior capacidade de proliferação; e pode ainda ser altamente selectiva, como no uso do rádio-iodo, dependente duma marcada avidéz das células funcionais da tiroideia, por este elemento.

Entre os agentes quimioterápicos o autor considera: a) Tóxicos gerais, como as mostardas nitrogenadas e o arsénico. b) Antimetabólitos, como os antagonistas do ácido fólico. c) Hormonas, como as androgénicas, estrogénicas ACTH e as do cortex supra-renal.

Pode-se considerar que a quimioterapia e a radioterapia estão combinadas no rádio-fósforo e no rádio-iodo, visto que a natureza química destes rádio-isótopos, conduz à libertação da radioactividade, em maior concentração, nos tecidos alvo.

Além da lista precedente de agentes, usados no tratamento do cancro inoperável, certos outros meios terapêuticos, uns velhos, outros novos, foram ou estão sendo experimentados. Entre estes, podem-se mencionar as toxinas de *Coley*, os polisacáridos bacterianos, e, particularmente as tentativas para adaptar alguns vírus, de modo a que eles passem a ser cancerotrópicos.

Quanto ao cancro da mama, em particular o autor cita, para o caso da mulher, a castração cirúrgica ou radiológica e aprecia, mais detalhadamente, os efeitos das hormonas androgénicas e estrogénicas sintéticas. De um modo geral, parece estabelecido, que a terapêutica androgénica (propionato de testosterona na dose de 100 mgr., 3 vezes por semana) produz os mesmos efeitos, quer antes, quer depois da menopausa. Quanto ao uso de estrogénios, parece que se obtém efeitos semelhantes aos dos androgénios, particularmente no que diz respeito às metástases ósseas, mas o seu emprego só é proveitoso, cerca de 10 anos depois de estabelecida a menopausa, natural ou artificial. Como último recurso, de contróle hormonal do cancro da mama, o autor cita um processo, ainda experimental, que consiste em fazer a adrenalectomia bilateral, mantendo-se a doente com cortisona. No caso do cancro da mama, no homem, o autor cita as conclusões de *Treves* depois dum estudo de 13 casos; este autor aconselha a orquidectomia.

Esta intervenção é também aconselhada para o cancro da próstata. Os estrogénios também são usados neste caso, quer em substituição da orquidectomia, quer depois dela, quando há

aumento da produção de hormonas androgénicas pela supra-renal. Experiências com a progesterona, levam a crer, que esta hormona é também eficaz na terapêutica paliativa do cancro da próstata. Diz o autor, que na recente revisão que *Nesbit e Baum* fizeram deste assunto, conclue-se o seguinte: 1 — A instituição precoce do tratamento influi decisivamente nos resultados; 2 — As sobrevivências de 3 a 5 anos foram significativamente mais numerosas entre os doentes tratados; 3 — Nos casos ainda sem metástases, o valor da orquidectomia isolada e da terapêutica estrogénica isolada mostrou-se aproximadamente igual, mas a combinação dos dois métodos produziu uma maior percentagem de sobrevivências; 4 — Nos casos em que já havia metástases, a orquidectomia mostrou-se mais vantajosa que a terapêutica estrogénica, e a combinação das duas terapêuticas não se mostrou superior à orquidectomia isolada. A adrenalectomia foi também tentada em doentes orquidectomizados, nos quais se suspeitou que houvesse aumento da produção de hormonas androgénicas pelo cortex supra-renal, o que anulava os efeitos da primeira intervenção. Obtiveram-se bons resultados mas ainda é cedo para tirar conclusões sobre a duração deles. Nem a roentgenoterapia, nem as mostardas nitrogenadas, tiveram sucesso no tratamento paliativo do carcinoma da próstata.

O Autor afirma que, embora se tenha tornado quase tradicional, para os cirurgiões torácicos, dizer que a terapêutica pelas radiações, não tem valor no tratamento do carcinoma broncogénico, a verdade é que, em muitos casos, a roentgenoterapia bem doseada, pode produzir melhoras objectivas e subjectivas bem definidas, mais particularmente no que diz respeito ao tumor primitivo, do que às suas metástases ósseas ou viscerais. *Cahan* fez a implantação de radão no decorrer da exploração cirúrgica de certos tumores malignos intratorácicos, inoperáveis, mas não muito extensos. Consegue assim além de origens de radiações no próprio tumor, marcas radio-opacas, que servem para guiar a roentgenoterapia. Há cerca de seis anos, descobriu-se que a mostarda nitrogenada podia ter um rápido, embora transitório e incompleto efeito, no alívio dos sintomas de certos carcinomas broncogénicos altamente malignos; daí o uso desta substância, quer só, quer associada à roentgenoterapia. Estão em curso, estudos sobre os efeitos do rádio-ouro, nos derrames pleurais ou peritoneais associados com neoplasias malignas.

Diz o Autor, que uma das principais limitações do uso do rádio-iodo (I^{131}), no tratamento do cancro inoperável da tiroideia, é a pequena concentração deste rádio-elemento, que se consegue, tanto no tumor primitivo como nas suas metástases. Felizmente, certos procedimentos podem induzir as metástases, a aumentar a sua avidéz pelo iodo; a tiroidectomia total é um deles; outro consiste em administrar uma dose de I^{131} , que pelos efeitos que produz é chamada «dose tiroidectomizante»; também, a seguir à ablação cirúrgica da glândula tiroideia, ou à destruição do tecido tiroideo normal pelo I^{131} , pode-se aumentar a fixação de I^{131} pelas metástases, administrando tirotrofina ou tiouracilo em grandes doses. Apesar das suas limitações, o I^{131} tem produzido, nalguns casos, notáveis efeitos paliativos.

Em contraste com o que se passava, há cerca duma década, quando as radiações externas, o arsénio e pouco mais, constituíam as medidas terapêuticas, nos linfomas e leucémias, hoje, diz o Autor, temos uma série de agentes terapêuticos, na qual uma eleição pode ser feita de acordo com o tipo, extensão e estadia da doença. Estes novos agentes são: os isótopos radioactivos, particularmente o P^{32} e também o Na^{24} , o Mn^{52} , o Au^{198} e o As^{74} , as mostardas nitrogenadas e compostos semelhantes como a tri-etilena melanina (TEM), o uretano, os antagonistas do ácido fólico e as hormonas como o ACTH e a cortisona.

Apesar de algumas limitações, o rádio-fósforo tem sido um útil agente no tratamento da leucémia mielóide crónica, da leucémia linfóide crónica e da policitémia vera. Administra-se oralmente ou intravenosamente numa dose de 75 a 100 microcuries por quilograma de peso, quer como dose única quer dividida em doses diárias. No linfossarcoma generalizado, só nos casos muito rádio-sensíveis, se justifica o uso do P^{32} . Por vezes a sua administração é útil em casos de doença de Hodgkin, micose fungóide ou plasmocitoma. As leucémias agudas não respondem bem ao P^{32} , havendo o risco do seu agravamento.

A experiência mostra que a mostarda nitrogenada — cloridrato de metilo-bis (B-cloro-etil) amina (HN_2) é mais útil na doença de Hodgkin generalizada, contudo e com poucas excepções, as remissões obtidas não duram mais do que alguns meses. A HN_2 pode também ser um útil agente em certos casos generalizados de linfossarcoma, reticulosarcoma, leucémia crónica e de policitémia vera. Não tem produzido bons resultados na leucémia aguda. Esta substância é um veneno celular, e afecta mais rapidamente as células em actividade proliferativa, particularmente as do sistema linfóide e órgãos hematopoiéticos. Injecta-se intravenosamente, em solução salina, contendo um miligrama por c.c., na dose diária de 0,1 ou 0,2 mgs. por quilograma de peso, até um total de 0,4 ou 0,5 mgr. por quilograma de peso. Uma dosagem excessiva, pode lesar gravemente a medula óssea, e produzir uma aplasia medular total. A dose única letal, é calculada em cerca de 1 mgr. por quilo de peso. A extravasão, mesmo pequena, da substância, pode produzir uma grave reacção local. Quase sempre, surgem náuseas e vômitos, dentro de algumas horas a seguir à injeção.

O que foi dito acerca da utilidade terapêutica da mostarda nitrogenada, é igualmente válido para um composto semelhante, recentemente introduzido — a tri-etilena melanina (TEM). Pode ser administrada intravenosamente, em regra numa dose de 2 a 3 mgr., repetida no dia seguinte. Não se deve exceder uma dose total de 8 a 9 mgr., na primeira semana ou 10 dias. Tem a vantagem de poder ser administrada oralmente, em doses de 2,5 a 5 mgr. por dia, até a um máximo de 10 a 15 mgr. por tratamento. Tal como a HN_2 , pode afectar gravemente a medula óssea.

Os antifólicos, tais como a Aminopterina e a Ametopte-rina, revolucionaram o tratamento das leucémias agudas na criança, particularmente desde a introdução do ACTH e da cortisona. A percentagem de doentes em que é possível obter remissões, aumentou de 9% para 32%, com os antifólicos, enquanto que a sobrevivência média aumentou de 20 para 42 semanas.

Se numa criança, se obtém uma remissão com Ametopte-rina, quase sempre é possível obter segunda remissão. Além disso, se as células leucémicas se tornam resistentes à Ametopte-rina, o uso do ACTH ou da cortisona, pode levar a outra remissão, e por vezes o doente recupera então a sensibilidade para a Ametopte-rina. As remissões podem ser induzidas, no início, mais rapidamente, com a terapêutica esteróide e em 50% a 70% das crianças doentes. A grande desvantagem dos antagonistas

do ácido fólico é a sua toxicidade. Em regra, a sua primeira manifestação consiste no aparecimento de úlceras na mucosa bucal que podem ser seguidas de perturbações gastro-intestinais, tais como: anorexia, náuseas, vômitos e gastralgias. Outros sinais de toxicidade, que podem aparecer, são: diarreia, úlceras intestinais, hemorragias, plaquetopénia, petéquias, rash cutâneo e aumento de susceptibilidade às infecções. Outra desvantagem dos antagonistas do ácido fólico, é a lentidão da sua acção. O tratamento com os esteróides, pode levar a uma resposta mais rápida. As desvantagens da terapêutica com o ACTH e a cortisona, são as perturbações metabólicas que eles podem induzir, tais como a retenção de sódio e água, alcalose, hipocalémia, diabetes melitus, hipertensão, facies de lua cheia, fadiga muscular e, em breve o aparecimento do síndrome de Cushing. O linfossarcoma e o reticulosarcoma na criança, podem, nalguns casos, apresentar notáveis melhoras com os antagonistas do ácido fólico. Nos adultos, o tratamento de qualquer forma de linfoma maligno ou leucémia, com os antagonistas do ácido fólico, é geralmente muito menos bem sucedido do que o tratamento por outros meios.

Enquanto o ACTH e a cortisona, podem levar a uma remissão temporária e parcial da leucémia, linfóide crónica, linfossarcoma, reticulosarcoma, certas leucémias agudas e do plasmocitoma, no adulto, os resultados finais, em conjunto, não são animadores. A leucémia mielóide crónica e a forma mielomonocítica da leucémia aguda ou subaguda, no adulto, não respondem bem ao ACTH ou cortisona. A cortisona parece ter, por vezes, valor, nos doentes com formas avançadas de linfoma maligno, conferindo-lhes uma sensação de bem estar, aumento do apetite e por vezes parece estimular a medula óssea, a ponto de melhorar o quadro hemático.

Pode aparecer anemia hemolítica, no decurso de casos de linfoma maligno ou leucémia. Nalguns destes casos, um tratamento com ACTH ou cortisona, pode, em certo grau, alterar a situação a ponto de diminuir ou abolir temporariamente a necessidade de transfusões. A testosterona pode também ser útil, nalguns casos, pelo seu efeito anabólico e tendência para aumentar a eritropoiese.

A administração de uretano é um bom método de medicação oral, na leucémia crónica particularmente para a forma mielóide e também se conseguiram melhoras objectivas e subjectivas com o seu emprego no tratamento de alguns casos de plasmocitoma. Contudo, os seus efeitos são inconstantes e poucos são os doentes que toleram doses superiores a 3 gramas por dia, sem apresentarem náuseas e vômitos. O uretano pode produzir também uma grave depressão ou mesmo aplasia medular.

Como exemplo de outra aplicação da mostarda nitrogenada, o autor cita as tentativas de Klopp, que fazendo a oclusão do sistema venoso eferente de uma região onde uma neoplasia está localizada, injecta aquela substância na artéria regional; obteve sinais macro e microscópicos de regressão da neoplasia.

(Bull. N. Y. Acad. Med. 28: 385, 1952).

Tabagismo e cancro do pulmão no médico

Um médico americano, E. P. Wynder, e um estatístico, Jer. Cornfield, tiveram a ideia de organizar um questionário a todas as famílias dos médicos falecidos de cancro do pulmão desde 1949 a 1951, dizendo respeito, portanto, ao uso ou não uso de tabaco. Em 118 cartas enviadas, receberam resposta 63; em 214 cartas dirigidas às famílias dos médicos falecidos de cancro doutros órgãos tivemos 133 respostas.

Os resultados deste inquérito, publicados pelo *New England Journal of Medicine* (1953, vol. 248, n.º 11, pág. 441) foram os seguintes:

Idade dos falecidos: cancro do pulmão, máximo 60 e 69 anos (43,5%). Outros cancros: máximo para além de 70 anos (50,3%).

INTENSIDADE DO TABAGISMO

Quantidade de cigarros fumados por dia	Cancro do pulmão (68 casos)	Outros cancros (133 casos)
menos de 1 cigarro	4,1	20,6
1- 9.....	0,0	13,1

10-14	1,7	9,7
15-20	26,6	27,3
21-34	33,8	16,6
35 e mais ...	33,8	12,7

Nota: — Um charuto tem sido arbitrariamente comparado a 5 cigarros, e um cachimbo a 2 cigarros e meio.

Este quadro parece mostrar que, se a incidência da mortalidade sobe regularmente para o cancro do pulmão, na proporção do número de cigarros fumados diariamente, ela é mais irregular para os outros cancros (máximo 20,6% com menos de 1 cigarro, e 27,3% com 15 a 20 cigarros).

Além deste, os autores publicaram um outro quadro compreendendo a mortalidade anual por 100.000 habitantes, devido ao cancro do pulmão.

Cigarros por dia	Médicos	População geral dos Estados Unidos
menos de 1 cigarro	10	4
1- 9	0	10

10-14	9	27
15-20	49	49
21-34	102	134
35 e mais	133	134

Examinando este quadro, verificar-se-á que a mortalidade médica por categorias de fumadores falecidos de cancro brônquico é, na sua progressão, sensivelmente o mesmo para os médicos como para o público em geral, mas que a mortalidade aumenta com o número de cigarros fumados por dia.

Por fim, num último quadro, os autores fornecem os números referentes ao género de tabagismo, coincidindo com um cancro brônquico:

Indivíduos atingidos de cancro brônquico		Mortalidade anual por 100.000 habitantes	
		Médicos	População geral
Não fumadores	4,1%	10%	4%
Fumadores: total	95,9	60	58
Género de tabagismo:			
Cachimbo	6,1	40	16
Charuto	13,0	24	22
Cigarro	76,8	84	70

Os números apontados mostram nitidamente que é o cigarro que se encontra como o mais nocivo, sobretudo para os médicos.

Em resumo: tem-se notado o efeito de irritação brônquica pelo fumo de tabaco em 63 médicos, atingidos de cancos pulmonares, e em 133 médicos atingidos de outros cancos que não são os das vias respiratórias. O efeito do tabaco tem sido nitidamente marcado nos fumadores.

Pode-se avaliar a mortalidade devido ao cancro brônquico, que é de 10 por 10.000 nos médicos não fumadores e sobe a 133 por 100.000, nos médicos, fumando 35 cigarros e mais por dia.

Estas conclusões concordam, duma maneira geral, com os dados do notável artigo publicado sobre o mesmo assunto pelo Dr. O. Gsell na Schweiz. Med. Wschr. (1951, 81, 662).

Segundo este, pode-se estabelecer uma correlação evidente entre o abuso do tabaco e o carcinoma brônquico. 87 % dos cancerosos observados por ele eram fumadores inveterados: 92 % fumavam diariamente, desde há anos, mais de 10 cigarros por dia. Por outro lado, se 87 % dos cancerosos eram fumadores, somente 2 % eram abstinentes.

Na Suíça, de 1905 a 1949, tem-se verificado 6.187 falecimentos por cancro brônquico no homem, e 1.566 na mulher. Portanto, parece que o papel do tabaco na génese do cancro brônquico é muito notável.

(«*Medicine et Hygiene*», 15 de Setembro de 1953).

RESUMOS DE COMUNICAÇÕES FEITAS AO CONGRESSO DE CIRURGIA DE LISBOA

(Setembro, 1953)

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

A regeneração hepática

P. MALLET — GUY (Lyon)

Como consequência das investigações de Mann e seus colaboradores, foi demonstrado experimentalmente um facto do mais alto interesse cirúrgico: a regeneração do parênquima hepático após a hepatectomia parcial.

Há uma regeneração no sentido de que o peso do fígado volta à completa normalidade em menos de 6 a 8 semanas, produzindo-se uma compensação rápida do parênquima ressecado — 25 %, 40 %, 70 % — o que porém não é uma reconstrução morfológica do lóbulo suprimido. O processo finaliza com uma hipertrofia dos lóbulos restantes. Isto se repetirá se se efectuar sobre o mesmo animal hepatectomias sucessivas.

Histologicamente, o parênquima hepático é normal, só alguns matizes podem ser discutidos, porém a sua arquitectura e a sua lobulação são normais. Tal regeneração, depois da hepatectomia é, portanto, muito diferente desse fenómeno de adenomatose que se observa nas cirroses e que se chama também «regeneração».

A análise do seu mecanismo interessa directamente ao cirurgião.

Muitos pontos têm já sido esclarecidos, especialmente pelos trabalhos de Mann e de sua escola, no entanto ainda estão por resolver importantes problemas.

Em colaboração com J. Feroldi, G. Devic, L. Eicholz, R. Feit e toda a equipe do laboratório de cirurgia experimental da Faculdade de Medicina de Lião empreendi uma série de investigações sobre as condições do processo e seus factores essenciais, utilizando para tal mais de 200 cães..

Resultou então, que após uma hepatectomia de um volume de 40 %, o fígado volta ao seu peso normal num prazo médio de 21 dias.

Histologicamente, nota-se um certo grau de congestão vascular que pode de certo modo, ainda que muito parcialmente, interferir na recuperação do peso do dito órgão.

De facto trata-se de uma regeneração de tecidos, porém

certos caracteres histológicos, tais como frequência de mitoses e células bi-nucleares que foram assinaladas por outros autores, não foram encontradas por nós.

Afora alguns pequenos esboços vasculares, dilatações sinuosas e às vezes uma pequena reacção kúpfferiana, o fígado regenerado é completamente normal. Nunca há formações adenomatosas, nem sinais histológicos de sofrimento funcional, o que concorda com os factos da prova B. S. P.

Qual é o mecanismo desta regeneração? A priori, parece-me possível esta hipótese:

O volume do parênquima hepático é função do déficit circulatório, essencialmente portal. Isto comprovou-se experimentalmente.

Depois da laqueação dos vasos dos lóbulos ressecados, o débito do tronco da artéria hepática e da porta, ficam inalteráveis, embora em cada colateral restante o débito seja aumentado proporcionalmente à extensão da mutilação.

Este aumento da riqueza circulatória condiciona o fenómeno de regeneração hepática, cuja amplitude se encontra portanto, em relação com a mesma.

Tal hipótese estabelece uma semelhança entre a regeneração hepática depois da hepatectomia parcial e a que se observa depois de podar uma árvore de fruto o que confirma os factos de várias investigações experimentais como:

1) A ineficácia da administração de metionina e de metionina mais ácido fólico é absoluta, como se o processo fora relativamente independente do estado funcional da cela hepática, sobre o qual não se repercute;

2) Ausência de toda a regeneração quando simultaneamente se cria uma fistula de Eck, como já indicou Fischbach;

3) Aumento considerável da percentagem de regeneração, se se associa à hepatectomia uma arterialização de sangue portal por anastomosis da artéria hepática e da veia porta.

A regeneração do fígado, depois da hepatectomia parcial, parece dirigida essencialmente pela circulação da porta, cujo regimen condiciona uma densidade celular adequada no território da sua distribuição.

Uma riqueza circulatória aumentada, produz uma multi-

plicação celular como acontece nas colaterais restantes depois da hepatectomia.

Tudo concorda para justificar, no plano fisiopatológico, a intervenção cirúrgica da hepatectomia, que, mesmo muito extensa, não compromete o funcionamento futuro do fígado e não provoca perigo imediato no que concerne ao estado de funcionamento do parênquima.

A regeneração dos nervos periféricos

M. DOGLIOTTI (Torino)

Os nossos conhecimentos acerca da regeneração dos nervos periféricos podem resumir-se do seguinte modo:

1) Sabido que o elemento fundamental dos nervos periféricos está representado pelos cilindroeixos, no caso duma lesão do nervo o processo de regeneração do cilindroeiro interrompido desenrola-se unicamente a expensas do topo central. O extremo periférico degenera e não intervem em absoluto no mecanismo da regeneração. As células de Schwann e os mais elementos do nervo periférico desempenham somente um papel secundário favorecendo e guiando o cilindroeiro em regeneração.

2) A partir do extremo central podem desenrolar-se duas ou mais expansões, sendo qualquer uma capaz de formar um novo cilindroeiro periférico quando alcança uma bainha vazia do topo periférico.

3) Observa-se com frequência que o exuberante processo regenerativo não é suficiente para assegurar um completo preenchimento por fibras nervosas do topo periférico, porque muitos cilindroeixos regenerados permanecem inutilizados: a) seja porque não podem chegar a uma bainha periférica por causa de obstáculos no nível da ferida; b) seja porque ao penetrar numa bainha sensitiva perdem a sua função as fibras motoras e vice-versa; c) seja por causa duma profunda alteração da bainha periférica ou das terminações que já não estão em condições de retomar a sua função.

4) A actividade regeneradora dos cilindroeixos alcança a sua máxima actividade nos primeiros dias e reduz-se lenta e progressivamente.

5) Assim, a actividade regeneradora dos nervos é menor em caso de feridas sucessivas (Soleryno e Sabaino).

6) São muitos os factores gerais e locais que exercem influência sobre as características do processo de regeneração. Entre elas figuram: a idade e as condições gerais da saúde do indivíduo, o tipo de ferida, a distância entre os topos, a profundidade da lesão e o tipo do nervo afectado (observa-se uma melhor regeneração nos nervos motores e sensoriais e naqueles em que predominam as fibras nervosas sobre o tecido conjuntivo).

7) Aconselha-se a sutura imediata do nervo cortado ainda que a ferida esteja infectada: a) para evitar o retraimento e afastamento dos extremos; b) para aproveitar no máximo a energia regeneradora dos cilindroeixos cortados; c) para obter a reabilitação do topo periférico antes que possam estabelecer-se alterações importantes que impeçam a progressão dos cilindroeixos regenerados.

8) Quando o nervo sofreu grandes perdas de substância é necessário recorrer a um enxerto autoplástico livre mediante nervos de importância secundária (por exemplo os nervos intercostais).

9) Mediante a sutura dum pequeno topo central e um topo periférico mais volumoso pode-se favorecer a multiplicação de fibras centrais.

10) Assim, seccionando transversalmente um nervo parcialmente paralizado (por exemplo consequência de uma poliomielite ou de certas feridas parciais), pode obter-se, se se faz a sutura rapidamente (Dogliotti), uma multiplicação de fibras funcionantes e uma distribuição mais equilibrada das fibras regeneradas no topo periférico.

Auto homo e hetero-enxertos (Princípios gerais fundamentais)

G. M. FASIANI (Milão)

1) O êxito ideal dum enxerto é a maneira como este se prende, o que se consegue quando o tecido enxertado separado

totalmente das suas conexões normais e situado num novo leito permanece com vida (no seu todo ou em parte) enquanto se estabelecem novas conexões entre o enxerto e o receptor por meio de fenómenos regenerativos de ambos até que o tecido enxertado passe a fazer parte integral do receptor.

2) Esse resultado ideal dum enxerto, só é possível com determinados tecidos e depende fundamentalmente da afinidade bioquímica existente entre o dador e o receptor: com os auto-enxertos obtém-se o melhor êxito, com os hetero-enxertos um fracasso. No que diz respeito aos homo-enxertos, há entre o dador e o receptor uma gradação de reacções possíveis que vai desde uma perfeita afinidade ao mais surpreendente antagonismo, manifestadas pela compatibilidade e incompatibilidade entre os distintos indivíduos de uma mesma espécie.

3) O processo de desintegração dos homo-enxertos pode estudar-se muito em seguindo a evolução duma transplantação dum órgão por anastomose vascular: «pega» temporariamente, no entanto, logo aparece a reacção de «defesa» e com ela a morte do transplantado.

4) A «diversidade individual» baseia-se na disparidade genética dos seres: a humanidade está formada por indivíduos análogos, porém geneticamente distintos; só podem encontrar-se duas constituições iguais em gémeos monozigóticos e de facto um enxerto de tecidos entre os dois gémeos deste tipo é na realidade um auto-enxerto.

5) De certas tentativas realizadas para modificar a reacção «defensiva» do receptor contra o enxerto, não se publicou até agora nenhum resultado convincente.

6) Por outro lado, em cirurgia, o resultado satisfatório dum enxerto não depende exclusivamente de que «pegue» ou não: há casos em que a intenção do cirurgião não é a sobrevivência do enxerto mas sim uma série de processos biológicos distintos tais como a destruição e reabsorção do enxerto e sua substituição por elementos do receptor de origem neoformativa.

7) O mais importante destes processos é a lenta substituição por células neoformadas do hospedeiro que emigram através da armação, do «esqueleto», do enxerto: esta «regeneração dirigida» pode lograr um resultado anatómico e funcional tão perfeito que pareça que o enxerto sobreviveu.

8) O bom resultado da «regeneração dirigida» depende de certas peculiaridades do enxerto e do receptor: o leito receptor deve ser capaz de produzir a regeneração através da armação do enxerto e este por seu lado há-de desenvolver um quimio-tactismo positivo e a acção estereotrópica nas células do receptor.

9) Deu-se um grande passo na aplicação clínica dos enxertos por «regeneração dirigida» ao demonstrar que a prévia desvitalização do enxerto pelo álcool e pelo calor é melhor que a conservação em vida reduzida por hibernação e em vida latente por congelação ou liofilização que deixam ao dito enxerto a capacidade de provocar a «reacção de defesa» do receptor.

10) Os enxertos conservados em vida reduzida ou latente oferecem melhores condições para a «regeneração dirigida» que os enxertos desvitalizados com álcool e pelo calor.

11) O antigo e todavia actual desejo de substituir as partes destruídas ou gastas do corpo humano por similares retiradas a outros indivíduos, e com elas manter a função de maneira suficiente, não encontrou até hoje mais que algumas soluções incompletas e defeituosas: a melhor solução parece a «regeneração dirigida» por enxertos que são bem tolerados ao serem depositados no respectivo «leito» e com a ajuda dos quais o receptor reconstrói a parte em falta. Porém, o grande problema de fazer pegar bem os homo-enxertos permanece no entanto sem solução e esta parece estar muito longe até que o embaraço da incompatibilidade individual possa ser dominada e que possa ser reduzido pela diminuição da secreção hormonal de algum tecido.

Para conseguir-se que prenda um enxerto, é necessário trocar a constituição proteica tanto do dador como do receptor e mais especificamente modificar a dotação de cromosomas dos seus elementos celulares, o que é uma dificuldade insuperável.

Nervos periféricos

PIERRE WERTHEIMER (Lyon)

A regeneração dos nervos periféricos está submetida à extracta disciplina dos factos anatómicos e dos efeitos fisiológicos cujo determinismo, desenvolvimento, hierarquia e de algum modo até o horário, estão formalmente estabelecidos.

Em consequência, a terapêutica cirúrgica, se as condições da patologia traumática fossem sobreponíveis às da experimentação, deveria limitar-se a uma atitude abstencionista e de expectativa. Porém, as contingências inerentes às actuais circunstâncias dos nervos feridos criam dificuldades ou obstáculos ao processo normal regenerativo: separação dos topos seccionados, hipertrofia cicatricial do extremo proximal, esgotamento da capacidade regeneradora, impermeabilidade do tecido cicatricial interposto, transtornos circulatórios locais, etc.

Tudo o que se conhece como perda de substância, constitue a causa mais frequente do fracasso da regeneração.

O emprego em estes casos de enxertos nervosos constitue uma necessidade imposta por estas dificuldades e o único meio possível, às vezes, de preencher a perda de substância.

O estudo da regeneração nervosa através destas transplantações põe, antes de tudo, um problema de grande importância: o do seu significado, precisando se o enxerto intervém numa forma activa ou somente à maneira de prótese para orientação das fibras regeneradoras do segmento proximal, ao encontro das bainhas desabitadas do topo distal.

Uma resposta afirmativa à primeira destas hipóteses limitaria o emprego de enxertos nervosos a tecidos vivos e cujos elementos celulares conservassem a sua capacidade proliferativa.

Os estudos experimentais demonstraram que somente os autoenxertos são capazes de cumprir com esta condição (Sanders y Young). As células de Schwann multiplicam-se e favorecem a progressão dos cilindroeixos através das bainhas desmielinizadas do enxerto.

Os homo-enxertos, pelo contrário, não favorecem da mesma forma a orientação dos axónios se bem que experimentalmente se tenha observado que conservam durante algum tempo a vitalidade das suas células de Schwann e que estas contribuem para a fragmentação e reabsorção da mielina.

Por outro lado, tais homo-enxertos estão sempre expostos a necroses totais ou parciais. No que concerne aos demais procedimentos, tais como auto-enxertos frescos e conservados, os enxertos medulares, etc., não se tem podido encontrar-lhes experimentalmente nenhum poder regenerativo. Os resultados clínicos concordam com estas apreciações experimentais, pois somente os auto-enxertos frescos permitem obter com certa constância o fim proposto.

Se, pelo contrário, só se espera dos enxertos nervosos um efeito protésico, orientando convenientemente as fibras em regeneração e evitando que se dispersem, poderá tomar-se em consideração o emprego de materiais conservados.

A este respeito merecem ser estudados os procedimentos actuais para a conservação de enxertos vasculares, o que é o objecto de investigações em curso.

As experiências de Seddon Young e Sanders reprovam o emprego de hetero-enxertos frescos e conservados e, por conguite, as conclusões de Nageotte, Grosset e Ivan Bertrand. O enxerto nervoso mais apropriado como material proteico continua sendo o enxerto autógeno fresco, enquanto que a eficácia dos demais não foi ainda corroborada pela prática. Deve esperar-se unicamente que a refrigeração, o emprego de novos meios de conservação, a supressão das suturas, etc., ofereçam novas possibilidades a esta classe de transplantações.

Por agora, só se pode afirmar que o processo de reparação dos nervos periféricos se realiza por uma regeneração proliferativa das neurofibras do topo central, em conexão cronológica e biológica com a proliferação nevrógica do topo periférico, a conservação dos dispositivos arquitectónicos deste último e a realização no espaço interfragmentário das condições citológicas e vasculares que favorecem estes processos biológicos. Tudo confere ao enxerto o papel do factor contingente no processo da reparação e não do factor determinante.

Enxertos arteriais

CH. DUBOST (Paris)

Nos últimos 2 anos, empregámos no homem 26 enxertos arteriais conservados, de acordo com as seguintes indicações:

- 14 casos de tetralogia de Fallot;
- 3 casos de coarctação da aorta;
- 1 caso de arterite;
- 4 casos de aneurisma;
- 1 caso de hipertensão da veia porta;

1 caso de estenose congénita da aorta, afectando o segmento infrarenal;

2 casos de anastómose subclávio-pulmonar em tuberculosos.

As nossas conclusões são em tudo comparáveis com as de R. E. Gross que realizou as primeiras aplicações práticas no homem.

De acordo com ele opinamos que a conservação do enxerto deve fazer-se numa solução de Tyrode mantida a um pH constante, e a que se adiciona antibióticos, numa vasilha fechada dentro dum frigorífico, mantida numa temperatura de 2 a 4 graus acima de zero.

Não possuímos nenhuma experiência sobre a conservação de enxertos a baixas temperaturas; no entanto cremos que este processo pode ser de grande utilidade para conservar enxertos durante longo tempo, pois o líquido de Gross permite só uma conservação de 3 a 4 semanas.

Experimentalmente podemos demonstrar importantes alterações da média, caracterizadas pela conservação do sistema elástico e pela desapareção quase completa das fibras musculares.

Nunca observamos fenómenos de trombose ao nível do enxerto nem ao nível das suturas.

A conservação em álcool ou formol que facilita a obtenção do enxerto determina a produção de extensas calcificações nos tecidos da transplantação conforme observamos experimentalmente.

Aplicação em patologia humana.

1) — TETRALOGIA DE FALLOT.

O emprego de enxertos arteriais está indicado nestes casos quando existe uma artéria subclávia muito curta ou excessivamente volumosa.

Nós utilizamos uma transplantação 14 vezes, para realizar uma anastómose termino-lateral ou para estabelecer uma anastómose em ponte entre a aorta e o tronco da artéria pulmonar.

2) — COARCTAÇÃO DA AORTA.

Depois da extirpação do segmento estenosado não é sempre possível fazer uma sutura topo a topo dos extremos aórticos. Nestes casos é necessário interpor um enxerto entre os mesmos. Num caso empregamos um procedimento que consiste em seccionar o tronco da subclávia a fim de poder distender o topo distal até tomar contacto com o proximal, substituindo seguidamente a perda de substância da subclávia por um enxerto de 2 cm. de comprimento.

3) — ANEURISMAS.

Ressecámos dois aneurismas da aorta abdominal restaurando a continuidade do vaso com um enxerto de 14 cm. num caso e 12 cm. noutro.

Também restaurámos a continuidade vascular depois da extirpação dum aneurisma poplíteo mediante um enxerto de 24 cm. de comprimento.

Num caso de aneurisma congénito de grande tamanho da iliaca primitiva, numa rapariga, restabelecemos a continuidade iliaco-femoral com um enxerto de 20 cm. de comprimento.

Realizámos uma anastómose porta-cava, interpondo um enxerto arterial entre a veia porta e a cava.

Igualmente empregámos um enxerto arterial para substituir a perda de substância criada pela ressecção de um segmento aórtico estenosado no caso de uma rapariga de 16 anos que apresentava uma estenose aórtica congénita afectando o segmento inferior do vaso.

Os resultados observados são plenamente satisfatórios. A evolução dos doentes não difere em nada daqueles em que não tenham sido empregados enxertos vasculares.

Nunca observamos ruptura, dilatação nem estenose das transplantações.

Cremos que os melhores resultados poderão ser obtidos nas afecções congénitas cuja origem é cardíaca e não vascular.

Pelo contrário, nas arterites e em certos aneurismas alguns acidentes são de temer resultantes das condições anatómicas da lesão sobre que se actua.

(Conclue no próximo número)

SUPLEMENTO

PEDRAS SOLTAS

Cultura

I

O «Drama da Medicina», até certo ponto o drama actual da Ciência, negando hoje o que foi a sua verdade de ontem e preparando-se para renegar amanhã a verdade que hoje estabeleceu, levanta, como ainda há pouco se dizia neste jornal, vasta série de problemas. Mas constitui, no entender de muitos, e no que à Medicina se refere, um dos seus maiores títulos de glória.

II

Preciso é não esquecer, para melhor inteligência do fenómeno, que as verdades que dia a dia se renegam mais não são do que parcelas da Verdade que buscamos e, na maioria dos casos, só por aproximações sucessivas logramos alcançar.

Tradução, até certo ponto, de uma posição de espírito que subjectiva a verdade e nela volve toda a conclusão que se lhe afigura útil ou produtiva, arrasta em si, forçosamente, com a dispersão da cultura e a multiplicidade dos caminhos, aquela distorção do pensamento que tende a ignorar que a Verdade existe, independentemente do nosso subjectivismo, dos conceitos ou das roupagens de que procuramos revesti-la.

III

Sem pretender insistir agora nos perigos reais que envolve, no campo do pensamento, esta transmutação de simples premissas de trabalho em conclusões definitivas, nem das hipóteses possivelmente férteis de consequências em verdades que, aliás, tão prontos nos sentimos sempre a abandonar; sem insistir agora no que representa de grave, para a verdadeira formação do espírito, a instabilidade de pensamento que esta posição mental implica;

sem aflorar, sequer, a repercussão moral deste conceito evolutivo que toma por Verdade as verdades a que penosamente vai chegando e tende, forçosamente, a valorizar por igual, porque sempre pronto a abandoná-las na miragem de novas verdades, a ponto de apenas consentir, como intelectualmente possível, uma posição para além da Verdade e do Erro, que ameaça a todo o momento resvalar para além do Bem e do Mal;

falemos apenas das consequências imediatas que o fenómeno levanta perante os cultos da Arte Médica e dos problemas que suscita no dia a dia do nosso viver.

Em primeiro lugar, a impossibilidade de abarcar a totalidade do saber, não já da Ciência, à maneira da cultura grega, mas de um só dos seus ramos como a Medicina. E talvez, não tanto, pela vastidão do que de concreto vai sedimentar, em estrato a inserir definitivamente no conjunto do saber humano, como pela multiplicidade de teorias e hipóteses sempre prontas a desdobrar-se em novos conceitos e em mais fecundas possibilidades de trabalho.

Porque, o que há de essencial, de singular, neste «drama», é que as verdades que hoje se renegam como erros constituíram ainda ontem base fecunda de trabalho a consentir alcançar as novas verdades de que vai partir-se para novos cometimentos na senda da Verdade.

Em seguida, e isto encerra em si um outro e não menos vasto mundo de problemas, a dificuldade de conhecimento de tudo o que se publica, a traduzir a expansão mundial do pensamento médico, a incapacidade de contactar sequer com as fontes e os meios de expressão dos conhecimentos.

Almerindo Lessa traduzia-o, há pouco ainda, dizendo que, *sendo a Medicina uma súpula da experiência de quantos se debruçam sobre o homem doente e o homem são, sofre da dispersão e do afastamento — linguística e político até — que separa os países e as culturas nacionais.*

IV

E, ao dizê-lo, aponta intrinsecamente uma das causas da fabulosa produção da literatura médica: é que, em Medicina, todo o clínico, por isolado que esteja, por afastado que se encontre dos centros de cultura, possui junto de si e contacta em cada dia, com o laboratório e o centro de pesquisas fundamental da sua Arte, que é o Homem.

V

Tudo isto implica a necessidade de um sério esforço de racionalização que consinta ordenar o existente, concatenar esforços, colocar ao dispor do maior

número as fontes da cultura médica, fazer chegar junto de todos a nota sucinta, a separata, o índice de quanto se publica, para que cada médico, independentemente da sua localização geográfica, das suas possibilidades económicas, da sua maior ou menor cultura linguística, tenha acesso a todo o acervo de conhecimentos que se vão amontoando a constituir aquelas pequenas verdades transitórias que, desde que tidas como tal, nos encaminham para a Verdade que não ignoramos existir.

VI

E se, como já ouvi defender, a Ordem que nos reúne não possui, dentro do condicionalismo que a instituiu, senão poderes reais no campo disciplinar e faculdades concretas no âmbito cultural, não deveria caber-lhe esforço meritório neste capítulo?

Convencido de que, como Corporação, a Ordem deve ultrapassar o ambiente acanhado de Sindicato, que lhe confinaria os esforços na defesa de interesses materiais, certamente respeitáveis, mas secundários perante a projecção social da missão que a cada um dos seus filiados incumbe, e à Sociedade e ao Estado, no próprio interesse, mais do que a eles mesmos interessa defender, parece, em verdade, poder assinalar-se-lhe para além da disciplina interna que tão ciosamente deve manter, o caminho amplo e desafogado da difusão da cultura médica.

VII

Convencido de que, como Corporação, e sem pressupor agora no termo outro sentido do que aquele que o dicionário lhe assinala, nem buscar entendê-lo à luz de qualquer filosofia política, muito embora merecesse discutir-se dentro da economia de doutrinas que lhe assinalaram o nascer, deve a Ordem dos Médicos projectar a sua acção para além de interesses imediatos dos seus membros no seio mesmo da comunidade nacional em que se integra, entende-se competir-lhe fazê-lo por acção directa. Entende-se dever fazê-lo por acção catalítica de presença, em todos os sectores firmando seu ponto de vista, lançando o fermento que há-de levar a massa capaz de elevar a consciência sanitária da Nação, em todos

os momentos e em todas as circunstâncias, oportuna e importunamente, vincando sua maneira de sentir, o seu teor de hierarquia social, económica e política, o conceito de vida que, dentro dos princípios morais, a sua formação lhe impõe.

Mas entende-se também dever fazer-se, por acção indirecta, cada um dos seus membros vivendo como apóstolo as verdades que deve testemunhar e, como tal, exigindo à Corporação que o integra, virtualidades de formação, de cultura, de testemunho.

VIII

Sem atropelo de quem quer que seja, à Ordem cabe facultar a difusão da cultura médica, firmar os princípios orientadores da missão profissional.

Através de cursos de aperfeiçoamento, de actualização, de revisão, de simpósios ou seminários.

Pela valorização das suas bibliotecas, enriquecidas de preferência quanto a revistas e periódicos de todas as línguas e de todas as nacionalidades, sem esquecer o imperativo de se constituir em centro de documentação especializada da cultura médica daquelas comunidades linguísticas, históricas, geográficas e raciais a que a nossa própria anda ligada, delas deriva, ou nelas se prolonga.

Pela divulgação de quanto se publica, de molde a volver as bibliotecas de arquivos mortos em núcleos de irradiação cultural, quer através de resumos e separatas quer pela simples publicidade de índices em que se compilem os sumários dos trabalhos saídos dos prelos.

Pode este último aspecto parecer ineficaz pelo limitado interesse que comporta. Outros o dirão fundamental por consentir a procura orientada da bibliografia de determinado tema, por suscitar a atenção para diferentes assuntos que de outra sorte passariam despercebidos, e, de modo geral, por criar interesse generalizado pela cultura profissional.

A completar facilidades quanto à

obtenção de reproduções de artigos, revisões de conjunto, ordenação funcional, íamos a dizer *fiseológica*, das Bibliotecas, com sua organização devidamente preparada de molde a fornecer, por assuntos, por sectores, por especialidades, talvez até por autores, aqueles dados que cada um de nós sabe como é difícil encontrar.

Quimera irrealizável? Não, por certo, se todos quisermos. E fosse isto, no conjunto, obra da Ordem, todos poderíamos agradecer-lhe então como hoje a apoiamos no esboço, ainda informe, que a realidade de Serviço de Divulgação Bibliográfica, como o seu Boletim, vem assegurando.

IX

Definir os princípios orientadores de missão profissional;

defender e manter integros os valores éticos que dominam o exercício da profissão;

difundir e valorizar os elementos culturais indispensáveis à formação técnica do médico;

tornar-se o centro de irradiação do pensamento médico, no sentido de estrutura intelectual a projectar na comunidade social;

volver-se fulcro de atracção de todos os elementos da profissão, a todos por igual—Faculdades, Hospitais, Serviços Sanitários, de Assistência e dos Seguros — solicitando colaborar, em todos distinguindo suas peculiaridades, a todos unindo no mesmo afã de que a confraternidade vingue e o conceito médico da vida e da sociedade possa realizar-se, como elemento primário daquela Saúde que consinta ao Homem e às Nações atingir os seus últimos fins — obra da Ordem, como Corporação dos Médicos.

Como primeira pedra, levar a todos o saber que as Faculdades criam ou ensinam, a experiência e o conhecimento que só o Hospital dá o sentido social e o critério profilático que os Serviços Sanitários defendem o sacrifício e a dedicação que em toda a parte podem viver-se.

X

Divulgação, obra de unidade, de cooperação, de síntese que está no próprio ser da Ordem como elemento aglutinador, neutro mas não indiferente, antes atento às aspirações do Corpo Médico, aos seus anseios culturais, às suas aspirações de perfeição.

MENDONÇA E MOURA

Hospital do Ultramar

Na reunião mensal do corpo clínico do Hospital do Ultramar, efectuada no dia 22 de Dezembro e a que presidiu, como habitualmente, o Dr. João Pedro de Faria, foram apresentadas duas comunicações. Na primeira, o seu autor, Prof. Ayres de Sousa, falou de «A Radiologia no estudo da urodinâmica». O orador começou por uma revisão geral dos métodos radiológicos para o estudo do movimento dos órgãos e, em particular, do aparelho urinário. Mostrou, depois, como os modernos processos de investigação permitem apreciar o tónus e motricidade pielouretérica com o mesmo rigor de análise de uma revolução cardíaca documentando os aspectos fisiológicos da dinâmica pielouretérica e as perturbações fisiopatológicas, nos obstáculos mecânicos por calcúlo. Por último, referiu-se às possibilidades do registo radiográfico do mecanismo da micção.

Seguiu-se-lhe o Dr. Paiva Chaves, que se ocupou do importante tema «Tuberculose óssea e ósteo-articular: novas perspectivas operatórias». Depois de uma revisão do estado do problema antes da possibilidade de utilização dos modernos fármacos anti-tuberculosos, afirmou que, presentemente, devido às melhores anestésias e métodos de reanimação e sobretudo, à acção de novos medicamentos, é possível operar os doentes mais cedo e tratar lesões mais jovens, diminuindo assim, muito, as possibilidades de disseminação da doença. Por fim, exibiu um filme demonstrativo da técnica da descompressão medular por tuberculose vertebral.

HEMORRAGIAS

HEMOFÍLIA

FRAGILIDADE VASCULAR

FLAVOSTON

COMPRIMIDOS

(Vitaminas C, K e P)

HEMOSTÁTICO VITAMÍNICO COMPLETO

LABORATÓRIO FIDELIS

EM 1950: PROMICINA

EM 1953: ATOXIMICINA

Sinergismo de acção sem efeitos secundários

Nova associação de antibióticos:

Sulfato de dihidroestreptomicina — Sulfato de estreptomicina

Procaína penicilina G — Penicilina G potássica

Vantagens:

MAIOR EFICIENCIA

NEUROTOXICIDADE PRATICAMENTE NULA

Atoximicina

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

RECONHECIDO EFEITO TERAPÊUTICO

ADULTOS

FORTE

INFANTIL

Caixas com 1, 3 e 5 frascos

Caixa com 1 frasco

Caixas com 1 e 3 frascos

Instituto Luso-Fármaco • Lisboa

ECOS E COMENTÁRIOS

A NOSSA ENFERMAGEM

O preâmbulo que antecede o Orçamento Geral do Estado refere-se ao desenvolvimento, com novas verbas, do ensino da enfermagem. Trata-se, pois, de mais um progresso—que deve ser salientado—no sentido de elevar a nossa enfermagem e os nossos serviços sociais. O Estado vai fundar, no Porto, uma nova escola, e sabemos que no Ministério do Interior se encara com especial interesse este assunto. É conhecido o carinho que ao ensino da enfermagem têm dedicado tanto o Snr. Ministro do Interior, Dr. Trigo de Negreiros, como o Snr. Subsecretário de Estado da Assistência Social, Dr. Ribeiro Queirós—que já conseguiram melhorar muito este sector, que é dos mais importantes na assistência sanitária.

Com novas e bem apetrechadas escolas, com o aperfeiçoamento das existentes, com a cuidadosa escolha do pessoal de ensino e do recrutamento das candidatas aos cursos, com criteriosa exigência em cultura geral e técnica—daremos, sem dúvida, um grande passo no aperfeiçoamento dos nossos Hospitais, dos nossos Dispensários, dos nossos Institutos de Assistência—mas é indispensável não esquecer que há outro meio, tão necessário como aqueles, para elevarmos o nível moral e técnico da nossa enfermagem: fornecer-lhe meios económicos razoáveis e dignos da profissão que exercem. Em geral, o nosso pessoal de enfermagem ganha demasiadamente pouco. E, se ao Estado não é possível, desde já, dar a todos o que é justo e necessário—necessário para o seu prestígio e para a eficiência e honra dos serviços—achamos que se devem aproveitar todas as oportunidades—num quadro que se reorganize, num serviço que se crie—para aumentar, no máximo, as remunerações do pessoal da enfermagem. Não há esforços, para elevar o seu nível—por mais meritórios e eficientes que possam parecer—que valham tanto como criar condições económicas razoáveis àqueles que auxiliam os médicos nas suas fainas sanitárias.

M. C.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Durante a última campanha eleitoral, o ilustre escritor Snr. António Sérgio apresentou um «programa», no qual, em

8 bases, enunciava princípios de organização política e administrativa. Na Base V, dizia-se:

«O Estado Português reconhecerá e protegerá, como formas de estruturação social:

.....
.....

b) a criação de um Ministério da Saúde e adopção de providências para



ANALGÉSICO
DE USO EXTERNO

apresentado em forma de stick
com excipiente especial

DE ACÇÃO INTENSA
E RÁPIDA



LABORATÓRIOS

DO

**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

LISBOA

PORTO

COIMBRA

que seja garantida a assistência médica, de enfermagem e medicamentosa a todos os portugueses, gratuita ou não, conforme as posses de cada um».

Há aqui duas afirmações: o desejo de que todos os portugueses tenham a devida assistência na doença e a defesa dum «Ministério da Saúde».

No primeiro caso, o Snr. António Sérgio não nos diz como pretende que todos tenham assistência «médica, de enfermagem e medicamentosa». Julgamos, porém, inferir que não preconiza a socialização da medicina, pois fala em assistência «gratuita ou não, conforme as posses de cada um». Compreende-se que o Snr. António Sérgio, que apresentava um plano geral de estruturação política, económica e social—que visava a definir desejos de certas correntes políticas que, suponho eu, só tinham como aspiração comum a oposição ao actual regime português—não quisesse, nesse programa, ir mais longe em matéria tão delicada como é a organização da medicina e a assistência na doença. Contudo, confessamos que ficamos satisfeitos por verificarmos que o Snr. António Sérgio, apesar de certas tendências filosóficas que tem manifestado, não se deixa levar pelas fantasias da medicina socializada como panaceia para resolver os problemas sanitários.

Quanto ao Ministério da Saúde, gostaríamos que o Snr. António Sérgio fosse mais explícito. Deseja que se reunam, num mesmo departamento do Estado, os serviços que actualmente dependem do Ministério do Interior (Subsecretariado da Assistência Social) e os do Ministério das Corporações (ambos esses serviços relacionados com a saúde pública)—ou pretende dar apenas a categoria de Ministério ao que engloba os primeiros? É de grande importância para a resolução de muitos problemas que haja um comando único que regule a acção da previdência com a assistência na doença e, também, com a medicina preventiva. Um Ministério da Saúde que englobasse todos os serviços atrás referidos—embora tivesse, em vários aspectos, a colaboração e (de certo modo) a interferência dos Ministérios do Interior e das Corporações—teria a máxima oportunidade e seria talvez a única possibilidade de sairmos desta lamentável fase em que nos encontramos: a falta de colaboração entre a previdência e a assistência.

M. C.

ASPECTOS DO EXERCÍCIO DA MEDICINA, EM MEIO RURAL

BERNARDINO DE PINHO

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

(Continuação)

III

Na Escócia

Pelo que respeita ao estudo de problemas de saúde pública em meio rural, coube-nos na sorte, em 1951, ir até às *Ilhas de Shetland*, na Escócia, a 60° de latitude norte. Na comuna ou distrito rural de *Walls*, aboletado em casa do nosso colega Dr. *T. Hepburne*, vivemos a vida do médico rural.

A população da comuna é de 1.020 habitantes, espalhados por uma superfície de 7×15 milhas. Não há mesmo aglomerado populacional que possa designar-se por aldeia ou burgo.

População agrícola, que também pesca, para se alimentar.

A terra é explorada em regime de arrendamento a longo prazo (*crofters*), mas em parcelas médias de 10 hectares. O Dr. *T. Hepburne*, único médico na comuna, pertence ao *National Health Service*.

A sua missão consiste essencialmente em tratar doentes, quer nos gabinetes de consulta, um em sua casa e outro algures na comuna, quer nos domicílios. Uma boa rede de postos-telefónicos facilita a chamada do médico pelos clientes.

Uma enfermeira trabalha em estreita colaboração com ele.

Para as duas pequenas ilhas que pertencem ao partido médico de *Walls*, as de *Foula* e *Papa Stour*, há uma enfermeira em cada uma delas. As enfermeiras recebem também a educação de parteiras.

As relações entre a enfermeira e a família do médico, bem como a convivência entre os médicos do condado, são excelentes, mesmo de intimidade.

Em reunião familiar, ao serão, junto do fogão de sala a queimar carvão de turfa, que é o combustível da região, misturado com bom carvão inglês, para melhor combustão do primeiro, todos discutíamos amistosamente e alegremente os problemas da vida rural. O partido é pequeno, de modo que as visitas médicas domiciliárias não excedem uma centena por mês, em regra.

No seu consultório, o médico recebe diariamente cerca de 12 clientes.

Se necessário, ele pede a hospitalização dos doentes, no centro hospitalar de *Lerwick*, a capital do condado ou província, que é uma cidade de cerca de 5.000 habitantes, à distância aproximada de 50 km. Mas a população, as pessoas de idade em particular, prefere tratar-se em casa.

Pelo contrário, as mulheres grávidas gostam mais dos partos na maternidade, de modo que actualmente 76% das mulhe-

res das *Ilhas de Shetland* têm os seus filhos na maternidade.

O centro hospitalar de *Lerwick* conta com os seguintes estabelecimentos hospitalares:

Gil Bain Hospital, para cirurgia — 33 leitos;

Maternidade — 12 leitos;

Lerwick Hospital, para medicina — 22 leitos;

Shetland Hospital, para tuberculosos — 23 leitos;

Brevick Hospital, para doenças crónicas — 48 leitos.

Este centro hospital está em contacto directo com o centro universitário de *Aberdeen*.

O transporte dos doentes para o centro hospitalar está perfeitamente assegurado, por meio de ambulâncias do *National Health Service*, entre elas um barco ambulância e um avião ambulância (relações com o centro universitário de *Aberdeen*).

Os problemas de saúde pública estão a cargo do oficial médico do condado, o Dr. *Black*, que vive em *Lerwick*. Mas é auxiliado pelo médico local.

Este cuida dos problemas de higiene pública e faz as vacinações, principalmente a vacinação antidiftérica, que a

população procura, de modo que 90% das crianças das escolas estão vacinadas.

A vacinação anti-variólica é excepcional e a vacinação contra a coqueluche é mal vista.

Atribuem-lhe reacções alérgicas.

Todos os serviços médicos são gratuitos, bem como os medicamentos. Apenas as lunetas e os aparelhos de prótese são pagos pelos doentes.

Não há farmácia local e o médico é obrigado, por esse motivo, a fornecer os medicamentos de urgência mais vulgares, que constam de uma lista.

Os medicamentos que não constam desta lista, tais como arsenicais, antibióticos e hormonas, são fornecidos pelas farmácias, a requisição ou receita do médico e pagos pelo serviço nacional de saúde.

Ainda em ligação com o oficial médico do condado, o médico local cuida da higiene da escola primária e da saúde dos escolares.

Visitámo-la; é uma boa escola, com oficinas anexas de trabalhos manuais, para rapazes de mais de 12 anos; de costura e cozinha, para meninas.

Entre as duas salas de aula, a do sexo masculino e a do sexo feminino, há um refeitório, para uma refeição diária.

DIF-PER-TET-ALL

(Difpertetall)

VACINA TRIVALENTE PREVENTIVA

Para a profilaxia simultânea da difteria,
do tétano e da coqueluche.

Caixa de 3 amp. de 1 c. c.

PRODUTO DO:

INSTITUTO SEROTERÁPICO E VACINOGENICO TOSCANO

«SCLAVO»
(Itália)

Representante para Portugal e Ultramar:

SALVADOR VELEZ
Travessa Larga n.º 11 r/c Esq.
LISBOA Telef. 43929

Esta refeição se paga por preço reduzido. O leite e as vitaminas são gratuitos.

Quanto ganha o médico? Ele recebe, por trimestre: 201 libras e 4 *shellings*, como avença das pessoas inscritas na sua lista; 250 libras e 5 *shellings*, como subsídio para transportes; 62 libras — taxa fixa — para os medicamentos de urgência.

Depois de algumas deduções, fica com 504 libras e 1 *sh.* por trimestre.

Temos assim, anualmente, cerca de 2.000 libras.

Calculam-se as despesas inerentes às suas funções — transportes, medicamentos, etc. — em 500 libras, de modo que lhe ficam, para viver, cerca de 1.500 libras.

Como se sabe, na Grã-Bretanha, o médico do serviço nacional de saúde é remunerado por habitante inscrito na sua lista de clientes, isto é, recebe *per capita*.

É uma espécie de avença. Simplesmente, esta avença é paga pelo serviço nacional de saúde, que, na Escócia, entrou em vigor a 5 de Julho de 1948, e não pelo indivíduo avençado.

Em princípio nenhum clínico pode ter na sua lista mais de 4.000 inscritos, mas pode associar-se com outro colega (*partner*), o que é permitido.

O Dr. Lipetz, em cujo consultório estivemos, na cidade de Edimburgo, estava associado com outro colega, contando os dois com cerca de 6.000 inscrições.

Por cada inscrição paga o serviço nacional de saúde, anualmente, 16 *shellings* e 6 *pence*.

Como o número médio, para a Escócia, cada clínico tem 2.000 inscrições.

A posição, no começo do ano de 1951, era a do mapa junto.

Como se vê, são poucos os médicos que têm mais de 4.000 inscrições.

Em regra, estes poucos médicos têm assistentes, pagos por eles.

São situações de resolução lenta, pois houve dificuldade, no começo de execução da nova lei, em transferir os doentes de médicos de grande clientela para outros. As transigências eram quase sempre em obediência a desejos das famílias, pois o sistema assenta na liberdade de cada doente se tratar com médico de sua escolha.

Há mesmo uns cartões impressos, dirigidos ao *National Health Service*, para facilitar a mudança de médico.

Basta escrever o nome do médico desejado, a morada, assinar e meter o cartão no correio.

Em certas circunstâncias, partidos rurais com menos de 1.000 habitantes e médicos no começo de sua carreira, por exemplo, o sistema prevê um subsídio, como se fosse um prêmio.

É uma maneira de dar possibilidades aos novos médicos para constituírem a sua clientela.

Quere dizer, na Inglaterra, como na Escócia, os clínicos não são funcionários do Estado, particularidade a registar. As enfermeiras ganham 360 libras por ano, cada uma.

É um vencimento fixo.

(Continua)

NÚMERO DE PESSOAS NAS LISTAS DOS MÉDICOS

Posição para a Escócia, no dia 1 de Janeiro de 1951

Número de médicos, excluindo:

- 1) médicos com listas limitadas, por exemplo, médicos de hospitais.
- 2) médicos ocupando-se somente da assistência maternal.
- 3) médicos que trabalham como assistentes.

Número de doentes (ou, no caso de sociedades, média do número de doentes)	Trabalhando sósinhos	Em sociedades de 2	Em sociedades de 3	Em sociedades de 4	Em sociedades de 5	Número total de médicos	Porcentagem aproximada de médicos
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
0 - 500	141	8	3	—	—	152	6.58
501 - 1000	118	48	15	—	—	181	7.83
1001 - 1500	163	132	36	8	—	339	14.68
1501 - 2000	181	168	39	8	5	401	17.36
2001 - 2500	166	184	66	8	—	424	18.35
2501 - 3000	124	132	60	12	10	388	14.68
3001 - 3500	88	72	27	4	—	191	8.27
3501 - 4000	73	28	18	8	5	132	5.71
						2,158	9341
4001 - 4500	48	22	9	8	—	87	3.77
4501 - 5000	24	6	6	4	—	40	1.74
5001 - 5500	11	4	—	—	—	15	.65
5501 - 6000	3	—	—	—	—	3	.13
6001 - 6500	4	—	—	—	—	4	.17
6501 - 7000	1	2	—	—	—	3	.13
						152	6.59
Totais	1145	806	279	60	20	2,310	100.00

Tenente-coronel Dr. Vasco Sanches

Por motivo de atingir o limite de idade, o Corpo Clínico e o Pessoal do Hospital Militar Regional n.º 2, com sede em Coimbra, prestou homenagem, no passado dia 9, ao seu Director e nosso prezado Amigo Dr. Vasco Sanches, tenente-coronel da Saúde Militar.

À homenagem, que se realizou de tarde no Hospital Militar, assistiram o comandante da II Região Militar, general Buceta Martins, os comandantes das várias unidades da guarnição de Coimbra, o pessoal daquele hospital, além de outras entidades.

Foi servido um «Porto de Honra», durante o qual fizeram brindes enaltecendo o homenageado, os capitão Dr. Pedro da Rocha Santos, coronel Anjo Rocha, comandante de Artilharia Ligeira n.º 2, e como o mais antigo dos comandantes presentes; coronel do Estado Maior na reserva Salvador Pinto França, que foi companheiro do Dr. Vasco Sanches na expedição a Niassa; general Buceta Martins e, por último, o homenageado, que agradeceu.

Os oficiais fizeram-lhe a entrega de um valioso objecto de arte.

Antes, os sargentos do Hospital Militar, saudaram também o seu comandante, em nome dos quais falou o 1.º sargento Manuel Martins Ribeiro.

Os soldados que servem no mesmo hospital, pela voz do Dr. Pedro da Rocha Santos, dirigiram saudações ao Dr. Vasco Sanches, que também recebeu lembranças destes e dos sargentos.

O ilustre oficial conta uma larga folha de serviços, além da directoria daquele hospital, que exercia há 2 anos.

Foi director do Depósito de Material Sanitário e do Hospital de Doenças Infecciosas, de Belém; fez parte do corpo docente da Escola do Serviço de Saúde Militar e desempenhou várias comissões de serviço no Ultramar. Esteve na Alemanha Ocidental, onde fez estágio operacional junto da 1.ª divisão americana. Além de várias condecorações nacionais e estrangeiras, possui a Medalha da Vitória com estrela e é oficial da Ordem Militar de Aviz.

Encadernação de

"O MÉDICO" 1953

em 2 volumes — parte geral e suplemento.

Para cada volume:
Capa em linol — 28\$00 (pelo correio, mais 3\$00); Encadernação — 25\$00 (pelo correio, mais 6\$00).

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

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

IMUNOBIÓTICO-E

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

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

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

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

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

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

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

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

2.ª sessão da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica

Realizou-se, em 19 de Dezembro último, na sala de Fisiologia da Faculdade de Medicina do Porto, a 2.ª sessão científica do corrente ano, da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica.

Presidiu o Prof. Dr. Almeida Garrett, ladeado pelo Prof. Rocha Pereira e Drs. Cid de Oliveira, vice-presidente da referida Sociedade, e Marques da Mata, inspector das águas medicinais.

Abriu a sessão o Prof. Almeida Garrett que agradeceu a escolha desta cidade e da Faculdade de Medicina para local dos trabalhos e, depois, de aludir ao facto de bastantes médicos hidrologistas terem sido alunos desta Faculdade e serem dois Professores Drs. Celestino Maia e Afonso Guimarães, respectivamente, di-

rectores clínicos das Termas do Gerês e das Caldas de Chaves, apresentou os conferentes, Prof. Costa Sacadura e Drs. Augusto Gonçalves Moreno e Constantino de Almeida Carneiro.

Em referência ao Dr. Augusto Moreno, focou os serviços prestados como vogal do Conselho Geral da Ordem dos Médicos e como director clínico da estância de Carvalhelhos

Quanto ao Dr. Constantino Carneiro, director clínico das Termas do Carvalhal, recordou o seu trabalho apresentado no XIII Congresso Internacional de Hidrologia, sobre o Aproveitamento crenoclimatoterápico da Serra da Estrela, e vários outros apresentados em diversos

Congressos e publicados em revistas médicas.

Referindo-se ao Prof. Costa Sacadura, disse que muito haveria a dizer, mas, para não ocupar muito tempo, citava os factos de ter sido, em Lisboa, um médico distinto e Professor de Obstetrícia, primeiro inspector da Saúde Escolar, membro da Comissão Organizadora da Maternidade Alfredo Costa e sócio honorário da antiga Associação Médica Lusitana, daqui se inferindo a grandiosa obra realizada por ele, ainda hoje cheio de dinamismo, apesar da sua idade.

Dada a palavra ao Prof. Costa Sacadura, este, depois de se reportar à evolução da Hidrologia, desde a fase mitológica continuada pela empírica até à científica, apresentou, de acordo com o título do seu trabalho «Alguns problemas de hidrologia», uma longa série de questões, para estudo dos hidrologistas, entre as quais as seguintes: preparação para o tratamento termal; eficácia do tratamento, com as estações; vida diária durante a cura termal; tratamento termal no período catamenial; uso interno das águas; tratamento fora da estância; regímen alimentar; duração do tratamento; crise termal; tratamento post-termal; curas sucessivas (no mesmo e em vários anos); adjuvantes da cura; especialização das águas; etc., etc.

Sobre estes assuntos, falaram vários colegas, entre eles os Profs. Celestino Maia, Afonso Guimarães, Rocha Brito e os Drs. Jaime de Magalhães, Cid de Oliveira, Formigal e Marques da Mata.

Seguidamente o Dr. Augusto Gonçalves Moreno apresentou o seu trabalho «Alguns aspectos da nossa organização termal — os médicos hidrologistas dentro da legislação vigente», preconizando medidas de modo a promover o desenvolvimento das estâncias e um melhor estudo das águas e a assegurar aos médicos hidrologistas maior independência das empresas concessionárias e direitos da reforma, comparáveis aos dos outros funcionários sanitários.

Falaram sobre estes assuntos o Prof. Feliciano Guimarães e Dr. Marques da Mata, manifestando concordância com a exposição do Dr. Moreno e apresentando diligências já efectuadas nesse sentido.

Finalmente o Dr. Constantino de Almeida Carneiro, apresentou o seu trabalho «Termas do Carvalhal (no passado, presente e futuro)», descrevendo as fases evolutivas da estância que, após a análise recentemente efectuada (1952), considera dotada de grandes merecimentos e digna de se aproximar das de Vizela, Moledo, Aregos, Gerês e Cavaca, em virtude da sua radioactividade e dos teores elevados de fluoreto e de silicato, tendo anunciado que acabam de beneficiar de importantes melhoramentos: ligação telefónica, iluminação eléctrica e marginalização da estrada de 1.ª classe n.º 2, de Chaves a Faro.

Após algumas considerações laudatórias do Prof. Celestino Maia e Dr. Marques da Mata, foi encerrada a sessão, cerca das 19 horas.

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

O presente e o futuro da tuberculose

No número de Janeiro de 1953 da revista «The American Review of Tuberculosis», David T. Smith publica, em Editorial, um artigo que merece especial referência, e por isso o vamos resumir a seguir.

Nesse excelente editorial, o seu autor faz um breve resumo da história da tuberculose nos nossos dias e esboça o panorama da sua futura evolução, sob múltiplos aspectos (epidemiológicos, clínicos, terapêuticos, económicos, sociais, etc.).

Analisa, em pormenor, as curvas dos índices de mortalidade específica por tuberculose, por 100.000 habitantes, em diversos países do Ocidente europeu e da América e, nos E. U. A., em alguns dos seus estados, de 1930 a 1950, tirando conclusões de interesse do estudo daquelas curvas.

De uma maneira geral, nota-se em quase todos os países estudados, um lento declínio da curva da mortalidade específica, desde 1930, declínio esse que se torna abrupto a partir de 1947, especialmente nos países de mais adiantado progresso económico, sanitário e social. Assim, por ex., aquele declínio é mais marcado ainda na Dinamarca do que nos E. U. A. e, dentro deste último país, é sobretudo marcado nos estados de Minnesota e Iowa.

D. T. Smith chama, entretanto, a atenção para o facto de que a mortalidade específica é um índice mau para se avaliar do estado actual e da evolução da tuberculose (ele refere-se quase que exclusivamente à tuberculose pulmonar), em qualquer país. Vai mesmo ao ponto de demonstrar como o exame exclusivo de tais índices pode dar-nos uma noção absolutamente errônea do verdadeiro panorama da T. P. em qualquer nação.

Assim, por ex., enquanto nos mostra que, nos E. U. A., a mortalidade específica por T. P. tem vindo sistematicamente a descer, desde 1930 e, especialmente, a partir de 1947, prova-nos também que a respectiva morbilidade, após uma pequena descida de 1930 a 1932, se manteve estacionária e, depois, em aumento progressivo, até 1948.

Infelizmente, não é possível fazer um estudo correcto da morbilidade por tuberculose em todo o mundo ou, mesmo, entre um número razoável de nações, visto serem muito poucas aquelas que têm estatísticas de morbilidade pulmonar.

Discute, em seguida, o A. os principais meios de combater a doença e os de a evitar e faz uma análise do seu emprego em todo o mundo e, particularmente, nos E. U. A.

Afirma que a tuberculose pode e deve ser vencida e garante que a sua eliminação não é uma utopia, como muitos médicos, epidemiologistas e sociologistas ainda pensam. Os resultados parciais, mas já altamente encorajadores, obtidos pelos diversos serviços de Saúde e de Assistência Públicas nos estados de Minnesota e de Iowa assim o provam.

Na opinião do A., as campanhas ini-

ciadas e ainda em vigor naqueles dois estados dos E. U. A. representam o mais activo, vigoroso, inteligente e bem conduzido plano de luta contra a «peste branca», que já se elaborou em todo o mundo. Tal plano, que, essencialmente, se resume nos exames médicos, à tuberculina e radiográfico, pelo menos uma vez por ano, de toda a população, para descoberta precoce, isolamento e tratamento eficaz de todos os casos, na profilaxia de novas infecções e no auxílio económico às classes sociais mais desfavorecidas, tem por fim a *eliminação* da tuberculose.

É evidente que tal eliminação jamais poderá ser conseguida em uma geração, mesmo que previamente se assegurem a colaboração de todas as entidades, oficiais e particulares, necessárias e as verbas enormes que tais campanhas consumirão.

Pode afirmar-se, assim, que a geração responsável pelo estabelecimento das bases de uma eficaz campanha de eliminação já jamais poderá assistir aos seus resultados (na realidade, uma criança que, por ex., sofre o seu complexo primário aos 3 anos, poderá só vir a desenvolver uma T. P. activa aos 80 anos, etc., e, assim, quanto não é preciso esperar pelos resultados e por quanto tempo não é necessária a manutenção da ou das campanhas!).

A luta antituberculosa é, presentemente, muito cara, caríssima mesmo, mas «vale a pena». Segundo o A., é preciso que toda, mas *toda*, a população seja examinada; por meio de *provas cutâneas à tuberculina* e de *exames radiográficos*, pelo menos uma vez por ano. Assim se poderão descobrir todos os casos mais precocemente, isolá-los e tratá-los.

É evidente que tal rastreio e o tratamento eficaz, acompanhado de recupera-

ção médico-social de cada caso, ficarão caríssimos, mas, à medida que houver um número cada vez maior de tratados e menor de fontes e de condições de infecção, haverá, cada novo ano, um número cada vez menor de novos casos descobertos.

Assim, a campanha inicialmente (e ainda durante muitos anos) caríssima, ir-se-á tornando cada vez mais barata, a ponto de passarem a ser quase insignificantes o custo devido às radiografias (a fazer só aos tuberculino-positivos) e ao tratamento e à sanatorização dos doentes.

Desnecessário se torna afirmar quais serão os benefícios económicos e sociais que, entretanto, irão derivando do facto de haver cada vez menos tuberculosos.

Como diz D. T. Smith, um substancial aumento das verbas destinadas à luta contra a tuberculose, no momento actual, para rastreio, isolamento e tratamento de todos os doentes, economizará milhões no futuro e salvará milhões de vidas futuras, prevenindo eficazmente uma doença que requiere tratamentos médicos, cirúrgicos e sanatoriais tão caros e que tanto perturba o equilíbrio económico e social das nações.

Reunião Mensal dos Neuro-psiquiatras do Norte

Teve lugar, no dia 14 do corrente, na Secção Reional da Ordem dos Médicos, mais uma reunião mensal em que foi prelector o Dr. Vitor Ramos, tendo abordado com proficiência e elegância o tema «problemas mentais dos afásicos». Fez boa documentação histórica, clínica e médico-legal. A discussão decorreu com brilho.

ESPECÍFICO DA INSÓNIA E DE
TODAS AS AFECÇÕES NERVOSAS

NEURINASA

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

V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 10 a 16 de Janeiro)

Dia 10 — Regressa da Suíça o Dr. Francisco Cambournac, professor do Instituto de Medicina Tropical que, na qualidade de director regional da Organização Mundial de Saúde, com sede em Genebra, partira para aquela cidade, em missão de serviço oficial.

— Em Lisboa, é inaugurado um posto médico na Junta de Freguesia do Marquês de Pombal. Destina-se a beneficiar as crianças que frequentam a cantina da Junta e todos os pobres da freguesia. Dirige-o o Dr. Gomes da Silva.

11 — O Dr. Urgel Horta, deputado à Assembleia Nacional, discursa nesta abordando a necessidade, que o Porto tem, de se substituírem as «ilhas» por bairros com condições humanas de habitabilidade. Este seu pedido de providências ao Governo é secundado nos dias seguintes por outros pelo mesmo distrito, não médicos.

— Em Coimbra, os médicos que prestam serviço no Hospital Militar oferecem um jantar de despedida ao tenente-coronel médico Dr. Vasco Sanches, que deixa a direcção daquele estabelecimento, por ter atingido o limite de idade.

— As lições do Curso de Lisboa prosseguem no Hospital de S. José, onde o Dr. José de Melo e Castro, faz uma lição intitulada «Insuficiência cardíaca» e o Dr. Norton Brandão, na Ordem dos Médicos, fala sobre «Seborreia e doenças relacionadas». Na Biblioteca de Santa Marta, o Dr. Formigal Luzes fala sobre os «Ultrasons em terapêutica», após o que se procede a várias demonstrações práticas.

12 — Em Lisboa, na Embaixada de França, são entregues pelo Embaixador as insígnias da Legião de Honra aos Prof. Carlos Larrondé Gomes, catedrático da Faculdade de Medicina e Dr. Joaquim Abreu Loureiro.

— Em Guimarães, no Hospital da Santa Casa da Misericórdia, são inaugurados os serviços de vacinação contra a tuberculose, pela B. C. G.

O acto inaugural dos referidos serviços, que se verifica num pavilhão do hospital, reveste-se de solenidade, assistindo a Mesa da Misericórdia, o presidente da Comissão Municipal de Assistência, o corpo clínico do hospital, representantes da Imprensa e ainda os Dr. José Pereira de Macedo, médico fisiologista do referido estabelecimento, a quem se deve a louvável iniciativa do empreendimento e o seu colaborador Dr. Júlio Soares Leite.

— A Direcção Geral de Assistência atribue a Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal o subsídio eventual de vinte contos com destino aos Preventórios Infantís. A mesma instituição recebe do Governo Civil do Porto a quantia de esc. 10.000\$00. Regista mais a entrada de outros pequenos donativos da Câmara Municipal e Juntas de Freguesia.

— No Conservatório de Música do Porto, o seu Professor e nosso colaborador, Dr. Fernando de Castro Pires de Lima, profere uma conferência literária sobre a figura musical de Moreirã de Sá.

13 — Em Lisboa, no Hospital de Arroios prosseguem os trabalhos do VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, com uma lição sobre «Vacinação pela BCG», proferida pelo Dr. Casanova Alves, que, logo a seguir, no Centro de Vacinação e Profilaxia dos Serviços de BCG, faz demonstrações práticas daquela vacinação.

De tarde, no Hospital de Santa Marta, o Dr. Francisco Rodrigues Luzes dá também uma lição, falando de «As correntes de alta frequência em terapêutica».

— Efectua-se uma sessão da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, durante a qual são feitas as seguintes comunicações. Dr. Amílcar Moura, sobre «Medicina psicossomática»; A Orientação da Escola do Prof. Harold G Walf, de Nova-Iorque; e Dr. João dos Santos, sobre «Fundamento da psicoterapia em ensaio de explicação teórica». No final das comunicações são exibidos filmes sobre a Cortisona.

— No Porto, na Escola de Enfermagem do Hospital de Santo António, o Prof. Rev. Joaquim Vieira Mendes profere uma lição sobre «O valor da psicologia no aperfeiçoamento da actividade enfermática».

14 — Em Lisboa, na Academia das Ciências, reúne a sua Classe de Ciências sob a presidência do Prof. Egas Moniz.



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**

Apresentam trabalhos os Profs. Celestino da Costa sobre «A Neuro-secreção» e António de Sousa da Câmara sobre «Rotura de cromossomas». Imediatamente a seguir o Dr. Júlio Dantas preside à sessão plenária.

Na primeira sessão, o Prof. Egas Moniz no exercício da presidência recorda as comemorações celebradas no Instituto Oftalmológico de Lisboa, a propósito do centenário do nascimento do seu patrono e fundador Dr. Gama Pinto.

Na Ordem do dia o Prof. Celestino da Costa apresenta o seu trabalho que é comentado pelos Profs. Almeida Lima e Egas Moniz.

O Prof. Sousa Câmara apresenta depois, os resultados dos seus estudos sobre cromossomas feitos na Estação Agronómica Nacional.

Os Profs. Vieira Natividade e Egas Moniz felicitam o autor pelo notável trabalho que honra a citologia portuguesa.

— É nomeado para tomar parte, em Paris, na próxima reunião da comissão executiva dos congressos de Hematologia e Transfusão de Sangue, o Dr. Almerindo Lessa.

— Para vogais do Conselho Médico Legal da Circunscrição de Lisboa, são nomeados os professores Jorge da Silva Horta e Mário Arsénio Nunes.

— No prosseguimento dos trabalhos do VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, o Prof. Frederico Madeira profere, no Hospital Curry Cabral, uma lição subordinada ao tema «Diagnóstico e tratamento das Meningites», durante a qual aponta os modernos métodos terapêuticos, e fornece indicações de ordem prática sobre a forma de verificar a existência da meningite.

A tarde o Dr. Alfredo Luzes Heyer fala no serviço de agentes físicos do Hospital de S. José sobre «Radiações», e, na Ordem dos Médicos, o Prof. Dr. Juvenal Esteves faz uma lição acerca das «reações urticariformes».

— A Maternidade do Estoril, obra de protecção às mães necessitadas do concelho de Cascais, é visitada pelas sr.^{as} D. Maria Amélia Pita e Cunha, esposa do Ministro dos Negócios Estrangeiros e de mrs. Gunghenheim, esposa do embaixador dos Estados Unidos, que são recebidas pelas dirigentes e outras senhoras, assim como os médicos que ali prestam a sua assistência, Drs. Mário Quina, Vargas Moniz e Pedro Monjardino.

Os serviços da Maternidade são demoradamente percorridos pelas visitantes que ouvem das internadas e outras beneficiadas as suas impressões sobre o carinhoso tratamento que lhes é ali ministrado, depois do que prometem dar todo o apoio e auxílio ao importante empreendimento.

— No Porto, na sede da Secção Regional da Ordem dos Médicos, tem lugar mais uma reunião mensal dos Neuropsiquiatras do Norte, em que é prelector o Dr. Vitor Ramos, que aborda o tema dos «Transtornos mentais nos afásicos».

— Em Lisboa, na sessão da Sociedade Médica dos Hospitais Civis, que se realiza às 22 horas, são apresentados os seguintes trabalhos: «Nossa experiência na cirurgia das cardiopatias congénitas e adquiridas», pelos Drs. Décio Ferreira e Martins da Fonseca; e «Angioma cavernoso epidural», pelos Prof. Diogo Furtado e Drs. Vasconcelos Marques e Moradas Ferreira.

15 — Em Coimbra, na reunião médica quinzenal da Faculdade de Medicina, que se realiza pelas 21 horas e meia na sala de conferências dos Hospitais da Universidade, o Prof. Michel Mosinger, disserta sobre «Tumores ováricos — Estudo anatómico-clínico e patogénico».

16 — O VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, promovido pela Ordem dos Médicos, encerra os seus trabalhos.

De manhã, com a presença de cerca de

VERMIZYM

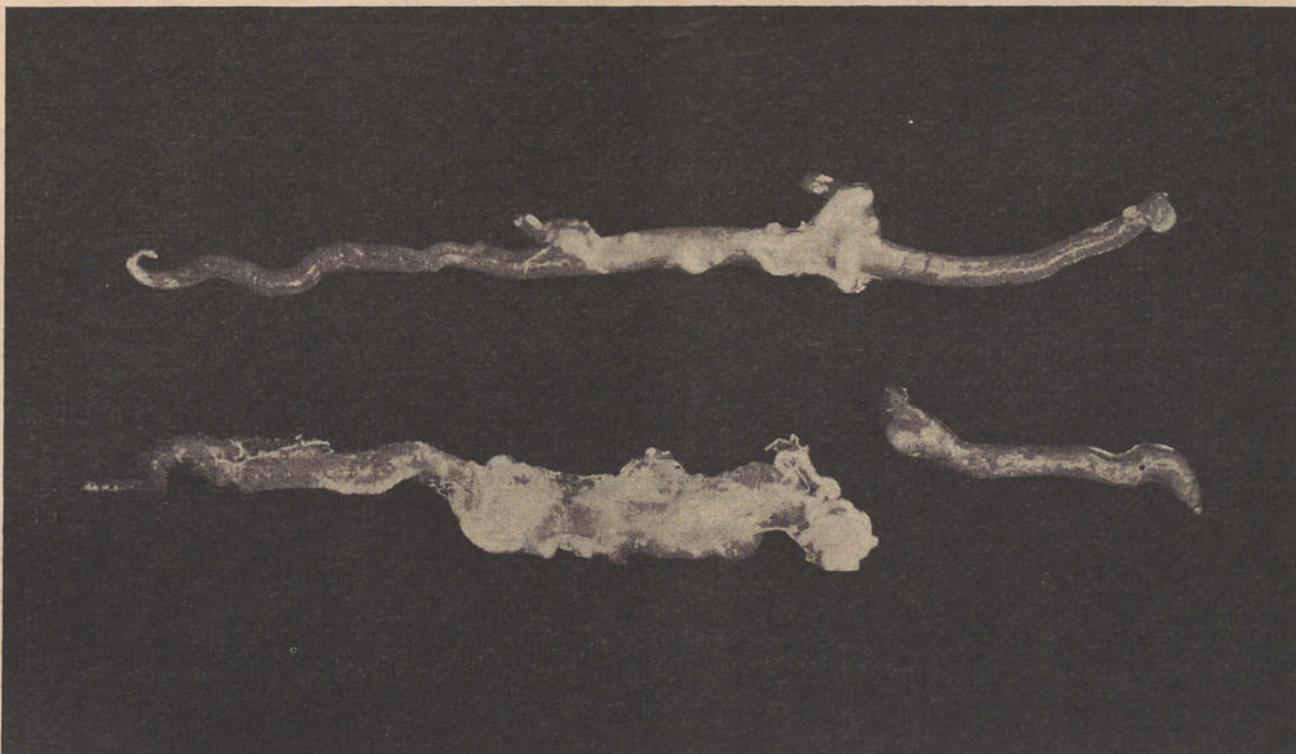
O VERMICIDA DO FUTURO

Um princípio *novum* 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 - D.16 - LISBOA - TELEF. 34715

40 médicos, o Dr. Arnaldo Rodo, profere, no Sanatório de Santana, da Parede, uma lição sobre «Quadros clínicos e o significado social da tuberculose do esqueleto e outras doenças do sistema locomotor».

Terminada a lição, realiza-se, na Casa do Alentejo, um almoço do final do curso a que preside o Prof. Aires de Sousa, presidente do Conselho Regional da Ordem dos Médicos, em representação do bastonário Prof. Cerqueira Gomes.

Usam da palavra, o subdelegado de Saúde de Alcácer do Sal; o Prof. Dr. Adelinho Padesca, que exalta a iniciativa e refere-se ao papel que o novo Hospital Escolar pode desempenhar como centro de aproximação entre os médicos da cidade e os que, abnegadamente exercem a sua profissão nos meios rurais; o Dr. Andresen Leitão, organizador, com geral agrado, dos Cursos há largos anos; e, por fim, o Prof. Aires de Sousa, que expõe a acção da Ordem dos Médicos, no campo científico e profissional.

— Ainda em Lisboa, o Subsecretário da Assistência, Dr. Ribeiro Queirós, inaugura melhoramentos no Asilo dos Velhos de Marvila. Na sessão solene são descerrados os retratos dos senhores Presidente da República, do Conselho e Ministro do Interior.

Antes de encerrar a sessão, o Dr. Ribeiro Queirós agradece as palavras que foram dirigidas aos homens públicos do Estado Novo, em especial ao Prof. Oliveira Salazar e ao Dr. Trigo de Negreiros; elogia a obra levada a efeito naquele asilo pelo Dr. César Augusto Antunes e a boa orientação do Dr. Agostinho Pires, desde que exerce o cargo de director geral da Assistência.

Estrangeiro

Informam de Nova Iorque que a indústria teria produzido um aparelho capaz de contar rapidamente o número de glóbulos sanguíneos dos indivíduos expostos às radiações atómicas.

— Em Inglaterra, no Hospital de Bedford, teria sido diagnosticado um caso de toxoplasmose congénita, primeiro da Grã-Bretanha.

— O Centro de Informações do Serviço Europeu da O.N.U. publicou um comunicado onde afirma que, em 1959, será proibido em todo o mundo o consumo de ópio para fins não medicinais.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos

Para habilitação ao provimento do lugar de especialista de estomatologia do Sanatório Sousa Martins (Guarda).

— Para o provimento do cargo de facultativo do 2.º partido médico do concelho de Peso da Régua, constituído pelas freguesias de Fontelas Lourenço, Moura Morta, Vinhós e Sedielos, com sede na freguesia de Sedielos e residência obrigatória na mesma.

— Os Hospitais Cívis de Lisboa fazem público que estão abertas, nos termos regulamentares, concursos de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, para o provimento dos lugares de internos graduados das especialidades mencionadas. Podem concorrer:

1.º — As lugares de internos graduados dos serviços gerais de clínica médica e de clínica cirúrgica, 65 médicos que tenham concluído o respectivo internato complementar;

2.º — Aos lugares de internos graduados das especialidades clínicas, os médicos diplomados com o internato complementar de medicina ou cirurgia, conforme o ramo médico ou cirúrgico da respectiva especialidade;

3.º — Aos lugares de internos graduados dos serviços de análises clínicas, radio-

logia, fisioterapia, anatomia patológica e anestesia, os médicos que tenham, pelo menos, quatro anos de prática, num serviço da especialidade considerado idóneo pelo conselho técnico.

SERVÍCIOS CLÍNICOS GERAIS:

Clínica médica, 3; clínica cirúrgica, 3.

SERVÍCIOS CLÍNICOS DE ESPECIALIDADES:

Oftalmologia, 1; Otorrinolaringologia, 1; Dermatologia, 1; Pediatria cirúrgica, 1; Análises clínicas, 3; Radiologia, 3; Fisioterapia, 1; Anatomia patológica, 1.

Serviços de anestesia, 3; Serviços de sangue, 1.

Na sede da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, no Porto, o Dr. Albano Ramos profere, no próximo dia 20, uma conferência sobre os «ultra-sons na terapêutica», por iniciativa do Serviço de Divulgação Bibliográfica, da Ordem dos Médicos.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 7-1-54 a 14-1-54)

7-1

Dr. José Manuel da Silva Granate — aprovado o termo do contrato, por conveniência urgente de serviço, para, em comissão de serviço, desempenhar as funções de segundo assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

8-1

Dr. António de Sousa Madeira Pinto — provido definitivamente no cargo de adjunto da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

— Dr. Fernando Augusto Alonso, médico municipal do concelho da Meda — nomeado subdelegado de saúde do referido concelho.

12-1

Dr. António Pedro Franco, assistente do Instituto de Medicina Tropical — concedida uma bolsa de estudo fora do País durante seis meses, a contar de Janeiro corrente.

13-1

Dr. Almerindo Lessa, director do serviço de sangue dos Hospitais Cívis de Lisboa, encarregado na qualidade de secretário-geral do Bureau Internacional de Sangue e da comissão executiva dos Congressos de Hematologia e Transfusão, que terão lugar em Paris no mês de Setembro próximo, de tomar parte na reunião que a referida Comissão executiva leva a efeito naquela cidade, de 17 a 24 do mês corrente, para definir os planos daqueles congressos e as respectivas participações internacionais.

— Dr. António Francisco José Aleixo de Santana Rodrigues, chefe de serviço da clínica médico-legal do Instituto de Medicina Legal de Lisboa — nomeado, para a regência da cadeira de Medicina Legal dos Acidentes de Trabalho do Curso Superior de Medicina Legal do mesmo Instituto.

— Dr. João Francisco Nogueira da Costa — nomeado para o lugar de médico do Refúgio anexo do Tribunal Central de Menores de Lisboa.

14-1

Dr. José Baptista Ferreira Júnior, médico municipal do concelho de Arganil — nomeado para exercer as funções de subdelegado de Saúde, interino, do referido concelho em substituição do Dr. Paulo Lisboa Mendes, enquanto durar o impedimento deste, por ter sido nomeado, interinamente e em comissão de serviço para desempenhar as funções de delegado de Saúde de 2.ª classe, com colocação na Delegação de Saúde do distrito de Portalegre.

Partidas e Chegadas

Prof. Reinaldo dos Santos

Regressou a Lisboa o Prof. Reinaldo dos Santos, que, a convite da classe de Belas Artes e da Faculdade de Medicina de Léman, se deslocara à Suíça, para fazer algumas conferências e lições em várias cidades suíças.

Dr. Perez Fontana

Regressou a Montevideu o Dr. Perez Fontana, presidente da Sociedade Internacional de Hidatologia, que viera a Portugal realizar uma conferência científica e tratar de assuntos relacionados com a representação oficial portuguesa no próximo Congresso Internacional do Quisto Hidático, a realizar em Espanha.

Dr. Francisco Gentil Martins

Regressou a Lisboa o Dr. Francisco Gentil Martins, interno dos H. C. L. e médico do I. P. O., que, em Londres, estagiou em clínicas da sua especialidade.

FALECIMENTOS

Faleceram:

Na Amadora, a sr.ª D. Pureza da Purificação Ramos da Silva, esposa do Dr. Jeremias da Silva, assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Em Lisboa, o sr. Armando Fallières Coelho Semedo, irmão do Dr. Vítor Hugo da Guerra Semedo, médico em Vale de Figueira.

— Em Castelo de Vide, a sr.ª D. Francisca do Livramento Manço Soares, avó dos Drs. Francisco José Fortunato Soares, médico dos Hospitais da Universidade de Coimbra, e António José Mendonça Soares, médico da M. P.ª de Coimbra.

— Em Beja, o Eng.º Charles Vincent Nerckx, sogro do Dr. Baltasar Bivar Branco, delegado de Saúde em Évora.

— Em Ossela (Oliveira de Aze-meis), a sr.ª D. Ana de Pinho, mãe do Dr. Joaquim Tavares Pinheiro Júnior, médico municipal e subdelegado de Saúde em Viana do Alentejo.

— Em Lisboa, a sr.ª D. Maria Graçiete Serpa Castelo Rodrigues, irmã do Dr. Francisco Martins Serpa Castelo Rodrigues, médico em Moçambique.

BEDOZE MIL

TRATAMENTO
DE
ESCOLHA
DAS
AFECÇÕES
NEUROLÓGICAS

VITAMINA B₁₂

MIL MICROGRAMAS
AMPOLAS

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

ALÍVIO SINTOMÁTICO NAS
OSTEO-ARTRITES

BEDOZE GOTAS

FACTOR
PRINCIPAL
DO
DESENVOLVIMENTO
SOMÁTICO

FACTOR
LIPOTRÓPICO

INDICAÇÕES DO BÊDOZE-GOTAS

Estados de desnutrição em todas as idades (por carência alimentar, por doenças consumptivas, etc.).
Crianças nascidas prematuramente.
Crianças distróficas (por desvíos 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 duma maneira geral para as gorduras).

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

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

