

O MEDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 120
17 de Dezembro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

UMA CONCEPÇÃO ORIGINAL
EM TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA!

OMNACILINA AZEVEDOS

3 ACÇÕES CONJUGADAS:

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

Injectavel

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.
CARLOS FERNANDEZ SPERONI — <i>Conceitos actuais da endocrinologia</i>	1029	<i>Ouvindo alguns Mestres Espanhóis</i> — L. A. DUARTE-SANTOS	931
L. A. DUARTE-SANTOS — <i>Consequências permanentes das agressões</i>	1044	<i>Ecos e Comentários</i>	934
MOVIMENTO MÉDICO — <i>RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA</i>	1049	<i>Caridade Clínica</i> — EVARISTO FRANCO	935
		<i>Noticiário diverso.</i>	

RECTOVICAL

Supositórios
de
Ascorbato de cálcio
Gluconato de cálcio
e
Vitamina D
para
CRIANÇAS E ADULTOS

MAIOR EFICÁCIA

TOLERÂNCIA ABSOLUTA

MELHOR VIA DE ADMINISTRAÇÃO

RECTOVICAL INFANTIL

Caixa de 12 supositórios 23\$00

RECTOVICAL ADULTOS

Caixa de 12 supositórios 30\$00



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Conceitos actuais da endocrinologia

CARLOS FERNANDEZ SPERONI
(Buenos Aires)

Terminaram há pouco tempo as reuniões da 5.ª Assembleia de Post-graduados em Endocrinologia e Metabolismo realizadas em Miami, Estados Unidos, organizadas pela «Endocrine Society», sem dúvida a mais prestigiosa corporação da especialidade.

Esta assembleia, que teve um carácter internacional pela participação de eminentes especialistas, enviados de vários países e os valores mais afamados da endocrinologia norte-americana, realizou através das suas sessões, que me contou entre os seus assistentes, uma revisão geral e actualização dos capítulos que compreendem o estudo das secreções internas, particularizando conceitos, orientando o diagnóstico dos quadros clínicos através duma maior precisão dos sintomas com provas de laboratório mais aperfeiçoadas e originais e aconselhando a utilização de novas prescrições terapêuticas de reconhecida eficácia no tratamento das doenças glandulares.

São as noções que considero mais importantes da endocrinologia actual as que se descrevem nesta resenha, destinada ao médico geral e sobretudo ao internista, baseados na prática diária, a orientar ou a elucidar os problemas das afecções de secreção interna, que em cada dia vão entrando mais pelo campo das outras clínicas especializadas.

Pela ordem com que foram tratados os diversos capítulos, nas diferentes sessões, iremos descrevendo, com as limitações que se impõem a toda a crónica desta índole, aqueles aspectos que poderão contribuir para uma melhor orientação e interpretação clínica dos quadros endócrinos que foram expostos. Ao considerarem-se os aspectos gerais da Endocrinologia, assinalou-se, em especial, que ela envolve disquisições clínicas fundamentais referentes ao crescimento, ao sexo, às desordens metabólicas ligadas na actualidade aos problemas da imunidade, infecção, degenerescência e disfunções, que se estendem por um lado desde a hipertensão do sistema cardio-vascular até ao contróle do cancro por outro. Fez-se notar, neste exame panorâmico, a importância em associar convenientemente as hormonas a regimens adequados de alimentação e a necessidade de obter um ajustado equilíbrio de minerais.

Por isso, chamou-se a atenção sobre a tendência frequente, sobretudo em médicos não especializados, em prescrever altas doses de extractos glandulares ou produtos sintéticos de acção similar, que provocam muitas vezes, como os excessos de estrogénios, por exemplo, afecções cardíacas por armazenagem muito abundante de água e de sais.

Foram comentadas as inter-relações neurohipofisárias, em especial da pituitária posterior, tendo-se reafirmado o moderno conceito referente à marcada influência que exercem os centros nervosos sobre a actividade hipofisária. Tem-se evidenciado esta intervenção do sistema nervoso, através da hipófise, sobre a função gonadal, adrenocortical, mamária ou tiroideia, capaz de originar as frequente alterações produzidas por factores emocionais ou psicológicos, na espécie humana, os «stress» emocionais (para usar o termo criado por Selye) podem bloquear a ovulação ou suprimir a função gonadal, e do mesmo modo inibir a lactação ou estimular a actividade tiroideia ou do cortex supra-renal, e é provável que este tipo de acção seja o resultado de alterações na secreção de hormonas tróficas da hipófise. Originadas as lesões hipofisárias ou, melhor dizendo, hipotalâmicas, para nos expressarmos em termos mais latos, pode produzir-se nalguns casos, ou um quadro de precocidade sexual ou, também, um hipogonadismo. São bem conhecidas as influências emocionais repetidas que ocasionaram os bombardeamentos de Londres, comprovando-se em consequência disso, amenorreias emocionais e bloqueios da ovulação.

*

Outro capítulo que se debateu com grande interesse foi a descrição dos elementos clínicos de diagnóstico nos problemas

endócrinos e a avaliação das provas de laboratório com que se conta actualmente para elucidar-nos com precisão.

Particularizaram-se minuciosamente quais eram os elementos da *história clínica endócrina* a partir da *anamnesis*: idade, estado marital, história familiar, doenças anteriores, intercorrências, etc., até chegar ao exame físico. Ficou estabelecido que em toda a boa história clínica deve designar-se a altura e o peso; a aparência geral do indivíduo; o desenvolvimento dentário, as medidas e proporções corporais, o carácter da pele, dos cabelos e sua quantidade e distribuição; o tamanho da tiroide, e o exame das mamas em ambos os sexos. Deve investigar-se a seguir o desenvolvimento genital externo e interno, o prostático no homem e o aspecto geral das extremidades.

O laboratório presta aqui uma importante ajuda, por isso, mencionaremos rapidamente as provas mais usadas que em cada caso devem ser solicitadas: o exame dos elementos hemáticos, a análise da urina, a contagem dos eosinófilos circulantes, que são um bom índice da função do cortex supra-renal (normal: de 100 a 300 por mm³); o cálcio urinário (teste de Sulkowitch) utilíssimo no diagnóstico do hiperparatiroidismo, na doença de Paget e na osteoporose post-menopáusia; o cloro urinário; o metabolismo basal, a colesterolemia, utilizada hoje no diagnóstico das doenças tiroideias; a moderníssima prova do iodo proteico contido no soro sanguíneo, já difundida nos Estados Unidos e que começa a praticar-se no nosso país e que permite avaliar a função tiroideia com maior exactidão que os outros exames de laboratório; o iodo radioactivo, para o diagnóstico do hipertiroidismo; o teste hipofisário de tolerância aos glúcidos que deverá solicitar-se em todos os casos em que se presume a *diabetes mellitus* e também quando se suspeita dum síndrome de Cushing, empregando-se do mesmo modo no diagnóstico do hipertiroidismo e da doença de Addison, etc.; o teste de tolerância à insulina; a prova hemática do cálcio, fósforo e fosfatase alcalina, utilizada no diagnóstico das afecções paratiroides; a investigação de hormonas urinárias: teste da gravidez, excreção dos 17-cetosteroides e o FSH (hormona estimulante folicular), doseamento de estrogéneos e pregnandiol, 11-córtico-esteróides, etc.

Fora do laboratório, tornam-se às vezes muito úteis outras investigações no diagnóstico endócrino: o electrocardiograma, a radiografia óssea (sobretudo nos problemas do crescimento infantil) e a radiografia com prévia injeção de gás na área retroperitoneal.

Por fim, em certos casos, será necessário recorrer a exames como o esfregaço vaginal, a biópsia do endométrio, o estudo do esperma e a biópsia do testículo.

*

Noutra sessão tratou-se do síndrome de hipofunção antero-hipofisário, cujo quadro clínico varia segundo a idade do doente e o despertar da doença, a resumindo-se a classificação do síndrome — variável para alguns endocrinologistas — a três grupos gerais que foram considerados os mais satisfatórios: a doença de Simmond, cujo diagnóstico clínico, deve basear-se nestes elementos: perda da função sexual; diminuição do peso que pode progredir até à caquexia; astenia, cifras baixíssimas do metabolismo basal; e por último, escassa excreção de 17-cetosteroides e da hormona estimulante folicular na urina. Podem inumerar-se outros sintomas, que se encontram numa percentagem menor: desaparecimento dos pelos do púbis e região axilar, pele seca; cáries dentárias; palidez, apatia, depressão e sonolência; acloridria e hipoglicemia; sensibilidade ao frio; hipotensão; pigmentação, anorexia, além do seu frequente predomínio no sexo feminino.

O tratamento-base deve ser a testosterona no homem, estrogéneos no sexo feminino e, ocasionalmente, também androgéneos, esteróides adrenocorticais e nalgum caso ACTH.

O *infantilismo hipofisário* ou nanismo hipofisário ou nanismo Levi-Lorain, caracterizado pela detenção do crescimento e do desenvolvimento sexual durante a meninice com desenvolvimento normal da capacidade mental, deve-se em geral a um tumor pituitário ou lesão desta glândula (infarto ou infecção), ou então a uma falta congénita de desenvolvimento.

A terapêutica deste quadro com hormona do crescimento tem frustrado, em geral, as esperanças dos especialistas, sendo mais benéfico o uso da testosterona em doentes masculinos, resultando que os estrogéneos no sexo feminino, são habitualmente desfavoráveis devido à tendência manifesta desta hormona em provocar a maturação das epífises ósseas. A experiência actual dos endocrinologistas inclina-se para o uso combinado da testosterona e tiróide num e noutro sexo, pela acção sinérgica dos seus efeitos e o uso do estilbestrol na mulher, como segunda etapa no tratamento, para favorecer o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

A *distrofia adiposogenital* (deixando de lado a Doença de Fröelich, que pressupõe um tumor pituitário) refiro-me ao «habitus» similar descrito por este autor mas sem aquela grave afecção endócrina; o síndrome de Fröelich em que predomina a distrofia genital e a obesidade, deve tratar-se antes de tudo com a limitação do regímen alimentar, extracto tiroideu, androgéneos em ambos os sexos e gonadotrofinas..

*

Nas sessões em que se estudaram os *síndromes de hiperfunção da hipófise anterior*: gigantismo, acromegalia, e outros quadros de tumores pituitários, descreveram-se com detalhe os seus sintomas, que considero desnecessário repetir aqui nesta revista do panorama actual da endocrinologia e só assinalarei, com respeito ao tratamento a seguir na acromegalia, os seus três já clássicos caminhos terapêuticos: a extirpação cirúrgica do tumor, a radioterapia local e o tratamento com esteróides, considerado este último o de eleição.

*

No importante capítulo das afecções do cortex supra-renal foi especialmente comentado, em primeiro lugar, o já tão difundido *Síndrome da Adaptação Geral e das Doenças de Adaptação*, cujo relato esteve a cargo do Professor canadiano John S. H. Browne, da escola de Hans Selye. O síndrome de adaptação postula três princípios fundamentais: 1.º o organismo reacciona duma maneira semelhante em frente duma grande variedade de agentes nocivos («stressor»); 2.º as alterações morfológicas e bioquímicas inerentes a esta reacção sofrem modificações com o tempo se persiste o «stress»; e 3.º a reacção do organismo varia conforme ele tenha sido previamente submetido ou não a um agente agressor.

O síndrome de adaptação pode dividir-se em três fases: a reacção de alarme, a fase de resistência e a fase de esgotamento ou exaustão. A reacção de alarme divide-se por sua vez nas fases de choque e contrachoque. Parte dos sinais e sintomas desta reacção, especialmente a involução tímica e a resistência aumentada aos agentes agressores, obedece a uma maior secreção de glucocorticóides por parte do cortex supra-renal que, por sua vez, tem sido estimulado pelo aumento da secreção da hormona adrenocorticotropa da hipófise anterior.

A noção das Doenças de Adaptação surgiu posteriormente ao síndrome de adaptação do qual devemos distingui-las. Aquele conceito estabelece que, em certas condições, e em entidades patológicas como a periarterite nodosa, a nefrosclerose com hipertensão, as alterações cardíacas do tipo da febre reumática e as artrites produzem-se como resultado duma reacção anormal do cortex supra-renal ao «stress». Esta reacção anormal do cortex traduz-se por uma produção aumentada de mineralocorticóides. Nos seres humanos pode-se evidenciar que, em processos patológicos como as queimaduras, intervenções cirúrgicas, estados emocionais graves e infecções agudas, o cortex supra-renal reacciona com um aumento de glucocorticóides.

*

O quadro sindromático da hipofunção córtico supra-renal já é bem conhecido para ser descrito nesta resenha geral de actualização endocrinológica. Conviria assinalar, ao referirmo-

-nos a este tema, que a insuficiência do cortex supra-renal pode ser primária, como resultado da afecção da própria glândula supra-renal, ou então secundária, como consequência da inadequada secreção de ACTH, por transtornos da hipófise anterior ou da região hipotalâmica.

As células corticais segregam hormonas esteróides, derivadas do colesterol sanguíneo ou fabricadas sinteticamente pelas células corticais. A actividade secretória e a hiperplasia celular estão controladas pela hormona adrenocorticotrófica da hipófise anterior (ACTH) ou corticotropina. Os centros hipotalâmicos controlam essa secreção de ACTH através dum mecanismo humoral, estando estes centros regidos pelo sistema nervoso central. Até agora, têm-se isolado 26 diferentes esteróides do cortex supra-renal e, somente uns poucos têm demonstrado possuir actividade fisiológica. 90% da actividade da fracção cristalina existe na 17-hidroxycorticosterona, no composto F de Kendall ou hidrocortisona e um factor muito potente reside na chamada fracção amorfa, ainda não bem identificada.

As provas de laboratório utilizadas no diagnóstico da insuficiência supra-renal podem inumerar-se assim: provas sugestivas, provas ou testes específicos (como o teste de Thorm) e os testes de tolerância (Robison-Kepler-Power e Cutler-Power-Wilder).

Deixando de lado o já conhecido tratamento geral, a seguir na hipofunção desta glândula, actualizaremos as prescrições que deverão instituir-se nos casos de crises da supra-renal: Neosynephrine Whintrop-Sterns 0,3 a 0,5 mg. (elevador da T. A.); solução fisiológica salina 1.000 c.c., endovenoso, com 100 mgr. de Hidrocortisona Merck Cº; 5 a 20 mg. de acetato de desoxycorticosterona; solução a 5 % de dextrose até 2.500 c.c., no primeiro dia. Alimentação: sumo de frutas, *ginger-ale* e caldo salgado. Depois, nos dias subsequentes, continuar a terapêutica de substituição à base de DOCA, em comprimidos ou injectável, ou acetato de cortisona, a testosterona, baixa dieta calórica e cloreto de potássio, se existe um síndrome de hipopotassemia.

Cushing incluía como factor etiológico, na descrição original da doença que tem o seu nome, a presença dum adenoma basófilo da hipófise anterior. Alguns autores reservam o termo de «Doença de Cushing» para os casos com a mesma etiologia da descrição original, empregando a denominação de «*Síndrome de Cushing*» para aqueles que apresentam sintomas e sinais descritos pelo autor, mas nos quais a etiologia obedece a um tumor do cortex supra-renal, a um distúrbio hipotalâmico ou a outra causa que não seja o adenoma basófilo.

A sintomatologia produz-se por uma libertação exagerada das hormonas do cortex supra-renal. Podemos dividir estas hormonas em três grupos: os mineralocorticóides, representados pela desoxicorticosterona com as resultantes mudanças nos electrólitos: retenção de sódio, aumento da excreção do potássio, a retenção de água e hipertensão arterial; os glucocorticóides, representados pela cortisona, responsáveis pela perda de proteínas, alterações na tolerância dos hidratos de carbono, fácies de lua-cheia, estrias cutâneas, osteoporose, policitemia, etc.; e os esteróides sexuais, semelhantes à testosterona, estrogéneos ou progesterona, que são determinantes do hirsutismo, da amenorreia e dos sinais de feminização no varão, etc.

Os sintomas do «*Síndrome de Cushing*» variam quase sempre: dominam às vezes os transtornos dos electrólitos, como a alcalose e a hipertensão maligna; noutros casos predomina a perda da força muscular, a osteoporose, os transtornos da glicemia, e em alguns casos, reconhecem-se sintomas do síndrome adiposogenital com discretas ou ausentes trocas metabólicas e com aumento da força muscular. Estas variações estão provavelmente relacionadas com a secreção de quantidades diferentes dos tipos de corticóides em cada caso.

Se existe um tumor supra-renal, o tratamento de eleição é sem dúvida a sua extirpação cirúrgica. Em alguns pacientes o tumor é tão pequeno que se torna impossível demonstrar a sua existência, ainda que seja com técnicas recentes como a insuflação retroperitoneal por via présacra. A própria laparotomia nem sempre permite ao cirurgião palpar o tumor cortical, tornando-se necessária a via de acesso dorso-lombar. Se se extrai o tumor é essencial proteger o doente com cortisona, antes, durante e depois da operação, pois a outra glândula supra-renal encontra-se atrofiada e estabelecer-se-ia imediatamente a insuficiência adrenal. Subsequentemente pode prescrever-se o ACTH como agente trófico e estimulante, com os reparos que condiciona este preparado depressor da hipófise. Nos Estados Unidos, sobretudo

P V R

Imunoterapia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÕES

Injectável

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

Supositórios

1.000.000 U.

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

500.000 U.

Metade da dose da composição anterior.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

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

APRESENTAÇÃO

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

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



LABORATÓRIOS QUÍMICO BIOLÓGICOS

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



Uma nova geração

A introdução do Chloromycetin no mercado deu início a nova era na História da Medicina. A sua descoberta e isolamento nos Laboratórios de Pesquisas de Parke Davis e a sua síntese em escala industrial contam-se entre os acontecimentos de vulto da quimioterapia. Além disso, o emprego crescente do Chloromycetin prova bem a eficiência desta contribuição — a mais recente — dos Laboratórios Parke Davis para o progresso da Medicina.

CHLOROMYCETIN

O primeiro antibiótico sintético



Parke, Davis & Company, Limited, Inc. U. S. A. Hounslow, próximo de LONDRES

REPRESENTADA EM PORTUGAL PELA

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA, S. A. R. L.

em Boston, tem-se praticado a adrenalectomia bilateral total em determinados casos.

Nos doentes com debilidade muscular e níveis baixos de potássio no sangue, administrar-se-á este sal, restringindo-se a ingestão de sódio para diminuir o edema. Recomenda-se o uso de testosterona para resistir aos efeitos dos glicocorticóides sobre o metabolismo proteico, o qual aumenta a força muscular e diminui a osteoporose. Os resultados dos Raios X sobre a hipófise ou as cápsulas supra-renais não têm sido uniformemente satisfatórios.

*

Como miscelânea das aplicações úteis do ACTH e da cortisona em desordens não endócrinas, pode assinalar-se a administração de certas drogas, especialmente usadas nos Estados Unidos e Canadá, em doenças do aparelho gastro-intestinal, com os devidos cuidados porque o uso do ACTH pode chegar a produzir a perfuração de ulcerações; a prescrição útil desta última droga nas doenças do colagénio, que antes não beneficiavam com nenhuma terapêutica protectora; a sua indicação nos transtornos alérgicos produzidos pela penicilino-terapia. O ACTH presta bons serviços na luta contra os casos graves de tuberculose pulmonar, independentemente do uso das outras drogas actuais de reconhecida eficácia; a mesma acção proveitosa tem-se observado empregando cortisona associada à estreptomina em doentes addisonianos com tuberculose pulmonar. Se bem que, sob forma inespecífica, assinalam-se também reacções favoráveis com a cortisona e o ACTH, em especial com este último, em psicopatias endógenas exteriorizadas por depressão, estados maníacos, esquizofrenias e síndromes catatónicas. A minha experiência pessoal a este respeito permite-me aconselhar esta estimulação hormonal como uma contribuição mais, nos casos em que fracassaram as actuais terapêuticas convulsivantes ou com as hipoglicémicas da moderna psiquiatria.

*

Referindo-nos às afecções da medula supra-renal, interessa-nos, quase exclusivamente, um breve resumo do síndrome de hiperfunção medular originada pelo tumor denominado feocromocitoma (brow-cell tumor). No feocromocitoma benigno existe hipertensão paroxística com a concorrência de uma grande variabilidade de sintomas clínicos. Actualmente, existem mais de 200 casos descritos de feocromocitoma com as seguintes localizações: 42% na supra-renal direita, 33% na esquerda, 12 1/2 % em ambas supra-renais e outros 12 1/2 % encontrados fora da medula supra-renal.

A sintomatologia que levaria ao diagnóstico caracteriza-se por uma marcada flutuação da pressão sanguínea, máxima quando as oscilações ultrapassam os 100 mm. de mercúrio. Durante a crise tensional, a glicémia pode aumentar, evidencia-se a glicosúria, a leucocitose, as alterações do potássio no soro sanguíneo e o hipermetabolismo com ou sem bócio.

Pelas dificuldades que oferece o diagnóstico do feocromocitoma pode prever-se a sua existência se previamente começamos por fazer uma discriminação em grupos de pessoas às quais o tumor pode afectar: 1) Doentes normotensos com paroxismos de hipertensão, cefaleias, vômitos, sudação, palidez, rubor e fenómenos angioespásticos nas extremidades. 2) Hipertensos crónicos com elevado metabolismo basal, taquicardia acentuada e hiperglicémia. 3) Doentes normotensos ou hipertensos que têm crises de edema pulmonar, *choc* ou acidentes de anestesia (má tolerância).

Podem assinalar-se alguns testes para confirmar a presença do tumor. O teste da histamina (de Roth e Kvalle): administração endovenosa de 0,05 mgr. de histamina em 0,5 c.c. de solução salina; o teste é positivo se se provoca crise semelhante às espon-tâneas, com aumento de mais de 100 mm. na pressão arterial. Usam-se, também, outros fármacos como o Mecholyl e o Etamon (brometo de tetra-etilamónio) com doentes normotensos. Para aqueles que têm hipertensão permanente usam-se, frequentemente, duas drogas que originam hipotensão: a benzodioxina, de acção transitória, e a dibenamine que mantém a queda tensional até 24 e 48 horas. A desvantagem desta última está na possibilidade em provocar uma alarmante elevação da T. A. nos doentes que não têm tumor.

A localização do feocromocitoma converte-se às vezes em tarefa sumamente difícil e frequentemente fracassa a radiogra-

fia abdominal, o urograma endovenoso, a pielografia retrógrada e a injeção peri-renal de ar, obrigando à exploração cirúrgica bilateral, porque existem 10 % de probabilidades de que o tumor se encontre em ambas supra-renais.

Feita a extirpação, o acto cirúrgico é sempre perigoso pela incidência do *choc* anestésico e dos episódios hipertensivos, que contudo, podem controlar-se com a administração endovenosa contínua de benzodioxina e grandes doses de epinefrina, antes da operação, e mesmo depois desta. Os resultados post-operatórios podem ser geralmente satisfatórios, reduzindo-se ao mínimo, com estes auxílios terapêuticos, a percentagem de mortalidade, que anteriormente alcançava uns 20 %.

*

Como miscelânea do capítulo das glândulas supra-renais faremos algumas referências sobre o problema que relaciona as adrenais com a *hipertensão arterial*. Se admitimos que a pressão sanguínea varia com o volume do sangue, com a capacidade do sistema vascular e de certo modo com a força de contracção cardíaca, observando-se que o volume sanguíneo decresce com a diminuição do sódio e da água que se segue à adrenalectomia, diminuindo a excessiva reabsorção tubular do sódio, assim como também a capacidade vascular se reduz pela novepinefrina medular e sabendo-se, além disso, que o cortex supra-renal actuando indirectamente parece ser essencial na manutenção da hipertensão renal, torna-se útil a sua influência sobre a pressão sanguínea, eliminando-se a acção hipertensiva proveniente das supra-renais.

Conhecidos os três factores preponderantes que levam à hipertensão: factores psicogénicos, neurogénicos e humorais, a supressão destes últimos seria sempre benéfica quando se procura obter a queda das cifras tensionais. Com este critério, tem-se começado a praticar, sobretudo nos Estados Unidos, a adrenalectomia bilateral, como método de eleição que poderia combinar-se com a simpaticectomia, trazendo-se assim mais uma contribuição ao esforço que mantém a medicina moderna a fim de resolver o crescente problema que plantea a hipertensão arterial.

A técnica que se segue, com todo o doente que vai ser submetido à adrenalectomia bilateral, é a seguinte: Pré-operatório: 200 mg. de acetato de cortisona à noite, antes da operação; 200 mg. na manhã do dia da operação, e dextrose a 5 % em solução salina gota a gota.

Durante a intervenção: anestesia raquidiana alta ou éter, e dose cuidadosa de neosynephrine em presença duma hipertensão alta, plasma, hidrocortisona em solução salina 100 mgr. e repetir a neosynephrine mas endovenosa, depois, de extirpada a segunda supra-renal para prevenir a queda brusca da tensão (de 1 a 5 mgrs. por hora); Novepinefrina se há redução da excreção urinária.

Post-operatório: acetato de cortisona, partindo da dose de 50 mgrs. e depois, em quantidade decrescente, de 6 em 6 horas; cloreto de sódio (6 a 10 grs. por dia) e acetato de desoxycorticosterona (5 mgrs) e depois 1 mgr diário.

Dose de manutenção: Acetato de cortisona e DOCA 1 mgrs. diário); 10 gr. de sal, de acordo com o estado circulatório. As melhorias tensionais obtidas podem ser satisfatórias, pelo menos superiores às comprovadas com a simpaticectomia que não vai a mais de 15 % de redução permanente da pressão clínica observada.

A adrenalectomia bilateral está indicada, actualmente, no tratamento do cancro prostático e do cancro mamário, especialmente na fase avançada em que há aparecimento de metástases. No que se refere ao cancro prostático tem-se observado diminuição da dor nas metástases ósseas, com melhoria do peso e do apetite por semanas ou meses, depois do que a doença retoma geralmente o seu curso fatal. Conhecem-se resultados mais satisfatórios nos Estados Unidos, em dois terços dos casos assim tratados de carcinoma mamário, que mostraram persistente melhoria clínica geral e regressão das metástases. Os casos operados são, todavia, relativamente recentes e não pode por isso inferir-se por quanto tempo se prolongarão os benefícios post-operatórios.

*

Começamos o estudo do grupo das doenças pancreáticas pela química, pela fisiologia do pâncreas e pela conhecida acção fisiológica da insulina, produto específico das células beta das ilhotas de Langerhans, e de certos preparados de extracto alcoó-

lico de pâncreas, como o «Lipocaico» de Dragstedt, cujo emprego clínico na diabetes não está ainda bem determinado, apesar dos seus resultados favoráveis, quando administrado por via oral, em certos casos de hepatomegalia associada à diabetes, sobretudo infantil.

Actualmente, têm-se desenvolvido os estudos dos investigadores (o cardiólogo Katz de Chicago e outros) que encontraram uma estreita relação entre os transtornos do metabolismo dos lipídeos e a produção de arterioesclerose, ateromasias, nefroesclerose, hipertensão e outros processos degenerativos, que ocorrem frequentemente nos diabéticos com hipercolesterinemia e que beneficiariam com a prescrição de agentes ou factores naturais lipotrópicos do pâncreas.

Todavia, deve notar-se que a experiência clínica actual pretende obter bons resultados nestes doentes, mantendo uma dieta de escassas gorduras, bom controle diabético pela insulina e administração oral dum agente lipotrófico como a metionina, em doses efectivas, que parecem reduzir o colesterol sanguíneo e tendem a diminuir, nos diabéticos, o aparecimento de desordens degenerativas hipotróficas do fígado e do sistema cárdio-vascular.

*

Considero desnecessário estender-me com respeito à etiologia, tendência familiar e sinais do síndrome de *hipofunção pancreática: a diabetes Mellitus*, assim como também referir-me às provas de laboratório para diagnosticá-la. Referindo-me a estes testes, quero assinalar que, recentemente, H. Berger sugeriu a administração de 100 mgr. de ACTH uma hora antes de efectuar a prova de tolerância aos glúcidos, verificando que com este procedimento obtêm-se curvas glicémicas mais altas nos diabéticos e também em pessoas da mesma origem paterna e de família diabética mas com curvas de controle normal, até então; em conclusão, esta modificação de Berger torna possível descobrir doentes potencialmente diabéticos, o que viria satisfazer a inclinação actual da realização, uma melhor medicina preventiva.

*

No que diz respeito ao *síndrome de hiperfunção pancreática*, reconhecido por S. Harris com o nome de «hiperinsulinismo», diremos que este quadro despertou um crescente interesse clínico, sobretudo a partir da comunicação do primeiro caso em 1927 por Wilder e seus colaboradores, a que se seguiram depois muitos outros.

Entre as variadas causas de hipoglicémia espontânea podemos reconhecer a sua etiologia na seguinte enumeração de I. W. Conn:

I. ORGÂNICA (*lesão anatómica reconhecível*):

a) Por hiperinsulinismo: 1) adenoma pancreático das células das insulinas: simples, múltiplo e aberrante. 2) Carcinoma pancreático das células das ilhotas: localizado e com metástases. 3) Hipertrófia e hiperplasia generalizada das ilhotas de Langerhans.

b) Doenças hepáticas: 1) Angiocolite infecciosa ascendente. 2) Hepatite tóxica. 3) Carcinomatose difusa. 4) Degenerescência gorda do fígado. 5) Glicogenose (doença de Von Gierke).

c) Hipofunção pituitária anterior: 1) Lesões destrutivas (tumor cromóforo, cístico). 2) Atrofia e degenerescência (doença de Simmond). Hipofunção tiroideia (secundária à hipofunção hipofisária).

d) Hipofunção do cortex supra-renal: 1) Atrofia idiópática cortical. 2) Granuloma destrutivo infeccioso. 3) Neoplasmas destrutivos.

e) Lesões do sistema nervoso central.

II. FUNCIONAL. (*Sem lesão anatómica reconhecível*):

a) Hiperinsulinismo: fadiga hipoglicémica; hipoglicémia nervosa; hipoglicémia funcional; hipoglicémia reactiva.

b) Hiperinsulinismo alimentar (rápida absorção intestinal): 1) Post-gastroenterostomia; 2) Post-ressecção gástrica parcial ou total.

c) Glicosúria renal.

d) Lactância.

e) Trabalho muscular exagerado e contínuo.

III. MISCELÂNIAS

a) Fictícias (administração de insulina).

b) Hipoglicémia post-operatória.

c) Inanição extrema.

d) Factores desconhecidos.

Esta classificação mostra-nos até que ponto pode ser difícil estabelecer a causa real da hipoglicémia espontânea ou do hiperinsulinismo, mas entretanto, assinala o caminho dum diagnóstico etiológico mais preciso que permitirá instituir o respectivo tratamento.

*

O interessante tema da inter-relação de hormonas e vitaminas denota, actualmente, os consideráveis avanços realizados, se bem que podem esperar-se ainda maiores progressos no futuro, baseados num melhor conhecimento da bioquímica e fisiologia das hormonas e vitaminas. Um bom exemplo da correlação vitaminas-hormonas é a que existe entre a deficiência do complexo vitamínico B e a capacidade do fígado em inactivar os estrogéneos, como foi demonstrado a partir dos trabalhos de Biskind, Segaloffs, etc. O quadro clínico humano de hiperestrogenismo secundário por insuficiência hepática crónica, paradoxalmente, estimula muitos dos sintomas do síndrome menopáusico, que se agrava com a administração adicional de estrogéneos, enquanto que, em contrapartida, se observam efeitos benéficos quando se prescrevem grandes doses de levedura de cerveja (complexo B natural) acrescentadas a uma dieta com participação de factores lipotrópicos, como a Metionina ou hidrolizados proteínicos. A correlação entre a vitamina C e o cortex supra-renal é já demasiado conhecida para repeti-la. O papel da tiamina sobre o metabolismo dos esteróides da glândula supra-renal não tem sido ainda bem esclarecido se bem que fosse demonstrada a sua influência em animais adrenalectomizados. A acção hipoglicémica da insulina parece estar condicionada por algumas vitaminas hidrossolúveis e hoje sabemos que o controle adequado da diabetes estabelece-se melhor quando se agrega à dieta certa porção de tiamina, riboflavina, ácido nicotínico, piridoxina e ácido pantoténico. A conversação do caroteno, precursor da vitamina A, no fígado, encontra-se perturbada na insuficiência tiroideia ou do lóbulo anterior hipofisário. Também a vitamina A exerce um papel predominante no crescimento, na conservação da visão normal e sobre a estrutura normal dos tecidos epiteliais. A mesma acção sobre o desenvolvimento corporal exerce a vitamina E que, adicionada a uma dieta com o complexo vitamínico B, é essencial na conservação da espermatogénese normal.

*

Considero desnecessário ocupar-me, nesta revisão da fisiologia, bioquímica e das inter-relações neuro-hipofisárias da *hipófise posterior*. Contudo, para compreender melhor os síndromes de perturbação desta porção pituitária, convirá recordar de passagem, que a secreção da hipófise posterior contém as várias actividades fisiológicas, que podem ser relativamente fáceis separar nas mais pequenas fracções activas, nas quais se encontram as diferentes hormonas. A fracção que contém actividade vasopressora e ocitócica tem-se isolado, em forma relativamente pura e potente, e está comercializada. A actividade antidiurética está na maior parte da fracção vasopressora e ela eleva a pressão sanguínea, por vasoconstricção, e produz contracção intestinal. A sua acção manifesta-se pela diminuição da excreção urinária e pela reabsorção tubular da água. A este propósito, a hormona hipofisária posterior é antagonista dos esteróides do cortex supra-renal, os quais tendem a produzir excreção de água e retenção de sódio.

O mais potente inactivador da hormona póstero-hipofisária é o fígado; isso se evidencia ao aumentar a actividade antidiurética em doente cinótico e sugere, ainda que sem provas, que esse incremento da hormona antidiurética teria um certo papel na patogénese da ascite.

A definição da *hormona hipofisária posterior* origina a *diabetes insípida* que se caracteriza pela excreção de quantidades de urina que oscilam entre 3 e 25 litros diários de urina clara, de baixa densidade e pobre em electrólitos. Esta poliúria produz

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

«VELARDON» DIGERE OS VERMES

Combate:

- ascarídeos
- oxiuros
- tricocéfalos
- anquilóstomos

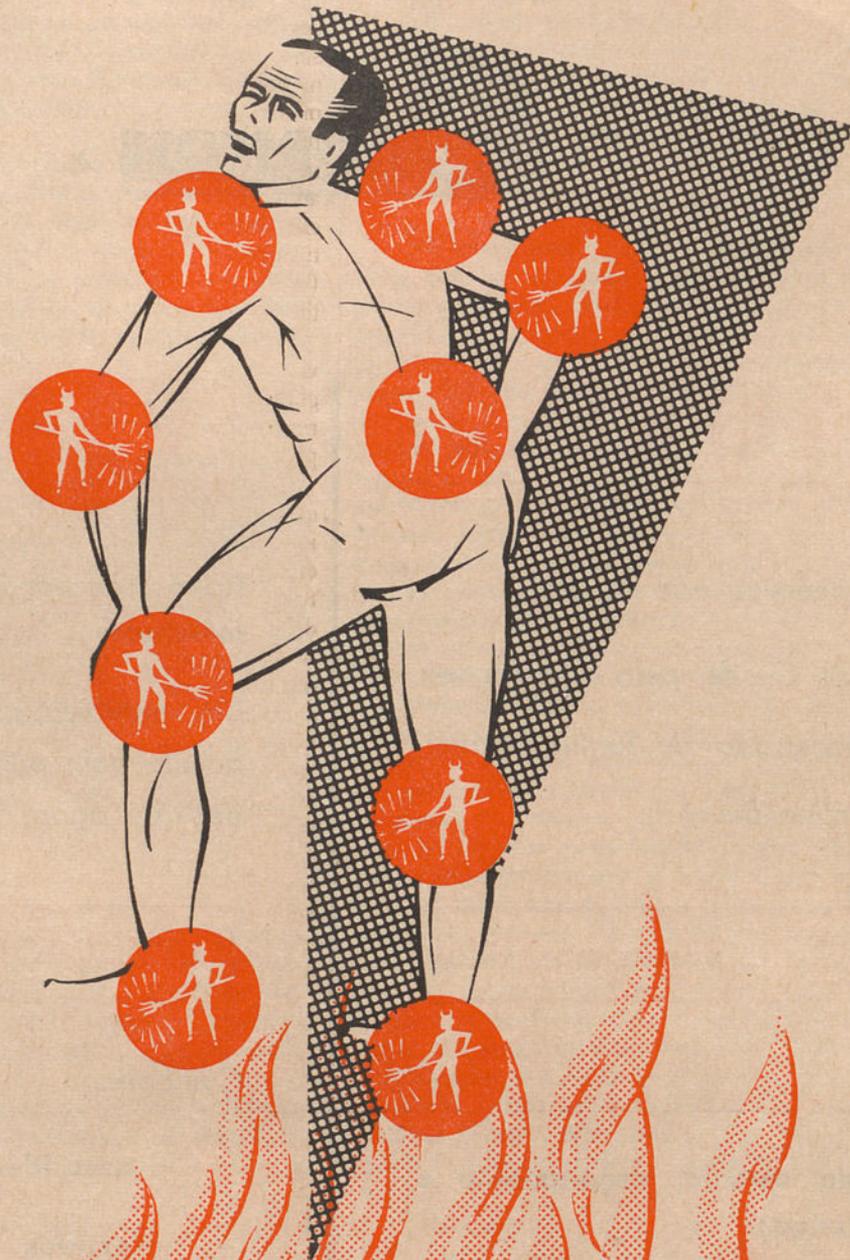
Apresentação:

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



REUMATISMOS

PARTICULARMENTE O ARTICULAR AGUDO

sali-lab
DRAGEAS · SUPOSITÓRIOS · INJEÇÕES

UM PRODUTO ORIGINAL DOS LABORATÓRIOS **Lab**

a correspondente polidipsia, desidratação e hemoconcentração, que em alguns casos chega, eventualmente, a produzir choque por alteração do nível de sódio. A afecção é produzida por uma lesão que interrompe o tracto supraopticohipofisário, a qual poderia ser uma neoplasia, infecção ou trauma. É possível confundir a diabetes insípida com síndromes em que a lesão intrínseca do rim provoca também poliúria e, secundariamente, polidipsia. Nestes casos, a análise da urina, que apresenta anormalidades tais como azotemia, albuminúria, cilindúria, etc. permite estabelecer o diagnóstico diferencial adequado. O tratamento da doença está baseado na administração da fracção vasopressora da hipófise posterior (pitressin). A preparação oleosa de tanato de pitressin intramuscular tem acção durante um a quatro dias, mas ao iniciar-se a terapêutica é preferível administrar a solução aquosa para determinar sem perigo a dose que não seja excessiva para o doente. É eficiente também a insuflação nasal de pó de hipófise posterior.

*

As afecções da glândula tiróide são das endocrinopatias talvez melhor conhecidas pelo clínico geral e, por isso, absteino-me de repetições supérfluas nesta resenha de actualidades.

As funções da glândula tiróide que conhecemos, relacionam-se com a síntese, armazenagem e secreção da sua hormona. Actualmente, o consenso de opiniões estabelece que a hormona tiroideia é a L-tiroxina. Contudo, não está ainda esclarecido qual é o mecanismo exacto pelo qual ela é sintetizada. Recentemente, tem-se chegado a dispor da molécula pura de L-tiroxina e também de outra molécula pura, a D-tiroxina e tem-se demonstrado além disso, que esta última possui somente um décimo da actividade que se reconhece à L-tiroxina.

Referindo-nos aos síndromas tiroideus, comentaremos em primeiro lugar os de *hipofunção da glândula*. Parece-me útil aceitar, com um fim didáctico, os quatro tipos de hipotiroidismo que foram enunciados: 1) o hipotiroidismo tireósico, resultante da ausência da glândula (congénita: cretinismo, ou atrófica: mixedema) ou por inabilidade da glândula em segregar a hormona ou por falta de resposta à hormona hipofisária; 2) o hipotiroidismo pituitário, resultante do insuficiente estímulo da hormona tiroideia segregada pelo lóbulo anterior da hipófise (que pode ser congénito, por disfunção ou devido a gravidez, por destruição hipofisária ou por atrofia como nos síndromes de Scheelsan e de Simmond); 3) o hipotiroidismo por hipopsituitarismo hipotalâmico, que pode ocorrer na encefalite ou numa disfunção hipotalâmica como se tem observado na esquizofrenia; 4) o hipotiroidismo somático, que pode sobrevir nas doenças viscerais tais como a nefrose hipóidica, a cirrose hepática, etc., nas quais a hormona tiroideia é reduzida por excreção, desvio, destruição ou bloqueio da sua acção estimulante.

Como método de diagnóstico do hipotiroidismo pode utilizar-se o metabolismo basal, se bem que aqui este teste avalie somente o hipometabolismo e não constitua, portanto, uma prova diagnóstica. O método de Chaney ou de Barker (P. B. I.) demonstra muito melhor a existência dum hipotiroidismo, embora não determine o seu mecanismo etiológico. Entre ambos, é aconselhável o método de Barker, por ter uma técnica menos complexa e mais precisa já que o erro não ultrapassa os 20%. As suas cifras normais oscilam entre 4 a 8 gramas %, considerando-se um resultado aumentado quando se obtêm cifras superiores a +8 e diminuído quando abaixo de -4. Antes de se efectuar o teste deve investigar-se, previamente, se o doente não usou substâncias iodadas, pois estas podem originar erros nos resultados, mesmo depois de muitos meses. Podemos recorrer também a outro teste similar, baseado no método de Barker, que Riggs lançou recentemente. A prova do iodo radioactivo não contribue para o diagnóstico do hipotiroidismo visto que assinala somente que a tiróide necessita de iodo. É um método apreciável o estudo em doentes tiroideus da resposta à injeção de preparações de hormona tiroideia estimulante hipofisária (T. S. H.). Uma prova significativa é a determinação da idade óssea nas crianças hipotiroideias em comparação com outras normais da mesma idade. O colesterol sanguíneo está correntemente desviado nos hipotiroidismos tireósicos.

O tratamento da afecção deve basear-se na clássica substituição terapêutica com hormona tiroideia por via oral. A dosagem controlar-se-á periodicamente pela prova do iodo proteico e outros testes clínicos tais como o electrocardiograma, a coles-

terolemia e a contagem dos elementos sanguíneos. O tratamento do tipo hipopituitário requiere também a administração oral da hormona tiroideia mas em grandes e progressivas doses e por meses prolongados. A terapêutica do hipotiroidismo hipotalâmico e o somático, deve basear-se numa combinação de substituição hormonal e numa terapêutica específica das doenças causais.

Ao tratar dos síndromes de *hiperfunção da tiróide* considero desnecessário, por ser demasiado conhecida, deter-me na sintomatologia da doença de Graves-Basedow. Independentemente dos seus sinais semiológicos, os estudos do laboratório mostram a elevação do metabolismo básico; o aumento do iodo proteico (P. B. I.); a diminuição do colesterol no soro sanguíneo; observam-se baixos níveis dos glóbulos brancos mas com aumento de linfócitos; encontra-se diminuída a tolerância à creatina e por último, pode aconselhar-se outro teste, administrando uma dose previamente determinada de iodo radioactivo (em doentes não tratados), que revelará a quantidade retida na tiróide e o grau de excreção desta substância na urina.

O tratamento da afecção pode instituir-se por diversas vias. Em mulheres com síndrome premenopáusica, nas quais a glândula tiróide não se acha excessivamente aumentada, obtêm-se remissões com tratamento prolongado em doses adequadas de propil-tiuracilo ou tapazol (15 mgs. até 30 por dia).

Tem-se generalizado outra forma de tratar estes doentes que consistem na administração de propil-tiuracilo ou tapazol com iodetos até obter um estado entiroideu e recentemente tem-se efectuado a tiroidectomia subtotal. Recentemente, tem-se demonstrado que o iodo radioactivo (I^{131}) constitue um meio seguro de destruir o tecido tiroideu hiperfuncionante; mas como ainda se não conhecem bem os efeitos destrutivos finais deste tipo de irradiação, alguns endocrinólogos preferem limitar o uso deste agente aos doentes que já tenham feito 45 anos de idade nos quais a terapêutica cirúrgica apresenta grandes riscos. Naqueles casos em que a doença se caracteriza por sinais oculares iniciais com ligeiro hipertiroidismo ou sem ele, deve instituir-se o tratamento com extrema cautela. Na maioria destes doentes deveria fazer-se a ablação cirúrgica, sendo preferível tratá-los com iodetos e tiróide. Se existe dificuldade em cerrar as pálpebras aconselhar-se-ia um tratamento protector local. A terapêutica do exoftalmo com radioterapia na órbita (15.000 u. r.) e também sobre a hipófise, tem mostrado algumas modificações significativas. Certos hipertiroidismos tratados com cortisona têm seguido uma evolução favorável, se bem que não se prolongue por muito tempo.

O tratamento dos adenomas hiperfuncionantes da tiróide determina em geral uma fraca resposta aos iodetos; os efeitos da terapêutica com agentes como o propil ou o metil tiuracilo podem ser satisfatórios se bem que lentos, ainda que se empreguem em doses elevadas. Se os resultados são medíocres ou incertos deve aconselhar-se a extirpação do adenoma. Todavia, a terapêutica com iodo radioactivo é efectiva, com a condição de que para estes adenomas hiperfuncionantes prescrevem-se doses elevadas de radioiodo que provoquem a remissão.

Agora quero dizer só duas palavras sobre o tratamento das tiroidites. As formas abcedadas, geralmente pouco frequentes, beneficiam com a abertura cirúrgica e drenagem, devendo tomar-se a precaução de efectuar culturas e submeter a exame microscópico alguns fragmentos dos tecidos da parede do abcesso. As tiroidites agudas não têm na realidade um tratamento específico. Da administração de antibióticos e sulfamidas não resulta nenhum efeito favorável, mas em contrapartida, os raios X em doses de 600 a 800 r. podem produzir uma resolução do processo em poucas semanas. Têm-se observado benefícios em certos doentes tratados com propil-tiuracilo, assim como também se obtêm bons resultados com a administração da hormona tirotrópica.

Com respeito ao estruma tipo Hashimoto e o de Riedel, deverá aconselhar-se a tiroidectomia parcial se se apresentam sintomas compressivos ou de obstrução; os raios X podem ser úteis naqueles doentes em que a fibrose não é extensa.

O *bócio nodular não tóxico*, descrito também como simples, coloideu ou bócio endémico, tem uma patologia variável e julgo desnecessário descrever aqui os seus tipos já conhecidos. O tratamento a instituir deve basear-se nos sintomas que se encontram em cada caso. Assim, as formas multinodulares ou o pequeno bócio coloideu não requerem habitualmente a terapêutica cirúrgica, excepto se produzem compressão ou se se verificarem razões de

estética. Não se deve esquecer que aqueles que são portadores dum nódulo tiroideu solitário correm o risco do cancro numa percentagem de 10 a 24%; devem fazer-se portanto, como medida de segurança, exames periódicos e aconselhar a sua extirpação em presença do menor sinal de suspeita.

Os *cancros da tiróide* têm-se classificado em papilares (os tumores malignos mais frequentes), foliculares e alveolares. Estes dois últimos são menos habituais e apresentam-se em ambos os sexos; o papilar afecta mais o sexo feminino. O tratamento destes tumores é o cirúrgico e em determinados doentes poder-se-ia aconselhar o radioiodo.

*

Sabemos que existem vários factores que influenciam o crescimento somático e o desenvolvimento do indivíduo, cuja perturbação origina os diversos síndromes de baixa estatura como os de natureza endócrina na infância, que me parece útil enumerar aqui. Assinalaremos previamente que as causas gerais de enanismo podem reduzir-se às seguintes 1) doenças dos ossos; 2) perturbações nutritivas ou metabólicas; 3) desordens circulatórias com anoxemia; 4) transtornos endócrinos; 5) adolescência retardada com crescimento lento; 6) enanismo genético ou primordial (constitucional); 7) tipos não classificados.

As causas mais frequentes de enanismo por distúrbios endócrinos podem classificar-se em quatro grupos: a) por hipotiroidismo, que mostram acentuado nanismo, atrasado evidente na ossificação das epífises, proporções esqueléticas infantis, rasgos de infantilismo cretinóide, desenvolvimento sexual tardio com maturação incompleta, disgenésia epifisária, colesterolemia elevada, etc.; b) por precocidade sexual com fusão epifisária precoce, caracterizada por nanismo moderado, ossificação prematura das epífises, desenvolvimento das proporções esqueléticas, desenvolvimento genital precoce, elevados ou normais os 17-cetosteróides e FSH normal; c) por hipopituitarismo, com sintomas de discreto ou bem marcado nanismo, atraso da ossificação das cartilagens, proporções esqueléticas normais, infantilismo sexual persistente, taxas baixas de FSH e 17-cetosteróides, tendência à hipoglicémia, etc.; d) tipos mistos.

No que diz respeito ao tratamento do enanismo assinalaremos que o extracto tiroideu é de bons efeitos no nanismo hipotiroideu; a hormona do crescimento hipofisário é muitas vezes ineficaz. Por experiência pessoal tenho verificado que, contudo, se torna útil especialmente nos hipopituitários, associada à vitamina B₁₂, altas doses de alfatoferol e o estímulo do equilíbrio endócrino *per os* com extractos pluriglandulares dessecados, metionina e outras vitaminas. Deve empregar-se a gonadotropina coriónica ou androgéneos (metiltestosterona) na adolescência retardada do varão. Aconselha L. Wilkins, do Johns Hopkins Hospital, como tratamento do nanismo hipofisário, o emprego da testosterona ou da gonadotropina coriónica no varão, prescrevendo na mulher também a testosterona, mas em pequena dose, e estrogéneos administrados ciclicamente.

*

Frequentemente o clínico é consultado por um síndrome que aparece no menino, no adolescente e raramente no adulto que consiste no desenvolvimento exagerado das mamas no varão.

Este quadro encontra-se geralmente associado a endocrinopatias e pode originar complexos psicológicos que obrigam a instituir uma terapêutica correctiva. Naturalmente que não nos referimos em especial à *ginecomastia* por simples hiperplasia mamária que pode observar-se nos jovens entre os 13 e 16 anos e que às vezes demora a desaparecer espontaneamente. Associada à terapêutica que tende a consolidar um bom equilíbrio geral endócrino, deve aconselhar-se a gonadotropina coriónica e comprimidos de metiltestosterona sublingual.

*

Vamos ocuparmo-nos agora dos transtornos endócrinos do ovário, que podemos agrupar em síndromes de hipofunção ovárica, síndromes de hiperfunção e tumores. Trata-se talvez das endocrinopatias mais bem conhecidas pelo clínico e pelo médico geral, mas que frequentemente são mal interpretados e deficientemente medicadas por aqueles que, alheios à especialidade, podem improvisar uma terapêutica muitas vezes sindromá-

tica sem ter aprofundado e discriminado previamente a etiopatogenia da perturbação ovárica a tratar. Contudo, os numerosos volumes e os inumeráveis trabalhos que diariamente continuam a aparecer sobre o tema obrigam-nos, a prescindir do que já é conhecido e a passar só em revista aquilo que julgamos ter mais actualidade e que melhor contribua para o propósito de síntese que anima este relato.

A completa e permanente insuficiência ovárica que precede a maturação sexual origina o *eunucoïdismo*, e se tais mudanças ocorrem depois da menarca, produz-se a menopausa, termo que traduz unicamente a permanente cessação das regras. O diagnóstico clínico do eunucoïdismo, não é sempre fácil de formular. Quando a menarca está atrasada, além dos 16 ou 17 anos, então associa-se à frigidez sexual, alongamento do esqueleto, excreção elevada de hormona hipofisária gonadotrófica e pela ausência de manifestações estrogénicas, poderia então estabelecer-se clinicamente este diagnóstico de verdadeira castração pituitária ou funcional. Podemos certificarmo-nos por uma laparotomia exploradora se desejarmos um diagnóstico e prognóstico mais exactos. Estes casos de castração funcional poderão estimular-se pelo uso de estrogéneos e progesterona. O tipo e carácter da terapêutica com os referidos esteróides dependerá antes de tudo do estado do endométrio, dos caracteres sexuais secundários e do grau de desenvolvimento.

Outro síndrome de hipofunção ovárica que se acompanha de hipergonadotrofismo inclui o *síndrome menopáusic*, que pode confundir-se com o síndrome de castração e o síndrome climatérico. Os sintomas primordiais da castração ou da senescência ovárica são: as desordens menstruais, a atrofia genital, os transtornos vasomotores (bafuradas e transpiração) e a hipertensão arterial. Os sinais mais prováveis do climatério estariam representados pelas perturbações emocionais, a lassidão, as parestesias, as dores ósseas e articulares, as perturbações sexuais, a atrofia generalizada dos tecidos e a obesidade. Um exemplo aclarará melhor esta diferenciação: uma histerectomizada aos 20 anos atingirá a menopausa, a função ovárica pode continuar até aos 30 anos sendo então provável manifestar-se o síndrome de castração e o climatério apareceria depois dos 40 anos. O tratamento destes síndromes é a já conhecida terapêutica com esteróides *per os* injectável ou em *pellet*, vigiando em cada caso os efeitos dos estrogéneos sobre o endométrio, e também a psicoterapia, sedativos, extractos tiroideus, régimen alimentar, etc., de acordo com os sintomas de cada doente, adaptando a medicação às suas necessidades específicas.

Existe também um grupo de síndromes hipergonadotrópicas que compreendem a agenesia ovárica e o síndrome de Turner. Recorde-se que o funcionamento ovárico normal depende dum estímulo adequado de certas hormonas elaboradas pela hipófise anterior agregada à capacidade fisiológica do ovário em responder a estas hormonas. O *hipogonadismo primário* assenta como permissa na existência dum ovário que é incapaz de responder àquele estímulo hipofisário e pode demonstrar-se facilmente que a referida função pituitária efectua-se de modo adequado, doseando as gonadotrofinas, que se encontram normais ou em excessivas quantidades na urina. Há nestes casos uma absoluta ou relativa deficiência estrogénica com insuficiência ou incompleto desenvolvimento dos órgãos sexuais reprodutores ou acessórios. Contudo podem observar-se doentes com pubis e axilas pouco povoadas, cujo aparecimento atribui-se aos androgéneos supra-renais. O *síndrome de Turner*, que foi comentado por seu próprio autor, constitui um tipo de hipogonadismo primário associado ao síndrome de infantilismo, aplasia ovárica e outras anormalidades congénitas: transtornos oculares, osteoporoze, estenose da aorta, cúbito valgo, pequena estatura, etc. O laboratório revela aumento de gonadotrofinas urinárias, diminuição dos 17-cetosteróides, corticóides normais, redução mas nunca ausência completa dos estrogénios urinários, metabolismo basal e exame citológico sanguíneo normais, etc. O seu tratamento está baseado na substituição total com estrogéneos. Administrar-se-á o benzoato de estradiol intramuscular, na dose de 1,66 miligramas 3 ou 4 vezes por semana ou então doses semelhantes de substância estrogénica «per os». Podem ocorrer assim menstruações de poucos dias de duração, que se tornam abundantes, obrigam a suspender o estradiol e a substituí-lo por progesterona ou testosterona. Obtidos os resultados esperados deve continuar a seguirem-se as regras aplicando a medicação durante os primeiros 15 a 20 dias do ciclo.

O síndrome de *hipofunção ovárica* inclui também um

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

PRODUTOS DE FAMA MUNDIAL E ELEVADO INTERESSE CIENTIFICO

EM PORTUGAL ENCONTRAM-SE À VENDA OS SEGUINTE PREPARADOS:

- ARTANE**
Trihexifenidil — Tratamento do síndrome parkinsoniano
- CLORIDRATO DE AUREOMICINA CRISTALINA**
Antibiótico
- COMPLAMOM**
Tratamento de todas as formas de anemia
- DIGITALIS**
DELFIOL COM METIONINA
Tratamento das doenças do fígado
- EXTRACTO HEPÁTICO COM VITAMINA B₁₂ E FOLVITE**
Anti-Anémico — 15 U. de extracto hepático com 20 gramas de vitamina B₁₂ e 5 mgr. de ácido fólico por cc.
- FOLVITE**
Ácido Fólico — Anti-Anémico
- FOLVRON**
Ácido Fólico com Ferro — Tratamento das anemias secundárias
- HETRAZAN**
Dietilcarbamazina — Parasiticida orgânico contra as filárias, ascáris, etc.
- INTRAHEPTOL**
Extracto de fígado por via endovenosa, para tratamento das cirroses hepáticas
- LEDERCILINA PARENTÉRICA**
300.000 U. O. de Penicilina G Procaína Cristalina e 100.000 U. O. de Penicilina G Potássica Cristalina
- LEDERPLEX**
Vitamina B Complexa Parentérica
- LEDINAC**
Granulado (com Folvite) — Associação de: amino-ácidos, proteínas, vitaminas, minerais e hidratos de carbono, para o restabelecimento do equilíbrio ácido-básico
- NORMOCYTIN**
Anti-Anémico injectável — Vitaminas B₁₂ e B_{12b}
- PRENATAL**
Dieta suplementar vitamínica e mineral para a profilaxia pré-natal e durante a lactação
- PROPILTIOURACIL**
Tratamento do hipertiroidismo
- TEROPTERIN**
Ácido Pteroil-Triglutâmico para a terapêutica anti-cancerosa
- TRI-IMUNOL**
Vacina mista: Diftérica, Tetânica e Pertussis
- TUBERCULINA**
Prova do adesivo com tuberculina
- VACINA ANTI-CATARRAL MISTA**
Para a profilaxia e tratamento da «constipação vulgar», etc.
- VACINA ANTI-VIRUS GRIPAL TIPOS A e B**
Vacina contra a gripe
- VARIDASE**
(Estreptokinase 100.000 U.; Estreptodornase 25.000 U.)
- VI-MAGNA**
Combinação das vitaminas: A, B₁, B₂, B₆, C, D, PP
Pantotenato de Cálcio e Ácido Fólico
- AGENTES PARA DIAGNÓSTICO ANTIGÊNEOS**

Lederle

LABORATORIES DIVISION
AMERICAN Cyanamid COMPANY

NEW YORK — U. S. A.

Representantes Exclusivos para Portugal e Colónias
ABECASSIS (IRMÃOS) & C.^A
RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA
RUA DE SANTO ANTÓNIO, 15 — PORTO

segundo grupo: os *síndromes hipogonadotrópicas*, que engloba especialmente o hipoovarismo hipogonadotrópico, secundário à falta hipofisária. Nestas doentes a lesão pituitária não é sempre evidente, assemelhando-se àqueles casos originados por insuficiência primitiva do ovário. Estabelece-se *a priori* o seu diagnóstico diferencial efectuando o exame da gonadotropina urinária, que estão muito elevadas no hipoovarismo primário e muito diminuídas ou ausentes nos hipogonadotrópicos. Outros sintomas próprios destas doentes assinalam o característico infantilismo sexual mas com ausência de povoamento axilar e púbico; existem outros sinais que marcam a deficiência hipofisária, tais como a ausência do factor de crescimento resultante do atraso do desenvolvimento epifisário, a insuficiência do factor gonadotrópico marcada pelo infantilismo do útero, vagina e mamas, a amenorreia, a diminuição da fracção androgénica evidenciada pela ausência do pelo sexual, o déficite da fracção de carboidratos que interfere no metabolismo glucídico, e a deficiência do factor tirotrópico que deprime a taxa do metabolismo básico. As doentes deste tipo, com infantilismo sexual por panhipopituitarismo têm um fraco desenvolvimento e aspecto de mal nutridas. Contudo, deve assinalar-se que às vezes se apresentam casos com sintomas de deficiência selectiva de certos factores tais como o gonadotrópico ou o adrenotrópico, que determinam sintomas diferenciais isolados como a amenorreia, infantilismo, ausência de pelo sexual e atraso das epífises. Estas contingências obrigam a pontualizar cuidadosamente as deficiências predominantes a fim de instituir a terapêutica mais adequada, combinando as proporções de estrogéneos, progesterona e androgéneos.

Com a finalidade de comentar sobretudo o tratamento, mencionaremos outro grupo de *síndromes de hipofunção ovárica* mas com *síndromes normogonadotrópicas*, que compreendem a metropatia hemorrágica, a dismenorreia e a endometriose. A *metropatia hemorrágica* ou hemorragia funcional uterina tem como causa primordial, a disfunção hormonal, mas desempenham também um papel importante os factores nutritivos, as deficiências vitamínicas e os factores nervosos e psicogénicos. As hemorragias, associadas a certas lesões patológicas como os pólipos do endométrio, as doenças inflamatórias da pelve, a endometriose e ainda os fibromiomas do útero, podem atenuar-se ou controlar-se de maneira a assemelhem-se àquelas que são causadas puramente por transtornos funcionais; já assim não acontece com outros quadros patológicos hemorrágicos como os pólipos cervicais, o cancro cervical, os tumores malignos e carcinomas das trompas de Falópio, gravidez ectópica ou discrasias sanguíneas, nas quais não poderá esperar-se pela terapêutica hormonal. A experiência no que diz respeito ao uso de esteróides assinala-nos o seguinte: 1) Os estrogéneos têm sido empregados com êxito nos casos de hemorragia uterina originada por hiperplasia glândulo-quística ou endométrio estrogénico persistente; 2) a progesterona dá bons resultados quando se trata de perdas devidas a imperfeição progéstacional ou a um tipo misto de endométrio; 3) a testosterona é útil nas metrorragias associadas a fibroma uterino, adenomioma ou endometriose. Podem tratar-se em conjunto as várias causas que originam uma hemorragia funcional administrando uma combinação de esteróides que contenha 1,66 miligrs. de benzoato de estradiol ou seus equivalentes, 25 miligrs. de propionato de testosterona e 25 miligrs. de progesterona. Esta terapêutica prescrever-se-á por um período de três a cinco dias e frequentemente obtem-se a detenção da hemorragia dentro de 6 a 48 horas. Vinte dias depois pode aconselhar-se uma terapêutica por via oral de 30 miligrs. por dia e durante 5 dias com comprimidos de progesterona, ou pregnenolona por ingestão, da mesma forma que a anterior, ou então progesterona em injeção intramuscular na dose de 10 miligrs. diários durante três dias, a fim de provocar a menstruação seguinte. O tratamento pode repetir-se com intervalos mensais até que se estabeleçam períodos com ciclos ovulatórios normais.

Outro método terapêutico especialmente útil em mulheres jovens ou naquelas em que por causa de suas hemorragias ficaram exangues, consiste no emprego do sulfato de estrona por via endovenosa de 4 em 4 ou de 6 em 6 horas até parar a hemorragia, administrando depois de terem cessado as perdas, estrogéneos por via oral em doses decrescentes pelo período de 25 dias, com o fim de prolongar-se a amenorreia, o que dará oportunidade a que a doente se restabeleça em menor tempo.

Conseguem-se também resultados moderadamente bons

embora temporários com o sulfato de estrona, nas perdas da gravidez ectópica e do carcinoma do endométrio.

Sabemos que, em geral, a doente com *dismenorreia* não difere muito da mulher normal, salvo que na dismenorreia existe frequentemente uma perturbação psicossomática. Nas formas moderadas pode empregar-se, como terapêutica médica, os anti-espasmódicos tais como a trasentina Ciba 75 mgrs. (uma de 4 ou de 6 em 6 horas), os antihistamínicos como o Trimeton Schering ou seus equivalentes (25 a 50 mgrs.), os adrenolíticos como o Priscoline Ciba (25 a 50 mgrs. de 4 em 4 horas ou 2 c.c. subcutâneo) e exercícios posturais, e como terapêutica hormonal, administram-se pequenas doses orais ou por via parenteral de estrogéneos durante o intermênstruo. Nas formas severas de dismenorreia ou de dismenorreia membranosa, é benéfico inibir a ovulação por um período de 6 a 12 meses, para calmar a dor, o que contribue para moderá-la ou facilitar a cura em muitos casos. Isto consegue-se com a injeção intramuscular de 1,66 mgrs. de benzoato de estradiol ou seus equivalentes no 7.º, 10.º e 13.º dia do ciclo, seguida de estrogéneos por via oral no 14.º dia (1,25 mgrs. de sulfato de estrona ou seus similares) administrando continuamente por tantos meses quantos se deseje. O quadro de temperatura basal mostrará então a existência de ciclos anovulatórios. Nos intervalos cíclicos pode prescrever-se, para reduzir o molimen e favorecer os seguintes mênstruos, 20 mgrs. de anidroxiprogesterona diários desde o 21.º ao 25.º dia do ciclo. Uma vez suprimida toda esta medicação o ciclo ovulatório volta um ou dois meses depois e os períodos indolores mantêm-se por um espaço de tempo inapreciável. Podem usar-se também na dismenorreia outras terapêuticas conhecidas, como a progesterona por via oral em doses de 10 mgrs. diários nos últimos 10 a 12 dias do ciclo ou parenteralmente 10 mgrs. de 4 em 4 dias durante a última metade intermenstrual ou os androgéneos por via oral em doses de 15 a 20 mgrs. todos os dez dias antes do cataménio, ou injectáveis na proporção de 10 a 25 mgrs. de propionato de testosterona cada semana. Nas minhas experiências verifiquei resultados satisfatórios com o uso da vitamina A em doses de 100 mil a 200 mil unidades diárias nas duas últimas semanas, o que contribuiu para melhorar em geral a oligomenorreia, levando também a menstruações cíclicas e normais em doentes oligohipomenorreicas.

A *endometriose*, é provavelmente uma das lesões pélvicas mais comuns que se descobrem em mulheres de vida menstrual activa e são operadas. Neste síndrome obtem-se melhoria satisfatória com a androgenoterapia sob a forma de implantação de comprimidos de testosterona assim como também com a prescrição de doses maciças de progesterona. Compreender-se-á que este tipo de terapêutica tende a conservar a integridade da função ovárica e a reprodutora, o que nem sempre logra uma cirurgia conservadora.

A *amenorreia hipotalâmica* constitue outro quadro de hipofunção ovárica com síndrome normogonadotrópica. Conheceu-se ultimamente a fisiologia patológica desta e pensa-se que ela origina como consequência do bloqueio por algum traumatismo emocional, da normal e contínua libertação de impulsos provenientes do hipotálamo sobre a hipófise anterior encarregada de produzir ou libertar a hormona luteotrópica (L. H.). O facto de se tratar de um bloqueio selectivo que não afecta a libertação da hormona estimulante policular (FSH) demonstra-se doseando o nível de excreção desta hormona na urina, que não se encontra descido. A amenorreia hipotalâmica pode apresentar-se geralmente em mulheres com uma história endócrina normal, cujos períodos regulares mostram bruscamente uma cessação das regras determinadas por um traumatismo emocional de variada índole. O tratamento deve basear-se no uso de pequenas quantidades de estrogéneos (Premarin 0,3 mgrs. diários ou dietilestilbestrol 0,1 mgrs. diários *per os*) associados à gonadotropina coriônica (500 a 750 unidades diárias intramuscular) e também à progesterona, sem que se deva esquecer o ajuste psicológico com a psicoterapia adequada, que contribuirá, a par da medicação, para remover o bloqueio, restabelecendo o reaparecimento de menstruações regulares.

*

Do mesmo modo, como fizemos referência aos transtornos ováricos, vamo-nos referir às afecções do testículo, começando pelos síndromes de hipofunção testicular com hiper ou hipogonadotropismo, para continuar depois com os de hiperfunção gonadal.

Como introdução ao estudo do grupo *hipofuncional* com *síndrome hipergonadotrópico* assinalaremos que o primeiro passo no diagnóstico desta deficiência consiste em reconhecer se a insuficiência gonadal é primária ou secundária à insuficiência hipofisária.

Ela pode estabelecer-se por um destes meios: 1) a determinação da excreção de gonadotropinas urinárias regista uma taxa mais baixa que a normal quando a hipófise está comprometida, e pelo contrário, encontra-se elevada quando o defeito é primitivamente gonadal; 2) a biópsia testicular revela ao exame histológico se se trata de uma falta de estímulo ou de um defeito intrínseco do testículo; 3) por meio do teste terapêutico, valendo-nos de uma preparação eficaz de hormona estimulante da célula intersticial (ICSH) que se proponha estimular a produção de androgéneos pelas células de Leydig. Empregamos para isso a gonadotropina coriônica por via intramuscular em doses de 4.000 unidades internacionais 3 vezes por semana e durante 3 semanas. Se se provoca uma resposta favorável o defeito será de origem hipofisária e o tratamento a seguir será a gonadotropina, mas se a resposta é negativa, a insuficiência deverá atribuir-se ao próprio testículo e impõe-se então a substituição terapêutica com testosterona. Com o uso destas três técnicas tem sido possível, nos últimos anos, dividir e classificar os variados tipos de déficit gonadal em síndromes definitivamente identificados.

Condensaremos agora a enumeração descritiva dos síndromes de hipofunção testicular com hipergonadotropismo, começando pelo síndrome de Klinefelter (insuficiência puberal dos tubos seminíferos) que foi desenvolvido pelo seu próprio autor. Nestes doentes existe uma degenerescência hialina primária dos tubos seminíferos e ataque variável das células de Leydig. Eles caracterizam-se pela pequenez dos testículos, azoospermia, desenvolvimento relativamente normal dos caracteres sexuais secundários, elevada excreção da hormona estimulante folicular (FSH) na urina e pela existência frequente de ginecomastia. O síndrome torna-se manifesto na puberdade se o defeito do epitélio tubular se iniciou precocemente. Pensa-se que este seria devido a uma deficiência genética transmitida pelo lado materno e que não se trataria na realidade duma doença degenerativa.

O desenvolvimento dos testículos neste transtorno, nunca chega a ser normal e os caracteres sexuais secundários podem encontrar-se relativamente inalterados, pelo que o motivo mais frequente que leva o doente a consultar-nos não é determinado pela aparência dos genitais mas por um sintoma mais predominante: o desenvolvimento da ginecomastia. O líbido e a potência são geralmente normais, mas existe esterilidade, a qual pode ser razão para procurar um especialista. As bolsas são consistentes, sensíveis, de igual tamanho e não ultrapassam os 2 cm. de comprimento. A configuração somática dos indivíduos é, em geral, normal, igualmente o é o povoamento axilar, púbico e perianal, o da barba é escasso e também deficiente o do resto do corpo.

A ginecomastia é com grande frequência bilateral, as mamas são firmes e recordam as da mulher adolescente. Existe alguma ejaculação mas não há esperma. Para o diagnóstico positivo do síndrome requer-se além disso a investigação das gonadotropinas (FSH) que se observam em quantidade elevada (mais de 192 unidades por 24 horas). Os 17-cetosteróides são normais e às vezes encontram-se diminuídos quando coexiste uma deficiência das células de Leydig. A excreção de androgéneos na urina não se encontra aumentada. Klinefelter reconhece que não há um tratamento conhecido capaz de produzir mudanças no epitélio tubular e restaurar a espermatogénese. A ginecomastia deve ser tratada cirurgicamente: incisão lateral semi-circular preservando a aréola, o que oferece excelentes resultados estéticos. Se há hipoleydigismo administrar-se-á testosterona na dose de 1 a 2 comprimidos de 10 mgrs. diários, ou então 2 a 4 comprimidos de metiltestosterona de 10 mgrs. todos os dias. As investigações sobre este síndrome têm contribuído para estimular um estudo mais profundo acerca da produção hormonal do testículo, e actualmente sugere-se a existência duma segunda hormona sexual juntamente com a testosterona, que ainda não foi isolada, mas que se presume que seja análoga à estrina; isso daria valor à sugestão de usar androgéneos no tratamento daqueles indivíduos com insuficiência genital global, o que implica também diminuição funcional das células de Leydig.

O emprego desta hormona necessita aqui a remoção prévia das mamas, dada a conhecida acção estimulante dos estrogéneos sobre os tecidos mamários.

Outro quadro hipogonadal com síndrome hipergonadotrópico é constituído pela *castração funcional prepuberal*, caracterizada pela ausência total da função testicular que aparece antes da puberdade. Quando o síndrome é devido à agenesia testicular pode acompanhar-se de múltiplos defeitos congénitos, incluindo a pequena estatura, comparável ao síndrome de agenesia ovárica. Contudo, é mais frequente observar-se uma única malformação e ausência ou completa atrofia dos testículos atribuída com frequência a algum procedimento cirúrgico tal como herniorrafia ou orquiopexia, ou então resultando simplesmente de uma degenerescência idiopática.

Frequentemente a ausência de testículos palpáveis pode levar ao diagnóstico erróneo de criptorquidismo tratando-se de um menino prepúbere, ou também pode rotular-se de criptorquidia eunocóide naqueles casos em que já passaram da puberdade. Contribui a fixar um diagnóstico adequado deste síndrome hipergonadotrópico a biópsia do escroto e a titulação das gonadotropinas urinárias, que se encontram notavelmente elevadas, ao inverso do que acontece na criptorquidia eunocóide. A resposta ao teste terapêutico de gonadotropina coriônica é negativa neste tipo de castração. O aspecto dos doentes tem a forma mais completa de infantilismo sexual e eunocoidismo. Encontra-se também ginecomastia, que às vezes adquire um desenvolvimento notável. Aqui o tratamento com testosterona está plenamente indicado. Por razões de economia e efectividade poderá recomendar-se a implantação de comprimidos, que actuam até 6 e 8 meses consecutivos. As injeções de 50 e 100 mgrs. de testosterona em microcristais, diariamente e por via intramuscular são também úteis. A terapêutica oral ou sublingual é relativamente ineficaz.

O síndrome de *castração cirúrgica prepuberal* é idêntico ao da castração funcional, ainda pelo desenvolvimento da ginecomastia. Recordaremos que as gonadotropinas urinárias permanecem ausentes em todos os síndromes hipergonadotrópicos até à puberdade. Ao atingir esta época, e ainda que os sintomas puberais não se tornem clinicamente reconhecíveis, os níveis de excreção das gonadotropinas começam a elevar-se. O *síndrome único das células de Sertoli* caracteriza-se pela ausência de toda a série germinal coexistindo com células sustentaculares de Sertoli intactas, células de Leydig também indemnes, produção de androgéneos e função hipofisária normais, mas com aumento do FSH na urina. O seu único sintoma é a infertilidade. Este síndrome pode ser causado: 1) pela ausência congénita de células germinais e 2) pela ausência de células germinais como resultado da descamação. A biópsia testicular revela a falta de células espermatogénicas, preservação das células de suporte de Sertoli e células de Leydig normais. O fluxo seminal mostra azoospermia. Desde o momento que as células das séries espermatogénicas não existem para ser estimuladas, nenhuma terapêutica directa tendente a corrigir a infertilidade se torna possível, como também é desnecessário um tratamento endócrino sendo normal a produção de androgéneos.

Um quinto síndrome a que nos podemos referir é o do *climatério masculino*. Na mulher, a menopausa (climatério) é uma sequela fisiológica e invariável do processo de envelhecimento, enquanto que no homem o climatério é uma interposição que não é frequente e patológica que não pressupõe ser a constante companhia da velhice. O homem normal continua mantendo a espermatogénese e a função das células de Leydig através da vida, como se comprova em estudos de biópsias testiculares e pela investigação das gonadotropinas. Por isso, o termo «climatério masculino» é tecnicamente impróprio, se bem que se mantenha na linguagem vulgar.

Quando existem manifestações do climatério patológico do homem, este caracteriza-se por sintomas de insuficiência androgénica, tais como nervosismo, ansiedade, diminuição do líbido, eficiência e poder de concentração, insónias, cefaleias, fadigabilidade, dores musculares, parestesias, transtornos vasomotores (calafrios e baforadas). Às vezes predominam entre os sintomas a diminuição ou falta de líbido e potência e pode acontecer que estes constituam a sua única sintomatologia. Habitualmente não se encontram modificações somáticas, a não ser que o síndrome tenha ficado muitos anos sem tratamento. Os sintomas do climatério masculino podem estar presentes em qualquer época da vida do homem adulto e observam-se tanto

no velho como no jovem. A insuficiência das células de Leydig vulgarmente aparece em consequência de parotidites com orquitepidimites, gonorreias mal tratadas com complicação orquítica, sequelas cirúrgicas de orquiopexias, herniorrafias ou castração, secundárias a um criptorquidismo, deficiência puberal dos tubos seminíferos e ainda por causa idiopática.

Este síndrome deve diferenciar-se da impotência psíquica e da psicose. Distingue-se destas: 1) pelo estudo da biópsia testicular, que descobre a atrofia ou degenerescência das células de Leydig, que pode acompanhar-se ou não de anormalidade dos tubos seminíferos; 2) pela investigação das gonadotropinas urinárias, que dão taxas elevadas, e 3) pela aplicação do teste terapêutico usando testosterona.

Este teste efectua-se administrando 50 mgrs. de propionato de testosterona, intramuscular, todos os dias durante duas semanas, anotando os sintomas do doente antes da prova e no final da terceira semana. O teste considera-se positivo para o diagnóstico do climatério masculino quando se observa melhoria gradual e depois reincidência dos sintomas, e pelo contrário, considera-se negativo, quando não se obtém nenhum benefício ou se nota um rápido retorno aos sintomas anteriores.

A terapêutica deste síndrome deve basear-se na substituição hormonal: implantação de 6 a 8 comprimidos de testosterona não conjugada de 75 mgrs. cada um e a repetir-se cada seis meses; ou antes, séries de injeções de testosterona (ampolas cristalíferas de 100 mgrs., associadas ou não à vitamina E) repetidas ciclicamente.

Se devemos tratar o síndrome em indivíduo jovens, convém advertir que a testosterona diminua o líquido seminal e pode produzir azoospermia. Contudo, vários autores têm demonstrado recentemente que este processo é reversível, chegando a comprovar-se que a contagem espermática regressa às suas taxas normais ano e meio depois de interrompida a terapêutica com testosterona.

Prosseguindo com os síndromes de hipofunção do testículo, mas agora com síndromes hipogonadotrópicas, vamos ocupar-nos em primeiro lugar do *eunucooidismo hipogonadotrópico*. Trata-se aqui dum eunucooidismo com testes prepuberis intactos e diminuídas ou ausentes gonadotropinas. Caracteriza-se pela indefinida postergação da puberdade, e aqui convém notar, que com frequência se torna difícil estabelecer exactamente em que idade um indivíduo poderia ser transferido da categoria de puberdade retardada ou de síndrome de eunucooidismo gonadotrópico. Dado o tão amplo lapso da puberdade normal, que pode iniciar-se entre os 9 e os 19 anos de idade, a qual progride ou se desenvolve em inconstantes proporções, o problema encontra-se confundido pela variabilidade da pubescência. Para o seu diagnóstico supõe-se um jovem de 19 anos ou de mais idade, com ausência de características sexuais secundárias, inexistentes ou muito baixas gonadotropinas urinárias, existência de pequenos testículos palpáveis no escroto, carenciada de visível ou microscópica ginecomastia e biópsia que permite reconhecer tubos imaturos e células mesenquimatosas nos espaços intersticiais. A terapêutica destes casos é o lógico estímulo das células de Leydig já que o defeito se atribua à falta de secreção de ICSH. Convém assinalar aqui, que todas as gonadotropinas derivadas de fonte animal, geralmente produzem antihormonas ao fim dum período de seis semanas. Utilizar-se-ão então gonadotropinas coriônicas, que têm provado possuir uma potente acção estimulante sobre as células de Leydig; elas actuam como ICSH e não originam antihormonas. A dose óptima é a de 4.000 unidades, intramuscular, três vezes por semana e prolongadas por seis meses e um ano. No doente em que se chega a obter a maturação sexual não se requererá um tratamento ulterior; se a maturação permanece estacionária será benéfico prosseguir a terapêutica por um ou dois anos mais, interrompendo-a tão depressa seja conseguida a maturação; se se produz a regressão num segundo período de tratamento, convirá substituí-lo pela testosterona.

A *puberdade retardada* embora careça de importância fisiológica pois existe a eventualidade da maturação espontânea, pode adquirir um significado social e psicológico no homem, capaz de desenvolver sentimentos de inferioridade, que obrigam o médico a tomar a intervenção no caso. A maturação sexual deverá então apressar-se ou iniciar-se com um tratamento simples e pouco prolongado, administrando 4.000 unidades internacionais de gonadotropina coriônica, intramuscular, 3 vezes por semana durante mês e meio.

Hipogonadismo secundário à insuficiência hipofisária. As extensas observações de vários investigadores têm dado a conhecer que as lesões hipofisárias são seguidas pelo desaparecimento das gonadotropinas na urina e pela regressão da morfologia testicular ao estado prepupal. A extirpação do tumor, que compromete a função pituitária poderia corrigir os defeitos germinais e hormonais dos testículos. Se isso não se dá poder-se-ia administrar as gonadotropinas coriônicas para remediar a degenerescência das células de Leydig.

Referindo-nos ao *síndrome de hiperfunção testicular*, que se vincula com as suas afecções tumorais, entre as quais se encontra o das células de Leydig, o corioepitelioma e outros, cabe assinalar a necessidade de estabelecer o diagnóstico o mais precocemente possível para instituir o seu tratamento adequado.

Criptorquídia. Com a finalidade de encontrar uma melhor orientação terapêutica deste síndrome resumiremos o que foi assinalado pelo professor norte-americano C. G. Heller, de Oregon, relator do tema. Poder-se-ão aprender estes conceitos: 1) A maioria dos pre-adolescentes com criptorquídia ou pseudo-criptorquídia logram a descida espontânea dos testículos na época da puberdade. 2) A administração de androgéneos, gonadotrópicas coriônicas ou séricas, isoladas ou em combinação, antes do aparecimento da puberdade, provocam a descida das bolsas numa percentagem aproximadamente igual à dos doentes que o fazem espontaneamente. 3) O testículo que não desceu antes da puberdade torna-se impossível de distinguir do testículo prepúbere normal, tanto pela sua aparência microscópica ou macroscópica, inferindo-se por consequência que a sua posição eclópica não origina degenerescência antes da puberdade. 4) O testículo retido mostra geralmente uma marcada involução dos seus elementos germinais, desde que se alcança a puberdade, ou melhor, no decorrer dos anos postpuberais vai-se efectuando uma destruição progressiva dos tubos seminíferos.

No tratamento da criptorquídia não complicada sugere-se o seguinte: a) não recorrer à terapêutica endócrina nem à intervenção cirúrgica durante o período prepúbere; b) se o começo da puberdade — que varia muito no menino normal e pode fixar-se fisiologicamente ao desenvolver-se o pénis e o escroto e ao aparecer o povoamento do púbis — não se acompanha da descida do testículo, deve dar-se como assente que este foi retido mecânicamente. Em tal caso está indicado recorrer à cirurgia para conduzi-lo ao escroto. O uso de preparações endócrinas como medida pre-operatória para facilitar a intervenção são desnecessárias se tomarmos em conta o facto de que neste instante os testículos estão já elaborando hormonas suficientes para o aparecimento da puberdade e por fim o desenvolvimento do escroto e a elongação do cordão, o que é um requisito prévio para o êxito operatório.

Todavia em muitas ocasiões, é sob todos os pontos de vista desejável chegar a saber se terá lugar a descida espontânea do testículo, ou se a intervenção cirúrgica será necessária no menino prepúbere. Existe um processo simples que permite predizê-lo administrando 4.000 unidades internacionais de gonadotropina coriônica por via intramuscular, três vezes por semana durante três semanas. Se os testículos descem na quarta semana, podemos, evidentemente, prescindir da cirurgia; no caso de não descerem ou voltarem à sua posição ectópica depois de efectuado o teste com a gonadotropina, será então necessário fixá-los no escroto logo que apareçam os primeiros sintomas do desenvolvimento da puberdade.

*

Para terminar esta resenha comentaremos brevemente os *síndromes para tiroideus*, especialmente as suas directrizes terapêuticas actuais, deixando de lado os quadros sintomatológicos em geral já conhecidos pelos clínicos, e amplamente descritos em todos os tratados de endocrinologia.

A glândula paratiroideia produz somente uma hormona. Tem-se assinalado que a paratiroide não se encontra debaixo da influência directa da hipófise anterior por intermédio da via da hormona paratirotrópica; todavia, os dados daqueles que o sugerem carecem de consistência necessária para sustentar este conceito.

A hormona paratiroideia provavelmente não tem uma influência notória sobre as outras glândulas endócrinas e por sua vez, a sua acção não é significativamente afectada pelas outras hormonas. A glândula paratiroideia aumenta ou diminua

a sua produção hormonal em relação com as necessidades dos tecidos em função do cálcio no soro sanguíneo, isto é, aumenta a produção da hormona quando o nível cálcico é baixo e diminue-o quando o seu nível é elevado.

Os dois síndromes paratiroides que vamos agora referir são constituídos pelo hipo e hiperparatiroidismo.

O *hipoparatiroidismo* é um distúrbio que se deve à insuficiência da hormona paratiroides e provém dum estado idiopático ou antes é o resultado duma falta de função da paratiroides por lesão ou remoção da glândula ao efectuar-se uma tiroidectomia. Nos doentes afectados de panhipopituitarismo não se observam nunca fenómenos de hipofunção paratiroides e é significativa a evidência de que não há hormona paratiroides segregada pela hipófise anterior.

Entre os sinais mais importantes desta insuficiência glandular destaca-se a tetania e seguem-se outros, tais como variadas lesões epidérmicas, aplasias ou hipoplasias dentárias, densidade dos ossos aumentada, modificação do Q-T no electrocardiograma, etc. O laboratório descobre nos doentes jovens com ausência total da função paratiroides, que a calcemia desce até 4,5 mgrs. por cem c.c. e o fósforo inorgânico pode alcançar 12 mgrs. por cem c.c. Em pessoas de idade mais avançada o nível de fósforo não ultrapassa os 6 mgrs. e a fosfatase alcalina é geralmente normal ou ligeiramente diminuída. Quando encontramos um nível cálcico no soro abaixo de 7 a 8 mgrs. por cem c.c. comprova-se uma muito pequena excreção de cálcio na urina; o teste de Sulkowitch assinalará nestes casos a ausência de cálcio.

O tratamento do estado agudo com tetania requiere a injeção endovenosa lenta de 10 c.c. de gluconato de cálcio a 10 % que deve repetir-se até que a tetania seja controlada. O plano terapêutico do estado agudo sem tetania é o seguinte: 1) Dihydrotaquisterol (A. T. 10), (Hytakerol winthrop) 3 c.c. diários até que o teste urinário de Sulkowitch se torne moderadamente positivo; depois seguir com 1 c.c. três a sete vezes por semana, de acordo com os níveis urinários de cálcio que se observem. Regimen à base de elevado cálcio e escasso fósforo. Supressão do leite como bebida. 5 grs. de gluconato de cálcio três vezes por dia por ingestão ou solução de cloreto de cálcio a 30 % em doses de 10 c.c. diluídos em água, três vezes por dia depois das refeições, e adicionar uma solução de ácido clorídrico para promover a absorção do cálcio. Solução gel de hidróxido de alumínio 40 c.c. *per os*, três vezes por dia, com as refeições, para reduzir a absorção fosfática no tracto gastro-intestinal.

Uma vez corrigido o estado agudo do desequilíbrio cálcio-

-fósforo, a terapêutica do estado crónico sem tetania reduz-se a administrar o calciferol em duas cápsulas de 50.000 unidades, três vezes por semana, dada em substituição do dihydrotaquisterol, cujo uso fica dispendioso.

O *hiperparatiroidismo* tem como etiologia uma afecção primária da glândula paratiroides, a qual pode ser um adenoma, uma hipertrofia, uma hiperplasia ou um carcinoma. A sua fisiologia patológica deriva da produção excessiva de hormona paratiroides. Não se tem uma evidência satisfatória de que o incremento da hormona paratiroides resulte duma elevada produção de hormona trópica hipofisária nem tão pouco se tem demonstrado que esta última afecte as glândulas paratiroides. No que diz respeito à sintomatologia só assinalaremos que os sinais clínicos se dividem naqueles que pertencem só à hipercalcemia (que são devidos à doença óssea) e os que correspondem à afecção renal. As provas do laboratório descobrem dois factos constantes: a hipercalcemia e a hipofosfatemia. A calcemia eleva-se de 11 a 16 mgrs. por 100 c.c. e o móvel do fósforo cai a 2,5 mgrs. por 100 c.c. ou ainda menos.

O tratamento do hiperparatiroidismo primário é o cirúrgico. A doença óssea pode ser melhorada pela administração de grandes quantidades de cálcio, mas como vai agravar a parte renal esta terapêutica só tem interesse académico. Do mesmo modo, a administração de grandes doses de fosfatos, se bem que influenciem favoravelmente o nível da fosfatemia aumenta a hiperfosfatúria e agrava o perigo da litíase renal e de nefrocalcinose. Não existe nenhum conhecimento actual de que a radioterapia possa ser útil no contróle da doença.

O plano geral do tratamento a seguir é o seguinte, uma vez que o doente esteja hospitalizado: a) conduta pré-operatória e operatória: 1) regimen prévio de baixo cálcio e fósforo (supressão do leite e do queijo); 2) grande quantidade de líquidos; 3) extirpação cirúrgica de todo ou da maior parte do tecido anormal da glândula paratiroides: se é um adenoma deve extrair-se totalmente; se se trata duma hipertrofia, extirpar as três paratiroides e toda a quarta glândula excepto 200 mgrs.; se existe hiperplasia secundária, extirpar as 2/3 partes do tecido glandular e ainda menos se há retenção de fosfatos. b) Conduta post-operatória: 1) não são necessários cuidados especiais se não há osteíte fibrosa generalizada; 2) se houver osteítes, será sempre dificultoso tratar a tetania post-operatória. Administrar-se-á uma solução endovenosa lentamente e gota a gota de 100 c.c. de gluconato de cálcio a 10 % com 1.000 c.c. de glucose a 5 % até que cesse a tetania e se normalize o nível da fosfatase alcalina no soro.

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE COIMBRA

(Director: Prof. Doutor Almeida Ribeiro)

Consequências permanentes das agressões

— Apontamentos e algumas reflexões —

L. A. DUARTE-SANTOS

(1.º Assistente de Medicina Legal na Universidade de Coimbra.)

Se muitos assuntos de que se ocupa a medicina legal têm íntimas relações com outros ramos não só das ciências médicas, como jurídicas, psicológicas, biológicas, etc., e com conhecimentos técnicos e práticos e procedimentos bem díspares, este das consequências permanentes das agressões é exemplo bem claro de tal relação.

O assunto tem aspectos que mais poderiam ser tratados por um jurista do que por um médico-legista e quando tratados por este há sempre receio, pela falta de suficiente preparação no campo do direito.

Consequências permanentes das agressões é assunto, contudo, do núcleo central dos conhecimentos médico-legais e, apesar disso, é matéria de direito!

Pertence o seu estudo a um dos principais capítulos da Medicina Legal — a Traumatologia.

Preferimos esta designação de *Traumatologia* ou *Medicina Legal Traumatológica*, usada, entre outros, por Flamínio Fávero, Asdrubal de Aguiar, Nério Rojas, Simonin, ou então a de *Lesividade* (Peligrini, Borri, etc.), *Lesões* ou *Danos corporais* ou *sobre a pessoa* (Carrara e Sousa Lima), relegando as de *Atentados contra a pessoa* (Etienne Martin, etc.) ou *Delitos corporais* (Afrânio Peixoto), porque estas obrigam a separar os casos de agressão dos por acidente (infelizmente) e julgamos que devem ser consideradas no mesmo grande capítulo.

A *Traumatologia* ou *Lesões pessoais* abrange o estudo das consequências imediatas ou mediatas, transi-

tórias ou permanentes das violências exercidas sobre a pessoa humana.

Podem as lesões resultar de acções externas diversas de natureza física, por ofensas que, de harmonia com o Código Penal português, dizemos corporais (agressologia) ou por acidente (infelizmente).

Tem-se entendido que, em agressologia as diversas acções externas são só de natureza física.

Perguntamos: não se justificaria acrescentar «ou de natureza moral»?

A injúria e a difamação com lugar à parte no Código Penal não têm antes, ou pelo menos também, lugar aqui?

Há de facto agressões por via psíquica como as há por via física.

Os argumentos que se podem opôr, de que nem sempre causam lesões e que ao perito deve ser muito difícil estabelecer a necessária relação de causa para efeito entre a agressão psíquica e a lesão, não colhem, porquanto o próprio Código prevê agressões de natureza física que não ocasionam lesões e a dificuldade ou até a impossibilidade pericial, que são de lamentar, mostram as nossas insuficiências, mas não bastam para negar realidades.

E realidades são a possibilidade de agressão psíquica e a sua lesividade.

As agressões, de natureza física ou psíquica, podem pois deixar de lesar, mas podem, igualmente, determinar lesões anatómicas ou fisiológicas, somáticas ou psíquicas, no corpo ou na saúde, como dizem os códigos penais brasileiro, uruguaio e suíço.

Devemos preferir a designação de lesões pessoais, em vez de corporais, porque na unicidade humana os efeitos são muitas vezes inseparáveis—teóricamente devemos mesmo dizer sempre inseparáveis — e ainda porque assim os médico-legistas acompanham o movimento geral da medicina psico-somática.

No grande capítulo das acções externas sobre o organismo fazem entrar os clássicos da Medicina Legal as asfixias, a electroplessão, a inibição, etc., mas parece-nos que devem ser tais matérias colocadas à parte, deixando neste capítulo só a agressologia e a infelizmente. É claro que tanto num caso como noutro pode haver asfixia, electroplessão, fenómenos inibitórios, mas o estudo sistemático destes assuntos é coisa diferente.

Se da agressão não resultam lesões reveláveis pela perícia o caso é regulável pelo artigo 359.º do Código Penal, o primeiro da Secção IV, e sem interesse médico-legal.

Mas se surgem consequências capazes de ser notadas pelo perito, quer apareçam logo ou passado algum tempo, mas em ligação com a agressão e *necessariamente* pela agressão, o perito tem de as catalogar de acordo com os preceitos legais.

Vejam, pois, como peritos, o que diz o Código Penal e o Regulamento de 16 de Novembro de 1899 e Instruções de 8 de Fevereiro de 1900, em relação às agressões e exames respectivos.

Deixando de lado o que se refere a consequências transitórias, notaremos que são usadas as seguintes expressões para as consequências permanentes:

a) No Código Penal — deformidade pouco notável, notável, cortamento, privação, aleijão ou inabilitação de algum membro ou órgão do corpo, privado da razão, impossibilitado por toda a vida de trabalhar, morte;

b) Nas Instruções — aleijão ou deformidade, privação de órgão importante ou perda de faculdade valiosa.

Não falando da morte como consequência permanente de agressão, pois é caso particular, digamos, demasiadamente permanente, verifica-se que há situações previstas no Código Penal e que não aparecem nas Instruções — cortamento, inabilitação de algum membro ou órgão, privação da razão, impossibilidade de trabalho

por toda a vida — e que nestas se fala em perda de faculdade valiosa, e ainda, quanto a privação, no regulamento se acrescenta «de órgão importante».

Vejam, pois, o que se deve entender por estas expressões, acentuando que as leis não foram feitas para cientistas e que, por isso, se deve atender à aceção vulgar, a não ser quando a lei indique claramente o sentido delas ou não haja uniformidade.

Deformidade: Alteração da forma que afeie e deturpe o indivíduo no complexo do seu organismo (António Gil), devendo-se acrescentar e sem que reduza a *potência funcional*.

É claro que tem de ser permanente e atende-se ao prejuízo estético: «desfigure o indivíduo», diz um acórdão do Supremo Tribunal.

O Código Penal admite dois graus: notável e pouco notável.

Parece-nos que não devemos atender só à forma, cor e extensão da deformidade, mas à situação e ao seu grau de aparência, para a classificar num destes grupos. A que o perito não atenderá, aqui como em toda a catalogação de lesões, é a elementos morais, sociais ou económicos, às condições da vítima, idade, profissão, sexo, estado civil, não interessando portanto se é mulher ou homem, feio ou bonito.

A questão da situação e grau de aparência da deformidade tem necessidade de ser atendida. É aliás ponto contravertido.

Alcântara Machado escreveu que a deformidade deve ser aparente e irreparável, o que julgamos querer dizer, *por si mesma*, pela evolução normal e não por operação cirúrgica ou por prótese, e Liszt afirmou que se pode ser dissimulada, nem assim deixa de existir. A dissimulação pelo uso de barba é de não levar em conta, claro está.

A limitação anatómica das regiões em que se pode falar de deformidade leva alguns a admiti-la só na face, que circunscrevem à parte dentro da linha da raiz dos cabelos, orelhas e parte superior do pescoço.

O Código Penal Italiano, aliás claramente, aceita esta delimitação: a «*deformazione*» ou desfiguração, deformidade gravíssima da face e o «*sfregio*» deformidade grave da face.

Os Códigos Penais do Uruguai e Argentina seguem o italiano.

Os Códigos russo e suíço falam de desfiguração de maneira a prestar-se a confusões, enquanto os do Brasil e Espanha se aproximam do nosso.

Não se caia portanto no erro de traduzir o italiano *deformazione* pelo nosso deformidade.

É demasiado estreito o critério de delimitar à face o que afeie ou deturpe o indivíduo no complexo do seu organismo.

Por isso se admite geralmente estende-lo às zonas normalmente descobertas. Como não podemos usar critérios diferentes para cada um dos sexos, devemos aceitar o limite mais amplo e portanto as regiões normalmente expostas pela mulher.

Há ainda a deformidade que situada em partes normalmente cobertas pelo vestuário, mesmo assim são aparentes, como uma gibosidade, por exemplo, e que dessa forma terá de ser classificada também em deformidade — critério estético.

Mas julgamos que se deve estender a todo o corpo a possibilidade de se falar em deformidade. Só assim olhamos de frente todas as realidades e, parece-nos, nos situamos dentro do espírito do legislador, até porque na realidade os casos de intervenções cirúrgicas correctoras e de uso de prótese, são no fundo análogos, o vestuário maneira afinal de dissimular, dissimular que no critério, geralmente aceito e atrás citado, de Liszt, não faz com que a deformidade não exista de facto.

Simplemente devemos ter em conta o critério da

situação para entrar com ele na «visibilidade» de que fala o Código argentino, e que é nesta figura o grande meio de ajuizar.

Para mais dando, e muito bem, o nosso Código a possibilidade de classificar a deformidade em notável e pouco notável, permite, mais facilmente, encontrar a justa posição.

Para as zonas expostas, de condições máximas de visibilidade, serão os outros elementos além da situação que levam a classificar a deformidade em notável ou pouco notável.

Para a deformidade que situada em zona coberta mas que se nota apesar disso, será notável ou pouco notável conforme o seu grau de aparência.

Para as zonas normalmente cobertas será, ao contrário, a situação que mais orienta a classificação, atenuando a importância dos restantes elementos e, assim, uma deformidade, em si, pouco notável, deixará de ser, nessas condições, deformidade, e as em si notáveis passarão à categoria de pouco notáveis, a não ser em casos extremos é claro, em que nem a situação normalmente oculta possa permitir classificar em pouco notável a deformidade em questão.

Aos que discordarem desta maneira de fazer variar a classificação respondemos com o exemplo do caso de De Grechio que é aceito: uma cicatriz dissimulada por uma prega (*situação, visibilidade*) tornará «pouco notável» uma deformidade que sem isso seria «notável».

Queremos ainda, nesta questão da localização, acentuar que será de reflectir na legitimidade de mais uma distinção: zonas que não se possam exhibir em público, segundo a moral, leis e regulamentos vigentes, e zonas que possam ser exibidas em condições especiais como nas praias e assim atender-se a isso ao aplicar o critério que defendemos.

Inabilitação: perda mais ou menos profunda, total ou parcial, da capacidade funcional de um membro ou órgão sem modificação morfológica, ou, como define Santana Rodrigues, redução da potência sem alteração da forma. É claro que esta redução pode ir até zero, à perda total, mas se tem este limite máximo necessita também de um limite mínimo: diminuição de ordem prática.

Por isso se prefere a expressão «capacidade funcional» a «potência». Francisco Coimbra ainda melhor traduz essa ideia quando diz «que prejudique as funções da economia animal a que se destina o membro ou órgão».

Não é aqui lugar para entrar em linha de conta com funções especializadas que o exercício da profissão exigisse, pois mesmo querendo admitir a doutrina de se atender à especialização, ao caso da pessoa em causa, isso é só para tratar a respeito do trabalho. Pode haver impossibilidade de trabalho profissional sem inabilitação propriamente.

Inabilitação é, portanto, uma alteração puramente funcional, perda de capacidade dinâmica que prejudique, em maior ou menor grau, a economia animal, sem que estáticamente haja qualquer alteração aparente.

Aleijão: Alteração da forma e redução funcional. É como que a associação das duas figuras anteriores.

Note-se que aqui se deve entrar igualmente com a noção de prejuízo nas funções necessárias à economia animal. Por outro lado, como há que atender ao critério estético, dever-se-á ter em conta o que se entender por deformidade. É, a nosso ver, outro argumento para aceitar critério mais lato quanto à localização corporal da deformidade. Se a limitássemos à face, ou à parte do corpo normalmente descoberta, dificilmente se compreenderia que uma cicatriz viciosa na raiz do membro que arrepanhando os tecidos moles lhe compromettesse alguns movimentos pudesse ser considerada aleijão. Em boa lógica seria uma inabilitação porque não havia pre-

juízo estético (uma vez que não estava em região descoberta) e, esteticamente, a alteração não era aparente!

Privação e cortamento: não há a respeito do seu significado unanimidade em Portugal, o que não quer dizer que nos outros conceitos também não possam haver divergências, mas na sua aplicação e não propriamente logo ao definir.

Privação é para Almeida Ribeiro, com a concordância dos Conselhos Médico-legais de Coimbra e do Porto, a perda total de membro ou órgão por qualquer instrumento ou de qualquer modo.

Para Asdrubal de Aguiar, e Conselho Médico-legal de Lisboa, é a perda total ou parcial de órgão realizada por qualquer modo ou instrumento desde que este não seja cortante.

Cortamento é, para os Conselhos Médico-legais de Coimbra e Porto, a perda parcial de membro ou órgão por qualquer instrumento ou modo, e para o de Lisboa a perda total ou parcial, mas resultante da acção de instrumento cortante.

Há ainda a expressão perda de faculdade valiosa.

Para tomarmos posição é necessário começar por ver que devemos entender por membro, órgão, faculdade.

Membro: toma-se em sentido comum, os apêndices do tronco dispostos em pares e destinados especialmente ao exercício de funções de relação: os dois torácicos ou superiores e os dois abdominais ou inferiores.

Asdrubal de Aguiar quer incluir, no número, o viril — membro viril.

Note-se que para as expressões privação e cortamento de membro, em nosso entender, membro é tomado só na sua realidade anatómica e não nesta e na sua capacidade funcional, ao contrário do que sucede à face, por exemplo, do Código Penal argentino. Nós temos a «inabilitação» e assim não necessitamos de considerar, como Rojas, perda de membro, uma paralisia completa desta.

Órgão: para os médicos, órgão define-se anatomicamente, é uma unidade que se basta a si própria estáticamente, mas que funcionalmente pode não se bastar e necessitar de outras peças, outros órgãos também, iguais ou diferentes, para levar a cabo uma função em que ele colabora. Órgão tem, pois, sentido anatómico, estático.

Um dente é um órgão, mas por si só não exerce a função da mastigação, contribui para ela simplesmente e como há 32 dentes o prejuízo da falta de um deles, a essa função, não se compara com a de um rim para função urinária e menos ainda se o rim fosse órgão único.

Há, portanto, órgãos e órgãos, e assim a classificação do regulamento em órgãos importantes ou não importantes seria de desejar que existisse no Código.

Em medicina legal temos de ligar o órgão à função, dar-lhe um sentido mais realístico — estático e dinâmico.

Melhor ainda, como o querem os autores italianos, interessa, em linguagem forense, só a função, desprezando-se a anatomia e só haveria perda de órgão quando houvesse perda total da função e debilidade de órgão quando a perda fosse parcial (o caso de um olho).

O regulamento dizendo órgão ou faculdade valiosa (sentido fisiológico, dinâmico, o órgão a funcionar) mais autoriza a dar em direito constituído, ao termo órgão do Código Penal esse sentido fisiológico.

Órgão será, no significado do Código Penal, toda a parte componente de qualquer aparelho que actue, *de um modo especial*, diz o Prof. Coimbra, no exercício de uma função determinada e essa própria função. É claro que nos referimos a funções da economia animal e não inerentes a especializações do trabalho do indivíduo. O regulamento separa o estático — órgão, do dinâmico — função, faculdade.

E como é, na prática forense, a função que mais interessa, as Instruções falando de perda de faculdade implicitamente compreendem o órgão, substracto dessa faculdade.

Dizer perda de faculdade valiosa é dizer inabili-

tação de algum membro ou órgão (funcional, faculdade portanto), privação da razão (igualmente funcional, faculdade), impossibilidade de trabalho (faculdade de trabalhar). Assim afinal é menor do que parecia a diferença entre o regulamento e o diploma fundamental, pois na expressão perda de faculdade valiosa estariam englobadas as expressões que pareciam faltar, a inabilitação de membro ou órgão, privado da razão, impossibilidade de trabalhar e até a castração (perda da faculdade genésica e reprodutora) que, aliás, não figura entre as consequências permanentes de agressão expressamente indicadas, poderia ser abrangida.

Assim, em direito constituído, órgão à face do Código Penal terá de ser tomado em sentido anatómico e fisiológico, materialidade e função ou funções a que se destina na economia animal.

Desta maneira dente não é um órgão, ele faz parte do órgão da mastigação, mas em direito constituído, no campo doutrinário, um dente seria um órgão que se destina à faculdade de mastigar ou melhor à função de mastigar.

Mas se faltam dentes em número e posição que perturbem a própria função de mastigar, então já esse conjunto constitui órgão no sentido médico-legal.

Podemos retomar as nossas considerações acerca de privação e cortamento.

Nos códigos penais estrangeiros, que temos consultado, não encontramos distinção entre privação e cortamento, melhor, nada há que permita a distinção, quer portanto com o critério de Coimbra e Porto quer com o de Lisboa.

No Código Penal brasileiro e no espanhol fala-se de perda ou inutilização; no italiano perda ou mutilação que o torne inútil; no francês, mutilação, amputação ou privação do uso; no suíço mutilado corpo, membros ou órgãos importantes ou que tornem estes impróprios para a sua função; no russo perda de órgão; no uruguaio perda ou inutilização de membro ou órgão; no argentino perda de órgão ou membro; nalguns modernos, incluindo o brasileiro, fala-se também de debilitação de órgão ou membros.

A forma perda ou inutilização é a mais usada e mais clara, sendo inutilização, a perda puramente funcional, a nossa inabilitação.

A expressão mutilação, no italiano, tem igual sentido pois se acrescenta «que o torne inútil». Mas já no francês se presta a dúvidas e os comentaristas se inclinam para o tomar no sentido de deformação.

No suíço a mutilação é a perda pois vêm depois as palavras «tornar impróprio para a função». Para maior dificuldade privação tem, no francês, sentido funcional pois se diz privação do uso e a perda é a amputação. Entendem alguns, como Afrânio Peixoto, que se deve reservar a palavra amputação para a intervenção cirúrgica.

Valerá a pena manter o nosso «cortamento»? Asdrubal de Aguiar defende o seu uso porque tem forte tradição na nossa legislação: nas ordenações Filipinas, Manuelinas e até Afonsinas cortamento foi modalidade de pena executada com instrumento de corte. Daí o defender a sua maneira de ver, apoiada nos dicionaristas que ligam cortamento a instrumento de corte.

É exacto, mas valerá a pena ficarmos com esse termo em tal acepção? Afinal é privação por instrumento cortante. Então deveríamos encontrar também ter-

mos para especificar privações por outros instrumentos ou modos...

Aceitá-lo no significado defendido por Almeida Ribeiro?

Sim, por agora, em direito constituído, mas aconselhar o seu desaparecimento futuro. Para quê mantê-lo? Só complica e como diz Afrânio Peixoto nós temos essa arte! Para mais, como bem acentua Carlos Lopes, praticamente, quanto à aplicação da pena é o mesmo usar-se um ou outro critério. É que estão ambas as figuras no mesmo número, o 5.º do art. 360.º do Código Penal, mas é claro que indo a pena prevista de dois a oito anos de prisão maior celular ou em alternativa, com a pena de degredo temporário, não é o mesmo que se trate de uma perda total ou parcial nem indiferente até a natureza do instrumento usado.

Nesta mesma orientação Martin recomenda que se vá mais longe e se diga, não de maneira vaga, privação parcial mas de 1/5, 1/4, 1/3, etc..

Resumindo:

- Privação* — a) em direito constituído — Perda total de membro ou órgão de qualquer modo e com qualquer instrumento;
- b) em direito constituído — Privação ou melhor Perda total ou Perda parcial de membro, órgão ou faculdade (preferível função).

Cortamento — deixará de ter uso médico-legal.

Debilitação — conceito que parece de admitir, mas que julgamos que poderá deixar de se introduzir propriamente o termo: a inabilitação parcial resolve a situação.

Prosseguindo no estudo dos termos e expressões:

Privação da razão: Deve, é claro, ser privação permanente pois se transitória é regulada pelos dias que dura, isto é, pelos dias de doença que, evidentemente, não é prevista só a física como não é prevista só a local. Aos psiquiatras compete pronunciarem-se não só sobre a existência de estado psicótico, como do seu carácter transitório ou permanente.

Incapacidade de trabalho para toda a vida: Aqui se põe a questão, antes de mais, como aliás, na incapacidade transitória, se é para o trabalho geral ou profissional, ou melhor ainda se para o trabalho do membro ou órgão afectado.

Os homens de leis divergem, a jurisprudência não é uniforme, os peritos médico-legais hesitam e os tratadistas defendem pontos de vista diversos.

Em Portugal há tendência, talvez por directa influência da França nos fins do século passado e princípios deste, a inclinarem-se mais para seguir o critério do trabalho em geral, mas ainda com a nota de que interessa o trabalho propriamente do membro ou órgão podendo o indivíduo andar a pé e executar trabalho: «Dá-se impossibilidade de trabalho desde que algum ou alguns órgãos do corpo estão inabilitados para exercer o género de trabalho para que a sua respectiva constituição os tornava próprios e com a perfeição compatível com a sua organização natural e cultivada» (Dias Ferreira).

Entendemos que este critério está certo, mas que como é necessário graduar a pena em relação ao dano causado, este deve ser avaliado da maneira mais precisa possível. Assim essa incapacidade deveria ser avaliada, tabelada, mesmo aqui em processo penal, mas em relação ao trabalho geral, o trabalho do órgão reflectido na economia animal geral.

O trabalho profissional será de levar também em conta, pelos peritos, mas só em direito civil, pois, ao abrigo do que se disse a propósito da deformidade, o critério em matéria penal de ofensas não pode julgar com as condições individuais para agravar a classificação do dano e consequentemente da pena.

Em matéria civil atender-se-ia à incapacidade para o trabalho profissional sempre, é claro, que esta existisse sem a incapacidade para o trabalho em geral ou em grau mais elevado.

O Código Penal francês refere-se a «incapacidade de trabalho pessoal» e Martin ensina, transcrevendo Tourdès, que é incapacidade corporal, absoluta e não parcial ou profissional, que é preciso estar o indivíduo de cama ou que não possa executar todos os movimentos e as principais funções. Os códigos penais russo, suíço e argentino nada dizem de trabalho profissional, usando, respectivamente, as expressões: «perda sensível da capacidade de trabalho», «incapacidade de trabalho», «inutilização para o trabalho».

Já o nosso, no corpo do art.º 360.º, refere «impossibilidade de trabalho profissional ou de qualquer outro», o que pode permitir pretender-se valorizar incapacidade para o trabalho profissional mesmo quando só essa exista. O mesmo diremos dos Códigos brasileiro, italiano e uruguaio, que dizem, respectivamente, «incapacidade para as obrigações habituais»; «incapacidade de atender às ocupações ordinárias», «impossibilidade para atender às suas ocupações ordinárias» (o sublinhado é nosso).

O Código Penal espanhol, esse então claramente, aceita o trabalho profissional ao dizer «impedido para o trabalho a que até então se tinha habitualmente dedicado».

Em Medicina Legal do Trabalho é que o trabalho profissional tem larga importância, aqui não havendo, a não ser em condições muito especiais, parte penal, culpa patronal, antes «risco profissional» com que o patrão conta e é o trabalho, como artista, que culmina.

Castração: Não queremos acabar estas breves e despreziosas reflexões sem algumas palavras sobre este ponto.

É sabido que a castração constitui crime, o Código Penal português a prevê, quando fim procurado pelo criminoso.

Rojas diz mesmo que ela tem de ser executada directamente pois se resulta, por via indirecta, já não constitui propriamente crime de castração. Só, é claro, o constitui se o indivíduo actuou por via indirecta, sabendo que atingia o mesmo fim de que se tivesse actuado directamente.

Mas se a castração resulta de ofensas corporais, nas mesmas condições em que surgem as figuras tratadas como consequências permanentes de agressão? Ela tem que ser classificada numa dessas figuras. E estará certo? Não será consequência especial que deverá ser posta em relevo para conveniente gradação da pena?

Se em Portugal, no futuro, a castração tiver lugar à parte como possível consequência permanente das agressões só já fazemos o que se faz noutros países, como, por exemplo, em Itália, onde o Código Penal prevê a «incapacidade para procrear ou conceber», fórmula que tem até a vantagem de deixar o termo castração para o crime propriamente.

Há tendência nos Códigos Penais modernos para

a especificação de novas figuras como consequência dos actos agressivos.

Assim falam de «debilidade de órgão ou membro», a que já nos referimos, os Códigos italiano, brasileiro, uruguaio e argentino, e este de «debilidade de saúde»; falam de «perda de sentido», o italiano e o uruguaio, especificando mesmo os olhos — o francês, ou os olhos e ouvidos — o russo. Os Códigos uruguaio e italiano referem a «perda da fala» e o argentino «dificuldade permanente da palavra», que englobará não só a dificuldade de articulação motriz, como da elaboração psíquica — palavra interior e articulação.

Os Códigos brasileiro, italiano e uruguaio, muito justamente, não esquecem o abortamento ou aceleração do parto.

As consequências permanentes agrupadas só nas figuras previstas no nosso Código ou a que amanhã se juntem mais estas ou algumas destas, têm, à face do mesmo Código, que resultar «como efeito necessário da mesma ofensa».

E nas Instruções Regulamentares se diz «partindo da hipótese de que o ofendido se sujeita a um tratamento regular, que possa auxiliar e promover a cura; e não que ele as despreze, ou entretenha, ou agrave por qualquer forma e com ou sem intenção».

No Código, «efeito necessário», e no que transcrevemos do Regulamento, se desenha a figura, de tanta importância médico-legal, das concausas, isto é, dos factos preexistentes, coexistentes ou supervenientes, alheios à vontade do agressor, e que vão agravar as consequências da agressão.

Não podemos, em boa verdade, só olhar o problema das concausas quando surja a morte, mas também na apreciação das consequências transitórias e permanentes das lesões não mortais.

Parece-nos interessante salientar que certas concausas poderão, contudo, ser classificadas de atendíveis nos casos não mortais e de não atendíveis nos casos de morte. É o que sucede, por exemplo, quanto ao tratamento.

Para a classificação de dada consequência, transitória ou permanente, de uma agressão só se entra em conta com o dano que resulta «necessariamente» dessa agressão e não que provenha de falta de tratamento, como bem explicitamente o Regulamento indica — concausa atendível. Mas se o indivíduo morre, em consequência da agressão, não é de levar em conta se foi sujeito ou não a adequado tratamento — concausa não atendível.

O problema das concausas nas agressões mortais está, aliás, entre nós, tratado pelos professores Almeida Ribeiro, embrenhando-se em judiciosas considerações de ordem jurídica, e Francisco Coimbra, com notável realismo e sentido prático sempre bem à vista, de maneira tão superior que só podemos deixar aqui uma única reflexão e um único apontamento.

Como reflexão, concordar, inteiramente, com o Prof. Almeida Ribeiro que não é lícito ir buscar o que se legislou acerca das ofensas corporais não mortais para aplicar às mortais, mas deixar dito que o caminho inverso nos parece praticável, como fizemos acima, e a doutrina que se admita para os casos mortais se aplique às consequências permanentes das agressões não mortais, pois se caminha de matéria mais grave para matéria menos grave.

Como apontamento, a indicação e recomendação insistentes dos dois trabalhos daqueles meus mestres: *Fernando de Almeida Ribeiro* — Da significação dos termos e das expressões médico-legais. Arch. de Medicina Legal, I:1, 1922; *Francisco Coimbra* — O conceito de concausa no Direito Penal Português. Portugal Médico, XXIX:69, 1945.

S U P L E M E N T O

OUVINDO ALGUNS MESTRES ESPANHÓIS

III

D. Jesus Fernandez Cabeza

Entrevistado por

L. A. DUARTE-SANTOS

Não foi na «Escuela» de Medicina Legal, o núcleo equivalente aos nossos Institutos de Medicina Legal, que conheci o Dr. Cabeza. Conheci-o, seja permitido dizê-lo assim, no meio dos «seus» cadáveres, no Instituto Anatómico-Forense de Madrid, a *morgue* da capital espanhola.

Cabeza é médico-forense de Madrid e é de todos os que conheci ou com quem trabalhei, o médico-forense que mais e melhor empenho mostra no aproveitar dos casos de tanatologia para o ensino. Não só faz a autópsia dos cadáveres que lhe competem por estar «de dia», mas os de muitos colegas e sempre se põe em contacto com a «Escuela» para que os alunos possam assistir. É professor da Escola, mas é nesta actividade de médico-forense que maior serviço presta ao ensino. Com o regime médico-legal espanhol e sem o Dr. Cabeza não vejo como poderia o catedrático Royo de Villanova, apesar de toda a sua competência, desempenhar-se cabalmente da sua missão.

Com larga permanência na Alemanha orgulha-se, contudo, de afirmar que aos mestres espanhóis deve a sua formação. Estimula os alunos, dá-lhes sugestões, chama-os para colaborarem consigo, é numa palavra — um mestre.

Assim começámos por lhe afirmar como nos impressionara a vontade que mostra em aproveitar todas as autópsias para o ensino dos alunos, e perguntámos-lhe a seguir:

— *A autópsia perante um curso deve ser diferente da autópsia com fins meramente forenses?*

— Ao fazer uma autópsia não se pode predizer o caminho que vai tomar o caso. Por isso, creio que devem anotar-se todos os dados recolhidos, e, além das conclusões clássicas sobre a causa da morte e se foi por homicídio, suicídio, acidente ou doença de trabalho, acidente simples ou morte «natural», deve expor-

-se concisamente a tanatogenia. Assim se tornará mais claro para os tribunais o mecanismo da morte violenta, com as circunstâncias que sirvam para a descoberta do delinquente ou melhor classificação do delito, ou então que não foi morte violenta, porque o indivíduo faleceu de «tal» morte natural ou que ocorreu de «tal maneira» em relação com o seu trabalho. Assente isto, fica clara a minha opinião de que devem ser iguais as autópsias feitas com fins exclusivamente forenses e as que são feitas ao mesmo tempo com fins didáticos. Talvez estas últimas devessem ser mais pormenorizadas, mais «exemplares», e variando as técnicas segundo as oportunidades, para que os alunos adquirissem melhor formação e não se esquecessem de distinguir a normalidade, mais ou menos encoberta pelas alterações *post-mortem*, das lesões violentas ou das alterações anátomo-patológicas.

— *Que orientação lhe parece que devemos seguir para que os alunos tirem o máximo proveito das autópsias?*

— Sem dúvida, o melhor seria que trabalhassem no cadáver como ajudantes do médico forense, mas isto é difícil onde há relativamente poucos cadáveres para muitos alunos. Então, ou como complemento, devemos estimulá-los a presenciarem também autópsias «clínicas» para se familiarizarem com o diagnóstico diferencial das alterações anátomo-patológicas e conhecerem o seu significado como causa de morte. Devem assistir a muitas autópsias judiciais, tomando nota de todos os dados que se apresentem, ouvindo a princípio as explicações do professor e as conclusões por ele obtidas; mas depois devem recolher por si próprios os dados, raciocinar e fazer derivar deles as suas próprias conclusões médico-legais. Poderia estabelecer-se um breve colóquio, e inclusivamente poderiam ser-lhes lidas as

considerações médico-legais e as conclusões expostas pelos forenses.

— *Que técnicas prefere nas autópsias didáticas e nas práticas?*

— As minhas preferências repartem-se entre as duas seguintes: a nossa de MATA, que permite um vasto um vasto campo de observação e é muito rápida, e a de VIRCHOW, que me parece mais científica e menos desfiguradora. Mas acho que há cadáveres e ocasiões que podem tornar mais aconselháveis outras técnicas e inclusivamente improvizá-las no momento.

Por outro lado, parece-me natural que cada médico forense se dedique a uma técnica, com a qual passará a obter melhores resultados, ainda que sobre ela faça as modificações sugeridas por cada caso.

— *Que lhe parece a existência, como em Portugal, de uma técnica oficial?*

— Pouco vale uma opinião tão modesta como a minha, quando existiram razões bastantes para que nuns países se tenha seguido esse caminho, enquanto noutros se julgou melhor não a ordenar. Mas, dá-la-ei. Encontro vantagens e inconvenientes. Por exemplo: é vantajosa porque há médicos que, pelas circunstâncias em que exercem a sua profissão, poucas ocasiões têm de fazer autópsias, e a norma serve-lhes admiravelmente para que não esqueçam nenhum acto ou dado de importância. Não o é porque restringe a liberdade do médico, coíbe a investigação e conduz à rotina. Prefiro simplesmente a liberdade que disfrutamos em Espanha, se, nas provas de ingresso a esta profissão se exigir teórica e praticamente o domínio duma boa técnica.

— *Que me diz de bem e de mal desse regulamento português? Virtudes e defeitos...*

— Dentro do que contestei antes, o regulamento português parece-me bom;

é muito semelhante ao alemão de há 50 anos, ainda que este seja até mais por menorizado. Acho-o muito claro e muito bem concebido. Como sabe, utilizo em muitas ocasiões uma técnica bastante semelhante, o que prova bem que me agrada. Os defeitos, já indicados, são os de todos os regulamentos rígidos. Por outro lado, como não é possível prever todos os casos, também não se podem dar instruções exaustivas. Neste sentido, e é opinião, que, sendo minha, é de escasso valor, creio que uma frase poderia fazer-lhe perder a pouca flexibilidade e permitir ao médico forense uma liberdade de movimentos mais vantajosa, favorável para a Justiça e para a Ciência; isso, é claro, debaixo da estrita responsabilidade do perito. Só um exemplo: Não encontro no regulamento a obrigatoriedade de abrir os focos de fractura, de cuja observação se podem obter tantos dados sobre o mecanismo de produção e sobre a tanatogenia.

— *Que valor lhe parecem ter os estudos de Biotipologia na Medicina Legal e nomeadamente em Tanatologia?*

— A Medicina Legal tem que aproveitar, de todas as ciências e artes, os conhecimentos que lhe sejam úteis para os seus próprios fins; entre eles, naturalmente, todos os biológicos. Por outro lado, a Biotipologia alcançou já metas cuja aplicação muito ajuda a Medicina Legal. Por exemplo: as características de agressão ou de defesa dum atlético não são iguais às dum asténico, nem as tendências delituosas dum constituição mental ciclóide iguais às dum epileptóide ou às de determinados displásicos. Os exemplos podem multiplicar-se indefinidamente. Inclusivamente, em tipologia racial tem interessantes aspectos médico-legais. Hoje, não pode tomar-se à letra o «lombrosismo», mas que a pessoa é uma unidade e que esta pode reconhecer-se, pelo menos a «grosso modo», pela Biotipologia, é já sabido desde Hipócrates.

Para a Tanatologia, teve também grande interesse. Você tem visto comigo, praticamente, como algumas vezes posso formular antecipadamente uma hipótese perante uma morte súbita, e que em muitas ocasiões os resultados da autópsia confirmam a suspeita originada pelo biótipo observado. Mas, além disso, é importante para a tanatogenia: permite suspeitar da fragilidade de certos órgãos ou aparelhos; explicar mortes súbitas ou motivadas por fácil inibição (a morte «tímica», por exemplo); estabelecer conclusões sobre a resistência perante uma violência; sobre as possibilidades de ataque, defesa e luta, para julgar sobre a tendência para delitos sexuais, etc.

— *Que problemas médico-legais acha que requerem maior consideração no momento actual?*

— Há vários, mas posso citar dois grupos principais de males desta época, que exigem estudo e actuação rápidas a limitar-lhes as consequências: os acidentes de tráfico e o aborto provocado. Nos acidentes de tráfico o forense costuma ver apenas o atropelado, e não vê o que atropelou ou vê-o tarde. Parece-me da maior conveniência estudar a personalidade psíquica dos condutores, não apenas a física, antes que se lhes dê carta para conduzir, e revisar os condutores periodicamente. Por outro lado, muitos acidentes são causados pelo álcool e outros tóxicos. Assim acho necessário, nas grandes cidades, o funcionamento permanente de laboratórios que os investiguem e, nas restantes terras, a existência de ampolas de vazio e recipientes adequados para recolher imediatamente sangue e urina e enviá-los àqueles serviços.

No aborto provocado a manobra executada por técnicos faz desaparecer os sinais ou torna fácil uma desculpa médica das intervenções efectuadas. Os médicos forenses têm então um trabalho muito difícil e raras vezes decisivo, inclu-

sivamente nos poucos casos que chegam ao conhecimento da Justiça. Nos provocados por não técnicos, faltam também frequentemente todos os vestígios, e a actuação dos seguros sociais e maternidades mutuais ao mesmo tempo que dá tranquilidade à mulher sobre os possíveis perigos do aborto, faz desaparecer, muitas vezes, todo o indício que poderia servir aos forenses para ajuizar do aborto como criminoso (antibióticos, etc., etc.). As sugestões para um trabalho eficaz, creio que saiem dos limites desta entrevista.

Sociedade Portuguesa de Endocrinologia

Curso sobre esterilidade sexual feminina

Dezembro de 1953:

Dia 7 — Prof. A. Celestino da Costa —

«O ovário endócrino» — (1.^a parte).

Dia 14 — Prof. A. Celestino da Costa —

«O ovário endócrino» — (2.^a parte).

Dia 21 — Prof. Oliveira e Silva — «Fisiologia da menstruação».

Dia 28 — Prof. Mirabaeu Cruz — «Correlações fisiológicas do ovário».

Janeiro de 1954:

Dia 4 — Sessão clínica.

Dia 11 — Prof. Michel Mosinger — «Anatomia Patológica do ovário».

Dia 18 — Dr. Ferreira de Almeida — «Farmacologia das hormonas ováricas».

As lições realizam-se na sede às 21,30.

Para o CHOQUE VITAMINICO A + D

RECTADÊ

SUPPOSITÓRIOS

(VITAMINAS A + D)

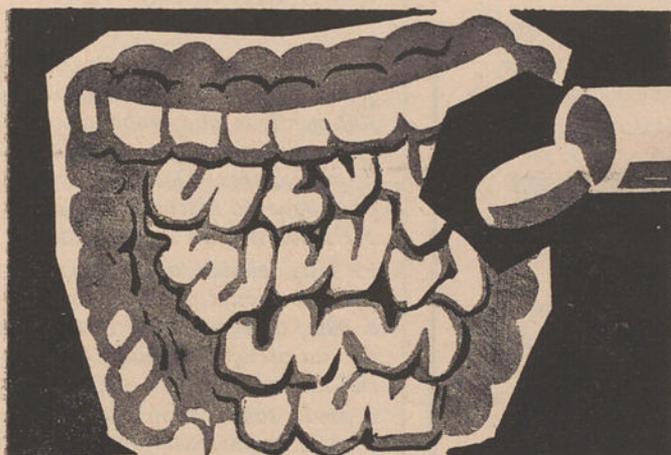
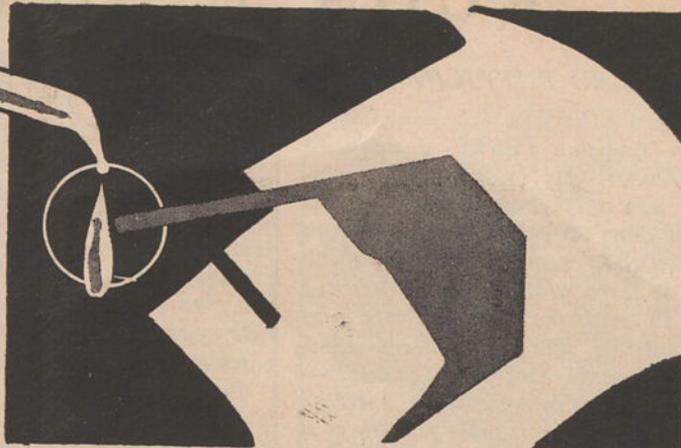
Representa a FORMA IDEAL para a ADMINISTRAÇÃO das Vitaminas A e D, cujas acções TERAPÊUTICAS se COMPLETAM

LABORATÓRIO FIDELIS

Ferinaabal

Tópico nasal
 Penicilina G potássica - Efedrina natural
 Gomenol - Eucaliptol

Infecções das vias respiratórias primárias.



Carfospaduina

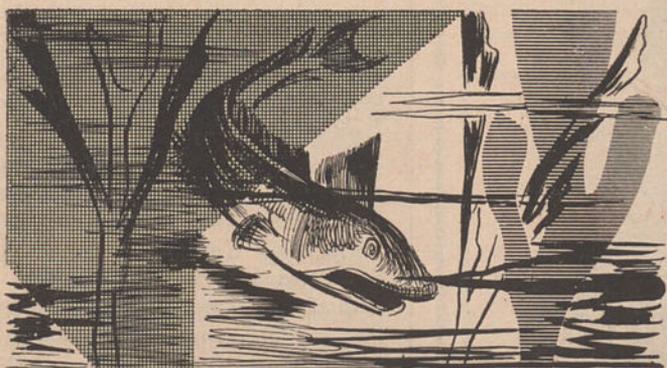
Poderoso anti-espasmódico
 Cólicas gastro-intestinais, hepáticas, renais, menstruais, etc.

Apresentação { tubo de 20 pilulas queratinizadas
 { caixa de 6 supositórios

Osteovit

VITAMINA D₂
 1 milhão de unidades

Raquitismo - Avitaminose D - Dentição



Adexiel

Vitamina A+D

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

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

ECOS E COMENTÁRIOS

DR. LADISLAU PATRÍCIO

O Dr. Ladislau Patrício é daqueles homens felizes, das criaturas excepcionais, que não despertam invejas (apesar de possuir dons invejáveis que o levaram a ser — vivendo sempre num cantinho modesto de terra provinciana! — um dos grandes da medicina portuguesa); não desperta invejas, não se lhe vêem inimigos, não levanta reacções... Quantos — entre os mais bem intencionados, entre os mais bondosos, entre os mais prestáveis — poderão ostentar, como o Dr. Ladislau Patrício, o pendão da simpatia geral? O respeito unânime do País inteiro? A consideração e a estima de todos os seus pares na medicina?

Para homens como Ladislau Patrício — para quem os bens materiais não são os que despertam maior interesse — essa consideração, essa simpatia e estima geral, o respeito que todos lhe votam são, com certeza, a compensação que mais poderia desejar para o seu probo labor de muitos anos, sempre orientado pelo desejo de bem servir o País, a medicina, a humanidade. Os setenta anos do Dr. Ladislau Patrício coroaram, com a apoteose das homenagens que no dia 6 do corrente lhe foram prestadas na Guarda, uma vida exemplar que intensamente viveu — dum homem que, além de tantos predicados que possui — como clínico eminente, como dirigente dum grande estabelecimento de assistência, como conversador, como cientista, como apaixonado pelos problemas sociais, como «charmeur» de requintada elegância moral e intelectual — foi ainda dotado do grande privilégio — de agradar a todos! E vivendo... em Portugal!

M. C.

SOBRE A TUBERCULOSE

Em referência à inauguração da I Semana da Tuberculose em Coimbra diz a Imprensa diária:

«Foi em Coimbra que, em Março de 1895, se realizou o primeiro congresso do mundo contra a tuberculose, organizado pelo grande professor conimbricense que foi o Dr. Augusto António da Rocha e preconizado num discurso proferido na inauguração do Mausoleu-Sobral, na cidade da Guarda. O orador eventou essa iniciativa para comemorar o 11.º aniversário da descoberta do bacilo de Kock».

*

A propósito da despistagem micro-radiográfica que presentemente se efectua em Viana do Castelo, por iniciativa do Dr. Élio de Vasconcelos Dias, tivemos o prazer de ler o seguinte escrito de um dos seus conterrâneos:

«Foi justamente aquele ilustre clínico vianense quem teve a honra de introdu-

zir a vacinação pela B.C.G., em Portugal. De facto, em 1928, o então jovem Dr. Vasconcelos Dias, justamente impressionado com os calamitosos efeitos da peste branca no nosso País, e tendo tomado conhecimento da descoberta do sábio Calmette, escreveu uma tocante carta ao sábio francês, pedindo-lhe a remessa da vacina para ser aplicada a um seu doente, exactamente nos casos de com ela poder beneficiar. O eminente sábio imediatamente satisfez ao pedido do seu jovem colega português, e enviou-lhe a vacina juntamente com uma amável carta que aquele clínico religiosamente conser-

va. A aplicação foi feita numa criança desta cidade, hoje homem e pai de filhos, que viu a sua saúde e a sua vida salvas com a preciosa droga.

O Dr. Élio Vasconcelos Dias passou a ser um paladino deste tratamento e agora, passados vinte e cinco anos, é sob a sua direcção e competência que ela vai ser ministrada em massa, segundo as directrizes da «Organização Mundial de Saúde».

A SAÚDE PÚBLICA — UMA DAS PRINCIPAIS PREOCUPAÇÕES DO GOVERNO ARGENTINO

O General Peron, Presidente da Argentina, recebeu, no Palácio do Governo, 300 médicos que trabalham em organismos administrados pelo Município de Buenos Aires. Damos a seguir algumas passagens do discurso que então proferiu o Presidente da Argentina:

Nos planos de realizações, não só para a capital federal como para todo o país, o Governo dedicou grande parte da sua atenção à saúde pública. O material humano é, sob o ponto de vista social e ainda sob o ponto de vista económico, o mais importante de todos os materiais com que conta a República para realizar a sua obra. É indubitável que a nossa tendência humanística nos leva à necessidade de encarar muito seriamente o problema da saúde pública.

No segundo plano quinquenal, o aspecto da saúde pública foi encarado com minúcia e estabeleceram-se os objectivos que devemos atingir nos próximos quatro anos.

Com a ajuda dos médicos podemos realizar uma tarefa que nos satisfará ao terminar este Segundo Plano Quinquenal, oferecendo ao país as melhores garantias não apenas no aspecto da medicina curativa, mas também no da preventiva.

SOBRE OS ANTIBIÓTICOS PARA O CANCRO

Já que falamos na Argentina, damos a seguir notícia do comunicado que há pouco publicou a Comissão da Estreptomina e Novos Antibióticos do Ministério da Saúde Pública daquele país. Está assim redigido:

«As notícias ultimamente propagadas sobre uma nova droga para curar o cancro, a propósito duma comunicação apresentada ao Congresso de Microbiologia de Roma, carecem de exactidão no que respeita às projecções que alguns comentários provocaram, porque se trata dum medicamento que é apenas indicado no tratamento da linfogranulomatose ou doença de Hodkin. Acrescenta-se que esta droga está num período de experiência e por isso não se encontra à venda no país e no estrangeiro».



FACTORES LIPOTRÓPICOS E COADJUVANTES

Metionina	125 mg.
Colina	300 mg.
Inositol	100 mg.
Cloridrato de Tiamina	2,5 mg.
Riboflavina	2,5 mg.
Nicotinamida	25 mg.
Vitamina B 12	0,002 mg.

Tubo de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

TEMAS MÉDICO-LITERÁRIOS

CARIDADE CLÍNICA

pelo DR. EVARISTO FRANCO

Legiões de doentes percorreram, em todas as épocas, as estradas do mundo a caminho de santuários miraculosos, esperançados na cura maravilhosa de aleijões clinicamente irreparáveis e enfermidades crônicas mais ou menos graves. Cânticos e hossanas de peregrinos ecoaram sempre nos tímpanos dos incrédulos. Marcham de olhos pregados nos céus, com a alma imbuída em misticismo puro e o coração repleto de aspirações elevadas. Orienta-os a mesma estrela que serviu de guia aos magos para descobrir o berço de Jesus.

Lourdes, Fátima e o Loreto são refúgios sagrados, onde se acolhem sofrimentos humanos em busca de remédios divinos. Ali se acomodam os pacientes, até ao momento supremo em que na consciência de cada um se repercute a ordem vinda do alto: — Vai! A tua Fé te salvou!

Quando esse brado lhe soa no espírito e o manda levantar, o enfermo chora de felicidade, ergue-se e anda como nos tempos de validez.

Perante estes factos incontestáveis, testemunhados por historiadores de todas as gerações, repetidos ao longo dos séculos, cientificamente obscuros e medicamente surpreendentes, somos obrigados a cruzar os braços e repetir a frase de Gil de Valadares:

— Toda a arte cessa, onde começa a Fé.

Nas próprias Faculdades de Medicina surgem, por vezes, teses sobre milagres. À roda do tema desenvolvem-se discussões palavrosas e inúteis. Dividem-se os pareceres dos arguentes e estremam-se os campos das doutrinas. Os espiritualistas atribuem a maravilha à intervenção de forças sobrenaturais omnipotentes: — verificam o facto em si e evitam questionar sobre causas que transcendem os limites da razão humana. Os materialistas espreitam o sistema nervoso e procuram em vão a nascente donde brotou a energia operante. Fatigam-se a arrombar portas fechadas à chave, e, quando conseguem forçar alguma, surge-lhes pela frente o rosto enigmático da Esfinge a vedar-lhes o caminho por onde pretendem avançar.

Obrigada a reconhecer a existência de curas inexplicáveis pelos métodos analíticos da ciência, a medicina jamais barrou aos doentes as vias da religião. Se desconhece a maneira de lhes restituir a saúde, deixa-lhes abertas as estradas dos santuários.

Quando Jesus Cristo anunciou na Judeia o Reino de Deus, acorriam osãos a escutar-lhe as parábolas e os enfermos a suplicar-lhe milagres. Chegado o tempo de se cumprirem as profecias, moveram-se as multidões a persegui-Lo. Contudo, os médicos não colaboraram com os sicários na perseguição que findou no Gólgota. Entre os próprios evangelistas esteve representada a arte de curar por

S. Lucas, simultaneamente apóstolo, escritor e físico. Nem antes nem depois da tragédia da crucificação de Jesus, pôde a clínica oficial ser acusada de acirrar ódios contra os fautores da taumaturgia honesta.

Este procedimento colectivo de tradições milenárias explica-se em poucas palavras.

O amor do próximo é a base sentimental da profissão e constitui o fundo deontológico das nossas relações com os pacientes. Quando os não podemos curar, não temos o direito de lhes atacar a Fé, à sombra da qual esperam restabelecer-se.

Sob as asas externas da caridade clínica, devem caber todos os homens: — pobres e ricos, justos e pecadores. Sem piedade na alma, o médico baixa ao nível dos traficantes de misérias físicas.

1 — CARIDADE COM OS POBRES

«O pobre será odioso até ao seu parente mais chegado», escreveu Salomão nos Provérbios. Esta verdade trovejante, vinda do túmulo dos séculos, resume a vida social dos maltrapilhos.

Em toda a parte os perseguem olhares suspeitos e sorrisos de desprezo. Quando ousam erguer a voz a clamar participação nos bens da terra, sentem logo estalar nos ares à maneira de aviso, a chibata dos verdugos. O destino mata-lhes a fome com centeio duro a acalmar-lhes a sede com lágrimas.

Na infância, a adversidade infiltra-lhes a desconfiança na alma: — para eles, todos os desconhecidos são inimigos prontos a afrontá-los. A visão pessimista do mundo leva os mais tímidos à renúncia e os mais audaciosos à revolta. Os primeiros suportam a pobreza com resignação forçada e abstêm-se de lutar contra o impossível; os segundos levantam-se irados de longe em longe, soltando gritos de guerra, e acabam por pagar nas enxovias o preço dos motins anárquicos. A história está cheia de páginas ensanguentadas pelas rebeliões de escravos.

Quando a moléstia os ataca, transformam-lhes o tugúrio em ribalta de tragédia. O médico costuma ser o único espectador desses dramas desenrolados sobre espinhos. Haja em vista o quadro sombrio

observado pelo Dr. Sobral, na pocilga de certo campónio beirão.

Prostrados pelo tifo, jaziam na mesma enxerga podre, em confrangente promiscuidade, cinco criaturas humanas: — marido, mulher e três filhos ainda pequenos (1). Ali aguardavam a morte em silêncio, quebrados pela febre, debilitados pela fome, emudecidos pela sede. Tinham passado três dias completamente isolados do resto do mundo: — tudo selhes acabara, menos a vida. Antes de serem protegidos pela caridade pública, valeu-lhes a piedade clínica. A cena patética contemplada pelo facultativo egíptiano, na penumbra da toca pestilenta, conturbou-lhe o coração e a inteligência.

Apesar de pobre, socorreu-os com alimentos, água, remédios e algum dinheiro. A satisfação de ter cumprido o dever com generosidade de filantropo abastado, levou-o a escrever mais tarde:

— *Bendigo o feliz acaso que ali me levou, e ainda mais o ter na minha bolsa o bastante para poder remediar os infelizes até ao dia em que se principiou a distribuir a sopa económica.*

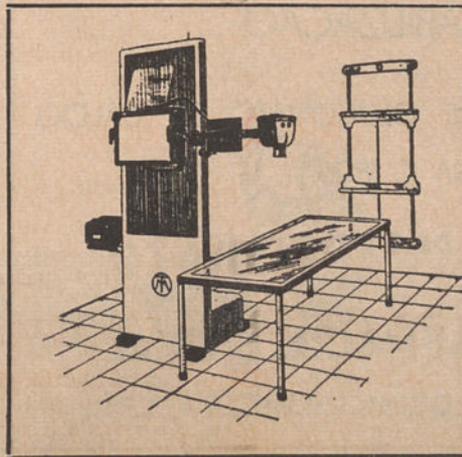
Eis o padrão por onde tem de ser aferida a conduta pessoal do médico em casos idênticos.

A humildade habitual dos deserdados gera-lhes na alma o heroísmo da resignação. Perante o rico domina-os tenebroso complexo de inferioridade, que lhes confunde as ideias e dilata a capacidade de sofrimento.

Ouvem-se ao longe as lamentações dos poderosos, mas os gritos dos indigentes têm fraca repercussão no mundo. O pavor de serem escarnecidos abafam-lhes os gemidos na garganta. Erramos ao interpretar-lhes a calma na desgraça, como sinal de seguro de sensibilidade grosseira. Por detrás daqueles semblantes rudes, também pulsam corações repletos de sentimentos nobres.

Há poucos meses foi operada de urgência uma criança de três anos de idade. O destino baldou os esforços do cirurgião para a salvar. Quando o médico anunciou o desastre à mãe do pequeno,

(1) Vid. *Glórias da Medicina Portuguesa* — Biog. do Dr. Sobral — Pág. 263.



10 NOVOS MODELOS

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

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.

A maior organização de Raios X em Portugal

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

espelham-se angústias profundas no rosto da infortunada mulher. Enternecido, o operador dirigiu-lhe em vão palavras de consolo e terminou por arriscar timidamente uma pergunta:

— Não tem mais filhos?

— Tenho lá mais treze, senhor doutor — informou a provinciana.

Ao escutar a inesperada resposta, o clínico respirou com alívio e fez o seguinte comentário:

— Ainda bem. Encontrará nos outros o refrigério da sua dor.

— Os treze que ficam não me substituem o que parte, — retorquiu a pobrezinha com os olhos cheios de lágrimas.

Contudo, para satisfazer as necessidades alimentares da numerosa prole, contava-se apenas no lar com o trabalho do chefe de família, modesto pescador de Sesimbra.

Há nestas almas a simplicidade e a beleza das flores silvestres. Tudo falta em casa dos pobres mesmo quando gozam saúde, porém, ao roubar-lhes a moléstia a força do músculo, cinge-os a miséria com cilícios de bronze. Ficam abandonados dias inteiros em catres nauseabundos, alquebrados pela febre e abatidos pelas câibras da fome.

Enquanto o doente se contorce com dores, os filhos e a própria mulher têm de sair em busca de pão.

Cumpra à caridade clínica aliviar-lhe os sofrimentos físicos com remédios, o desânimo com palavras e a indigência com óbulos. A filantropia colectiva que principia a esboçar-se em todo o mundo e pela qual devemos pugnar, visa, sobretudo, atenuar-lhe dificuldades económicas. A comiserção do médico fará o resto, por não estar ao alcance do legislador desenvolver a piedade no espírito humano. Do justo equilíbrio das suas forças resultará a beneficência perfeita.

2 — CARIDADE COM OS INCURÁVEIS

Entre dois, entre três, entre muitos médicos bons, escolhei sempre o que tiver mais coração, — aconselha Mantegazza.

Depois da ciência, a bondade constitui o mais apreciável predicado clínico. Nos casos desesperados, a virtude suplanta o valor da medicina, porquanto a insuficiência curativa das drogas terá de ser suprida pelo conforto sugestivo das palavras. Nestas circunstâncias, a verdade e a fantasia serão manejadas consoante a necessidade psíquica do enfermo.

Quando a Fé lhe fortalece o ânimo, transformando o pavor normal do além em esperanças risonhas, a verdade, longe de o assustar, pode ser motivo de consolo. A confiança mística na morte criou um lema famoso: — *morro, por não morrer!*

A sede de luz eterna, nesses indivíduos, aspira à felicidade imarcescível de viver junto de Deus e cerca-os de auréolas radiosas.

Quando Frei Gil de Santarém, físico célebre na aurora da pátria, visitou em Samora o seu velho confessor e amigo Pedro Fernandes, foi encontrá-lo à beira dos transe da agonia ⁽¹⁾.

A presença do grande médico português no convento impôs confiança a todos os frades. Após cuidadosa observação do doente, o clínico ajoelhou e rezou largo tempo, como se pedisse à Providência a inspiração do prognóstico. Depois, ao findar a demorada oração, ergueu-se, fitou o paciente com ternura e avisou-o:

— Boas novas, Padre Frei Pedro, boas novas vos trago. Alegrar, que é chegada a hora de vos irdes para o Céu. Peço-vos que, em paga delas, saudeis em meu nome a Virgem Nossa Senhora, e a nosso Padre São Domingos.

⁽¹⁾ *Glórias da Medicina Portuguesa — Biografia de Gil de Valadares.*

Enlevado na ideia da morte, o enfermo abriu os olhos e exclamou emocionado:

— Meu irmão Frei Gil, torne-me a dizer isso, que não há para a minha alma gosto igual.

Aproximava-se o estertor de S. Francisco de Assis. O médico mais célebre da Úmbria acabava de o observar detidamente, a pedido do bispo. Quando o clínico se preparava para sair, o santo do Amor interrogou-o ⁽¹⁾:

— Quanto tempo tenho de vida?

— Pouquíssimo, — retorquiu serenamente a sumidade.

Como se lhe invadisse a alma súbito desânimo, o Poverelo calou-se por instantes. Segundos depois, com enorme surpresa do prelado e dos franciscanos presentes, o moribundo improvisou o suavíssimo cântico que começa por estas palavras:

*Laudato sia mio Signore per sor
nostra morte corporale.*

No nosso século, os propagandistas da descrença espalharam a desilusão no mundo. Extinguiram-se em muitas consciências os grandes clarões espirituais que fulgiam sobre a humanidade.

O instinto de conservação, abandonado a si próprio, sem ter a energia da Fé a atenuar-lhe o pavor do aniquilamento total do indivíduo, reforçou desesperadamente o sentimento trágico da vida, de que nos fala Unamuno. Na prática clínica, é raro encontrar pacientes apetrechados com crença suficientemente robusta, para verem através da noite escura da campa as cores inefáveis da alvorada perpétua. Por esse motivo, é lícita e necessária a mentira piedosa, para com ela diminuirmos a inquietação dos tímidos e fortalecermos a esperança dos desesperados.

A imensa maioria dos doentes minados por enfermidade fatal teme o além. Fazê-los prever a aproximação do fim seria crueldade monstruosa. Há que esconder-lhes, até ao derradeiro momento, o palco onde a moléstia lhes prepara o cadafalso. E quando o morbo se limita a mirrar-lhes o corpo, deixando lúcida a inteligência, seremos prudentes nos gestos e nas palavras.

Os incuráveis são como os ciumentos: — espreitam constantemente a oportunidade de rasgarem o véu que lhes encobre o infortúnio e mantêm a ventura. Usam subtilezas idênticas, como se as tivessem aprendido na mesma escola.

Em busca da verdade, apelam para a afeição do clínico e alegam ter dívidas a saldar, testamento a fazer, obrigações religiosas a cumprir. O espírito humano está erigido de paradoxos. Procuram conhecer a realidade que os apavora, servindo-se de artifícios inspirados pelo medo.

A caridade clínica impõe-nos obrigações bem claras nestes casos: — esconder-lhes o que receiam e aconselhá-los com sensatez. Lembrar-lhes não ser o homem proprietário da vida, mas simples beneficiário com muitos deveres e poucos

⁽¹⁾ *Les Saints qui bouleversèrent le Monde — Fulop — Miler.*

NUMA SÓ AMPOLA

CALCIUM C
BARRAL

GLUCONATO DE CÁLCIO + VITAMINA C
EM PERFEITA ESTABILIZAÇÃO

CADA C. C. CONTÉM 0,10 GR. DE GLUCONATO DE CÁLCIO
E 0,04 GR. DE VITAMINA C (800 U. I.)

CAIXAS DE 10 AMPOLAS DE 5 E 10 C. C.

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

REPRESENTANTES NO PORTO: **QUIMICO-SANITÁRIA, L.^{DA}**

ERITRAN

COM GLUCONATO FERROSO

QUADRO-RESUMO DA EXPERIÊNCIA DE DAVID HALER

(BRIT.-MED. JOURN, 1952, 2 pg. 1241, 6/12/952)

AUMENTO MÉDIO DIÁRIO DE HEMOGLOBINA em percentagem		AUMENTO MÉDIO DE HEMOGLOBINA em gramas %		DOSE TOTAL MÉDIA DE FERRO UTILIZADA VEL. MINISTRADA em miligramas		COEFICIENTE DE UTILIZAÇÃO DO FERRO		PERÍODO MÉDIO DE TRATAMENTO em dias	
GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B
1,02 %	1,49 %	2,9 %	3,4 %	4,900	1,359	18,1	28,3	21,7	17,8
GRUPO A — Doentes tratados com preparados de ferro inorgânico. GRUPO B — Doentes tratados com preparados de ferro orgânico [gluconato ferroso]									

ASSOCIADO A TODAS AS VITAMINAS QUE INFLUEM NA HEMOPOIESE, O GLUCONATO FERROSO, QUE É DOS SAIS DE FERRO O MAIS EFICIENTE E MELHOR TOLERADO, FAZ DO **ERITRAN** O COMPOSTO HEMATÍNICO DE ESCOLHA.

- MAIS ACENTUADO AUMENTO DE HEMOGLOBINA
- MENOR PERÍODO DE TRATAMENTO
- MENOR DOSE TOTAL DE FERRO MINISTRADA
- COEFICIENTE DE UTILIZAÇÃO DE FERRO EXTRAORDINARIAMENTE MAIS ALTO
- MELHOR TOLERÂNCIA, AUSÊNCIA DE FENÔMENOS SECUNDÁRIOS.

COMPOSIÇÃO	DRAGEIAS	ELIXIR
Gluconato ferroso	325 mgrs.	4,070 grs.
Vitamina B12	0,001 »	0,0125 mgrs.
» B1	3 »	38 »
» B2	2 »	25 »
» B6	2 »	25 »
» PP	15 »	200 »
» C	25 »	320 »
Excipiente q. b. p.	Uma drageia	100 grs.
APRESENTAÇÃO	25 drageias	200 grs.
POSOLOGIA	3 a 6 drageias	3 a 6 c. de chá



direitos. E como a existência é a luta permanente entre o organismo e as forças adversas que o cercam, temos obrigações semelhantes às dos soldados em tempo de guerra: — estarmos preparados para partir.

3 — CARIDADE COM OS MISANTROPOS

O melancólico fecha-se no seu mundo interior e ali vive como numa prisão. Os muros desse cárcere são impenetráveis ao sol da alegria. Lá dentro rugem tormentas e imperam sombras. A piedade médica obriga-nos a rasgar brechas nesses paredões espessos, para lhes iluminar o subterrâneo penumbroso da consciência.

O amor do silêncio gera-lhes no espírito inveja pelos mortos.

Os olhos dos taciturnos vêem a superfície da terra transformada em proscénio onde só cabem tragédias. Lamentam quem sorri, dominados pelo hábito do pranto. Ao contemplarem os encantos das flores, aflige-os a ideia de ser transitória a beleza. A claridade fere-lhes a vista e até as mais harmoniosas sinfonias da música lhes incomodam o ouvido.

Adoram os ermos onde cultivam em liberdade pensamentos lúgubres. Vêm-se deambular, à hora tranquila do crepúsculo, pelas cercanias dos povoados, procurando imbuir a alma na quietação soleneta da natureza.

A angústia espiritual desenvolve-lhes paroxismos ansiosos tão violentos, que pode levá-los, quando ninguém o espera, a actos irreparáveis de desespero.

Tratei, em tempos, uma senhora, a quem a enfermidade prostrou no leito cerca de dois anos. A doença esburgava-lhe o corpo, transformando-lhe parte das carnes em pus. O desarranjo somático terminou por se reflectir no espírito, destruindo-lhe a vontade de viver. Quando o organismo reagiu devidamente e os músculos recobram energia, tinha-se-lhe esvaído a formosura. A luta entre a medicina e a morte fora tremenda, mas a paciente salvara-se.

Ao levantar-se pela primeira vez, aproveitou a oportunidade de estar sòzinha em casa para se vestir de luto. Depois, com uma lâmina de barba, cortou o pulso e esvaiu-se em sangue.

Todas as monstruosidades psíquicas nos confrangem o coração, mas nenhuma o toca tão profundamente como o suicídio. Conhecemos de perto alguns desses desgraçados, a quem o destino armou o braço com que destruíram a própria existência. As desordens íntimas assumiam tais proporções, que terminavam por lhes derrocar os fortins do instinto de conservação.

Secavam-se-lhes nos olhos as fontes das lágrimas, tão abundantemente vertidas outrora a ocultas, enquanto a vida lhes oferecia interesse. Depois, qualquer incidente vulgar determinava a catástrofe.

Os mais prosaicos abraçavam a morte de qualquer forma, ora mergulhando nos abismos das águas, ora partindo das alturas para se estatelarem no chão. Outros, mais imaginosos, preparavam a entrada na eternidade com crepúsculos megalomaniacos.

Antes do arranco final do impulso, aformoseavam o ambiente com cenários de fantasia, para tornarem memorável a despedida. Pareciam chefes de protocolo incumbidos de recepções a personalidades régias. Na preparação festiva desciam a minúcias estranhas, para que nada faltasse ao chegar a rainha dos túmulos.

Quando deixam cartas de despedida, vertem sobre laudas extensas a angústia que lhes devora a alma. São testamentos de dores morais tão profundas, que nos é impossível compreendê-los. À falta de tinta para traçarem as derradeiras impressões, picam as veias e escrevem com sangue, como Sérgio Essenine ao redigir os versos do adeus à vida.

O cérebro do misantropo é acumulador de taras nervosas e psíquicas dotado de paredes frágeis. Bastam pequenos embates da adversidade para originarem o rapto melancólico, impetuoso e confuso como a tempestade. Nesses momentos tenebrosos pode surgir a ideia suicida, acompanhada de perto por atitudes de autodestruição.

A caridade médica obriga-nos a amparar estes doentes com amor paternal. Actuaremos primeiro como clínico para lhes levantar a energia física, fonte inicial da alegria de viver, e, logo a seguir, desempenharemos funções de moralista para lhes revigorar o ânimo. Em muitos casos será benéfica a colaboração do sacerdote, para insuflar nessas consciências a coragem da Fé.

4 — CARIDADE COM OS INGRATOS

Na alma do médico não haverá esconderijos para albergar ressentimentos. É frequente chegarem-lhe aos ouvidos mentiras propaladas para o desacreditarem. Terá de ficar indiferente perante as provas de inimizade. Quanto mais alto está o homem, melhor se vê e mais ruidosas serão as críticas à sua obra. Ai daquele de quem se não diz mal, porque também dele se não dirá bem. O destino condena-o a passar pela terra confundido no anonimato da rua.

A deontologia manda-nos cuidar com o mesmo interesse o parente mais chegado e o inimigo mais infame. Afastarmos-nos deste princípio sagrado é trair a missão que desempenhamos.

Com os ingratos, a caridade clínica impõe-nos benevolência.

O reconhecimento é a mais alta compensação dos nossos sacrifícios pelo doente. A moeda vulgar paga incómodos físicos, mas não desobriga débitos morais.

Raramente o enfermo se apercebe das preocupações que causa ao médico assistente. Essas preocupações geram muitas insónias e ansiedades difíceis de combater.

Quando a moléstia é grave, o facultativo ganha amizade profunda ao homem a quem tenta salvar. Levado por esse afecto esquece facilmente obrigações familiares importantes. O desejo de o arrancar às garras da morte assume proporções de ideia fixa.

Vencido o morbo, a afectividade criada nas horas de luta mantém-se firme no coração do clínico. Contudo, os indivíduos de natureza ingrata julgam saldar todas as dívidas no momento da liquidação de honorários. Outras vezes, nem sequer existe conta, e o pagamento limita-se a frases cerimoniosas de despedida, com agradecimentos nascidos nos lábios.

Estes casos são frequentes nos consultórios e a caridade profissional obriga-nos a esquecê-los.

Narremos, à maneira de exemplo, um episódio passado na Beira.

Quando Pedro Monteiro Vargas, alto elemento da política radical do primeiro decénio da república, recebeu perseguições dos apaniguados de Sidónio Pais, serviu-se do embuste para escapar ao rancor dos adversários.



GLUTAMICAL

POR COMPRIMIDO :

Ácido Glutâmico . . .	0,5	gr
Fosfato bicálcico . . .	0,05	gr
Cloridrato de tiamina	0,001	gr

ATRASOS MENTAIS E DEFICIÊNCIAS PSÍQUICAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

EPILEPSIA (PEQUENO MAL)

ANTICONVULSANTE

NOS PERÍODOS DE INTENSO TRABALHO INTELLECTUAL



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

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

IMUNOBIÓTICO-E

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

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

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

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

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

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

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

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIOS ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

Vestiu-se de ganga e saiu de Lisboa como ajudante de motorista, num camião com mercadorias para Gouveia. Essa fuga pouco honrosa oferecia-lhe segurança. Ao chegar perto da vila abandonou o transporte e meteu a pé, por caminhos de cabras, em direcção à Lagoa, onde tinha parentes próximos. Ali contava descansar dois dias, prover-se de dinheiro e de cartas de recomendação para Salamanca. A seguir, ladearia a Guarda de noite para alcançar o Sabugal, onde julgava ter amigos fiéis. Encaminhar-se-ia, depois, para Vale de Espinho, sua aldeia natal, donde já era fácil alcançar a fronteira pelos Fois, guiado por contrabandistas.

Olvidou, contudo, um pormenor importante: — as grandes dedicações políticas esmorecem ao perder-se o mando. «Amigo,— escreveu o poeta árabe — fica sabendo que, na desgraça, não encontrarás mais nem parentes, nem pátria, nem casa hospitaleira».

Na primeira porta onde bateu, aconselharam-no a prosseguir para evitar encontros com a polícia. E persuadiram-no a repousar em plena serra, abrigado nas anfractuosidades das rochas. Em vez do empréstimo monetário que pedia, deram-lhe um velho capote de pastor, para se resguardar dos frios da montanha.

No Sabugal aconteceu-lhe o mesmo. Teve, assim, de percorrer sem folga as veredas para Vale de Espinho, onde contava esconder-se no casebre de um antigo criado da casa paterna.

Pedro Vargas possuía outrora bens naquela freguesia, mas fora obrigado a vendê-los para suportar, sem privações, as vicissitudes das lutas revolucionárias da época.

As últimas léguas da viagem custaram-lhe muito a vencer. Sentia-se estonteado, ardia em febre e escasseavam-lhe as forças. A fadiga e a doença quebrantavam-no de tal modo que quase lhe impediam a marcha. Só com grande esforço conseguiu atingir o pardieiro onde morava o velho servo do pai. Jamais se lembrara daquele homem, quando ocupava situações de prestígio. Foi ele, todavia, quem lhe abriu as portas para o receber e lhe deu o primeiro pão do exílio. Atenuada a fome, o politiquero estendeu-se em desengonçado catre, para aliviar os músculos do estirão de vários dias.

Durante a noite, a febre elevou-se e confundiu-lhe a mente. O campónio afli-

giu-se com o delírio. Mal clareou a manhã, ergueu-se e foi à vila buscar o médico. Quando, algumas horas depois, o fugitivo abriu os olhos, viu postado em frente ao leito um rapaz de boa presença, o qual o fitava a sorrir. Na confusão do despertar, o Vargas julgou-se descoberto pela polícia, mas logo lhe acalmou os receios a primeira pergunta do desconhecido:

— De que se queixa?

Respondeu indeciso e deixou-se observar. Concluído o exame, o clínico afirmou o diagnóstico de pneumonia dupla. Traçou as primeiras prescrições, despediu-se afavelmente e prometeu voltar no dia imediato. Após ter agradecido a visita, o enfermo interrogou:

— Como se chama, doutor?

— Manuel Pereira de Lacerda.

Ao ouvir o apelido, contraíram-se as feições do doente como se o assombrasse inesperada visão e transpareceram-lhe novos receios no olhar amedrontado. Aquele nome acordava-lhe na memória recordações funestas de velhas lutas partidárias. Os Lacerdas eram conservadores e católicos. Tinham orientado a política do distrito nos últimos anos da monarquia. O médico, por tradição familiar, pertencia certamente ao partido vencedor. A dúvida atribulou o cérebro do foragido. Temeu a denúncia e não resistiu à tentação de se informar:

— Sabe quem eu sou?

— Sei — retorquiu serenamente o facultativo. — É um revolucionário civil caído em desgraça, que se prepara para transpor a fronteira protegido pelas sombras. Devo dizer-lhe também, para sua tranquilidade, que nada tem a recear nestes ermos. Ninguém saberá da sua presença em Vale de Espinho.

Durante três semanas, o doutor Lacerda afrontou diariamente as intempéries do clima, para curar em segredo o cliente perseguido pelas autoridades. Fazia-lhe visitas demoradas, nas quais conversavam largamente.

Conhecedor das dificuldades monetárias do enfermo, trazia-lhe do Sabugal todos os medicamentos precisos. Após a convalescença, os dois adversários políticos despediram-se amigavelmente, recebendo o clínico, em paga do esforço de tantos dias, boas e numerosas palavras de gratidão.

Decorreu algum tempo. O médico trocou o bucolismo sertanejo pelo bulício da capital, onde foi colocado em cargo de

prestígio, graças à influência de amigos preponderantes na nova situação.

Passado um ano, todavia, desmornava-se o poder sidonista com as balas certeiras de um louco.

A súbita viragem ideológica colheu o facultativo beirão em lugar de confiança governamental. O emprego valeu-lhe o cárcere. Resvalou, assim, dos luminosos pináculos sociais para as enxovias penumbrosas do Aljube. Passou dias negros no isolamento da cadeia.

No fim de duas semanas, ganhou esperanças ao saber do regresso de Pedro Vargas pelo noticiário dos jornais de Lisboa. Escreveu-lhe a pedir intercessão no caso, assegurando-lhe não ter cometido faltas justificativas de castigo prisional. A carta ficou sem resposta. Insistiu, novamente. O apelo, contudo, caiu outra vez no vácuo.

Desesperado com o estranho silêncio recebeu não terem chegado as duas missivas às mãos do destinatário. Recorreu a um amigo íntimo, ao qual pediu o favor de procurar o antigo cliente, para lhe expor a injustiça daquela perseguição ilógica. O político recebeu com frieza o emissário do prisioneiro, avisando-o de que jamais usara o peso da sua influência pessoal, para modificar decisões policiais. E despediu-o secamente, pedindo-lhe para o não voltar a importunar com assuntos adstritos à justiça.

Após o período de reclusão, o facultativo foi mandado em paz e voltou à calma da Beira.

A vida pública ensinou-lhe a conhecer os homens.

Pouco depois, reacenderam-se as lutas partidárias na campanha eleitoral. Passara a fase do medo e iniciara-se a da polémica livre. Pedro Vargas foi convidado por correligionários da Guarda a colaborar em várias sessões de propaganda. Uma dessas assembleias realizou-se no Sabugal.

Quando o automóvel onde viajava com dois amigos se aproximou da vila, a distração do motorista fê-lo sair da estrada e embater violentamente contra uma árvore. Todos os passageiros ficaram feridos. Ao tentar libertar-se da incómoda posição em que se encontrava, o antigo revolucionário verificou ser-lhe impossível mover a perna direita. Socorridos por campónios, foram levados ao hospital concelhio.

Chamado à pressa para cuidar dos sinistrados, o doutor Manuel Pereira de Lacerda tratou, pela segunda vez, o demagogo a quem já outrora valera.

O destino entretém-se, frequentemente, a proporcionar surpresa aos ingratos. O médico procedeu como se tivesse esquecido o passado. A preocupação de instituir terapêutica acertada dominou-lhe a mesquinhez do despeito, e obrigou-o a ver no adversário apenas o enfermo que carecia de tratamento urgente. Orientava-o, na profissão, aquele *ideal elevado* referido por Marden.

A caridade clínica obriga-nos a olvidar melindres. Torna-se mister enraizar a piedade no coração do povo, para melhorar a humanidade. E compete princi-

UM NOVO PRODUTO:

AMINODIOL

"ANDRADE"

Ação hormonal electiva sobre a fase anabólica

Composição — (por 200 grs.)

Aminoácidos essenciais: 547 mgr. — Metil-androsteno-diól: 100 mgr.
 Extracto total de fígado: 5 grs. — Complexo B: 975 mgr. — Vitamina B, 12: 0,030 mgr. — Vitamina D2: 0,015 mgr. — Colina: 200 mgr. — Inositol 50 mgr.
 Glicero fosfato de cálcio: 5 grs. — Gluconato ferroso: 5 grs.
 Excipientes e amargos q. b. p. 200 grs.

LABORATÓRIOS ANDRADE, L.^{DA}

123, Rua do Alecrim, 127

LISBOA



Já experimentou a

AEROCILIN

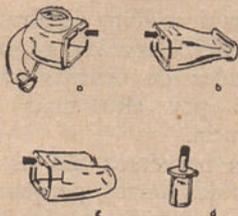
no tratamento da traqueite e da laringite?



São evidentes os bons resultados da penicilina em inalação, em pó, com o AEROCILIN, no tratamento de traqueite e da laringite. ● Comparando culturas de exsudatos da garganta, nariz e dos escarros, num grupo de doentes, antes, e depois, de se instituir esta terapêutica inalante, Krasno, Karp e Rhoads¹ afirmam terem encontrado «nítida redução, ou mesmo desaparecimento total das bactérias gram-positivas». E «em muitos casos observava-se, também, nítida diminuição das bactérias gram-negativas, susceptíveis de cultura, nas mesmas áreas, após inalação de penicilina em pó devidamente micronizada». Em muitos casos tais resultados obtinham-se após uma única inalação (100.000 unidades). ● Estes autores afirmam que «num caso a dor muito aguda de uma garganta inflamada melhorou dentro de meia a uma hora após o tratamento. Fenómenos, como este, não podem explicar-se à luz das propriedades comuns da penicilina, e exigem investigação mais profunda». Descrevem, também, «com segurança», que as infecções bacterianas da laringe, e da traqueia, recentes, respondem bem, em geral, às inalações com penicilina em pó. ● Em outro trabalho Krasno e Rhoads² «trataram, com êxito, um grupo de doentes de laringite, nos quais a doença atingira a breve trecho a fase de naso-faringite. As culturas dos exsudatos da garganta, levadas a efeito, regularmente, nos casos mais obstinados, permitirão despistar o agente causal da infecção. ● O AEROCILIN, dispositivo especial ABBOTT, *permite levar a efeito, sem complicada custosa aparelhagem, no consultório do médico, ou à cabeceira do doente, a mais eficaz terapêutica inalante, com penicilina. O doente limita-se a fumar no inalador, tal como fumaria num cachimbo, cômoda, e pausadamente. Com ele, nem tubos complicados, nem válvulas, nem tanques de oxigénio se requerem. Os Ex.mos Clínicos que queiram obter informações mais pormenorizadas, muito nos obsequiarão dirigindo os seus pedidos a:*

Abbott Laboratórios, Lda.

R. Joaquim António de Aguiar, 43 • LISBOA • Telef. 44073



(a) Câmara emissora que se adapta ao (b) bocal e ao (c) Inalador nasal para usar com (d) Cartucho Aerocilin.

AEROCILIN

MARCA REGISTRADA

(Inalador para Penicilina em pó)

- (1) Krasno, L., Karp, M., and Rhoads, P. (1948), The Inhalation of Penicillin Dust. J. Amer. Med. Assn., 138:344, October 2.
- (2) Krasno, L., and Rhoads, P. (1949), The Inhalation of Penicillin Dust; Its Proper Role in the Management of Respiratory Infections, Amer. Prac., 11:649, July.

ABBOTT LABORATORIES, NORTH CHICAGO, ILLINOIS, U. S. A.

ATENAS . BOMBAIM . BRUXELAS . BUENOS AIRES . BULAWAYO . CALI . CARACAS . CIUDAD TRUJILLO . DUBLIN . GUATEMALA
GUAYAQUIL . HAVANA . HONOLULU . ISTAMBUL . JOHANNESBURG . KARACHI . LA PAZ . LIMA . LONDRES . LISBOA . ROMA
MANAGUA . MANILA . CIDADE DO MÉXICO . MONTEVIDEU . PANAMÁ . S. JUAN, PUERTO RICO . SAN SALVADOR
SANTIAGO, CHILE . SÃO PAULO . ESTOCOLMO . SIDNEY . WELLINGTON . ENDERÊÇO TELEGRÁFICO: «ABBOTTLAB—LISBOA»

palmente aos cultores da medicina dar exemplos de amor fraterno.

5 — CARIDADE COM OS DOENTES CONTAGIOSOS

O mundo dos enfermos atacados de mal infeccioso resume-se ao quarto onde miasmas lhe consomem as carnes. Ali vivem atormentados pelas ardências da febre, pelo silêncio do vácuo e pelo pavor da morte. Tementes do perigo, os amigos afastam-se para longe e os familiares aproximam-se a medo, receando-lhes o hálito. A ronda invisível dos micróbios difunde pânico à roda do leito dos pestíferos, como se a guarda destes doentes fosse confiada a espectros.

A consciência do susto alheio reforça-lhes o sofrimento físico.

Os objectos em que tocam tornam-se repugnantes, como se o desgraçado espalhasse maldições com os dedos.

Algumas vezes, o espírito do médico deixa-se influenciar pelo temor do vulgo e leva-o a emparelhar com os covardes.

Haja em vista a lição moral dada por D. Pedro V aos elegantes da clínica da época, que tateavam de mãos enluvadas o pulso dos pestosos. Foi necessário o exemplo do monarca para lhes levantar o ânimo e os obrigar a cumprir o dever sem hesitações. Atraídos pelo prestígio universal da classe, esses homens tinham errado a vocação ao enveredarem pelo caminho da medicina.

Na peste de Salónica, Amato Lusitano, já bastante alquebrado pela fadiga e pela idade, tratou caritativamente de quantos infelizes o chamaram, até ser derrubado pelo morbo infeccioso.

É essa a maior coroa de glória do grande cientista português do século XVI.

Na epidemia de tifo exantemático do Porto, baquearam numerosos facultativos, contagiados no cumprimento das obrigações profissionais. O mesmo aconteceu em Manteigas e mais recentemente em Loriga.

A nenhum clínico assiste o direito de recuar perante o perigo, quando tem de acudir a enfermos em risco de vida. Ainda que todos os abandonem, nós temos o dever de estar presentes. Proceder de outra maneira, é agir como sentinela medrosa que depõe as armas e foge no próprio dia da batalha. Se o terror da contaminação apavora os auxiliares, so-

mos obrigados a incutir-lhes coragem para evitar que debandem.

A história fala-nos de heroísmos praticados nestas circunstâncias, desde a filha do rei de Jerusalém, que bebia a água onde lavava os gafos para atenuar o asco do povo pelos leprosos, até àquele médico das legiões napoleónicas, que venceu o pavor dos maqueiros pelos pestíferos, deglutindo o vômito negro do doente abandonado pelos camaradas.

A caridade clínica é audaz e ignora o pânico. Desenvolve-se essa força espiritual, alta como as estrelas, seguindo o conselho do apóstolo: — «...*Juntai à vossa fé a virtude, à virtude a ciência, à ciência a temperança, à temperança a paciência, à paciência a piedade, à piedade o amor fraterno, ao amor fraterno a caridade*».

6 — CARIDADE COM OS IMPERTINENTES

O médico tem de ser compassivo e generoso com os doentes importunos. Dominados por inquietação constante, impera-lhes na alma a revolta pela enfermidade e o temor do sofrimento.

Todas as sensações vindas do mundo interno os assustam, mesmo quando desprovidas de significado patológico. Pensam espreitá-los a morte com persistência diabólica, como se os minasse tenebrosa moléstia fatal.

Duvidam de nós quando lhes garantimos ser imaginária a maior parte das queixas que descrevem. Se o coração palpita com força, julgam eminente a síncope derradeira; se deixam de o sentir bater, supõem que vai parar como relógio sem corda. Quando aumentam de peso, temem a congestão; quando emagrecem, receiam a tísica. Assaltam-lhes a mente visões espectrais de morbos terríveis, como o cancro, a cirrose, a lepra e a loucura. A instabilidade nervosa gera a insónia, e esta diminui-lhes gradualmente as resistências morais.

O alarme espiritual obriga-os a procurar o médico, para recobrem a calma que lhes foge. E então fustigam-no com perguntas sem nexos, cujas respostas impõem fatigantes exercícios de imaginação.

Durante a consulta agarram-se às explicações do clínico e submetem-nas à crítica pedante da ignorância atrevida.

Preocupados com males engendrados pela própria fantasia, devoram quantos artigos de divulgação científica lhes che-

gam às mãos. Essas leituras servem apenas para lhes aumentar o pavor e reforçar a confusão de ideias.

A dúvida leva-os a percorrer os consultórios, esperançados em descobrirem o assistente caridoso e afável, que lhes preste atenção aos delírios.

Carecem de resignação para o desespero de se saberem mortais. Alguns, mais impertinentes ainda por serem doentes de verdade, rebelam-se contra as medidas terapêuticas que lhes travam impetuosos desejos dos sentidos.

A caridade clínica manda-nos desculpar as inconveniências dos importunos e ouvi-los com paciência. A ansiedade premente em que vivem requer sempre tratamento, sobretudo sugestivo. A palavra convincente supera, nestes casos, o valor da droga medicinal. Pedem-nos consolo para a angústia em que se debatem, e os nossos lábios estarão sempre prontos a desfazer as ideias negras que se lhes acastelam no cérebro. Responderemos com afabilidade às suas incorrecções, com tranquilidade às suas rabugices e com amor fraterno às suas incoerências. A caridade, como escreveu S. Paulo, *tudo desculpa, tudo crê, tudo espera, tudo sofre*.

7 — CARIDADE COM OS PERVERSOS DO SEXUALISMO

O espírito do psicopata sexual vive em constante eferescência de desejos impuros. Desordens hormonais profundas transformam-no em desequilibrado ignóbil. Quando os apetites amatórios contranaturais lhe escaldam o sangue e turvam a consciência, degrada-se às abjecções mais infames. Os piores descem à ignomínia suprema da profanação das campas, ou à prática hedionda de monstruosidades sádicas, como o extirpador Jack e o estrangulador Vacher (1). E o epílogo da sua tragédia psíquica representa-se no patíbulo. Os outros, menos vis, vagueiam ao acaso pelas sombras das vielas, espreitando em cada transeunte o cúmplice miserável que lhe acalme os desvaios.

A pederastia dobra-lhes a vontade e põe-na ao seu serviço.

Frequentam as alfurjas onde se confundem com os réprobos, e terminam por acamaradar com ladrões, falsários, desertores e assassinos.

Agarrai no livro de Kraft-Ebing, lede com atenção aquelas páginas violentas enxameadas de delírios vergonhosos, e sentireis por eles mais piedade que repugnância.

Estes perversos são os irmãos mais infelizes dos loucos, porquanto a sua desgraça raramente inspira miseração. A família enjeita-os, o conhecido escorraça-os e a autoridade persegue-os. A hibridez afrouxa-lhes o ânimo e reforça-lhes a lubricidade.

As taras orgânicas que trazem do berço, amplificadas por defeitos de educação familiar, carecem de terapêutica apropriada. Contudo, nem sempre conseguem forçar as portas dos manicómios. Em vez de os conduzir à enfermaria de alie-

(1) Júlio de Matos. Elementos de Psiquiatria.

Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

Alcalóides integrais da quina, metilarsinato de sódio e — Vitamina C

Soberano em anemias, anorexia, convalescências difíceis. Muito útil no tratamento do paludismo. Reforça a energia muscular, pelo que é recomendável aos desportistas e aos enfraquecidos.

Fórmula segundo os trabalhos de Jusaty e as experiências do Prof. Pfannestiel

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS
BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM
GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

Depósito geral: **FARMACIA GAMA** — Calçada da Estrela, 130 — LISBOA

nados, a polícia costuma fechá-los nos calabouços das esquadras. Estes dementes de voz efeminada, para quem a morte é resgate e a vida condenação, têm direito a ser amparados pela caridade clínica.

Os castigos prisionais a que tantas vezes os submetem, devem ser substituídos pelos remédios da psiquiatria.

A justiça não os pode regenerar nos cárceres, usando métodos semelhantes aos da era anterior a Pinel. Se a mortalidade que lhes perturba a consciência requer cuidados de moralista, o desarranjo somático que lhes convulsiona os nervos implica a atenção do médico. A confusão de sentimentos que lança o caos nestas almas sombrias, tão bem descrita pela pena de Zweig, justifica a intervenção do psiquiatra ⁽¹⁾.

8 — CARIDADE COM OS CRIMINOSOS

Também os penitenciários são dignos da nossa compaixão e merecem a solicitude da caridade clínica, quando a enfermidade os prostra no leito. Muitos celedos caíram no crime, por se lhes aglomerarem no organismo vários factores ruins, em cuja preparação não intervieram. A herança que lhes introduziram no sangue antepassados de instintos vis, ampliada no meio onde cresceram, armou-lhes o braço que os fez delinquentes. Passam no mundo como os corcundas que vivem de olhos pregados no chão. Só por instantes, e com grande esforço, conseguem levantar a cabeça para verem as estrelas do firmamento, mas logo são brigados a baixá-la de novo sobre a lama da terra.

O direito penal encarrega-se de os catalogar e entrega-os depois à guarda de verdugos com instintos bárbaros, que lhes fazem expiar dolorosamente as culpas dos seus desvarios.

Os legisladores começam a escutar a ciência, que lhes aconselha moderação nos castigos, piedade na reclusão e troca do ergástulo por oficinas.

Dostoievski, a quem o destino reservou também um lugar em presídio de forçados, conta-nos as aflições que sofriram os condenados a penas corporais ⁽²⁾. E louva os médicos pela protecção caridosa que lhes dispensavam nesses momentos terríveis. Deitado sobre a terra com o tronco desnudado, o criminoso suportava, entre gemidos, as centenas de chibatadas infligidas pelo carrasco, até lhe deixar as costas em carne viva.

Por dever de ofício, o clínico do fortim era obrigado a assistir ao cumprimento da sentença. E quase sempre, a meio da penalidade, declarava correr perigo a vida do prisioneiro se continuassem a espancá-lo.

Outras vezes, conseguia mesmo adiar a punição por algum tempo, diagnosticando enfermidades inexistentes.

Na Rússia — escreveu Dostoievski — *os que mostram mais compaixão pelos forçados são exactamente os médicos; não fazem nunca distinção entre os pre-*

⁽¹⁾ Stéfan Zweig — *Confusão de sentimentos*.

⁽²⁾ Dostoievski — *Recordações da Casa dos Mortos*.

os, o que não sucede em geral com as outras pessoas que com eles estão em contacto.

As palavras do escritor eslavo demonstram ser universal a tendência dos facultativos para o Bem.

Os condenados, quer tenham caído na alçada dos tribunais por impulsos nascidos de constituição nervosa doentia, quer por defeitos contagiosos do meio onde cresceram, requerem as atenções de duas formas de caridade: — clínica para os primeiros, por serem doentes dignos de comiserção; intelectual para os segundos, por necessitarem da palavra que lhes ilumine a consciência e os leve a medir a profundidade do abismo que separa o crime da virtude. Essa piedade intelectual, referida por Hello, deve ser esti-

mulada por quantos trabalham esperanças em melhorar a humanidade ⁽¹⁾. Deixemos a última aos moralistas, para praticarmos a primeira com amor.

A caridade clínica manda-nos ver no enfermo apenas o homem que sofre, independentemente da sua situação social.

Quando apoquentado por dores físicas, o criminoso é tão digno de lástima como o justo. A fisionomia da angústia confunde-se em todas as raças e os gemidos do sofrimento são iguais em todos os idiomas.

(Do livro — que saiu há pouco e tem causado grande e justo sucesso — «Calvários da Vida Médica»).

⁽¹⁾ Ernesto Hello — *Os Pratos da Balança*.



Nas

Pneumonias, meningites,
Colibaciloses e infecções
estrepto e estafilocócicas

IRGAFENE

N₁-3,4-dimetilbenzoi-sulfanilamida

A sulfamida que apresenta aspectos terapêuticos novos:

- 1) Doses 30 a 50 % inferiores às das outras sulfamidas.
- 2) Administração com intervalos de 6 a 8 horas.

Vantagens, portanto, para o médico e para o doente:

- I—Simplificação do tratamento.
- II—O doente não necessita ser acordado durante a noite.

Comprimidos

Empolas

Amostras à disposição dos Exmos. Clínicos

J. R. GEIGY S. A.—BASILEIA (SUÍÇA)

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E ULTRAMAR:
CARLOS CARDOSO
Rua do Bonjardim, 551—PORTO

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 5 a 13 de Dezembro)

Dia 5 — Pelo Ministério das Obras Públicas são concedidas as seguintes participações: à Misericórdia de Anadia, para construção, no seu hospital, do Pavilhão de infecto-contagiosos, reforço, 19 contos; à Santa Casa da Misericórdia da Guarda, para remodelação do seu hospital, 22.500\$00, e à Misericórdia de Tondela, para instalação de aquecimento no seu hospital, 180 contos.

7 — De Lisboa regressa a Montevideo o Dr. Perez Fontana, presidente da Sociedade Internacional de Hidatologia.

8 — Na Delegação de Saúde, em Viana, iniciam-se os trabalhos de vacinação pela B. C. G.

10 — Em Lisboa inauguram-se as novas instalações do «serviço do banco» do Hospital de S. José.

— Na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa realiza-se mais uma sessão científica, que é presidida pelo Prof. Dr. Xavier Mourato.

A Dr.^a D. Maria Patoleia, do Bombaral, faz uma comunicação acerca das primeiras estirpes de vírus da parotidite epidémica isoladas em Portugal; outra do Prof. Carlos Santos sobre os primeiros ensaios de radioterapia mitro-localizada.

11 — Em Lisboa, na Assembleia Nacional, o Dr. Urgel Horta diz que há que colocar, em primeiro plano, a assistência médico-social materno-infantil pela qual se dispensem à mulher em estado de gravidez todos os cuidados necessários que naturalmente conduzam à diminuição da mortalidade infantil.

Diz a seguir que na cidade do Porto, onde uma grande parte da população vive em ilhas miseráveis, em péssimas condições de higiene e salubridade, há que intensificar a assistência materno-infantil salvando-se, assim, um grande capital de vidas humanas que hoje se perde. Há que estender à capital do Norte, bem como a todos os distritos nortenhos, a acção benemérita do Instituto Maternal.

— Em Coimbra, na sala de conferências dos Hospitais da Universidade, começam, pelas 21 horas, as reuniões quinzenais da Faculdade de Medicina, dissertando o Prof. Dr. Rocha Brito.

12 — Em Lisboa, na Sociedade Portuguesa de Oftalmologia e integrada nas comemorações do primeiro centenário do nascimento do sábio Gama Pinto, realiza-se uma reunião.

Além das habituais comunicações, apresentadas por diversos sócios, há duas conferências de dois ilustres oftalmólogos: os professores G. Favaloro e Scuderi, de Catânia.

Há duas sessões no Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto. Na primeira que começa às 12 horas depois do professor Lopes de Andrade seu director proferir algumas palavras, o Prof. Favaloro fala sobre o estado actual da fisiopatologia primária dos folhetos epiteliais e endoteliais da córnea, e o Prof. Scuderi acerca da histopatologia do tracoma.

— Ainda em Lisboa, na Assembleia Nacional, o Dr. Santos Bessa de Coimbra, discursa apreciando a Lei dos Meios. Diz, então, que é necessário intensificar uma política de profilaxia sanitária. Faz depois considerações favoráveis à obra de assistência realizada. Refere-se depois à assistência na tuberculose onde, ainda faltam duas mil camas nos nossos sanatórios e propõe modo de as mesmas se conseguirem.

rem. Chama seguidamente a atenção para o facto de nunca se gastar a verba orçamentada para a profilaxia, que volta todos os anos para os cofres do Estado, embora a Direcção Geral de Saúde não tenha culpa no facto.

Estrangeiro

Em Estocolmo, o Rei distribuiu os prémios Nóbels de 1953. Os laureados do Prémio Nobel de Medicina foram o inglês Adolf Krebs e o americano Fritz Lippman, que descobriram processos essenciais do metabolismo da célula viva. O discurso de elogio foi proferido pelo Prof. E. G. Hamnersten, do Instituto Karolinska.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 2-XII a 10-XII-953)

2-XII

Dr. António Manuel Freire de Estanco Louro—autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular, os cargos de interno do internato complementar dos Hospitais Cívis de Lisboa e de estagiário do Instituto Português de Oncologia.

— Dr. José Luís Maciel Chaves — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de médico efectivo do comando da Polícia de Segurança Pública e de assistente do Dispensário Dr. D. António de Lencastre dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— Dr. António Antunes Menezes — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular os cargos de técnico de cinema do quadro técnico do Secretariado Nacional de Informação, Cultura Popular e Turismo e de médico assistente do Dispensário de Tuberculose Osteoarticular do Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— A Câmara Municipal de Miranda do Corvo declara que para o 1.º partido médico municipal com sede naquela vila, foi nomeado o Dr. Amândio Marques Murta.

5-XII

A Câmara Municipal da Lourinhã declara que para provimento do lugar de médico municipal de 3.ª classe do referido concelho, com sede e residência obrigatória no lugar e freguesia de Reguengo Grande, foi nomeado o Dr. Luís Travaços dos Santos Lamy.

10-XII

Dr. Luís António de Matos Lima—autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de médico municipal e subdelegado de Saúde do concelho de Valença com o de director clínico do hospital da Santa Casa da Misericórdia da mesma localidade.

— A Câmara Municipal de Aguiar da Beira declara que para o provimento do lugar de médico municipal do 2.º partido, com sede em Dornelas, do referido concelho, foi nomeado o Dr. Abílio Machado Teixeira.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para provimento do lugar de médico municipal do 2.º partido, com sede e residência obrigatória em Alhos Vedros (Moita).

Reumatismo
Artrite
Dores musculares
Pleurodinias
etc.

- GRANDE PODER DE PENETRAÇÃO
- ALÍVIO RÁPIDO DA DOR
- DESCONGESTIONAMENTO PROGRESSIVO
- ACÇÃO DIRECTA NA ZONA DOLOROSA
- PRODUÇÃO DE ÁCIDO SALICÍLICO "NASCENTE"



Crema anti-reumático analgésico e antiflogístico de Salicilato de Dietilamina.

UM PRODUTO

Dravi

TOTALMENTE

N O V O

E ORIGINAL

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

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

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

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

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E PRINCIPE, ÁFRICA FRANCESA E CONGO BELGA — Publicações Unidade (Sede: Avenida da República, 12, 1.º Esq. — Lisboa; deleg. em Angola — R. Duarte Pacheco Pereira, 8, 3.º — salas 63-64 Luanda). — LOURENÇO MARQUES: Livraria Spanos — Caixa Postal 434 — NOVA GOA: Livraria Singbal.
VENDA AVULSO — Distribuidores exclusivos: Editorial Organização, L.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507.

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

