

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 115  
12 de Novembro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

*Afecções*

**UMA CONCEPÇÃO NOVA NA  
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA**

## 3 ACCÇÕES

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

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

# OMNACILINA

## AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS  
MEDICAMENTOS DESDE 1775



### SUMÁRIO

	Pág.
BARAHONA FERNANDES — Hospitais e enfermeiras .....	927
A. FERNANDES RAMALHO — Dificuldades e erros na interpretação radiológica .....	928
MARIA MANUELA ANTUNES — Tinhas tonsurantes de etiologia mista .....	935
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Fisiopatologia do fígado e exploração funcional hepática .....	939
O valor da Toracotomia exploradora no diagnóstico e no tratamento de algumas doenças pulmonares .....	942
Resumos da Imprensa Soviética .....	945

### SUPLEMENTO

	Pág.
Férias — WALDEMAR BRÜTT PACHECO .....	494
O Médico perante o doente; o doente perante o Médico — CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR .....	850
Ecos e Comentários .....	852
Dez anos de história dos Hospitais da Universidade de Coimbra ...	853
Missão à Índia de Professores da Metrópole .....	859
Noticiário diverso.	



TRIPENICILINATO G DE ALUMÍNIO  $\dagger$  SULFADIAZINA  
65.000 U. SULFAMERAZINA  
SULFAMETAZINA

a a
0,11 g

ADMINISTRAÇÃO ORAL

Frasco de 20 comprimidos

---

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

NO SIGNO DE HIPÓCRATES

LVI

# Hospitais e enfermeiras

PROF. BARAHONA FERNANDES



O problema da enfermagem, como tantos outros dos nossos hospitais, vai evoluindo muito lentamente, sem acompanhar o prodigioso progresso das técnicas médicas e cirúrgicas.

Melhorias parciais neste ou naquele sector não impedem que as questões fundamentais se perpetuem e reapareçam a cada novo empreendimento ou reorganização dos serviços.

— *Preparação técnica, formação cultural, educação e personalidade adequadas* são as linhas mestras nas quais se desenha o progresso da enfermagem. O saber profissional e a prática das rotinas técnicas devem-se integrar no conjunto de uma personalidade convenientemente seleccionada pelos seus dotes humanos e aptidões especiais, pela sua formação social e atributos éticos. Muito se diz e escreve sobre as disciplinas mais necessárias nos cursos de enfermeiras, os testes e outras formas de selecção vocacional para a profissão, sobre a necessidade de maior cultura e mais aprimorada educação dos nossos enfermeiros e enfermeiras.

De facto, preparar um leito, propinar uma injeção, dar um caldo ou pôr uma ligadura — são actos bem simples, cuja aprendizagem está ao alcance da maioria dos indivíduos. Só valerão, no entanto, como veros actos de enfermagem, se se situarem no *todo harmónico das acções terapêuticas* exercidas pelo médico e pelo conjunto dos instrumentos hospitalares. E ainda, por outro lado, e não em último lugar, se contiverem em si mesmos a *auténtica intenção da enfermagem: actos humanos*, de pessoa para pessoa, da enfermeira que cuida para o doente que é cuidado. Usando as mais complexas técnicas, os mais adiantados aparelhos, os mais recentes medicamentos — visam uma finalidade mais alta: o *auxílio e o apoio* a um *ser humano que sofre e carece de tratamento e amparo*.

Além das componentes mecânicas, têm pois uma parte *psicológica* — o acto inter-humano de relação simpática e uma parte *espiritual* — a intenção e o sentido com que são executados.

Como alcançar este nível numa concepção boçal, mercenária, ou mecanista, burocrática da enfermagem?

As dificuldades vêm de todos os lados. De cima e de baixo; da cepa e do meio, donde proveem os indivíduos que se destinam à profissão; da sua preparação e das condições de exercício no ambiente hospitalar e das suas relações com os médicos e as restantes pessoas, agentes humanos dos serviços de assistência.

Em primeiro lugar, do *meio* donde são recrutadas, do seu nível cultural, da sua textura social.

Boas intenções práticas de ganhar a vida, anseio de aperfeiçoamento individual, subindo de categoria, propósitos caritativos mais ou menos sinceros, desejos de colaboração social com as classes desprotegidas, élan idealista de minorar o sofrimento humano e tantos outros desígnios que norteiam, consciente ou inconscientemente, os mais veementes e sinceros desejos e vocações das enfermeiras, não logram apagar as pechas educativas e os hábitos e preconceitos do meio donde provieram.

Em segundo lugar, outras tantas dificuldades se erguem do encontro da *própria personalidade* da enfermeira com o ambiente de estudo, da profissão, do trabalho e com as outras personalidades com que têm de lidar. São múltiplos e variados os motivos de inadaptação, de insatisfação pessoal, de conflito íntimo, em revolta aberta, desânimo retraído ou ressentimento dissimulado. — A frustração das legítimas aspirações materiais, mal compensadas por trabalhos extra-hospitalares, nem sempre do mesmo nível. A desilusão das boas intenções pelas dificuldades e imperfeições dos serviços, o excesso de trabalho, a paga insuficiente, a incompreensão dos outros. A mancha da espiritualidade ante os maus exemplos dos companheiros e demais pessoal. A degradação profissional até à rotina esteriotipada — insonsa e sem alma, ou ressumando hostilidade e ansiedade, mais ou

menos encobertas por atitudes compensadoras de fachada, para uso social.

E tantos outros *problemas pessoais* que requerem esclarecimento e apoio de monitoras esclarecidas, durante o curso, e de mestres bons conselheiros e de chefes benevolentes e compreensivos. — Problemas pessoais que se esclareceriam, também, pela formação de grupos profissionais amigáveis, animados pelos mesmos interesses e entusiasmos.

Outra espécie de dificuldades provém da *má integração* das enfermeiras com o restante pessoal — com os médicos e a administração hospitalar, por um lado, com os serventes e o pessoal técnico e auxiliar, por outro.

Façamos — sem pejo nem preconceitos — o nosso próprio exame de consciência. Compreendem sempre todos os *médicos* de um hospital, da forma mais justa, o vero papel da enfermagem? Procede sempre o médico, tanto no ponto de vista técnico, como no psicológico e ético, como ainda na sua qualidade de funcionário do hospital — de modo a enquadrar a função das enfermeiras nos seus autênticos desígnios? Todas as insuficiências, erros de tacto, quebras de nível e desdons pela irrecusável organização hospitalar se repercutem de forma desfavorável na confiança, na disciplina e no proceder do restante pessoal, muito particularmente das enfermeiras.

Como exigir das enfermeiras atenções, penetração compreensiva para as necessidades do enfermo, solicitude e dedicação, apoio e conforto afectivo, quando alguns dos que as deviam orientar só cuidam dos boletins das análises, das suas observações e experiências, do efeito meramente orgânico das suas terapêuticas? Se passam como relâmpagos pelo leito dos enfermos, sem curar das pessoas sofredoras ou deixam aos auxiliares todos os cuidados e atenções individuais? Se atropelam os regulamentos e a disciplina hospitalar, se maldizem continuamente da administração que eles próprios não zelam?

Maiores dificuldades proveem ainda dos *técnicos e administradores*, dos fiscais e outros funcionários. Se, no burocratismo rígido de uns, no autoritarismo incompreensivo de outros, tecem uma rede de fiscalização, de tal arte apertada, em torno das enfermeiras, lhes dificultam a vida com excessivas minúcias «de papelada» e draconianas responsabilidades materiais, se não lhes facultam a boa alimentação, o repouso, os cuidados de saúde, a assistência e os medicamentos, a simpatia e compreensão para o seu extenuante esforço físico e moral, como não esperar o constrangimento, as resistências, os protestos, a insatisfação, expressa de mil e uma maneira?

Outro tanto haveria a dizer das relações com as criadas e serventes, invertidas agora as relações de hierarquia. Criadas alfabetizadas à pressa, sem entenderem o seu papel, só aspirando a imitar (nos seus defeitos) as enfermeiras, ignorando a higiene, a ordem, a disciplina, adaptam-se pior ao serviço com as enfermeiras que as singelas dedicações, mourejando afavelmente em termos de simpatia e compreensão.

Os hospitais tornam-se, porém, cada vez mais complexos — a sinalização, os elevadores, os telefones, o condicionamento do ar, os múltiplos aparelhos a cuidar e a conservar, para não falar nos cuidados técnicos (operatórios e outros) e no registo das observações e da administração económica... Torna-se necessário instruir o pessoal servente e de enfermagem nas técnicas médicas, cirúrgicas e psicológicas, na aparelhagem, na mecânica administrativa, na organização da assistência hospitalar.

O papel da enfermeira é diferente em cada serviço — em função da sua especialização, dos meios de acção diagnóstica e terapêutica que utilize, da *orientação* que lhe imprimam os médicos e o *Médico-director da Casa* — autoritarismo, frouxidão, ou orientação activa, compreensiva e humana.

É necessário que a enfermeira tenha as aptidões e a pre-

paração para se adaptar com eficiência às funções que lhe são exigidas. Necessário é porém que o *todo* de cada serviço, o *todo do hospital* tenham também uma estrutura bem definidas, um espírito bem marcado e os médicos e os chefes de enfermagem formem e enquadrem as suas enfermeiras e serventes nos «métodos» e no «espírito» do serviço — sem falar no magno problema de que as instâncias dirigentes não procedam dentro de outra «orquestração».

Queixámo-nos tantas vezes das enfermeiras, quando a culpa está na inconsistência das nossas instruções, nas imperfeições da organização, no excesso das exigências de trabalho que lhe são impostas, nas pequeninas falhas psicológicas para com as suas personalidades, quando não na incompreensão da sua verdadeira missão, na versatilidade dos regulamentos e na instabilidade da sua situação burocrática e material.

A marca autêntica da missão da enfermeira está na *dádiva afectiva* de si mesma, sob o ímpeto originário dos seus instintos de protecção maternal, dinamizando e integrando-se em sentimentos de ordem mais elevada, aptidões intelectuais e dextrezas técnicas as mais variadas. Parece ser esta a razão porque muitas das melhores enfermeiras são solteiras e sem filhos. O que não quer dizer — diga-se entre parêntesis — que se lhes deva proibir o casamento (medida esta cujas desfavoráveis consequências se vão evidenciando). Apenas que é desejável que se dediquem à

enfermagem de preferência aquelas mulheres que não constituíram família, ou aquelas para quem a família não represente o interesse primacial na vida ou absorva todos os seus interesses e possibilidades de acção.

Este *elo afectivo inter-humano* é o fulcro essencialíssimo da enfermagem. Sem ele não há habilitações técnicas que valham. Sem habilitações técnicas não há, por outro lado, impulso emocional que improvise as complexas funções da enfermagem num moderno hospital. Tal qual a formação correlativa do carácter e da inteligência no decurso da evolução de todos os indivíduos, até à plena maturidade no exercício da vida social.

O problema da enfermagem reduz-se, desta maneira, a um *problema humano* — integrado na especial situação do hospital, ao serviço de um pensamento médico, em prol da comunidade.

Amputá-lo de qualquer destes elos é tropeçar em soluções parciais.

Orientação «médica» do Hospital, finalidade social da Assistência, informação científica da acção médica, em progressivo devir e constante anhelos de humanidade.

— Tal o papel dos Hospitais, tal o papel dos médicos, se neles quisermos enquadrar também, de forma adequada, o papel das enfermeiras.

## Dificuldades e erros na interpretação radiológica

A. FERNANDES RAMALHO

(Chefe do Lab. de Rad. da Fac. de Medicina de Coimbra)

*«A radiologia é um poderoso elemento auxiliar de Clínica que, manejado imperfeita ou incorrectamente, algumas vezes em consequência da própria natureza das irradiações que utiliza, pode tornar-se num perturbador elemento de desorientação diagnóstica.»*

As irradiações que Röntgen teve a felicidade de descobrir em Novembro de 1895, têm propriedades químicas e propriedades físicas que a medicina utiliza, nascendo o Radiodiagnóstico duma das suas propriedades físicas: a de atravessarem os corpos opacos, ou melhor, certos corpos opacos — os de peso atómico pouco elevado.

Com efeito, os raios de Röntgen não atravessam os metais de peso atómico elevado, mas atravessam outros de peso atómico mais baixo, como por exemplo o alumínio.

Portanto, todos os corpos de densidade ou peso atómico baixo são mais ou menos atravessados pelos raios X, conforme o valor desse peso atómico. Daqui se conclue que, ao atravessarem o corpo humano constituído por elementos de peso atómico tão variado, conseguem melhor ou pior, ou mesmo não conseguem atravessar esses elementos, dando lugar a sombras de intensidade diferente quando projectadas sobre um écran fluorescente ou sobre um filme radiográfico, mercê de serem, como são, raios luminosos.

É com estas sombras que dispõem somente de quatro características — forma, densidade, dimensões e posição — que o radiologista tem de constituir o seu diagnóstico, quando isso seja possível.

O feixe de raios X que sai duma ampola emanado pelo seu anti-catodo é um feixe cónico e como tal de raios necessariamente divergentes. Por isso a sua projecção ortogonal sobre um écran fluorescente ou sobre um filme radiológico, depois de atravessar qualquer região do corpo humano, determina uma imagem deformada e ampliada da realidade.

E quanto mais afastada estiver essa região do écran ou do filme, tanto maior é essa deformação e ampliação e mais prejudicada é a nitidez da imagem dificultando a sua interpretação.

Há, pois, necessidade de encurtar tanto quanto possível a distância *objecto-filme*.

Por outro lado, quanto maior for a distância entre o foco

da ampola e o objecto a radiografar, tanto mais estreito é o cone do feixe principal de raios de Röntgen e menor portanto a divergência desses mesmos raios, que traz como consequência imediata uma menor deformação da imagem e uma maior nitidez.

Mas a nitidez não é só alterada por estes factores.

O feixe de raios que se projecta sobre um filme não é só constituído pelo feixe principal do anti-catodo da ampola; da sua parede, atravessada pelo feixe principal, emanam raios secundários que constituem o feixe secundário; e da parte do corpo do doente atravessado por estes dois feixes de raios, saem irradiações chamadas parasitas, de diferente comprimento de onda, que se propagam em todas as direcções e que vão juntar o seu efeito nocivo aos raios secundários, prejudicando a imagem radiológica, alterando a sensibilidade do filme, velando-o ligeiramente, fazendo-lhe perder os seus contrastes.

Para opôr a estes inconvenientes empregamos os anti-difusores colocados entre a região a radiografar e o filme e que tem por fim curtar as irradiações secundárias e parasitas, deixando somente passar o feixe principal que vai impressionar mais livremente o filme.

Mas outras causas ainda existem que dão à imagem radiológica uma ausência de perfeita nitidez, um certo «flous».

A imagem radiológica de qualquer região do corpo é a projecção ortogonal de todos os órgãos e tecidos que se encontram em toda a espessura dessa região e têm densidades diferentes.

Há, portanto, uma sobreposição de imagens com sombras de intensidade variável, que se prejudicam umas às outras e fazem perder nitidez à imagem principal que se deseja obter.

Este inconveniente é praticamente impossível de se poder suplantá-lo, atenuando-se tanto quanto possível com as diferentes posições oblíquas a que temos de recorrer, de forma a dissociar as múltiplas sombras, a fim de tornar mais aparente a que nos interessa de momento.

O «flous» de imagem radiológica é ainda influenciado por três importantes factores: o «flous» geométrico, o «flous» mecânico e o «flous» resultante das dimensões do grão dos écrans reforçadores. O «flous» mecânico podemos facilmente reduzi-lo ao mínimo; ele é a consequência dos movimentos voluntários e involuntários do doente que podemos neutralizar em grande parte, empregando tempos de exposição muito curtos.

As dimensões do grão dos écrans reforçadores têm uma grande influência na nitidez da imagem radiológica; os écrans modernos com uma dimensão do grão inferior a 0,6 de milímetro, vieram ajudar grandemente o trabalho de interpretação do radiologista.

O «flous» geométrico, o mais importante de todos, é determinado pelo foco da ampola e depende das suas dimensões.

Teóricamente ele não existia se o foco da ampola fosse punctiforme. Mas como isso praticamente não é possível, porque o anodo da ampola não resistiria ao calor desenvolvido pelo bombardeamento dos electrões, e é necessário existir uma superfície de emanação desses electrões, embora pequena, sucede que o feixe principal de raios X projecta sobre o filme radiológico uma imagem constituída por uma porção central nítida e uma porção periférica «flous» que condiciona a perda de nitidez da porção central (Fig. 1).

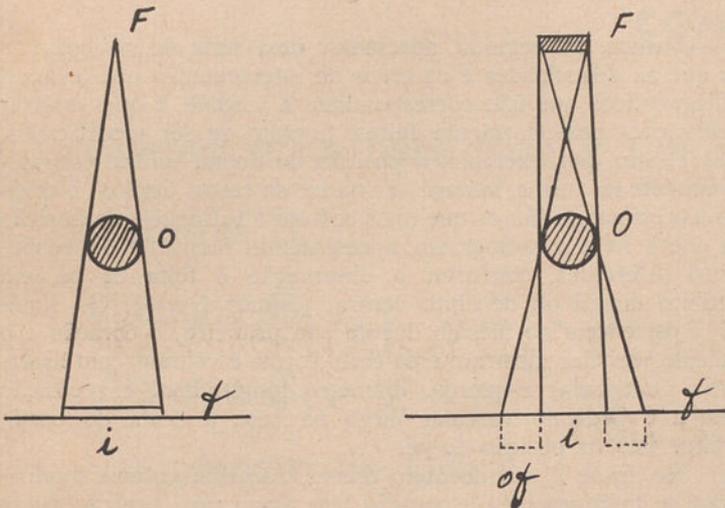


Fig. 1

A porção — Of — da imagem — i — projectada sobre o filme — f — é que constitue o «flous» geométrico, que varia na razão directa das dimensões do foco da ampola.

Evidentemente que, quanto mais largo for esse foco tanto maior é a faixa de «flous» e menos nítida se torna a imagem.

As modernas ampolas de foco rotativo, com um pequeno foco de 2 mm, nas quais se podem lançar cargas de grande intensidade, permitem ao radiologista obter belas radiografias de grande nitidez da imagem e com grandes contrastes e autorizam-no a aumentar a distância entre a ampola e o objecto (distância — FO —) de forma a diminuir a largura da faixa de «flous».

Ao mesmo tempo se a distância objecto-filme fôr a mais curta possível, igualmente se reduz ao mínimo a referida faixa.

No entanto, tudo isto não é o bastante para se conseguirem radiografias que permitam observar a existência de corpos estranhos insignificantes, nem a presença de pequeninas alterações da estrutura óssea, nem a existência de pequenos detalhes que tanto auxiliariam o radiologista na sua interpretação.

Seria portanto, necessário ampliar a imagem, o que iria inevitavelmente aumentar a zona de «flous» e prejudicar ainda mais a sua nitidez. Estas dificuldades levaram os engenheiros e técnicos da casa Philips — Burger, Combée et Van der Tunk — a estudarem o assunto e em 1946 publicavam um artigo na «Revue Technique Philips» intitulado «Radioscopie avec image agrandie» em que apresentavam a sua nova técnica.

Mais tarde, em 1950, o electro-radiologista Dr. Van der Plaats (Maestricht — Holande) publicava no «Journal Belge de Radiologie» um artigo sobre — «La technique d'Aggrandissement Radiologique» em que desenvolvia magnificamente a nova técnica e apresentava as suas vantagens, em que se amplia a imagem, ou melhor, em que se obtém uma imagem ampliada, sem que o «flous» geométrico intervenha grandemente na sua nitidez.

Como se consegue essa ampliação?

Aumentando consideravelmente a distância entre o objecto e o filme, aproximando o objecto do foco da ampola, conservando constante a distância entre o foco e o filme (Fig. 2).

Se assim se procedesse com uma ampola vulgar de 2 mm. de foco, obteríamos uma imagem absolutamente confusa, impossível de se poder interpretar; o «flous» geométrico era tão grande que impediria a leitura da radiografia.

Se a ampola pudesse ter um foco punctiforme, toda a ampliação seria possível, mesmo que afastássemos muito o objecto do filme; o «flous» geométrico não existiria e a imagem seria sempre nítida, podendo observar-se os mais pequenos detalhes.

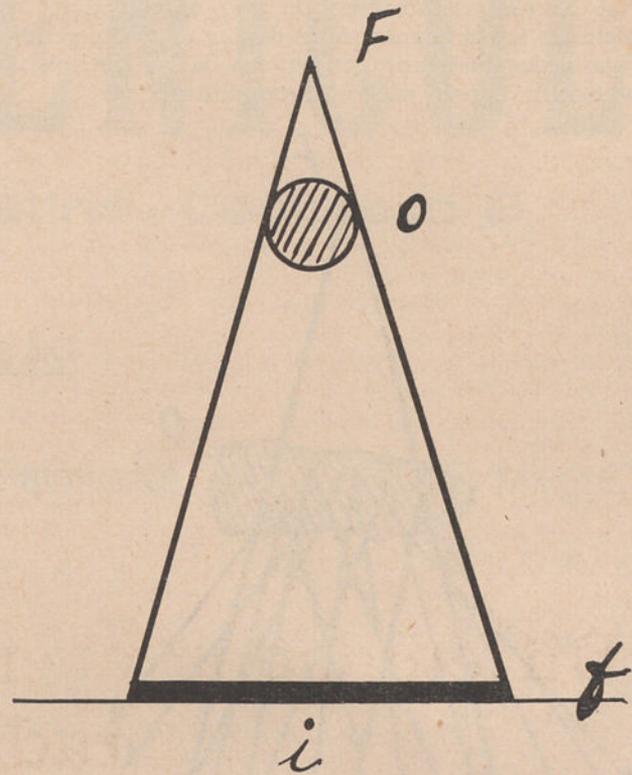


Fig. 2

Van der Plaats empregou uma ampola de foco muito fino, sómente com 0,3 mm. e colocou objecto, filme e ampola a distância tais que obteve uma imagem ampliada 2 a 2,5 vezes, com boa nitidez e detalhes admiráveis, empregando um écran cujas dimensões do grão davam um «flous» de 0,5 mm. Com uma ampola de foco tão fino o «flous» geométrico é muito pequeno e a ampliação obtida fica com os seus detalhes superiores às dimensões do grão dos écrans.

Isto é, esses detalhes que numa radiografia vulgar são infra-liminares e que, portanto, ficavam fora da nossa percepção visual por serem inferiores ao «flous» dos écrans, mesmo sem a influência do «flous» geométrico, numa radiografia ampliada os detalhes infra-liminares passam a supra-liminares, ultrapassam as dimensões do «flous» provocado pelo grão dos écrans e apresentam-se com uma boa nitidez e perfeitamente visíveis, como se vê nesta radiografia da mão que vos apresento.

Os contrastes da imagem ampliada são também consideravelmente melhorados o que, se é vantajoso numa radiografia, é muito mais importante para um exame radioscópico.

Esta melhoria de contrastes é devida em primeiro lugar à considerável redução do volume do feixe principal das irradiações que sai dum foco tão fino da ampola; em segundo lugar, porque as irradiações secundárias e parasitas estão consideravelmente diminuídas, visto que parte delas não atinge o écran pela distância a que ele se encontra do objecto (Fig. 3).

Por outro lado, como o objecto se encontra muito mais perto da ampola, nem todo ele é atravessado pelo feixe principal e conseqüentemente menos irradiações parasitas se formam.

Claro está que a iluminação do écran é bastante reduzida, porque são muito menores as irradiações que o atingem e a imagem radioscópica, no caso duma radioscopia torna-se menos perceptível, o que pode tornar invisíveis certos detalhes infra-liminares. É o ponto fraco do método; mas as vantagens que ele oferece em certas radiografias sobreleva aquele inconveniente.

Pena é que o método, ainda tão recente, não possa ainda ser utilizado para todas as regiões do organismo; por enquanto, só regiões de fraca espessura podem ser radiografadas, porque uma ampola de foco de 0,3 mm. não suporta grandes intensidades de corrente, que permitam obter um feixe de irradiações suficiente para executar uma radiografia ampliada das regiões espessas.

Tem portanto ainda uma indicação limitada: pesquisa de

pequenos corpos estranhos na mão ou no pé (um bico de agulha, por ex.) que uma radiografia usual não consegue mostrar; estudo mais detalhado das células mastoideias e dos seios perinasais; detalhes da articulação do joelho, das vértebras cervicais, etc.

Nas artroses deformantes do tipo degenerativo, mostra novos detalhes nas diferentes fases da sua evolução, permitindo ver as suas pequeninas exostoses em bico, da sua fase inicial, que uma radiografia normal não consegue mostrar,

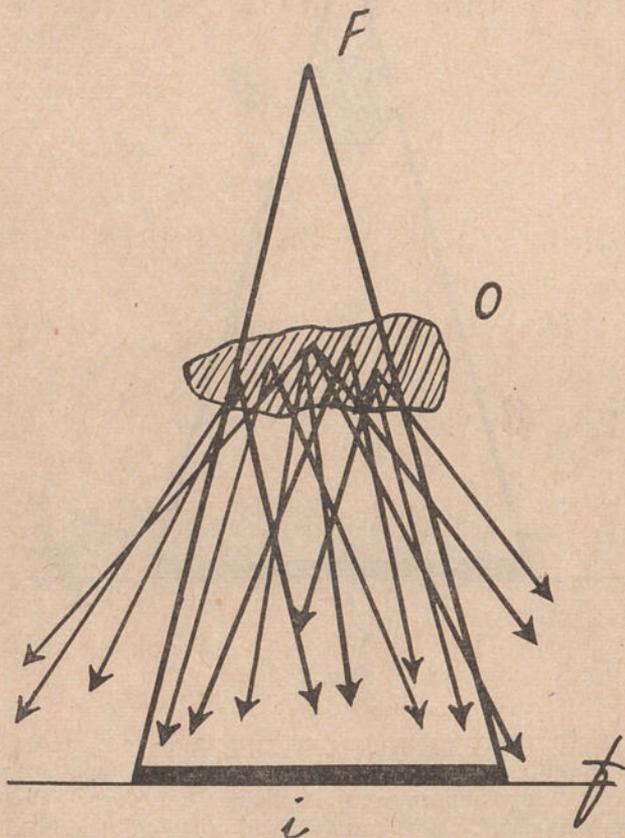


Fig. 3

No período de estado dos processos artrósicos vêm-se detalhes curiosos da estrutura óssea dos osteofitos e ligamentos ainda pouco calcificados tornam-se visíveis.

As lesões dos meniscos articulares tornam-se evidentemente muito mais fáceis de interpretar.

É de prever que num próximo futuro a evolução natural da física radiológica permita alargar a aplicação do método da radiografia ampliada a qualquer região do organismo, podendo assim despistar precocemente alterações morfológicas e da estrutura dos órgãos e tecidos do doente que nos levem a fazer o tão desejado diagnóstico radiológico de afecções graves no seu início, permitindo uma imediata intervenção terapêutica que conduziria em muitos casos à cura da lesão, salvando assim muitas vidas que por enquanto se continuam a perder.

\*

Uma radiografia é, como atrás dissemos, a projecção ortogonal de múltiplas sombras que os diferentes órgãos e tecidos, atravessados pelo feixe de raios de Röntgen, projectam sobre um filme.

Sombras de forma e dimensões variáveis, de densidades muito diferentes que o radiologista tem de interpretar, identificando-as como pertencendo a este ou àquele órgão ou aparelho.

Mas há órgãos que projectam uma fraquíssima sombra e outros que são totalmente permeáveis aos raios X e que não projectam sombra alguma. Para os tornar aparentes, isto é, para projectarem sombra radiológica, temos de os tornar opacos introduzindo-lhe produtos de elevado peso atómico que sejam inofensivos para o organismo.

Todos os departamentos do tubo digestivo, o aparelho urinário e outras cavidades e regiões do organismo estão naquele caso, dispondo nós actualmente de vários produtos opacos, cuja enumeração seria fastidiosa, que têm por objectivo opacificá-los, tornando-os aparentes.

\*

As dificuldades de interpretação dum filme radiológico

são, por vezes, consideráveis e os erros cometidos pelo radiologista mais consciencioso são algumas vezes impossíveis de se evitar, visto que são tão fracos e tão poucos os elementos de que dispõe para formular um diagnóstico.

É preciso, portanto, que o radiologista seja muito metuculoso na sua observação, que disponha de boa aparelhagem e utilize uma boa técnica e que, por fim, seja prudente nas suas conclusões, não se deixando levar por fantasiosos raciocínios que uma análise elementar e bem orientada facilmente destruiria.

O radiologista deve trabalhar em inteira colaboração com o clínico, não se influenciando com as suas sugestões, mas recebendo dele as informações necessárias, que tão úteis são, para orientar o trabalho radiológico a executar e chegar a uma conclusão tão perfeita e completa quanto possível, que traga para o doente manifesta utilidade.

\*

Vamos, em seguida, apresentar uma série de radiografias em que as dificuldades e os erros de interpretação nos levaram a diagnósticos que não correspondiam à verdade e que, noutras observações posteriormente feitas, tiveram de ser modificados.

Assim, por exemplo, a posição do doente influe consideravelmente na forma, situação e volume de certos órgãos; o coração e o estômago são os que mais sofrem a influência da posição em que é feita a radiografia, apresentando formas e dimensões muito diferentes, conforme a observação é feita de pé, em decúbito dorsal ou decúbito ventral (filmes 1 a 4). Os filmes 1 e 2 pertencem ao mesmo doente; no primeiro, o coração e o pedículo vascular mostram uma certa forma e volume, com hipertrofia ventricular esquerda, diâmetro longitudinal em posição oblíqua e pedículo vascular largo na base à custa do bordo direito. Isto na posição de pé.

No filme 2, em decúbito dorsal, forma e volume modificaram-se inteiramente; o coração tem agora uma posição quase deitada sobre o diafragma com o diâmetro longitudinal quase horizontal, o ventrículo esquerdo, mais volumoso, aproxima-se da linha axilar e o pedículo vascular, encurtando-se, alargou-se consideravelmente.

O mesmo sucede com o estômago (filmes 3 e 4) em que a mudança de posição do doente, de pé para a de decúbito ventral modificou completamente a sua forma, volume e posição, parecendo ser de doentes diferentes. A posição de perfil, de grande valor em quase todos os casos, permitindo-nos identificar ou auxiliar na localização da lesão ou de corpos estranhos, não é por vezes bastante para nos conduzir a um diagnóstico exacto. No caso dos filmes 5 e 6 o volumoso crucifixo que a doente apresenta ao nível da região cervical e que a posição de frente poderia fazer supor que se encontrava externamente, sobre os tecidos moles, a posição de perfil demonstra-nos que ele se encontra em pleno esófago, com a imagem do Cristo voltada para trás.

Tratava-se duma psicasténica que a mística do seu fervor religioso levou a engolir o crucifixo que trazia pendurado ao pescoço e que, como se pode avaliar era de grandes dimensões.

Já não forneceu resultados positivos a posição de perfil no caso dos filmes 7 e 8.

Pertencem a um doente em que a posição de frente mostra uma volumosa sombra ao nível do pedículo vascular, muito densa, que faz uma enorme saliência no campo pulmonar esquerdo, onde apresenta um contorno regular de forma arredondada, ultrapassando este contorno uma outra sombra menos densa, mais arredondada, fazendo muito maior saliência no campo pulmonar. Em cima, estas sombras atingem o nível da clavícula e à direita não ultrapassam o bordo direito do pedículo vascular.

A posição de perfil, ou melhor, fortemente oblíqua, mostra-nos uma enorme sombra de aspecto quase quadrangular, ocupando o mediastino posterior, com uma zona central de maior densidade e uma zona periférica menos densa, completamente independente do pedículo vascular, do qual está separado por um espaço claro.

Fizemos o diagnóstico de massa tumoral do mediastino no doente que era ao mesmo tempo um cardio-aórtico.

O doente faleceu pouco tempo depois de ser feita a radiografia; foi autopsiado e verificou-se que não havia nenhuma massa tumoral mediastinal.

Tratava-se somente dum volumoso aneurisma pediculado da porção inicial da aorta descendente, de pedículo longo e

# PALMIFENICOL

Palmitato de Cloromicetina + Complexo B

## COMPOSIÇÃO

Cloromicetina base (sob a forma de Palmitato) . . . . .	3.750 Miligrs.
Vitamina B <sub>1</sub> . . . . .	6 »
Vitamina B <sub>2</sub> . . . . .	6 »
Vitamina B <sub>6</sub> . . . . .	3 »
Pantotenato de Cálcio . . . . .	3 »
Vitamina PP . . . . .	50 »
Excipiente q. b. p. . . . .	60 c. c.

## APRESENTAÇÃO

De tolerância perfeita e de sabor agradável o PALMIFENICOL é apresentado em frascos de 60 c. c., correspondendo uma colher das de chá (4 c. c.) a 250 Miligrs. de Cloromicetina base.



**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 Mavalhães, 32-1.º—Telef. 4556*

*Novidade!*

*Espasmolítico  
frenador do vago  
com longa  
duração de efeito*

# **ANTRENIL\***

*nos espasmos do estômago e do intestino  
nos espasmos das vias biliares  
e das vias urinárias  
nas dores da úlcera gástrica e duodenal*

**APRESENTAÇÃO:**

Frascos de 30 e de 100 comprimidos a 5 mg

Caixas de 5 ampolas de 1 cc a 2 mg

\*. Marca registada

estreito, que não projectava sombra na radiografia, o que nos levou a considerar a massa anormal independente da aorta e a formular portanto, um diagnóstico errado.

Os filmes 9, 10 e 11, pertencem a um doente que nos podia fazer suspeitar da existência dum processo de infiltração secundária de localização hilar.

Com efeito, o filme 9 mostra-nos a sombra hilar esquerda aumentada de volume e de densidade, com uns nódulos mais densos justa-hilares e um grupo de traços de condensação peri-hilares, mais ou menos fibrosos, invadindo o terço médio do campo pulmonar.

A sintomatologia apresentada pelo doente era a seguinte: uns dias depois dum prolongada exposição ao sol num trabalho que efectuou, começou com tosse violenta sem expectoração e uma sensação de ardor no peito. Não teve pontada, nem arrebios nem mialgias; a temperatura nunca ultrapassou 37 graus.

Uma certa prostração, falta de forças e ligeiro emagrecimento, sem perda de apetite, completavam o quadro clínico.

A pesquisa do B. de Kock na insignificante expectoração que o doente tinha foi negativa.

Havia um certo grau de eosinofilia — 7,5 %.

O referido filme 9 foi feito 6 dias depois do aparecimento deste quadro sintomático.

Sete dias depois o estado do doente era sensivelmente o mesmo.

O filme 10 feito nesta altura mostra um aspecto diferente: enquanto que as lesões hilares e peri-hilares se atenuaram sensivelmente, estando quase a desaparecer, surgiu na região infra-clavicular uma nova crise evolutiva, semelhante à anterior, mais benigna.

Dez dias depois o filme 11 apresenta-nos os campos pulmonares completamente limpos, sem sinais das lesões anteriores, ficando somente o hilo volumoso.

A eosinofilia baixou para 4 %; mantinha-se a ausência de B. de Kock na expectoração.

A evolução do processo mórbido e a transformação rápida do aspecto radiológico podia fazer pensar num caso de infiltrado fugaz tuberculoso — Síndrome de Leitner — que são as mais benignas infiltrações devidas ao B. de Kock.

Mas o aparecimento dum infiltrado fugaz numa pessoa anteriormente sã e sem passado tuberculoso, infiltrado com crises sucessivas no mesmo período evolutivo, com desaparecimento do anterior e sem a presença do B. de Kock, com início de aspecto gripal, são contra a existência dum síndrome de Leitner.

Devia certamente tratar-se dum síndrome de Löffler, que tem uma evolução benigna, cuja etiologia é muito variada, mas não tuberculosa.

O caso seguinte diz respeito a um doente, vendedor de jornais, que numa certa altura começou a sentir cansaço fácil, perda de forças e anorexia que dia a dia se acentuava.

Cinco dias depois apareceram-lhe dores do lado direito do tórax, sem aspecto de pontada, subindo a temperatura a 39 graus; não tinha tosse nem expectoração.

Fez umas aplicações quentes locais (com tijolo), melhorando um pouco e continuando a trabalhar.

Uns dias depois consultou um médico que lhe aconselhou a fazer uma radiografia.

Essa radiografia — filme 12 — apresenta à direita uma volumosa mancha de condensação hilar, invadindo para fora o campo pulmonar ao nível da extremidade anterior da 4.<sup>a</sup> costela, esbatendo-se para a periferia e prolongando-se por pequenos traços de condensação mais ou menos estriados.

O resto do campo pulmonar está completamente livre; vê-se um pequenino nódulo calcificado no ângulo freno-cardíaco.

À esquerda, nota-se também um certo aumento de volume da sombra do hilo sem reacção peri-hilar.

Comparando este filme com o filme 13 que pertence a um doente com infiltração bacilar secundária do tipo hilar, verifica-se que há uma grande semelhança; mas enquanto que neste último doente a mancha de condensação hilar e peri-hilar é de maior densidade toda ela e de limites mais bem definidos, no primeiro doente (filme 12) a mancha de condensação esbate-se muito para a periferia e alonga-se por traços estriados. A evolução da afecção foi relativamente rápida e um mês depois nova radiografia feita (filme 14) mostrou que a condensação hilar tinha desaparecido completamente, vendo-se somente discretas estrias peri-hilares de aspecto fibroso; a própria sombra do hilo é agora de pequeníssimo volume.

A sombra do hilo esquerdo está também menos volumosa e menos densa. Tratava-se dum caso de pneumonia intersticial «a vírus» e não, como à primeira vista se poderia supor, dum caso de infiltração bacilar secundária hilar.

O doente que a seguir vamos apresentar teve um passado suspeito de sífilis, tendo feito várias sessões de tratamento anti-sifilítico. Já foi operado de gastro-enterostomia por úlcera do duodeno.

Em Outubro de 1950 fez um traumatismo sobre o hemitórax esquerdo; passados dias começou a sentir dores naquela hemitórax, tosse e alguma expectoração.

Perdeu o apetite e emagrecia progressivamente. Suspeitou-se de bacilose pulmonar; a análise da expectoração foi negativa para o B. de Kock. Havia simplesmente à auscultação diminuição do murmúrio vesicular à esquerda. Não havia temperatura febril.

Foi radiografado, mostrando o filme (filme 15) uma volumosa massa de condensação na região hilar esquerda, de forma oval, de limites bem definidos, com alguns traços de condensação de aspecto fibroso dirigidos para a região infra-clavicular.

Há leve opacificação difusa de metade superior do campo pulmonar e fraca transparência da metade inferior.

Aspecto um tanto idêntico observa-se no filme 16, à direita, onde há igualmente uma volumosa massa de condensação da região hilar, mais ou menos bem definida, mas com uma certa reacção linfagítica peri-hilar, particularmente para a base.

Não há opacificação difusa do campo pulmonar.

Este doente tem uma infiltração bacilar secundária do tipo hilar, à semelhança do que já vimos no filme 13.

Mas o filme 15, que à primeira vista parece ter um aspecto semelhante, difere um pouco; a massa de condensação tem uma forma diferente, é de limites mais preciosos e não tem reacção peri-focal.

Ao mesmo tempo há uma opacificação atelectásica da porção superior do pulmão.

Estas características tornam-se suspeitas e num doente de perto de 50 anos somos levados a fazer o diagnóstico do carcinoma brônquico, ou carcinoma hilar, que começa a comprimir a ramificação superior do brônquio principal, do brônquio lobar superior, e a determinar a consequente atelectasia do referido lobo.

Para terminar a série de doentes pulmonares, vamos apresentar o exemplar duma doente de 40 anos, casada, que foi sempre saudável até há dois meses a esta parte em que começou a sentir uma acentuada astenia e emagrecimento; não tinha tosse nem expectoração; não havia temperatura febril.

Observada por um distinto Professor da nossa Faculdade, mandou-lhe fazer uma radiografia pulmonar que revelou a existência de lesões pulmonares bilaterais, com aspecto granúlico, tendo sido formulada a hipótese de bacilose pulmonar.

Passado um mês foi a doente enviada aos nossos serviços particulares para ser novamente radiografada.

O filme 17 mostra-nos um aspecto análogo ao que anteriormente lhe tinha sido feito noutro Laboratório.

Existem, com efeito, lesões pulmonares bilaterais ocupando os dois terços inferiores, deixando quase livres as regiões infra-claviculares e os verticais, constituídas por numerosas e pequeninas manchas de sombras micro-nodulares, com aspecto granúlico, com grão de tipo médio, tornando-se alguns mais volumosos para a base.

As sombras hilares são de pequeno volume, principalmente a esquerda e de fraca densidade.

Parecia, na verdade, tratar-se duma disseminação bacilar do tipo da granúlia fria.

Mas confrontando o filme com um outro dum doente com o diagnóstico bem preciso de granúlia fria — filme 18 — verifica-se que neste caso existem também lesões granúlicas de grão médio, mas invadem todo o campo pulmonar incluindo os vértices, não predominando nas bases e as sombras hilares estão bastante aumentadas de volume, como sempre sucede. Começamos então a pôr de reserva a primeira hipótese de bacilose pulmonar e a pôr outras em equação, como por exemplo a *carcinose miliar*, o *pulmão de Boeck*, a *actinomicosis pulmonar primária* e a *actinomicosis pulmonar miliar hematogena*, como sendo as que melhor se podiam assemelhar ao aspecto radiológico da doente em questão.

Na *carcinose miliar* as sombras hilares são também peque-

nas, mas os nódulos são de grão muito fino, embora aumentando de volume para a base e invadem *todo o campo pulmonar*.

No *pulmão de Boeck* os nódulos são de grão médio, por vezes de grão fino localizando-se de preferência nos dois terços superiores dos dois campos pulmonares, embora por vezes apareçam nos dois terços inferiores; mas há *grandes sombras hilares*.

Na *actinomicosis pulmonar primária* a localização dos nódulos, que são mais volumosos, é peri-hilar e dos segmentos basais.

Na *actinomicosis pulmonar miliar hematogena* há uma opacificação dos campos pulmonares e os nódulos são de grão médio, agrupando-se em volumosas manchas que poupam os vértices.

É uma disseminação hematogena dum foco infeccioso actinomicótico a distância (costal, maxilar, etc.).

Nenhuma destas hipóteses se ajusta ao quadro clínico e radiológico da doente que apresentei; radiologicamente não era possível fazer um diagnóstico de certeza.

E, neste caso relativamente raro, foi a clínica que veio em auxílio da radiologia, fornecendo-lhe os elementos necessários para o diagnóstico. A doente apresentava no lado direito do pescoço, um pouco para fora da glândula tiróide e separado dela, um nódulo relativamente volumoso e duro; uma biópsia feita a esse nódulo mostrou ser constituído por tecido tiroideo.

Outro nódulo que a doente tinha do lado esquerdo, imediatamente acima da clavícula, era igualmente constituído por tecido tiroideo.

Tratava-se pois, dum caso de adenoma metastático tiroideo, com localização pulmonar que simulava uma granuloma.

\*

Seguidamente vou apresentar-vos dois doentes da vesícula biliar, um dos quais foi descoberto no decurso duma pielografia ascendente à esquerda. O primeiro doente — *filme 19* — era clinicamente um caso duma velha doente do fígado, que de há longos anos sofria de cólicas hepáticas.

Feita a radiografia — sem preparação — viu-se na região infra-hepática uma sombra muito densa de forma ovóide, com o seu eixo maior obliquamente dirigido e paralelo ao bordo inferior do fígado, ao qual parecia estar aderente.

Esta sombra era de contornos perfeitamente nítidos e regulares e não tinha densidade uniforme, vendo-se nela algumas manchas claras, mais ou menos arredondadas.

Apesar de não ter sido feita nenhuma preparação prévia, a sombra que o filme apresentava era constituída pela vesícula biliar completamente esclerosada e com pequeninos cálculos de colessterina.

São raros os casos de vesícula biliar tão aparente, projectando uma sombra tão densa, sem qualquer preparação, pois só em casos de acentuada esclerose ou da existência de uma bília anormalmente densa, tal facto sucede.

Ao segundo doente foi feita uma pielografia ascendente à esquerda, para efeito de calculose renal.

Observado o filme — *filme 20* — verificou-se que havia, com efeito, calculose à esquerda, estando só aparentes os cálices médios e inferiores. Mas o mais curioso via-se à direita; na região infra-hepática e pouco mais ou menos ao nível da região renal, havia um volumoso grupo, muito alongado, de numerosas sombras densas poliédricas, de dimensões variáveis, de contornos nitidamente perfeitos.

Ocupavam uma grande extensão com uma orientação oblíqua, dirigida para baixo e para fora.

Não pareciam sombras de cálculos renais; tão pouco de calcificações dos tecidos moles.

Fez-se uma radiografia na posição de pé; as sombras passaram a juntar-se todas num bloco de forma ovóide, curto, sobrepondo-se umas às outras. Eram numerosos cálculos vesiculares que na posição de pé desceram para o polo inferior da vesícula biliar, onde se agruparam; pela sua localização, a vesícula devia estar consideravelmente dilatada e alongada.

\*

Vejamos agora um doente renal. Foi-nos enviado para uma pielografia descendente por um distinto urologista com a indicação de que sofria de perturbações urinárias desde 1949, que a urina do rim esquerdo tinha pús e bacilos de Kock e que a urina do rim direito era normal.

O *filme 22*, um dos filmes da série, mostra que, precisamente à direita onde as urinas eram normais, existiam volumosas manchas anormais ao nível dos cálices superiores, uma delas com aspecto cavitário e que pareciam corresponder a enormes deformações dos referidos cálices.

O bassinete e os cálices médios e inferiores eram sensivelmente normais. À esquerda viam-se também deformações dos cálices, características de bacilose renal.

Em face destas pielografias, o clínico especialista, resolveu indicar à doente um tratamento médico, visto que não podia intervir cirurgicamente devido à bilateralidade das lesões.

Aconselhou a doente a voltar ao seu serviço dentro de poucos meses, para nova observação, mas a doente só voltou passado mais de um ano. O seu estado geral mantinha-se bom.

Foi-nos enviada para nova nefro-pielografia descendente. Tomámos porém a precaução de fazer-mos uma radiografia prévia das regiões renais; essa radiografia — *filme 23* — mostra-nos à direita, ao nível da região renal, duas volumosas manchas bastante densas, a mais superior com o mesmo aspecto cavitário que se via nas pielografias feitas no ano anterior, a outra mais inferior com um aspecto diferente, ovóide, muito mais densa, com pequeninas sombras satélites.

Num filme em posição de perfil direito — *filme 24* — verificou-se que as referidas sombras estavam em planos diferentes no sentido antero-posterior e muito à frente dos rins e portanto independentes deles.

Em seguida a pielografia mostrou também, desta vez, que as manchas de sombras eram, com efeito, independentes do rim direito — *filmes 25 e 25-A*, este último em posição ligeiramente oblíqua.

No dia seguinte nova radiografia feita em decúbito ventral — *filme 25B* — mostrava as manchas anormais de menores dimensões, com maior nitidez de contornos e situadas abaixo do bordo inferior do fígado.

Qual seria portanto a localização destas sombras e a que correspondiam? A doente há 20 anos teve uma tifo-bacilose seguida de lesões pleurais e pulmonares, que se prolongaram por muito tempo.

É de prever portanto, que as manchas das sombras em questão e que nos levaram na primeira observação, pela forma e localização que apresentavam nos filmes, a um diagnóstico que não era a tradução da verdade, sejam a consequência de massas ganglionares do mesentério, que já sofreram uma pronunciada calcificação e que, no intervalo de mais de um ano existente entre as duas pielografias, uma delas teve uma apreciável modificação.

A doente tinha, na verdade, o rim direito em condições normais, como se verificou pela segunda pielografia, e pôde, portanto, ser operada.

\*

Muito rapidamente, porque a exposição já vai longa, vou mostrar-vos uns filmes dum doente extremamente raro, de visibilidade espontânea das vias biliares por refluxo do caldo baritado no decurso duma observação gastro-duodenal, por insuficiência do esfíncter de Oddi e que foi objecto duma comunicação que apresentámos ao I Congresso Luso-Espanhol de Radiologia que se realizou em Lisboa, em Novembro de 1951.

Salvo um ou dois descritos, todos os casos de visibilidade espontânea das vias biliares são condicionados por fístula, qualquer que seja a sua localização e a causa que lhe deu origem; não vem para aqui enumerar todas essas causas e localizações.

A insuficiência do esfíncter de Oddi, como causa exclusiva da visibilidade espontânea das vias biliares, que era o caso do nosso doente, precisamente por ser muito raro e faltar por isso material para estudo, não tem etiologia conhecida.

No nosso caso admitimos a hipótese de se tratar duma intoxicação a distância, porque o doente foi um gazeado na Guerra de 1914-1918; a ipirite teria actuado directamente sobre os nervos do plexus hepático ou sobre os centros nervosos da sua origem e, tardiamente, como por outros autores tem sido observado em intoxicações semelhantes, teria determinado o relaxamento do esfíncter de Oddi e a atonia da árvore biliar infra e intra-hepática — *filmes 26, 27 e 28* — onde se vêem os canais biliares inferiores ectasiados e pneumatizados.

Não é fácil explicar a presença dos gases nestes canais biliares dilatados, não havendo nenhum tracto fistuloso.

Numa comunicação feita à Société Française d'Electro-

—radiologie Médicale, na sessão de 9 de Dezembro de 1950, *Le Genissel et Durand* admitem a hipótese de que a pneumatização seja devida a uma anómala inserção alta do colédoco no duodeno, logo a seguir ao «*genu superius*», como tiveram ocasião de verificar num doente da sua observação, operado de úlcera duodenal, sem qualquer fistula.

A raridade do caso levou-nos a observar o doente segunda vez com um intervalo de muitos dias e a provocar, em condições idênticas, a mesma imagem radiológica, com as vias biliares opacificadas pela papa baritada. O doente, que tinha uma úlcera calosa de pequena curvatura do estômago e um outro processo ulcerativo recente da região pré-pilórica, foi operado, tendo falecido uma semana depois com um ataque de urémia; não nos foi possível um estudo prolongado que permitisse tentar conhecer a verdadeira causa etiológica da insuficiência do esfíncter de Oddi.

Na intervenção cirúrgica verificou-se que não havia o mais insignificante tracto fistuloso do duodeno ou das vias biliares, com qualquer dos órgãos vizinhos.

Para terminar quero apresentar-vos uns exemplares de doentes do estômago.

O *filme 29* tem um aspecto muito estranho; é dum doente portador duma úlcera do bolbo duodenal, que foi operado de gastro-enterostomia e que uns meses depois foi por nós observado.

A imagem radiológica que se nos deparou, deu lugar a princípio a uma certa confusão; parecia um estômago com quatro locas.

É porém um estômago tri-loculado por aderências criadas ao nível da região da anastomose com o ângulo duodeno-jejunal, determinando no duodeno a montante do referido ângulo, particularmente na terceira porção, uma enorme dilatação que, situada imediatamente abaixo do polo inferior do estômago que constitue a loca inferior, simula à primeira vista uma quarta loca. A evacuação gástrica fazia-se, como se vê, não só pela boca anastomótica da gastro-enterostomia, mas também pelo piloro.

O *filme 30*, é de um enorme divertículo do estômago na região do cardia; o maior divertículo que se encontrava registado até 1944.

Doente por nós observado, pertencia ao serviço hospitalar do Ex.<sup>mo</sup> Prof. Rocha Brito e que publicou o interessante caso com a nossa modesta colaboração.

E finalmente dois doentes com aparentes cancros do estômago.

O primeiro — *filme 31* — é um doente que um ano antes começou a ter dores surdas na região epigástrica e alguns meses depois sensação de plenitude, vômitos a princípio raros, por fim mais frequentes.

Não tinha pirosis; estava emagrecido, ligeiramente pálido, com um estado geral regular. Ultimamente as dores eram mais intensas.

A imagem radiológica é extremamente suspeita; fizemos o diagnóstico provável de cancro circular do antro pilórico, aconselhando nova observação após tratamento médico.

Apesar de não ter passado luético, o médico assistente fez-lhe um tratamento anti-sifilítico.

Um mês depois, novamente observado, a imagem radiológica do estômago era inteiramente diferente — *filme 32* — tendo desaparecido completamente o aspecto lacunar que existia, apresentando o estômago um aspecto semelhante ao de estenose pilórica consecutiva a um processo ulcerativo.

O segundo doente era uma senhora de perto de 50 anos que há uns meses vinha sofrendo do estômago e que quando chegou ao Laboratório para ser observada apresentava um profundo estado de anemia, completa ausência de forças, sendo acompanhada por pessoas de família que a amparavam, com vômitos frequentes e dores epigástricas violentas.

A observação foi feita em Novembro de 1941; os filmes obtidos não davam lugar a dúvidas e o diagnóstico feito foi de cancro vegetante do antro pilórico — *filme 33*.

Clinicamente o caso confirmava-se; o seu médico assistente, aliás muito distinto, depois duma conferência que pediu e na qual o acordo foi completo, instituiu o clássico tratamento sintomático, com o prognóstico mais que reservado.

No entanto, o estado geral da doente longe de se ir agravando gradualmente, manteve-se a princípio estacionário e por fim foi melhorando progressivamente.

Como vivia fora de Coimbra, ficou na cidade em casa de pessoa de família e o médico assistente ia verificando uma verdadeira ressurreição. As forças voltaram, a palidez diminuiu consideravelmente, as dores desapareceram e não voltou a ter vômitos.

Cinco meses depois, em Abril de 1942, foi novamente radiografada; a nossa surpresa foi enorme: o estômago tinha o aspecto perfeitamente normal — *filme 34*.

A doente, completamente restabelecida, parecia outra pessoa e no entanto não tinha tido outro tratamento que não fosse o sintomático e dietético, associado a completo repouso.

Não tinha, portanto, um cancro vegetante como nitidamente simulavam as primeiras radiografias.

Tratava-se pura e simplesmente duma gastrite tóxica em consequência duma lenta e progressiva intoxicação de que a doente não suspeitava, que quase chegou a ser fatal e que unicamente o tratamento dietético conseguiu debelar.

Depois da apresentação dos casos radiológicos que acabam de observar, que me parecem ser absolutamente elucidativos e cujas considerações me fizeram ocupar mais tempo do que era meu desejo, vou terminar esta elementar palestra precisamente como comecei:

«A radiologia é um poderoso elemento auxiliar da clínica, que, manejado imperfeita ou incorrectamente, algumas vezes em consequência da própria natureza das irradiações que utiliza, pode tornar-se num perturbador elemento de desorientação diagnóstica».

(Lição efectuada no XIV Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra).

CADEIRA DE DERMATOLOGIA E MICOLOGIA  
TROPICAIS DO I. M. T.

(Prof. A. Salazar Leite)

CONSULTA DE DERMATOLOGIA DO HOSPITAL  
DE CURRY CABRAL

(Prof. Juvenal Esteves)

## Tinhas tonsurantes de etiologia mista (Nota acerca de 4 casos)

MARIA MANUELA ANTUNES

No decurso do estudo dos agentes etiológicos das tinhas do couro cabeludo, realizado no Laboratório de Micologia do Instituto de Medicina Tropical, a partir de cabelos colhidos de 680 doentes da Consulta de Dermatologia do Hospital de Curry Cabral, tivemos oportunidade de registar 4 casos de infecção mista:

Observação n.º 9.889—M. J. S., sexo masculino, de 3 anos, residente em Setúbal, portador de tinha tonsurante. O exame directo revelou parasitismo endotrix e o exame cultural mostrou

o desenvolvimento simultâneo de colónias de «*Trichophyton violaceum*» e «*Trichophyton acuminatum*». (Fig. 1).

Observação n.º 10.362—N. M. S., sexo feminino, de 12 anos, residente em Sesimbra. O exame microscópico dos cotos de cabelos colhidos deste caso de tinha tonsurante mostrou parasitismo endotrix nalguns cotos e noutros parasitismo ecto-endotrix por esporos mais pequenos. As culturas revelaram colónias de «*Trichophyton violaceum*» e «*Microsporum felineum*», as segundas de crescimento mais rápido do que as primeiras e tapando-as por vezes.

Observação n.º 10.363 — C. M. S., sexo feminino, de 7 anos, residente em esimbra e irmã da doente a que se refere o caso anterior. O aspecto clínico e os exames microscópico e cultural eram idênticos aos do caso acima.

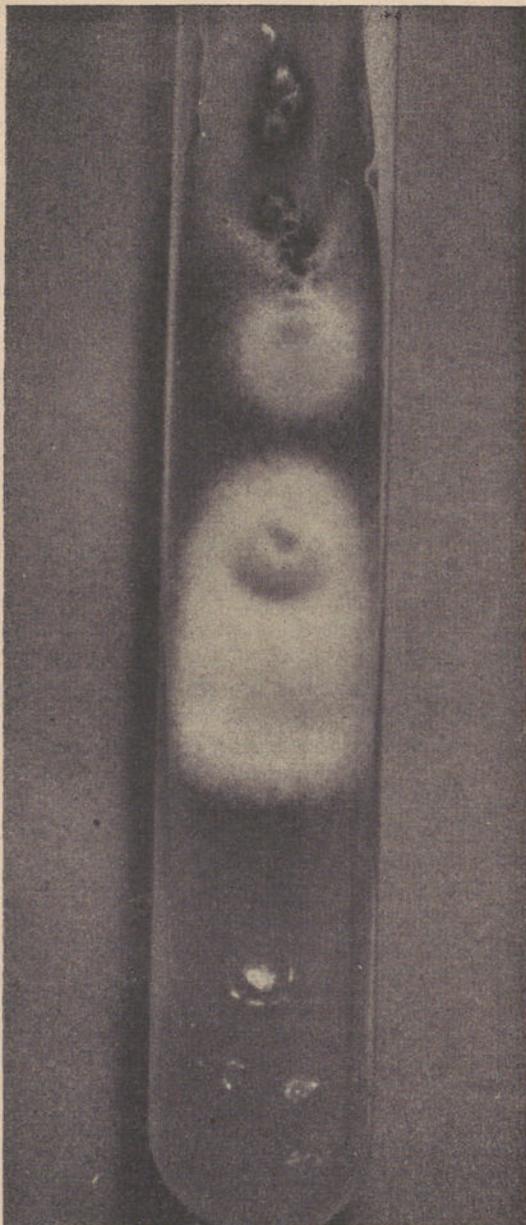


Fig. 1

Observação n.º 10.676 — C. S. B., sexo feminino, de 7 anos, residente em Rio Maior (Cadaval). Sofria de tinha tonsurante e o exame directo dos cotos de cabelos revelou, a par de parasitismo endotrix puro, parasitismo ecto-endotrix por pequenos esporos. As culturas mostraram o desenvolvimento de colónias de «*Trichophyton violaceum*» e «*Microsporum felineum*».

Chamamos a atenção para os seguintes factos:

Em todos os casos por nós observados, a doença foi provocada pelo «*Trichophyton violaceum*» em associação com outros agentes de tinha. Este facto já foi assinalado na maioria dos casos portugueses análogos, anteriormente publicados (3, 4, 6, 8), nos quais se verificou a associação daquele fungo com o «*Trichophyton granulosum*» (8), «*Trichophyton crateriforme*» (3, 6), «*Trichophyton schonleini*» e «*Microsporum felineum*» (6) e nos casos agora por nós estudados com o «*Trichophyton acuminatum*» e «*Microsporum felineum*».

A raridade de casos de etiologia mista nos quais se combinam fungos que surgem em elevadas percentagens nas estatís-

ticas nacionais (1, 2, 3, 4, 5, 7) faz pensar que para o seu aparecimento sejam necessários outros factores além da alta frequência daqueles fungos, alto grau de endemia e promiscuidade (4, 8). Se aqueles factores fossem os essenciais, era de prever o aparecimento de mais casos de infecção mista nos meios onde aquelas condições se encontram amplamente realizadas e donde os casos de tinha que estudámos eram oriundos na sua maioria.

Chamamos a atenção para a reduzida percentagem de infecções mistas (0,58%) que foram encontradas no nosso material que comportava número relativamente elevado de tinhas, 680 casos.

É digno de nota o facto de termos encontrado etiologia mista em tinhas de que eram portadoras duas irmãs. Os fungos isolados foram o «*Trichophyton violaceum*» e o «*Microsporum felineum*». Este facto pode ser explicado de dois modos: a) estas crianças, vivendo ambas num meio com grande endemia, eram portadoras de tinha produzida pelo «*T. violaceum*» e entraram ambas em contacto com o «*M. felineum*» e infectaram-se secundariamente, o que revela falta de estado de premunição; seria este o mecanismo habitual de aparecimento destes casos; b) existiam em ambas as crianças condições imunobiológicas especiais que permitiram a infecção mista.

#### RESUMO:

O A., no decurso do estudo etiológico de 680 casos de tinha, encontrou 4 casos de etiologia mista. Em todos se isolou o «*Trichophyton violaceum*» em associação com o «*Trichophyton acuminatum*» num caso e com o «*Microsporum felineum*» nos restantes.

Chama a atenção para a baixa percentagem de infecções mistas (0,58%) em número elevado de tinhas que estudou.

Discute os factores que poderiam determinar o aparecimento de tinhas de etiologia mista: alta incidência dos agentes etiológicos, alto grau de endemia e promiscuidade ou outros.

Assinala o facto de duas irmãs serem portadoras do mesmo tipo de infecção.

1 — Leite, A. S., Ré, L., Antunes, M. M. — Champignons des teignes au sud du Portugal. (Algarve). Atti del III Cong. Inter. d'Igien. e Med. Mediterranea, 1951.

2 — Mello, F., Carneiro, A. L., Martins, N. — Une enquête sommaire sur la fréquence des teignes du Nord du Portugal — Presse Méd., 1546; 1922.

3 — Nogueira, J. F. P. — Contribuição para o estudo etiológico das tinhas de Lisboa. An. Ins. Med. Trop., II; 197; 1945.

4 — Oliveira, H. — Dermatófilos do Centro de Portugal. Trab. Soc. Port. Derm. e Vener., X; 147; 1952.

5 — Oliveira, H. — Contribuição para o estudo dos dermatófilos portugueses. II — A microsporia no centro de Portugal. Arquivos do Inst. de Pat. Geral., VI; 1952.

6 — Oliveira, H. — Contribuição para o estudo dos dermatófilos portugueses. III — 10 casos de *tinea capitis* de etiologia mista observados no centro de Portugal. Arquivos do Inst. de Pat. Geral., VI; 1952.

7 — Sampaio, N. — As tinhas de Lisboa. Lisboa Médica, X; 287; 1933.

8 — Tanissa, A. — Tinha tonsurante por infecção dupla («*T. granulosum*» e «*T. violaceum*»). Gazeta Méd. Port., 2; 385; 1950.

Em todas

## AS AFECÇÕES ESPÁSTICAS

dos órgãos abdominais  
e genitais e nos espasmos  
das partes moles musculares  
durante o parto.

# BUSCOPAN

**ESPASMOLÍTICO COM ACÇÃO ELECTIVA**

*ganglioplégico vagotropo*

Medicação eficaz  
de grande margem terapêutica,  
isenta de acções secundárias.



Apresentação: Ampolas, grajeias e supositórios a 0,01 g

**C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN**

Representantes para Portugal e Ultramar:

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

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Doutor:

Baseado no doseamento do ácido ascórbico na suprarrenal do rato, o «test» de SAYERS confirmou que:  
—o **SALICITATO DE DIETILAMINA** aplicado localmente, produz uma acção do tipo

## "CORTISONE-LIKE"

(semelhante à cortisona)

Sociedade Francesa de Biologia,  
sessão de 10 de Julho de 1953.

# algiDerma

é um creme dermófilo, penetrante, hidro-solúvel, com aroma agradável, de

**SALICILATO DE DIETILAMINA**

a 10 %.

ANTI-REUMATISMAL / ANTI-FLOGÍSTICO  
ANALGÉSICO

Unicamente preparado, em Portugal, pelo

LABORATÓRIO

*DAVi*

L I S B O A

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### Fisiopatologia do fígado e exploração funcional hepática

HENRI BÉNARD

(Prof. da Faculdade de Medicina de Paris, Membro da Academia de Medicina)

À medida que os nossos conhecimentos fisiológicos se desenvolvem, vê-se aparecer uma série de aplicações práticas para a exploração funcional dos órgãos.

O estudo do fígado não tem escapado a esta lei geral e numerosos processos têm sido propostos para apreciar a actividade hepática. São as bases fisiológicas destes processos que vão servir de assunto para esta primeira conversa.

\*

A mais antiga, e durante muito tempo a mais conhecida das funções hepáticas tem sido a sua função externa, isto é, a sua função biliar. Ela consiste na secreção dum líquido que encerra como elementos essenciais pigmentos, sais e colesterol.

O pigmento biliar procede da hemoglobina e sabe-se actualmente, depois dos trabalhos de Barcan e de Lemberg, que o primeiro estado na transformação da hemoglobina é a abertura do ciclo tetrapirrólico com a formação duma pseudo-hemoglobina ou coeglobina.

Secundariamente, o ferro desaparece mas durante muito tempo o grupo protídico fica ligado ao grupo prostético assim modificado. É agora a bilirubínoglobina que sofrerá em seguida uma série de transformações das mais complexas que estão, actualmente, com a preciosa colaboração do meu amigo, o professor Polonovski, em estudo.

Os sais biliares estão representados pelo glicocolato e taurocolato de sódio. Pensa-se aproximadamente na sua abundância pelas modificações que dão à tensão superficial, levando em conta, a proporção de electrólito que existe ao seu lado.

Podem-se pôr em evidência, depois da extracção, por uma reacção que não é rigorosamente específica mas mantém um grande valor: a reacção de Pettenkofer.

A acumulação de pigmento biliar no plasma sanguíneo é a causa determinante de icterícia. Esta pode resultar quer duma hemólise exagerada, quer duma retenção, sendo esta última resultante dum obstáculo ao nível das vias de excreção ou duma afecção do próprio fígado, ou melhor dizendo duma hepatite. A icterícia hemolítica é uma icterícia exclusivamente pigmentar e o pigmento não dá, em princípio, por diazotização, senão uma reacção d'Hijmans van den Bergh indirecta.

A icterícia por retenção acompanha-se pelo contrário de colémica e colúria e o pigmento apresenta no sangue uma reacção d'Hijmans van den Bergh em grande parte directa.

Na realidade, a proporção de bilirubina de reacção indirecta é muitas vezes grande nas icterícias por retenção; o significado das reacções directa e indirecta não é tão simples como se acreditava outrora, e deve ser submetida a revisão.

A icterícia, no decurso das doenças próprias do fígado, especialmente das cirroses é um sinal de insuficiência hepática? Para os partidários da origem extra-hepática da bilirubina, a icterícia é um sinal de insuficiência do fígado como a azotemia é um sinal de insuficiência renal; mas a maior parte dos autores admite que a célula hepática toma parte na elaboração do próprio pigmento biliar e que a sua integridade funcional é necessária à produção duma icterícia um pouco intensa.

Com efeito, no decurso de icterícia grave, a icterícia diminui à medida que progride o ataque do fígado.

Os pigmentos biliares, sofrem, depois de terem sido

eliminados pelo fígado, uma série de transformações que os levam ao estado de urobilinogéneo e de urobilina.

Um grau de redução mais desenvolvido conduz à esterco-bilina.

Aqui estabelece-se um novo problema: o da significação da urobilinúria.

Se se admite um ciclo enterohepático do pigmento biliar, isto é, a recuperação pelo sistema porta dos produtos de transformação da bilirubina, compreende-se que uma insuficiência hepática, interrompendo este ciclo é causa do reflexo na circulação geral e daí a passagem para as urinas, duma proporção importante de urobilina. Para muitos autores, a urobilinúria aparece assim como um sinal de insuficiência hepática. Mas esta interpretação não deveria ser aceite sem reserva.

Parece que, com efeito, ao nível de todos os tecidos, talvez mesmo no sangue circulante, uma parte da bilirubina transforme-se por redução em urobilina, e como a urobilina tem um poder de difusão através do parênquima renal muito superior ao do pigmento biliar, pensa-se que a urobilinúria possa ser o simples testemunho duma icterícia sem nos levar necessariamente à prova de insuficiência hepática.

\*

Deve-se ao génio de Claude Bernard a descoberta da função glicogénica do fígado, a primeira das «funções internas» deste órgão que se conheceram.

O glicogénio é uma substância muito vizinha do amido, donde o seu nome «amido animal». Representa ao nível do fígado uma reserva de materiais hidrocarbonados facilmente transformáveis em glucose, e destinada a fazer face às necessidades mais urgentes do organismo. Inversamente, um excesso de glucose será retido no fígado sob a forma de glicogénio. O glicogénio hepático tem um papel totalmente diferente do glicogénio muscular. Este representa um material energético utilizado pela contracção muscular. O glicogénio hepático, pelo contrário, não é consumido ao nível do fígado, mas simplesmente posto em reserva neste órgão para a regulação da glicemia.

A transformação do glicogénio em glucose foi considerada durante muito tempo como fenómeno de hidrólise amilásica.

Os trabalhos de Barreuscheen, Pany e Berger, de Parnas, e de Cori têm substituído recentemente esta concepção antiga por uma fosforólise, isto é, um ataque pelo ácido fosfórico das ligações dos anéis que constituem a grande molécula de glicogénio.

A consequência desta fosforólise é a formação dum ester novamente descoberto por Cori, ester glucose-1-fosfórico.

Este é catalizado por um enzima especial, a fosforilase. O ester-1 é em seguida transformado, por uma mutase, em ester-6 e finalmente este sofre a acção duma fosfatase que põe em liberdade o ácido fosfórico e a glucose.

Esta transformação é fácil de estudar nas preparações «in vitro» porque os sistemas enzimáticos que a comandam são bastante resistentes. Conhece-se o papel activador da adrenalina por intermédio da qual se operam certas excitações nervosas como a clássica picada do pavimento do IV ventrículo.

Como também tem demonstrado Fiessinger, Herbain,

Tissier e Bareillier sabemos da importância do nível de oxigenação do parênquima hepático e da passagem muito rápida do glicogénio a glucose sob influência da asfixia.

Mas sob o ponto de vista prático, dos métodos de exploração funcional, é sobretudo a reacção inversa, isto é, a transformação da glucose em glicogénio que tem sido posta.

É cómodo supor que esta reacção se opera pelas mesmas etapas — mas em sentido inverso — das que marcam a degradação do glicogénio em glucose.

Em primeiro lugar a glucose sofre a fosforilação à custa da energia que lhe é fornecida por um composto de potencial energético muito elevado, o ácido adenósico trifosfórico. Este é ajudado por um fermento a hexoquinase, que opera ao nível da molécula da glucose as modificações estruturais indispensáveis à fosforilação.

É necessário que a mutase isomerise a glucose-6 em glucose-1 e que a fosforilase proceda à desfosforilação e à polimerização em glicogénio.

Além disso, estes fenómenos devem compreender todos os outros factores inerentes à própria exploração funcional, tais como a rapidez de absorção intestinal da glucose administrada, e o consumo periférico desta glucose.

A reabsorção intestinal pode, em rigor, ser eliminada, mas o consumo periférico de glucose é extremamente difícil de avaliar; certas investigações recentes praticadas com a ajuda dos isótopos, parecem indicar que uma grande parte da glucose introduzida no organismo pode ser utilizada sem passar necessariamente pelo estado de glicogénio. Isto também se refere aos açúcares especiais como a galactose, que segundo a maior parte dos fisiologistas, não pode ser metabolizada senão depois, duma polimerização prévia ao estado de glicogénio.

É o princípio dos métodos de Bauer e de Fiessinger.

Além da sua função glicogénica, o fígado exerce um papel de primacial importância sobre os protídeos, papel de degradação e de síntese.

A degradação dos protídeos, já preparada no tubo digestivo, completa-se ao nível do fígado para terminar na fragmentação em ácidos animados.

Estes sofrem um processo de desanimação oxidativa que põe em liberdade o amoníaco com a formação do ácido cetónico correspondente.

O amoníaco assim libertado é transformado imediatamente em ureia. Esta transformação opera-se mediante um mecanismo especial: o amoníaco é captado de acordo com o ácido carbónico, pelo ácido aminado, a ornitina que passa ao estado de citrulina. A citrulina por sua vez é capaz de captar o amoníaco e transformar-se agora em arginina: e esta pelo seu núcleo guanídico dá origem à ureia, para regressar ao estado de ornitina. Tal é o ciclo descoberto por Krebs e Henseleit e que parece corresponder ao mecanismo fundamental da formação da ureia.

A degradação das proteínas, a desanimação, a formação de ureia, inspiraram uma série de métodos de exploração funcional hepática.

Se estes processos se efectuam duma maneira defeituosa, compreende-se que a eliminação de ureia seja inferior à que deveria ser e que em compensação os produtos intermediários não completamente degradados acumulam-se no sangue e passam para as urinas em abundância.

Assim se explica o valor que se tem atribuído ao coeficiente azotúrico, ao coeficiente de imperfeição ureiogénica, à amino-acidúria, à azotemia residual, ao índice de clivagem.

Alguns destes dados, como a elevação do coeficiente de imperfeição ureiogénica ou a taxa elevada de amino-acidúria são de interpretação difícil, porque encontram-se nos estados de acidose.

Entre as substâncias proteicas, os nucleoproteídeos sofrem igualmente fenómenos de degradação que terminam pela formação do ácido úrico à custa das bases púricas que entram na constituição dos ácidos nucleicos.

O fígado não exerce em relação aos proteicos, um papel de degradação. É capaz de provocar reacções de síntese. A maior parte dos ácidos aminados que servem para a elaboração dos proteicos são fornecidos pela alimentação, mas o fígado é capaz de fabricar ácidos aminados graças ao ácido pirúvico, quer este seja proveniente da degradação da glucose ou do catabolismo dos lipídeos ou dos próprios proteicos.

O ácido pirúvico constitui com efeito a verdadeira «pedra de toque» dos metabolismos, porque representa o traço de união na transformação dos diferentes constituintes orgânicos uns nos outros.

O fígado pode então fabricar ácidos aminados com o ácido pirúvico e outros ácidos cetónicos; utiliza para esta síntese o amoníaco disponível.

Mas o fígado é ainda capaz de agrupar os ácidos aminados em polipeptídeos e estes em compostos mais complexos até às moléculas mais volumosas. Sabemos que é ao nível do fígado que se forma o fibrinogénio, a sero-albumina e provavelmente também a maior parte das globulinas. Uma perturbação nesta actividade sintética do fígado pode repercutir-se sobre a composição protídica do meio sanguíneo do plasma, modificar a relação serina-globulina ou as proporções das diferentes variedades de globulinas, variedades  $\alpha$ ,  $\beta$  e  $\gamma$ .

Está aí o ponto de partida de vários métodos de floculação. A electroforese dá um cálculo muito mais preciso destes desvios, mas já algumas reacções simples de floculação podem fornecer num grande número de casos esclarecimentos preciosos.

O fígado que degrada os núcleo-proteídeos pode igualmente realizar a síntese. Pode mesmo formar bases púricas à custa da glicocola e do ácido acético. Em investigações recentes feitas com determinadas substâncias, Rittenberg e Shemin puderam precisar a proveniência dos diferentes carbonos e dos diferentes azotos das bases púricas na constituição do ácido acético e da glicocola. Estes trabalhos notáveis dão-nos uma ideia dos progressos realizados nos nossos conhecimentos dos processos de síntese.

O papel do fígado sobre os lipídeos não é menos importante. Aqui, o fígado é ainda capaz duma acção de síntese e duma acção de degradação. A síntese consiste na formação de ácidos gordos, especialmente a partir do ácido pirúvico. Por aldolizações sucessivas, pode à vontade alongar a cadeia destes ácidos gordos.

O fígado pode igualmente sintetizar o colesterol à custa do ácido acético e da água.

O fígado não intervém somente na síntese dos lipídeos, mas tem também um papel considerável no seu transporte. Em belos trabalhos feitos em França por Eliane Lebreton e Pantaléon, estes mostraram a parte que cabe nestes fenómenos de transporte aos fosfolipídeos e ao colesterol, sob o controle duma lecitase e duma colesterase. No meio intestinal a lecitase destaca os radicais de ácidos gordos dos fosfo-amino-lipídeos e a colesterase fixa estes radicais sobre o colesterol, que se encontra assim ésterificado. Estes compostos depois das modificações que sofrem na mucosa intestinal chegam ao fígado.

Este opera as reacções inversas: hidrolisa os ésteres do colesterol e reconstrói os fosfolipídeos e o colesterol livre que torna a passar para a circulação para novas trocas de ácidos gordos e seu carreamento para os depósitos.

Estes fenómenos incessantes de estereificação e de destereificação do colesterol, de fragmentação e de reconstituição dos fosfo-amino-lipídeos têm um papel fundamental no transporte das gorduras e realizam ao nível do fígado um verdadeiro «turnover». Sabe-se o que é necessário entender por este termo: a quantidade de lipídeos fica quaticamente invariável ao nível do fígado, mas ela está sujeita a uma perpétua renovação que explica o perfeito equilíbrio entre entradas e saídas pela alternância de reacções de hidrólise e de estereificação.

No decurso de alguns estados patológicos, especialmente na diabetes por desprancreatinização ou administração de regimens pobres em protídeos, o fígado pode tornar-se sede duma importante esteatose. Esta alteração pode ser evitada pela administração de certas substâncias antiesteatogénias ou lipotrópicas tais como a colina e a metionina. Estas substâncias actuam de certo modo, activando ao nível do fígado o «turnover» das lecitinas.

O fígado exerce igualmente sobre os ácidos gordos uma acção de degradação.

A formação de ácido  $\beta$ -oxibutírico e de ácido diacético representa para a maior parte dos autores a etapa final da acção do fígado sobre os ácidos gordos, terminando a combustão dos «corpos cetónicos» não no tecido hepático, mas ao nível dos músculos e dos rins. Para Joung, uma certa pro-

porção de corpos cetónicos pode ser queimada ao nível do próprio fígado.

A intervenção no metabolismo dos lípidos tem sido o ponto de partida dum pequeno número de métodos de exploração funcional hepática.

Assim, pensou-se tirar úteis esclarecimentos da taxa de colesterol e sobretudo da relação colesterol esterificado — colesterol total. O fígado é com efeito o órgão produtor de colesterolase podendo-se medir a actividade no sangue circulante, mas este enzima tem uma acção diametralmente oposta no sangue e no tecido hepático, esterificante no primeiro meio, hidrolisante no segundo; deste modo as modificações da relação colesterólica só podem ser interpretadas com a maior reserva.

Tem-se procurado igualmente no estudo da degradação dos ácidos gordos elementos de apreciação da actividade hepática. Alguns consideram a acidose como um sinal de insuficiência hepática. Pelo que sabe da acção directa do fígado sobre os ácidos gordos, esta opinião podia causar admiração, porque o fígado produz corpos cetónicos que pouco ou nada intervêm na combustão. Mas a elaboração quando não a destruição dos corpos cetónicos é muito influenciada pelo comportamento do metabolismo hidrocarbonado e a acidose pode tornar-se assim um sinal indirecto de insuficiência hepática, na sua função hidrocarbonada.

Além do seu papel nos grandes metabolismos fundamentais, o fígado possui ainda uma série de outras funções.

Regula o metabolismo da água sendo as suas perturbações um fiel reflexo de insuficiência hepática.

Intervém na formação de certas enzimas. O estudo da colesterase, da butirase e, como propôs recentemente o Professor Hazard, da novocainesterase fornece interessantes métodos de exploração sobre a aptidão do fígado para elaborar fermentos.

As hormonas sofrem importantes modificações no seio do próprio tecido hepático.

Os estrogénios especialmente são aí desactivados e isto constitue, como parecem indicar as recentes investigações efectuadas sobre a direcção de Caroli, a base de novos métodos de exploração hepática.

Enfim, o fígado exerce igualmente uma acção poderosa no metabolismo das vitaminas, em especial na transformação do caroteno em vitamina A, e a elaboração da protrombina sob a acção de vitamina K.

Se o fígado não possui no adulto o papel hematopoiético que tinha no embrião, no entanto conserva uma influência muito pronunciada sobre o equilíbrio hemático.

Como é o órgão mais rico em ferro, fornece este metal para a formação da hemoglobina e dos catalizadores porfirino-ferruginosos.

Recebe o princípio extrínseco e o princípio intrínseco de Castle cuja reunião dá origem ao factor anti-pernicioso.

Por outro lado, controla a coagulação sanguínea por acções de algum modo opostas e, por este facto reguladoras: no seu tecido elaboram-se o fibrinogénio e a protrombina, enquanto que se originam igualmente as substâncias anti-coagulantes.

O fígado produz ainda princípios que intervêm na permeabilidade dos capilares.

Por todas estas razões, um exame completo de sangue, o estudo da coagulação «in vitro», a determinação do tempo de Quick, a medida do tempo de sangria, a pesquisa do sinal do laço representam métodos de exploração clássicos num hepático.

Falta ainda um importante domínio da prodigiosa actividade do fígado: é o seu papel na defesa do organismo.

Este papel de defesa aparece com toda a evidência numa experiência-base que aparece nos belos trabalhos de Heger e de Roger: uma mesma substância tóxica é muito menos nociva se ela é injectada numa veia mesentérica, isto é, directamente para o fígado do que se é introduzida numa veia periférica, isto é, a jusante do órgão.

Este papel de defesa exerce-se não só relativamente a venenos exógenos ou endógenos, mas também a micróbios.

Ele põe em acção dois mecanismos principais.

Primeiramente apela para a sua função externa. A glândula hepática elimina, com a bilis uma série de substâncias tóxicas depois de lhes ter feito ou não sofrer transformações

mais ou menos profundas; ela rejeita igualmente micróbios como nas belas experiências de Lemierre e Albrami sobre a septicémia eberthiana do coelho. Ela liberta igualmente o organismo electivamente, de certas substâncias corantes tais como a rosa bengala ou a bromofenoltaleína artificialmente injectadas por via endovenosa: a persistência anormal destas substâncias no sangue circulante é considerada por muitos autores — excluindo a icterícia por retenção — como um bom sinal de insuficiência hepática.

O segundo mecanismo em que intervém o fígado com o seu papel de defesa é a neutralização dos produtos nocivos. Aqui também se dá a fagocitose e a lise dos micróbios e toda a série de processos de desintoxicação relativamente a substâncias químicas. Escapam-nos muitos destes processos, mas em trabalhos antigos já se estabelecia a importância dos fenómenos de conjugação.

Estes consistem na fixação do ácido sulfúrico ou do ácido glicurónico sobre a substância nociva. A medida do ácido glicurónico nas urinas, depois da administração de substâncias aromáticas, serviu a Roger e Chiray de test de exploração do funcionamento do fígado.

\*

Este rápido apanhado, não poderia trazer mais do que uma ideia muito incompleta acerca da extensão da fisiologia do fígado.

A glândula hepática tem âmbito funcional imenso e complexo, porque é ao seu nível que vêm convergir toda a série de metabolismos entre eles os mais essenciais aos processos vitais. Relativamente a esta tarefa considerável, o fígado possui uma margem de segurança muito elevada que se pode avaliar em 6 ou 7 vezes o trabalho normal. Durante quanto tempo pode o órgão contar com esta reserva de actividade, a partir de que momento se esgota para aparecerem sinais de fadiga?

É difícil responder a esta pergunta. Contudo, é provável que os sinais biológicos de insuficiência hepática sejam relativamente tardios sem que se possa dizer se eles precedem ou se eles seguem as manifestações clínicas corresponsáveis.

A actividade do fígado é comandada pelo sistema neuro-endócrino e reflete-se sobre o funcionamento e o equilíbrio químico de todos os outros tecidos, também é necessário atender a que certas consequências biológicas duma deficiência funcional do fígado sejam mascaradas ou pelo menos retardadas, pela intervenção de reacções compensadoras.

O facto é bem conhecido no que diz respeito à exploração da função glicogénica. Com toda a possibilidade, teria sido assim que um doente do nosso serviço sucumbiu com todos os sinais clínicos duma grande insuficiência hepática e no qual a prova da galactose e os tests de floculação permaneceram até ao fim normais, por diversas vezes. A autópsia mostrou uma cirrose do fígado com integridade aparente das células parenquimatosas como se a sideração funcional não tivesse tido tempo de deixar a sua assinatura histológica.

Um certo número de provas funcionais do fígado são influenciadas pelas condições circulatórias no território portal.

Enfim, os diferentes métodos de exploração hepática em cada caso dão muitas vezes resultados que não são concordantes ou aparecem mesmo como francamente contraditórios. É necessário recolher estes factos, controlá-los, analisá-los sem aceitar com facilidade a hipótese complacente de uma insuficiência hepática dissociada.

Todas estas considerações não servem para desencorajar nem para desmerecer os dados adquiridos e os serviços imensos já prestados pelos métodos de exploração funcional; elas destinam-se somente a aconselhar certa reserva e prudência. É preciso acolher o mais favoravelmente possível todos os métodos de laboratório que repousem numa base fisiológica sólida e submetê-la a controle rigoroso de observação clínica que, em última análise, é o único juiz soberano.

É na reunião destas duas disciplinas que está o verdadeiro caminho do presente e do futuro. É aquele que devemos seguir, desviar se quisermos caminhar de maneira segura é rápida, ao abrigo de cruéis decepções e de promessas sem futuro.

(«La Semaine des Hopitaux», n.º 92 de 14 de Dezembro de 1951 — extractos).

## O valor da Toracotomia exploradora no diagnóstico e no tratamento de algumas doenças pulmonares

Pergunta-se com muita frequência quais os sintomas que permitem fazer o diagnóstico precoce do carcinoma broncogénio. As radiografias periódicas do torax e especialmente o estudo de grande número de indivíduos, para despiste da tuberculose, têm desempenhado um papel importante na resposta a essas perguntas. Os meios auxiliares de diagnóstico habituais não permitem, em muitos casos, fazer o diagnóstico definitivo tão necessário para o tratamento correcto das doenças pulmonares. Queremos sublinhar a vantagem da toracotomia exploradora no diagnóstico de certas doenças pulmonares e especialmente daquelas que exigem um longo período de observação.

### MEIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Diversas doenças pulmonares têm sintomas comuns; muitos indivíduos com uma enfermidade grave pensam que esta não tem importância e os médicos ajudam, muitas vezes, erradamente, a conservar essa opinião. Os doentes consultam, em regra, os médicos por causa de tosse, hemoptises, dor torácica, dispneia, respiração asmática, febre recorrente, artrite e fadiga fácil. Estes sintomas são, infelizmente, comuns tanto a doenças pulmonares benignas como malignas.

No entanto, logo que apareça rouquidão, líquido pleurítico hemático, perturbações do sistema nervoso central ou dores ósseas, deve pensar-se, imediatamente, na existência de metástases; estes sintomas tão graves, podem por vezes ser o primeiro sinal de doença num indivíduo, até então, aparentemente saudável. A radiografia do torax fornece muitas vezes o único dado positivo de uma doença pulmonar grave. O radiologista deve dar a sua opinião acerca da natureza da lesão pulmonar que tem de ser confirmada por estudos suplementares com tomografias, broncografias e angiocardigrafias. Por exemplo, a existência de cálcio numa sombra pulmonar faz pensar numa lesão benigna; é muito importante o modo de distribuição do cálcio. Os granulomas diagnosticam-se, com muita frequência, por terem anéis concêntricos de cálcio; no entanto aparecem sombras semelhantes em radiografias do torax de pessoas com outras doenças pulmonares, malignas ou benignas. O simples exame radiográfico não permite fazer um diagnóstico anátomo-patológico.

O exame broncoscópico, de valor indiscutível, especialmente, para o diagnóstico anátomo-patológico de certas doenças pulmonares, é pouco incómodo para os doentes e tem um mínimo de riscos. Só uma parte, relativamente pequena, de toda a árvore brônquica é acessível ao endoscópio, contudo tanto Woolner como McDonald afirmam que a biópsia broncoscópica foi positiva em 41 % de uma série de 147 doentes com carcinoma broncogénio. Quando o endoscopista não pode inspecionar a lesão «in situ» ou tirar um fragmento de tecido para exame anátomo-patológico, pode, mesmo assim, contribuir para o exame citológico.

O exame citológico da expectoração é muito importante para o diagnóstico das lesões pulmonares. Nos casos em que não se consegue obter expectoração, o endoscopista deve fazer lavagens brônquicas para análises citológicas e bacteriológicas. Na série de Woolner e McDonald, dos 147 casos de carcinoma broncogénio, mencionada atrás obteve-se em 68 % um exame citológico positivo da expectoração ou das secreções brônquicas. No caso de carcinoma brônquico um resultado positivo tem muito valor, mas o resultado negativo não nos garante que o indivíduo não sofra de tal afecção.

Pode, em muitos casos, ter-se uma atitude conservadora: biópsia da lesão, ressecção segmentar ou lobectomia, fazendo o anátomo-patologista o diagnóstico enquanto o doente ainda estiver na mesa de operações; isto é do máximo valor. Por exemplo, o aspecto macroscópico dum granuloma lipóide pode imitar perfeitamente o do carcinoma e, sem a confirmação microscópica, o cirurgião poderia ser levado a uma extensa ressecção pulmonar desnecessária. Presentemente, o perigo da toracotomia exploradora não é maior do que o da laparotomia exploradora e já não se justifica o aforismo de «esperar e ver» pois o clínico nem sempre consegue fazer o diagnóstico da doença pulmonar.

### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO PELA CIRURGIA

Um de nós (Clagett) operou, de Abril de 1947 a De-

zembro de 1951 inclusivé, um número elevado de doentes com lesões pulmonares localizadas. Destes, estudaram-se as histórias de 356 operados, excluindo tanto quanto possível os casos de bronquiectasias, abscessos pulmonares, doença quística pulmonar ou tuberculose. Nos 356 casos de toracotomia encontraram-se trinta estados patológicos diferentes, sendo as lesões benignas em 119. Quase sem excepção o tratamento indicado para o tipo das lesões era a ressecção. A toracotomia exploradora no diagnóstico das lesões pulmonares tem muito valor quer os processos pulmonares sejam benignos ou malignos. Só se praticou a ressecção extensa (pneumectomia) quando a natureza ou extensão da lesão assim o exigia; os doentes foram muito bem observados e fizeram-se todas as análises e exames indicados. Contudo a toracotomia exploradora foi necessária para o diagnóstico definitivo em 158 dos 356 casos (50,6 %).

Neste capítulo, os problemas de diagnóstico e terapêutica estão intimamente relacionados. De 180 lesões, 6,5 eram processos granulomatosos; segundo a nossa experiência, o exame bacteriológico da lesão granulomatosa só permite descobrir o agente etiológico em cerca de 20 % dos casos. O perigo da ruptura e da disseminação do granuloma pulmonar é uma ameaça constante para o doente, mas a sua remoção é acompanhada, somente, de um risco mínimo. Não queremos com isto dizer que é melhor operar todas as lesões benignas circunscritas, mas sim que a toracotomia exploradora é necessária quando existe um problema de diagnóstico que não se conseguiu resolver, até então. Tanto mais que o tratamento indicado, para esta série de casos de lesões benignas operadas era, geralmente, como se verificou, a ressecção.

Vamos agora considerar o assunto sob um ponto de vista diferente, o do diagnóstico e terapêutica do carcinoma broncogénio. Dos 356 doentes desta série 203 tinham carcinoma broncogénio. Os meios de diagnóstico foram diversos. As lesões em 37 (18 %) dos 203 casos, foram encontradas, na ausência de sintomas, pelos exames radiográficos de rotina. Em 190 dos 203 casos fizeram-se exames citológicos obtendo-se resultados positivos em 60 %; esta percentagem seria indiscutivelmente maior, se o citologista tivesse podido analisar, em todos os doentes, as vezes necessárias, amostras de expectoração ou de líquidos de lavagens brônquicas. As secreções ou líquidos de lavagens brônquicas permitem, por vezes, fazer o diagnóstico definitivo, mesmo quando não foi possível submeter o doente a uma biópsia. Nos 203 casos em que se praticou uma broncospia, o diagnóstico anátomo-patológico foi definitivo em 36 %. Se juntarmos a esta percentagem, os 23 % em que foi observada, uma lesão ou qualquer outro sinal patológico evidente, pela broncospia (apesar do fragmento de tecidos para biópsia não mostrar alterações), o valor positivo do exame broncoscópico subiu, nesta série, para 59 %.

No entanto, o estudo de todos estes doentes demonstrou que em mais de 25 % dos casos de carcinoma broncogénio, teve de se fazer uma toracotomia exploradora para se estabelecer o diagnóstico. Dos 203 casos, foi obrigatória em 37, que tinham poucos sintomas. Só um dos 37 casos tinha um carcinoma inoperável no momento da intervenção. Os restantes 166 casos tiveram sintomas de carcinoma pulmonar e destes em 59 (35 %) as lesões eram inoperáveis.

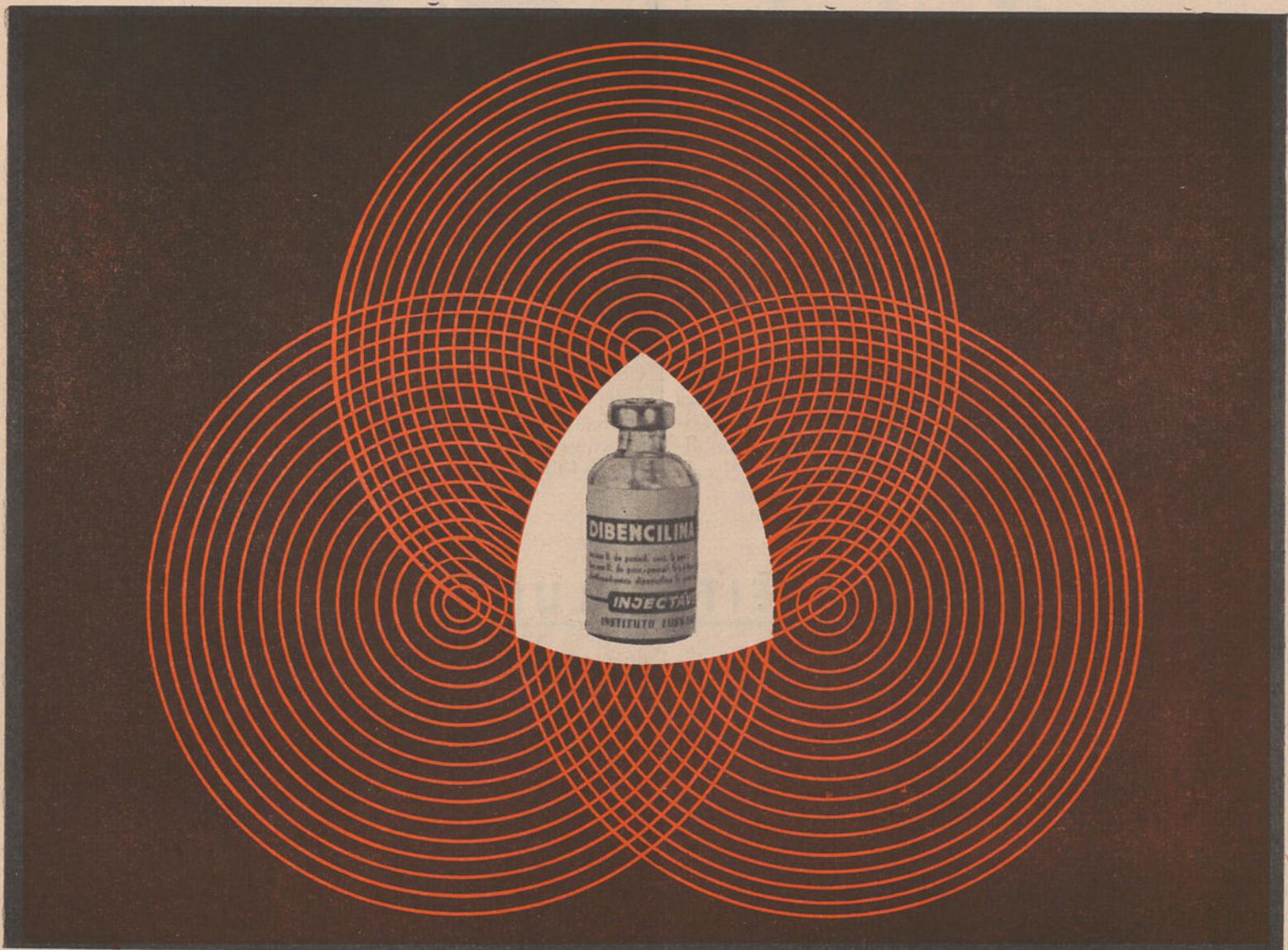
Houve 11 mortes, isto é uma média de 3,1 % do total da mortalidade hospitalar. Todas as mortes, à excepção de uma, se verificaram em doentes submetidos à intervenção por lesões pulmonares malignas; a outra morte deu-se numa criança de um ano de idade em que foi necessária uma extensa ressecção pulmonar. Esta mortalidade, relativamente alta, dos doentes que foram submetidos a lobectomia é explicada pelo facto do estado geral e pulmonar não permitir uma atitude conservadora que seria desejável no interesse dos doentes. Muitos doentes julgam que a toracotomia exploradora nos casos em que se encontra uma lesão benigna lhes é prejudicial. No entanto podem perder a própria vida quando uma lesão de natureza indeterminada se transforma em maligna.

BERMATZ P. E., CLAGETT O. T.; — J. A. M. A. — 152:379, Maio de 1953.

# UM NOVO PROGRESSO NA PENICILINATERAPIA

Associação de  
 N, N' - dibenziletilenadamina dipenicilina G (Dibencilina)  
 Penicilina G potássica e Procaína - penicilina G

TRÊS FORMAS DE PENICILINA COM VELOCIDADES DE ABSORÇÃO DIFERENTES



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

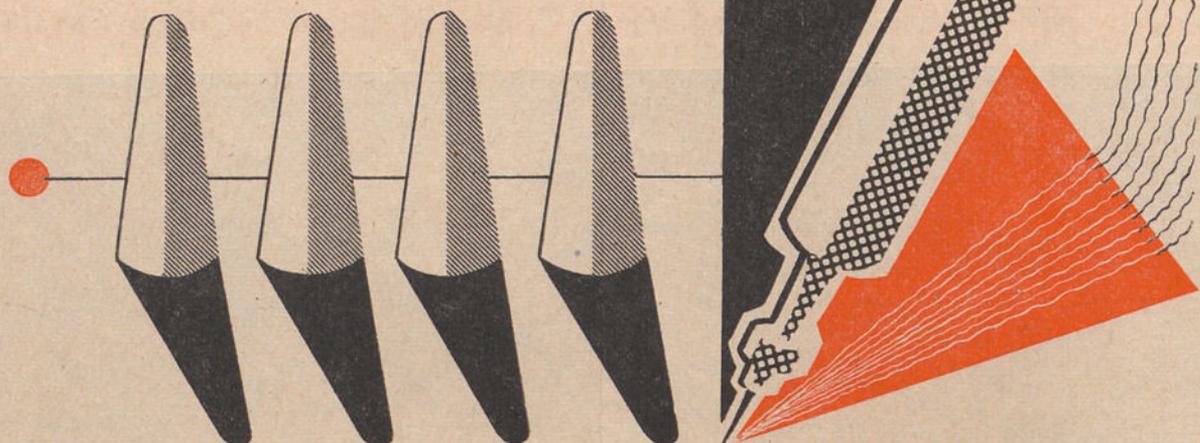
# Dibencilina. P

INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA

# BISMUPEN

INJECTÁVEL \*

SUPOSITÓRIOS \*



O PRIMEIRO PRODUTO PREPARADO EM PORTUGAL PARA  
**SIFILIS** AMIGDALITES, FARINGITES E ANGINA DE VINCENT

**A MAIS PERFEITA FLUIDEZ**

**PARA A MAIS MODERNA TERAPÊUTICA**

## INJECTÁVEL

Penicilina G Procáinica . . . . .	2.100.000 U. I.
Monoestearato de alumínio . . . . .	2 %
Salicilato básico de bismuto . . . . .	0,24 gr.
Óleo de Sésamo c/ cobalto	
q. b. para . . . . .	18 c. c.
Frasco de 3 c. c. = 1 dose (1/6 da fórmula)	
Frasco de 18 c. c. = 6 doses	

## SUPOSITÓRIOS

Penicilina G Procáinica . . . . .	300.000 U. I.
Carbonato de bismuto . . . . .	0,22 gr.
Benzoato de sódio . . . . .	0,05 gr.

para 1 sup. Bismupen *adulto*

O Bismupen infantil tem metade do bismuto

## P R E C O S

BISMUPEN de 18 c. c. . . . .	85\$00
> de 3 c. c. . . . .	22\$50
> adulto (1 supositório) . . . . .	18\$00
> infantil (1 supositório) . . . . .	17\$50

LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO



J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

# RESUMOS DA IMPRENSA SOVIÉTICA

## Hipotrofia dos lactentes e terapêutica tecidular.

Na revista *Pediatrics* (Moscou, Dez. de 1952), M. Ras-kina e P. Jourosvkaia, informam sobre a aplicação da terapêutica tecidular em 34 lactentes com hipotrofia secundária a episódio infeccioso agudo. Estes lactentes perderam 20 a 60 % do seu peso normal, e um deles, de 4 meses, só pesava 1.600 grs. Utilizaram a técnica de Speranski, consistindo em colher pele de indivíduos mortos acidentalmente e efectuar de 1 a 6 enxertos subcutâneos, com auxílio de uma seringa especial.

Os resultados obtidos foram satisfatórios e traduziram-se por regresso do apetite, elevação da curva ponderal e melhora rápida do estado geral.

## Hipertensão arterial — prova com aplicações de alta frequência.

Na revista *Klinicheskaia Med.* (Moscou, Nov. de 1952), L. Fischer e os seus colaboradores referem o emprego de correntes eléctricas de alta frequência como elemento de diagnóstico diferencial entre hipertensão motivada por causa neurológica ou orgânica.

Realiza-se a prova aplicando, sobre a região carotídea, de ambos os lados do pescoço, electrodos de 4 cms. de diâmetro. Se há abaixamento da máxima e mínima tratar-se-ia de hipertensão nervosa; orgânica se as tensões permanecessem inalteráveis ou mesmo tivessem ligeira subida.

## Tratamentos pelo sono em cirurgia.

Segundo os conceitos de Pavlov, que presidem à investigação russa moderna e da sua escola, a atenção é solicitada pelas manifestações orgânicas da dor (aumento da glicémia, diminuição do número de leucócitos e da reserva alcalina). O receio da dor tem uma influência nefasta no psiquismo do futuro operado e acarreta reflexos viscerais, podendo agravar o período post-operatório. Os cirurgiões soviéticos procuram eliminar o receio da operação criando no doente o sono artificial, alguns dias antes da operação. Heifitz e Tinetchenko utilizam a técnica seguinte: dias antes da intervenção, o futuro operado é transferido para o «pavilhão do sono», onde é submetido a um sono artificial contínuo. No dia da operação, recebe uma injeção de barbitúrico e transporta-se adormecido à sala de operações. Aí, a anestesia faz-se localmente por uma associação novocaína-barbitúrico. Esta associação reforça a anestesia e o sono. Durante os últimos anos, a terapêutica pelo sono generalizou-se ao serviço da cirurgia. Síndromas agudos como os da apendicite, hérnia estrangulada, viram muito melhorados os seus pré e post-operatórios pela prática do sono artificial. (*Khirurgia*, 1952, n.º 3).

## Post-operatório — profilaxia das supurações.

A supuração post-operatória das feridas aparece com relativa frequência, não obstante todos os cuidados de assepsia. A aplicação local de antibióticos é muitas vezes ineficaz, pois que a maior parte é expulsa para o exterior, nomeadamente se a ferida estiver drenada. Serednitsky e os seus colaboradores utilizam, quando aplicam a anestesia local, uma associação de novocaína com 50.000 ou 100.000 unidades de penicilina. A anestesia local pratica-se sistematicamente, mesmo quando a intervenção se faz sob anestesia geral, diminuindo-se nas crianças a quantidade de novocaína. Deste modo o antibiótico é transportado à profundidade dos tecidos e o seu efeito manifesta-se desde o início da intervenção. Em 228 casos operados, os AA.

constataram somente duas complicações sépticas post-operatórias (0,87 %). Uma comparação com os métodos habituais referentes a 180 operações dá um total de 34 supurações ou seja 18,8 %.

A associação de penicilina não diminui o poder anestésico da novocaína e a injeção é indolor. (*Khirurgia*, 1952, n.º 3).

## Diagnóstico precoce da morte do ovo.

R. S. Mirsagatova e colaboradores utilizam um test hormonal baseado na descida da gonadotrofina coriônica nas urinas. Este test efectua-se no sapo, depois da determinação da dose-limiar que provoca o aparecimento de espermatozoides na cloaca. Os AA. conseguiram deste modo evidenciar a morte do ovo em 40 gestantes, 5 a 16 semanas antes do aparecimento de sinais clínicos. (*Akoucherstvo i Guinekologuia*, Moscou, Maio-Junho 1953, n.º 3).

## Vaginites por tricomonas.

A. S. Pchenitchnikova e colaboradores utilizaram um tratamento da vaginite por tricomonas por meio da fitoterapia, isto é raízes de rabanetes, rabão de cavalo, alho e cebola. Depois de ter ralado um destes diversos tubérculos, introduziram na vagina cerca de duas colheres de sopa. Na fase aguda da afecção, as dores que se sentem obrigam a tirar o produto aplicado ao fim de alguns minutos, depois a tolerância aumenta. Parece que os resultados mais eficazes se obtêm com raízes frescas colhidas entre Junho e Fevereiro.

Entre 1941 e 1949 os AA. trataram 2.473 doentes dos quais 2.150 (86,9 %) tinham vaginite, 103 (4,1 %) uretrite, 211 (8,6 %) endocervicite e 9 (0,4 %) endometrite.

Depois de 10 ou 12 aplicações, os tricomonas desapareceram na maioria dos doentes. Não constataram recidivas senão em número muito reduzido e em mulheres seguidas por tempo que vai de 3 meses a dez anos depois do fim do tratamento.

Parece que os tratamentos adjuvantes sejam contudo úteis, nomeadamente nos de lesões erosivas do colo e que convém tratar o cônjuge a fim de obter a cura definitiva, atendendo-se às reinfeções possíveis no decurso das relações sexuais (*Akoucherstvo i Guinekologuia*, Moscou, Jan.-Fevereiro 1953, n.º 1).

## Álcool com novocaína na analgesia local.

Friedland e colaboradores utilizaram, no combate à dor e hipertonia muscular, a mistura seguinte: novocaína 2 grs.; álcool a 95°, 80 grs.; água destilada, 20 grs. Inicialmente usada, esta mistura, nas contracturas dos músculos da coxa, foi injectada localmente na virilha com resultados satisfatórios. A novocaína suprime a dor da injeção e o álcool bloquearia a zona mais periférica do arco reflexo doloroso. A posologia é de 30 cc. em média da solução e 1 cc. por ano de idade nas crianças. Os AA. generalizaram esta técnica às dores das fracturas, radiculites post-traumáticas, entorses, simpatalgias e causalgias diversas, assim como à periartrite escápulo-humeral (*Khirurgia*, Moscou, Agosto 1952).

## Revascularização cardíaca.

Ainda neste mesmo número da revista mencionada, Ognev e colaboradores referem que, nos casos de insuficiência de irrigação coronária com isquemia cardíaca, procedem a aderências artificiais entre o folheto parietal e visceral do pericárdio. Com este fim praticam 10 a 15 incisões de 1 a 2 cms. de profundidade na espessura do pericárdio e descolam-no igualmente do diafragma subjacente. Criam assim um processo inflamatório asséptico que estimula a vascularização e inervação cardíaca.

# P V R

## Imunoterápia não específica associada à Penicilina

### COMPOSIÇÃO

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

### INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS

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.



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

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

## S U P L E M E N T O

### FÉRIAS

Terminaram as férias, a presença do seu benefício a pouco e pouco vai-se esbatendo da nossa recordação.

Na primeira oração, a frase devia ter um significado geral. Porém, assim não sucede para todos. Uns não tiveram férias, para outros curtas e, infelizmente, alguns têm-nas permanentes.

Para estes não o foram, pois que elas significam interrupção propositada e limitada da constante labuta em que vivemos. Principalmente nós, homens da cidade. Vivemos num meio de permanentes estímulos, os do nosso trabalho e dos que nos rodeiam.

A cidade é ruidosa e intensa, é febril e fatigante. A vida dura; no erguer cedo, no deitar tarde. Exige constante vigilância, reflexos prontos, compreensão rápida, previsão certa dos melhores recursos e meios de os obter na empenhada existência em que vivemos. Temos constantemente de nos ultrapassar, já que o viver habitualmente tem no século uma expressão diferente do passado. Pode dizer-se que o homem de hoje luta mais para a obtenção de meios que para atingir fins. Meios de conforto, de aparência, de informação, de rapidez, de subsistência material. Os fins estão muito distantes, os meios enchem a vida dos homens: a moda do vestuário, o último modelo de automóvel, a última pequena ou grande invenção mecânica, a última simplificação do trabalho, são uma constante preocupação colectiva.

O cinema, a rádio fornecem-nos uma distração, um ocio intenso e pré-fabricado. O descanso é uma indústria de aplicação diária que nos fatiga embora nos distraia. O homem cansa-se na contemplação e utilização dos meios que nos tornam a vida fácil.

A cidade respira, sente uma atmosfera de som que os nossos ouvidos não ouvem, na tetanização do tímpano pelos constantes ruídos gerados. Um som tem de se intensificar até um alto diapasão para se tornar sensível no ruído da cidade — somatório de todos os ruídos — o claxon tem de ser forte, a cor viva, a luz intensa para que se sintam.

Isto traz-nos uma exigência tremenda, pois o progresso material fez-se de modo tão rápido que não permitiu uma adaptação. Nem há caracteres adquiridos e muito menos hereditários como estigmas da adaptação da espécie. Somos o que éramos há séculos, embora o mundo em que vivemos tenha corrido com tal intensidade que nos obriga a um esforço indi-

vidual jamais atingido por qualquer antepassado.

Se é certa a nossa capacidade individual de adaptação é, contudo, transitória e mais ou menos curta. A civilização envelhece o homem; o patriarca bíblico, se os anos foram bem medidos, é uma impossibilidade contemporânea.

Ao fim de um ano de trabalho num meio urbano, o homem médio, na saúde e na sensibilidade, tem a sua capacidade de reacção diminuída, senão esgotada, pelos estímulos desse mesmo meio. A adaptação tem limites para além dos quais é doença, doença de esgotamento lento, cada vez mais acentuado.

O modo de combater esta doença está em lhe proporcionar os opostos: o frio ao calor, o silêncio ao som, a escuridão à luz. Mas não é tão simples a terapêutica, o afrouxar, a mudança terá de ser lenta, senão cairemos em pernicioso situação de opormos violência à violência. A natureza humana ressentem-se habitualmente com isso. Só os fortes o poderão suportar; um organismo exausto não está, por definição, apto a recebê-la sem sofrimento.

Ao calor do verão opõe o tempo a tepidez do outono, ao frio do inverno a frescura da primavera. O que se passa com o calor dá-se com a luz e a cor. O intenso abranda antes de cair no oposto. Aqui os extremos não se tocam, afastam-se. Quando não, obrigam a um padecimento chamado síndrome de adaptação.

A memória de uma luz forte que não sentíamos, prolonga-se e evidencia-se na recordação de uma retina súbitamente escurecida. A mão gelada não se apercebe do súbito calor; a boca seca e sedenta não reconhece a pedra de gelo. Vivemos realmente, intensamente, em síndrome geral de adaptação. O regresso à normalidade faz-se com sofrimento, com doença, com um *stress* ao contrário.

As considerações que faço nas linhas anteriores são provocadas por pequenos fenómenos observados nestas férias, em mim e noutros. A sua apreciação obriga a pesá-los na balança do tempo. Quantas unidades de tempo são necessárias para o homem médio se libertar do síndrome em que vive? Quantas as necessárias para se retemperar? Quanto é necessário para levantar umas pálpebras caídas, desfazer um ritus de fadiga, diminuir os movimentos respiratórios, melhorar a cor dos tegumentos, aumentar o brilho do olhar, regular o intestino, diminuir a asia, afas-

tar a angústia, normalizar o coração, diminuir as tensões, aumentar a diurese, clarear as urinas, endireitar as costas, regular a marcha, afrouxar o tímpano, firmar a voz, respirar fundo, sanear os brônquios, estender as pernas, relaxar os músculos, eu sei lá que mundo de coisas perceptíveis ou ignoradas.

Quanta da nossa terapêutica não é substituto das férias: o vagomimético, o barbitúrico, o simpaticolítico!

Quantas palavras ásperas, gestos bruscos se esquecem nas férias!

Nos primeiros dias não se sabe o que se há-de fazer, é um desejo incontido, automático de continuar na agitação passada. A febre ainda nos atormenta, só o barbitúrico nos pode reparar. Tal como na anestesia, o doente agita-se às primeiras inalações. Domina-nos um desejo consciente e covarde, dormir, ou a alternativa de uma agitação sem plano. É-se incapaz de traçar um plano sem sofrimento, somos autómatos alimentados pela agitação passada, ecos de um movimento. Travar é sofrimento, exige compreensão e reacção. A este período de adaptação em que o braço armado cai perante o reconhecimento orgânico da fuga dos inimigos—os *alarmogêneos*—segue-se o do repouso: hipofisário e adrenal. O vago toma posse. É um período de posse. As férias possuem o homem, qualquer que tenha sido o modo de o alcançar: adormecido ou vencido.

É verdadeiramente este o momento da cura: é o rodar dos dias serenos, a normalização do vegetativo, a sedimentação do consciente no subconsciente, o armazenar de forças físicas e morais no homem bem formado.

Ao verão da vida segue-se um outono de calma, que termina num inverno de tédio. Tudo acaba por nos parecer longo e nasce o desejo de uma primavera. Nasce o desejo de um amanhecer. É a hora de terminar as férias.

Estamos curados ou muito melhorados, com novas energias voltemos ao trabalho, com mais consciência defendámo-nos do meio que nos consumiu, com mais força sejamos senhores e não escravos, homens e não animais, modifiquemos o mundo como na primavera da nossa vida. Vamos, somos novos, somos sãos!

## O MÉDICO PERANTE O DOENTE; O DOENTE PERANTE O MÉDICO

Ex.<sup>mo</sup> Senhor Director e Prezado Confrade:

Porque considero esta *adenda* indispensável para o meu artigo <sup>(1)</sup> *ficar como deve ser*, venho rogar-lhe o favor de a imprimir em «O Médico» — o que desde já agradeço. Antes de mais, peço licença para justificar este meu pedido. Na primeira parte da *adenda* pretendo corrigir um erro que sem culpa minha, aliás, deixei se enxertasse no artigo. Eu «tentei» anotar o artigo de Daniel Rops, que o «Diário de Notícias» publicou; e o autor escreveu a propósito do livro «Que se espera do médico?», «que a sua organização e compilação era de *Jeanne Rollin*»; mas agora, leio num artigo do Dr. Jean Robert Debray, secretário geral do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos de França, que ele intitulou: «Le message du patient» e saiu a lume no n.º 46 de «Medicine de France» — hoje distribuído pelo correio em Lisboa — «que esse livro se devia a diferentes autores — nenhum, médico — com Gabriel Marcel, e por instigação de *M. Jean Rollin*».

Apesar de pedido, o livro «*Qu'attendez-vous du medecin?*» não me tinha chegado às mãos — nem ainda hoje o tenho! — e desta sorte fiei-me em Daniel Rops.

Mil perdões por ter trocado o sexo ao senhor *Jean Rollin*! E os leitores que levem a desengraçada partida — de que não sou o principal culpado — em desconto dos seus pecados! Que eu faço o mesmo. Mas quem diria que Rops se deixava enganar?!

Nesta segunda parte da *adenda* — e ainda que nada tenha que ver com o meu citado escrito — muito gostaria de dizer alguma coisa sobre este artigo do Dr. Debray, redigido, exactamente, a propósito do livro de *M. Jean Rollin*. Pelo que ele nos diz, pelo conceituoso do texto e pela doutrina e opiniões expendidas.

O autor começa por nos dizer: «os médicos foram sempre julgados pelos seus pacientes, e mais vezes com ironias e cepticismo do que com elogios e reconhecimento; porém, desde que a arte de curar se fundamenta em dados científicos precisos, ajudados por um extraordinário progresso na terapêutica com terapêuticas diferentes, o tom dessas críticas mudou de registo. O cepticismo deixou de ser moda. A medicina contemporânea é, principalmente hoje, objecto de um verdadeiro culto, em que andam misturadas a admiração e o receio. Os juizes tomam por alvo de preferência os médicos, raramente a medicina; e de tal sorte são essas críticas, que mais parecem verdadeiras acusações; e em certos casos chegam a confundir-se com reevindicações individuais, e até colectivas. Já há associações de doentes. As exigências aumentam nos doentes na razão directa do *poder do médico*; — exigências por vezes precisas; mas outras bastantemente confusas. Há uma forte curiosidade em saber como se será tratado no caso de doença; e sobretudo no que diz respeito às técnicas

cirúrgicas, tão vulgarizadas, e por isso mesmo despertando a atenção e gerando a inquietação. A voz do paciente subiu no diapasão; ouvir-se-á melhor por isso? Saber atender «o paciente indagador», constitui — parece-nos — um dos mais importantes problemas da medicina social de hoje. Concordemos porém que a conversa se iniciou mal.

Se se trata da técnica, o médico que é o técnico, recusa-se a acompanhar o paciente. Mas o médico tem o dever de informar; se bem que não deva ir além da informação. Entre o médico e o seu paciente, e com o intuito de o ilucidar nas suas dúvidas, só é possível e admissível o diálogo desde que não se afaste da filosofia da medicina. O termo — ainda que pareça — não é de maneira nenhuma exagerado e afectado. Só mesmo neste plano devemos admitir o diálogo; e então o entendimento será completo, e a «mensagem do paciente», atendida e compreendida.

É absolutamente preciso que essa mensagem seja compreendida e atendida cada vez mais e melhor. «Il est d'ailleurs grand temps que l'on nous parle ce langage et l'on doit remercier les auteurs qui n'étant pas medecins, veulent (et peuvent) exprimer leur conception de tel ou tel aspect de la philosophie de la médecine.»

E depois de anotações inteligentes e muito sensatas acerca dos depoimentos do livro, Debray conclue:

«Les auteurs de «*Qu'attendez-vous du medecin?*» n'ont point négligé d'exprimer leur pensée sur les conditions dans lesquelles devrait se développer la médecine sociale. *Mon but* — écrit M. Gabriel Marcel, *est de dégager dans la mesure du possible la signification philosophique du problème que pose à l'esprit la fonctionnarisation progressive de la profession médicale*. Nous reviendrons, dans un prochain article, sur l'importante contribution qu'apporte en ce domaine le livre dont M. Jean Rollin a pris l'heureuse initiative.

...Pour terminer, cette phrase de M. Gabriel Marcel: L'ypertrophie du fonctionnarisme en tous pays et particulièrement en France comporte de multiples explications. Il y en a une qui est d'ordre psychologique, qui fait intervenir une disposition a la paresse, une sorte d'ankylose liée à un état de sénescence. Il est hors de doute que cette disposition peut se rencontrer aussi dans le corps médical et que ce peut être une redoutable tentation de préférer aux risques d'une pratique libre, toujours hasardeuse, les garanties de sécurité que dispense la bureaucratie. Mais ici encore il faudrait réfléchir, il faudrait se demander si une vocation médicale digne de ce nom n'implique pas, comme toutes les vocations authentiques, l'acceptation du risque. Je serais fortement tenté de dire, quant à moi, que les notions de vocation et de risques sont rigoureusement solidaires, et qu'une systématisation trop ample et trop rigide de la Sécurité sociale entraînerait inévitablement la disparition de la vocation médicale.»

Em boa verdade nós esperávamos esta mensagem do paciente — diz Debray, e continua: o Sr. Jean Rollin escreveu no prefácio do livro: «As ideias de Louis Portes [...] têm o mérito capital — e neste sentido são a fonte inspiradora desta compilação — de consubstanciar a essência do acto médico no exercício de duas liberdades: a confiança do homem que sofre, a consciência do homem que socorre. Os leitores de «*Medicina de França*», conhecem as ideias de Louis Portes lidas à Academia das Ciências morais e políticas e publicadas nesta revista. Os nossos leitores pressentiram, como nós, que o texto da comunicação, com ideias tão claras e exprimindo uma tão real e verdadeira concepção do exercício da medicina, havia de fazer escola. O diálogo está travado. «*Medicina de França*» não consentirá que pare e se interrompa. *Não é uma das missões desta revista — encruilhada em que se encontram filósofos, escritores, historiadores, artistas e médicos — recolher a mensagem do paciente?*»

..... Incontestavelmente o assunto é da maior importância — importância universal — e projecção correlativa, para a medicina e para os médicos, sendo-o também para os pacientes. Não se pode ignorar o problema, e muito menos fugir-lhe. Penso eu.

Ele constitue pois, sem subterfúgios, ponto de encontro em que se passem a entender *todos*; — ou nunca ninguém mais se entenderá. «O Médico», pela sua posição na Imprensa da especialidade, pelos seus antecedentes, e curriculum vitae dos seus muitos trabalhos, e pela elite de dirigentes que o orienta, não estará indicado para fazer entre nós o que «*Medicine de France*» está fazendo, e vai continuar, em França?

De um lado e do outro, seriam pedidas opiniões, e a sua publicação numa determinada secção destinada ao fim, arquivaria os resultados do inquérito; e, no final, — porque entre os nossos mestres há quem o saiba fazer sem receio de comparação com os melhores e mais cotados das elites estrangeiras de sábios médicos, e de cientistas — bem poderia chegar-se a uma conclusão definitiva, modelo e guia para o nosso clima, para o nosso feitio, e para a nossa sensibilidade e concomitantes reacções? Como tudo seria de interesse e de valor, e a quantas conclusões úteis se poderia chegar com este processo?

E quanto se conseguiria prevenir do futuro?

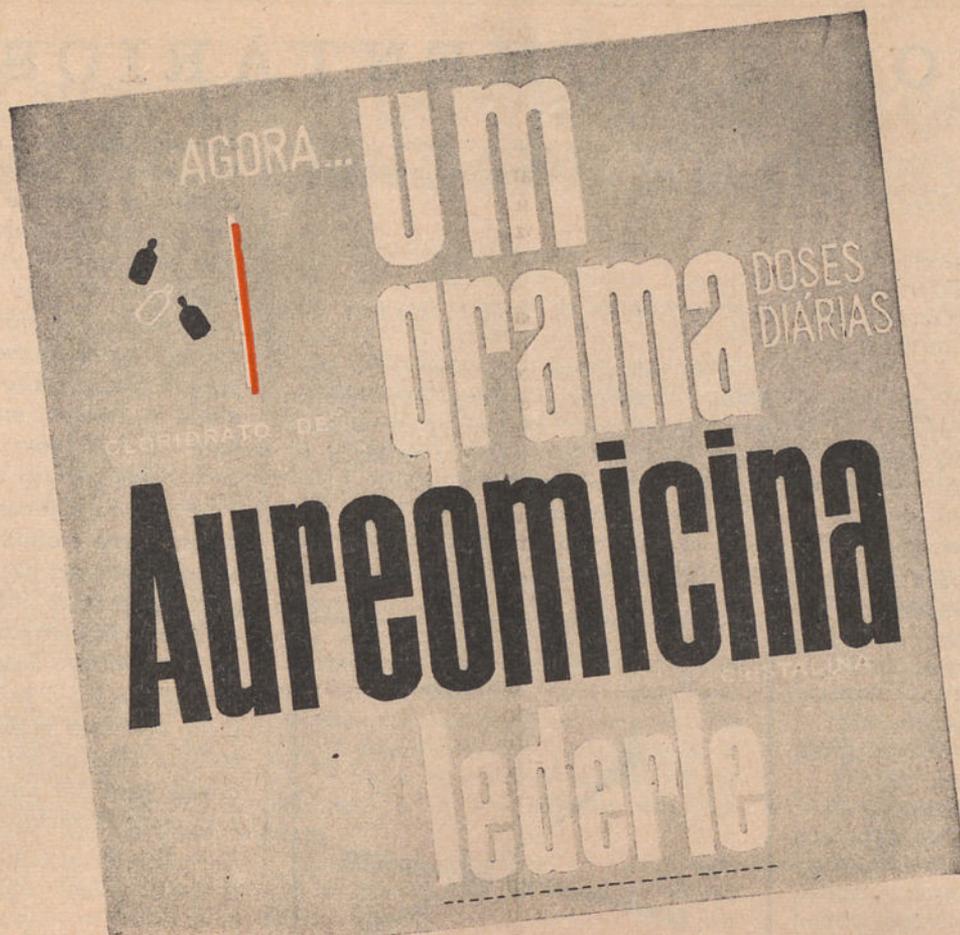
Sabemos como diferem e quanto diferem, com as latitudes e com as longitudes, não apenas a enunciação dos problemas de toda a ordem, e muito especialmente os da ordem de que tratamos, mas também as suas soluções e a maneira como são considerados e compreendidos.

Ficam pois, aqui, o alvitre e os meus melhores agradecimentos pela atenção de V. Ex.<sup>sa</sup>.

Lisboa, 29 de Outubro de 1953.

**CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR**  
(Urologista)

(1) Com o título desta, em o n.º 111, de «O Médico».



*Empregada até ao presente em mais de 10.000.000 de casos clínicos, são superiores a 7.000 as comunicações que sobre a Aureomicina se publicaram, provenientes de todos os campos da prática médica mundial. Desde 1949 que a tendência destes estudos vem confirmando a eficácia na aplicação de doses mais reduzidas de Aureomicina, o antibiótico de espectro verdadeiramente amplo e actividade absolutamente uniforme.*

**Lederle** ... uma marca de honra

**O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:**

Dose	Peso aproximado do paciente	Quantidade a administrar	Número de doses cada 24 horas
0,1 g. diário	8 quilos	Uma dose de 50 mg. duas vezes por dia, depois de comer.	2 doses
0,5 g. diário	40 quilos	Uma dose de 250 mg. duas vezes por dia, depois do almoço e do jantar.	2 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 3 ou 4 horas, depois das refeições.	5 doses
1,0 g. diário	80 quilos	Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
		Uma dose de 250 mg. cada 4 horas, excepto durante 8 horas de noite.	4 doses
1,5 g. diário	120 quilos	Uma dose de 100 mg. cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
		Uma dose de 250 mg. cada 3 horas, excepto durante 6 horas de noite.	6 doses



**Embalagens:** CÁPSULAS — frascos de 8 e de 16, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPERSOIDS (PÓ DISPERSÍVEL) — frasco de 75 g. PASTILHAS — frascos de 25, c/ uma com 15 mg. POMADA — tubos de 14,2 e de 28,4 g. com 30 mg. por grama. OFTÁLMICA — Colírio — frascos conta-gotas com 25 mg.; Unguento — tubos de 3,5 g. a 1%. \* INTRAVENOSA — frascos de 100 mg. com diluente de leucina. NASAL — frascos de 10 mg. FARINGETAS — caixas de 10 com 15 mg. c/ uma. PASTA DENTAL — boiões de 5 g. CONES DENTAIS — tubos de 12 com 5 mg. c/ um. ÓTICO — frascos de 50 mg. \* PÓ VAGINAL — frascos de 5 g. a 200 mg. por g. \* SUPOSITÓRIOS VAGINAIS — frascos de 8. \* PÓ CIRÚRGICO — fr. 5 g. com 200 mg. por g.

\* A introduzir brevemente.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar:  
**ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.**  
 Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA  
 Rua de Santo António, 15 — PORTO

# ECOS E COMENTÁRIOS

## TRÊS INAUGURAÇÕES

«Com esta aula procede-se hoje a três inaugurações.»

Foi com estas palavras que no dia 4 de Novembro de 1953 o professor Celestino da Costa iniciou o serviço lectivo na nova Faculdade de Medicina de Lisboa.

Três inaugurações:

A primeira para os alunos que com ele inauguram o Curso de Medicina.

A segunda para a Faculdade que com ele inaugura efectivamente o seu serviço no edifício porque tanto aspirou.

A terceira para o professor, que com ela inaugura o último curso que leccionará, por em breve atingir o limite de idade.

Não é difícil compreender a emoção que esta aula trouxe ao Mestre. O vasto anfiteatro estava cheio de alunos de todos os anos, assistentes, professores, e o director da Faculdade.

Quando o Prof. Celestino da Costa anunciou o tema que ia escolher para a sua lição inaugural—a história do ensino médico em Lisboa, que publicaremos nas páginas de «O Médico» em breve, por gentil oferecimento do orador—não foi difícil adivinhar que mais do que a história de uma Faculdade iríamos ouvir a história de uma vida. Esta é a lição que aprendemos.

A vida de um homem que a dedicou ao ensino e sempre à mesma Escola. Que aprendeu e começou a leccionar num velho edifício junto do Hospital de S. José, abandonado por frades e em cujas aulas se não podiam reunir muitos alunos com medo que se desmoronasse. Ai foi feito preparador, junto de figuras de prestígio—cujos nomes soam como vindos de um compêndio de História.

Mudou-se e foi para a Nova Faculdade onde mais de quarenta anos foi professor. Do mais novo dos professores seguiu o seu caminho até ser o mais antigo. A vida do edifício e a sua não se distinguem. E o seu trabalho miúdo de investigador infatigável, transbordou as paredes da Escola e as fronteiras do País. Mas não se trata do investigador—esse é um caso à parte. Hoje quem aqui está é o Professor. Todo dedicado ao serviço docente, fez alunos, fez escola. E todos devem lembrar o velho Mestre.

A Faculdade cresceu. Não cabia naquela casa do Campo de Santana. Tinha o seu Hospital a perto de um quilómetro de distância, o que trazia graves inconvenientes para o ensino. Os alunos multiplicaram-se, mal cabiam nas aulas. O novo edifício construiu-se e já está em funcionamento. O hospital está junto (embora ainda não ligado directamente como terá que vir a ser um dia). Tudo melhorou, apesar das dificuldades inerentes à instalação.

Está contente o velho Mestre, mas um pouco melancólico. Três edifícios. Quantos companheiros ficaram para trás que lembra com saudade. Só ele viveu a vida da escola nos seus três locais nestes cinquenta anos.

A vida da Faculdade e a sua confundem-se, tão intensamente viveu para ela.

J. A. L.

## UM PRÊMIO ESTIMULANTE

Tem sido norma da nossa Ordem dos Médicos valorizar o esforço dos clínicos que, trabalhando em meios pequenos, mais obrigados são a valer-se de todos os esforços pessoais para diagnosticar e tratar os seus doentes.

Uma vez ou outra aparecem em revistas médicas pequenos trabalhos feitos por

estes colegas e que mostram espírito clínico apurado, observações cuidadosas e conclusões cheias de interesse. Nem sempre os colegas publicam trabalhos que têm em mente e isto porque temem o confronto com os trabalhos de meios mais ricos em bibliotecas, análises ou mesmo auxílios estranhos. É certo que o espírito do trabalho num caso e noutro não é o mesmo, mas isso não é razão para não estimular a publicação dos trabalhos dos clínicos da província.

Foi nesse espírito que propuzemos um prêmio para trabalhos nessas condições, em que um júri de clínicos os encararia por regulamento sob o prisma das dificuldades que obrigaram os seus Autores a vencer para a sua execução.

Aprovando o prêmio e regulamentando-o, a Ordem mais uma vez se colocou no seu papel de valorização da medicina clínica num dos seus mais nobres aspectos: o da Medicina nos pequenos meios.

J. A. L.



## LONGACILINA

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

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

## LONGACILINA A

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

Frascos de 300.000 U.  
Actividade: 7 dias

Frascos de 600.000 U.  
Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

## Prémio Saint Vincent

A Academia de Medicina de Turim abriu um concurso, para atribuição, pela primeira vez, do «Prémio Saint Vincent» para as Ciências Médicas, da importância de 7.500.000 liras, o qual é instituído pela «Regiao Valle d'Aosta e la SITAV de Saint Vincent», no desejo de favorecer o desenvolvimento das pesquisas científicas no campo das matérias médicas.

As condições para habilitação ao prêmio são as seguintes:

1. O prêmio será atribuído a uma publicação ou a um grupo de publicações impressas relacionadas com um único argumento médico de interesse tal que venha a constituir um progresso real na matéria considerada, publicados depois de 1950 e recebidos pela Academia (Via Po, 18-Torino) até 31 de Dezembro de 1953.

2. São admitidos os trabalhos publicados em idioma italiano, latino, francês, inglês, alemão, português e russo.

3. Os trabalhos serão enviados à Academia em sobrescrito registado, em cinco exemplares, dois dos quais ficarão de propriedade da mesma Academia.

4. Os candidatos ao Prémio devem juntar às publicações um resumo em idioma italiano ou francês, que trate a matéria e as partes originais e as conclusões dos argumentos tratados.

5. A proclamação de vencedor será feita em S. Vincent (Valle d'Aosta) em Junho de 1954, numa reunião promovida pela Academia, em dia a determinar-se.

# DEZ ANOS DE HISTÓRIA DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

*Com excelente apresentação, apareceu, editado pela Casa do Pessoal dos Hospitais da Universidade de Coimbra, um volume, com o título acima indicado, de 222 páginas, no qual, salientando a acção do ilustre director daqueles hospitais, Prof. João Porto, se trata de vários assuntos, como sobre serviços económicos e industriais, radiologia, transfusões de sangue, serviços de urgência e de enfermagem, escola de enfermagem, serviços farmacêuticos e sociais, etc. Transcrevemos a seguir, além da Acta da reunião realizada no gabinete do administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra e «Justificação», tudo assinado pelos chefes de serviços, a parte referente ao excelente Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra.*

## ACTA DA REUNIÃO REALIZADA NO GABINETE DO ADMINISTRADOR DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Aos sete dias do mês de Junho de mil novecentos e cinquenta e dois, na Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra, reuniram os chefes e encarregados de serviços dos mesmos Hospitais, sob a presidência do Ex.<sup>mo</sup> Administrador. Tomando conhecimento de que no dia 7 de Setembro próximo se completa o primeiro decénio da direcção do Excelentíssimo Professor Doutor João Porto nestes Hospitais, resolveram:

1.º — Empregar, em comum, todos os esforços para que o ano corrente se assinalasse pelo melhoramento dos serviços hospitalares, na sua organização, equipamento e eficiência, aumentando-se o conforto material e moral dos doentes a seu cargo;

2.º — Dar relevo devido aos melhoramentos que se inaugurarem neste ano, nomeadamente aos do equipamento de radioterapia, da transformação da Central Térmica, das enfermarias - escolas, etc.;

3.º — Criar a Casa do Pessoal;

4.º — Editar um volume, escrito por todos os chefes de serviço, na parte que lhes competir, e no qual se inserirá o resumo dos últimos dez anos de vida dos Hospitais da Universidade de Coimbra, em todos os seus departamentos;

5.º — Finalmente tomar a iniciativa de uma homenagem pública pela superior e notável orientação que Sua Excelência imprimiu a todos os serviços hospitalares no decurso dos últimos dez anos.

## JUSTIFICAÇÃO

1. São passados dez anos sobre o dia 7 de Setembro de 1942, em que o Prof. Doutor João Porto assumiu a direcção dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Dez anos são momento breve na vida de uma instituição que conta séculos de existência e aspira a manter-se indeterminadamente.

Na vida de um homem, dez anos, constituem, porém, um período de enormes proporções. Os actos do homem são a precipitação sensível dos seus conceitos de vida. Os actos do dirigente são a transformação das suas ideias sobre o fim da empresa e sobre os meios adequados à consecução desse fim, em realidades da vida social. Ora, pode emendar-se isola-

damente um acto ou uma atitude, mas é impossível refazer uma actuação complexa que durou dez anos.

Uma orientação, uma política de dez anos é manifestamente irreversível. Se os conceitos superiores que informaram essa política estavam errados, poderá anular-se um ou outro acto executivo, mas não se melhorará a própria essência dos conceitos.

Em compensação, se as ideias mestras do sistema eram verdadeiras, poderá ter havido um ou outro acto com elas desconforme; nem por isso será logicamente possível demonstrar a falsidade do sistema, ou subtrair ao saldo final — que é mister apurar na evolução da instituição — esses dez anos de chefia.

Vale, pois, a pena parar um momento. Vale a pena efectuar o balanço de uma administração que, durante um decénio, se manteve una, no seu órgão mais alto.

2. Um dirigente não o é unicamente porque recebeu o poder por qualquer das muitas formas adequadas. O poder é mais do que *violência* ou *força coactiva*.

«Exercer um poder, dizia Henri de Man, é determinar, por actos voluntários, a vontade de outrém». E acrescentava: «nenhuma autoridade pôde jamais exercer-se, sem a sugestão do prestígio. Este prestígio resultará da força física, ou da força económica ou da força moral. Qualquer destas forças legitimará o poder. Mas só a última cria aquilo a que Carl Schmitt chama «autoridade moral».

Num hospital do Estado, os dirigentes tiram a sua legitimidade da investidura que lhes foi conferida pelo executivo central. Mas cada dirigente acrescentará a essa legitimidade inicial aquela outra que resulta dos deveres total e perfeitamente cumpridos. Para esta, mais do que para a primeira, é indispensável a «autoridade moral». A verdadeira legitimidade do dirigente mede-se pela autoridade moral que conquistou.

Os relatos que a seguir se publicam procuram ser um depoimento objectivo e imparcial acerca da direcção do Prof. Dr. João Porto, nos dez anos do seu exercício.

Queremos registar para a história destes Hospitais a beleza e a utilidade de uma administração devotada, apaixonante, cuidada e silenciosamente profícua. Queremos dar testemunho, público e solene, da «autoridade moral» do Prof. João Porto, como dirigente superior destes Hospitais.

3. E, por que havemos de ser nós, os seus corresponsáveis na orientação da casa, quem vai promover a revisão e, por certo, a consagração desta obra governativa?

Em verdade, nada nem ninguém nos obriga a tal.

Na legislação positiva que regula as nossas funções não há artigo que isso nos imponha. Porque todos ocupamos lugares, ou de direcção ou de chefia, não podemos aspirar a promoção na escala hierárquica. Porque alguns estão quase a terminar a sua carreira de funcionários, não esperam benefícios complementares.

Porquê então nós?

Simplesmente em obediência ao nosso conceito de «Hospital».

Para nós o hospital é um ente, complexo, embora, mas, porque é um ente, naturalmente unificado. O hospital é uma entidade, real, histórica, com corpo, com sangue, com músculos, com cérebro, com espírito. Constituem-na os doentes, os serventuários e os dirigentes. É um corpo vivo, orgânicamente diferenciado, mas um corpo. Ora, compete às funções intelectuais de cada corpo emitir ou formular juízos de valor acerca da sua própria história e do seu próprio destino. É assim também com o nosso hospital.

Nós, e só nós, carregamos com todo o passado desta comunidade e possuímos conscientemente o espírito que há-de conceber e dar forma ao seu futuro.

Esta homenagem ao Director dos Hospitais, é pois, acima de tudo, uma afirmação solene de unidade institucional e de união pessoal.

Unidade institucional, enquanto afirmamos a nossa adesão à sua orientação superior, à política que traduziu, em actos de governo, a nossa concepção de assistência integral.

União pessoal, enquanto nos juntamos à volta do director que estimámos, que achamos justo, firme, inteligente e bom.

É pois, uma homenagem de pessoas livres, a única que o Prof. João Porto seria capaz de aceitar.

## Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra

Sabemos que o problema da *Cardiologia* preocupou e prendeu sempre o espírito do Ex.<sup>mo</sup> Prof. Doutor João Porto, desde o início da sua carreira médica.

Conhecendo como os doentes do coração foram sempre abandonados, até mesmo pelo próprio legislador, quis S. Ex.<sup>a</sup> votar-lhes todo o seu carinho, todo o seu esforço e toda a sua actividade. Pessoa de infatigável labor, sempre pronto a dar-se aos desprotegidos da sorte, tomou sobre a sua égide a criação de uma vasta obra que abrangesse a cardiologia em toda a sua extensão: a) científico-docente; b) clínica; e c) social.

Em Setembro de 1940, lança os alicerces, traça as directrizes de um programa que foi publicado em 3 artigos no Jornal diário «Novidades».

Ao mesmo tempo, procura por todos os meios ao seu alcance, interessar na realização desta Obra, não só entidades superiores, como toda a classe médica.

Apresenta um relatório intitulado «Esboço de programa de uma Obra de Assistência Médico-Social aos Cardíacos» a S. Ex.<sup>a</sup> o Subsecretário de Estado de Assistência Social, para ser superiormente julgado.

Na mesma data, fez uma Conferência no Hospital de Santo António dos Capuchos, subordinada àquele tema e a convite da Direcção da Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos, a que presidiu o Ex.<sup>mo</sup> Dr. Aníbal de Castro, secretariado pelos Ex.<sup>mos</sup> Profs. Diogo Furtado e Adelino Costa.

Logo a seguir, é publicado este mesmo relatório, com pequenas alterações, no Boletim dos Hospitais da Universidade, sob o título «Assistência Médico Social aos cardíacos em Portugal», do qual S. Ex.<sup>a</sup> manda tirar grande número de exemplares, promovendo assim a sua difusão por todo o País.

Entretanto, os Ex.<sup>mos</sup> Director Geral de Saúde e Subsecretário de Estado da Assistência Social, dão o seguinte parecer e despacho:

*O «Esboço de Programa de uma obra de assistência médico-social aos cardíacos» sobre que V. Ex.<sup>a</sup> me determinou informação, é uma peça de medicina social elaborada sob um melhor conhecimento técnico e a mais racional teia de pensamento médico e de puro humanitarismo.*

*A mim modesto cultor da medicina social e portanto em contacto com muitos dados ali citados cumpre-me mesmo agradecer o ensejo de vir a conhecer dessas páginas uma concepção excelente, a par da erudição e do carácter didáctico que a envolvem.*

*Que convenha instituir uma organização dessas, não há que discutir; que o núcleo universitário da cidade de Coimbra se prestaria para início de tal instituição, não há que pôr em dúvida.*

*Como organização a lançar em todo o país, e principalmente, porque ela prende com aspectos de trabalho, de regramento de indústria e outra matéria de ordem geral e de economia, é que julgo, de certa utopia, querer montá-los em bases respeitáveis e produtivas, pelo menos, neste momento atribulado e dúbio.*

*Numa zona como em Coimbra, já ornada de toda ou quase toda a utensilagem técnica de ordem médica que ao caso interesse e onde reina sempre, e mais*

*fácilmente se propaga, qualquer indução de progresso orientada pela sua Universidade, julgo que a instituição dessa obra seria útil. Começaria naturalmente na parte que aproveitasse ao ensino pela consulta externa, laboratório de cardiologia e hospitalização possível e ao mesmo tempo inquérito regional. Depois, com o tempo, com as possibilidades, a agregação de todos os outros elementos a preencher os fins enunciados. De resto, começando em Coimbra ir-se-ia criando, pelo trabalho e conclusões ali obtidas, uma noção sobre a conformação de uma obra social a favor dos cardíacos e estender por Portugal inteiro quando assim fosse julgado oportuno e prático.*

*V. Ex.<sup>a</sup> determinará.*

*Direcção Geral de Saúde Pública, 8 de Novembro de 1940.*

O Director-Geral

(a) JOSÉ ALBERTO DE FARIA

Despacho de Sua Excelência o Subsecretário de Estado da Assistência Social: «Concordo; comunique-se ao autor do relatório apresentado e à Faculdade de Coimbra. — 8-XI-940 — (a) Joaquim Diniz da Fonseca».

Este despacho foi comunicado ao mesmo tempo ao Ex.<sup>mo</sup> Director da Faculdade de Medicina, na pessoa do Ex.<sup>mo</sup> Prof. Doutor João Porto, a S. Ex.<sup>a</sup> directamente e ao Director dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

O Prof. Doutor Ângelo da Fonseca, nessa data Director dos Hospitais da Universidade, em posse daqueles documentos, reúne o Conselho Técnico dos Hospitais da Universidade, em 23 de Outubro de 1940, para ouvir o seu parecer e, com a intenção de acompanhar S. Excelência, o Ex.<sup>mo</sup> Prof. Porto, nas suas aspirações.

*Ex.<sup>mo</sup> Sr. Director da Faculdade de Medicina:*

*Para os devidos efeitos, tenho a honra de comunicar a V. Ex.<sup>a</sup>, que o Conselho Técnico destes Hospitais em sua sessão de 23 de Outubro p. p., tomou conhecimento do Esboço do Programa de uma Obra de Assistência Social aos Cardíacos no país, da autoria do Prof. João Porto e esta Direcção resolveu, desde logo e com inteira concordância dos Ex.<sup>mos</sup> vogais presentes, promover a criação do Instituto de Cardiologia, onde serão englobados o actual Laboratório de Cardiologia e a sua Consulta Externa e, logo que seja possível, o internamento dos doentes do foro cárdio-circulatório, em serviço especial.*

*Devo também comunicar a V. Ex.<sup>a</sup>, que o Conselho consignou nessa acta o desejo de ver investido na Direcção do novo Instituto o Prof. João Porto.*

*Informo ainda que o Conselho Técnico na sua última sessão de 20 de Novembro corrente, feito sabedor da informação prestada pelo Ex.<sup>mo</sup> Director Geral de Saúde Pública e do despacho de S. Excelência o Senhor Subsecretário de Estado da Assistência Social sobre o referido «Esboço», comunicados a esta Direcção por officio de 14 do mês corren-*

*te, muito se congratulou com a merecida apreciação do trabalho.*

*Foi resolvido abrir imediatamente a Consulta Externa do novo Instituto.*

*Deverei ainda referir a V. Ex.<sup>a</sup>, que no «Esboço» do programa de uma obra de Assistência Médico-Social aos Cardíacos, há uma parte externa hospitalar, fora do âmbito desta Direcção.*

*Para efectivação do vasto programa enunciado não bastará a dedicada boa vontade desta Direcção. Torna-se indispensável a intervenção da prestigiosa Faculdade da digna Direcção de V. Ex.<sup>a</sup> e do venerando Reitor da nossa secular Universidade.*

*A valiosa colaboração da Faculdade desde já a solicito por intermédio de V. Ex.<sup>a</sup>.*

*Não esquecendo que dirigindo-me ao Ex.<sup>o</sup> Senhor Director da Faculdade de Medicina me estou dirigindo, ao mesmo tempo, ao autor do referido relatório, permita-me V. Ex.<sup>a</sup>, que aos protestos de subida consideração, junte a expressão muito sincera da minha admiração.*

*A Bem da Nação*

O Director

(a) ANGELO DA FONSECA

Ficou assim criado o Instituto de Cardiologia, tendo a Faculdade de Medicina confiado a sua Direcção ao Ex.<sup>mo</sup> Senhor Prof. Doutor João Porto.

Em 10 de Maio de 1941, depois de ouvido o Conselho Técnico, pela ordem de serviço n.º 182, da Direcção dos Hospitais, fica criada a Consulta Externa de Cardiologia numa das salas do Banco dos Hospitais da Universidade.

Pouco depois, em 10 de Setembro do mesmo ano, sai segunda ordem de serviço, n.º 187, da mesma Direcção, pela qual fica criado o serviço clínico para hospitalização de cardiopatas, com duas Enfermarias, uma para cada sexo, com a lotação de 24 camas.

Logo em seguida, para melhor cumprimento da sua missão, o Instituto entra em íntima colaboração com os Laboratórios e Institutos da Faculdade e, assim, diplomados e alunos, têm aí vasto campo e completa liberdade para estudar os doentes e realizar trabalhos de cardiologia; igualmente, Profs. e Assistentes, encontram à sua disposição grande número de elementos para melhor documentarem e enriquecerem as suas lições.

Se a Direcção dos Hospitais pôde preencher, através das duas ordens de serviço parte dos sectores: científico-docente e clínico, não estava no seu âmbito preenchê-lo completamente, de molde a realizar todo o programa de cardiologia a que S. Ex.<sup>a</sup> se tinha proposto, isto é, cardiologia em toda a sua universalidade e eficiência: tratamento e profilaxia, investigação e ensino, e obra social.

Entretanto, S. Ex.<sup>a</sup> elaborou os «Estatutos» porque se rege o Centro de Cardiologia, os quais foram aprovados em 20 de Abril de 1941.

Tudo estava pronto a funcionar, apenas lhe faltava preencher o sector social e, este, não era menos importante que os dois primeiros.

S. Ex.<sup>a</sup> compreendedor profundo do serviço social, tal como Richard Cabot, Marfan e tantos outros cientistas, sentia a lacuna imensa da falta deste serviço, adentro da sua clínica.

Por essa razão, procura criar ambiente e cultivar a classe médica de molde a receber o serviço social hospitalar.

Em 25 de Janeiro de 1940, faz uma conferência no salão nobre dos Hospitais da Universidade, presidida pelo Ex.<sup>mo</sup> Prof. Doutor Ângelo da Fonseca, intitulada «Serviço Social e o Hospital», da qual manda tirar grande número de separatas. Aí, S. Ex.<sup>a</sup>, trata com mão de mestre a questão do serviço social.

É duma tão larga visão, profundidade e clareza, que nós formulamos votos para que este trabalho seja lido por todos aqueles que de perto ou de longe tenham de lidar com os problemas sociais.

Sem dúvida ali encontrámos uma enorme fonte de riqueza científica sobre o que é, e como deve funcionar o serviço social hospitalar.

\*

Nos primeiros anos do Centro de Cardiologia Médico-Social, S. Ex.<sup>a</sup> aproveitou a generosidade dos serviços de de uma assistente social do Centro Social de Coimbra (Obra das Mães pela Educação Nacional) e, mais tarde, de algumas assistentes sociais da Escola Normal Social.

Apesar de todos os esforços feitos por S. Ex.<sup>a</sup>, no sentido de ter uma assistente

social privativa do Centro de Cardiologia, só o conseguiu em Julho de 1946, razão por que até esta data só podemos apresentar a estatística do Movimento clínico do Dispensário por nos faltarem os elementos do que se fez no sector social.

O número de doentes aí inscritos, de consultas e tratamentos é o que consta do seguinte quadro:

DATAS	NÚMERO DE DOENTES INSCRITOS			NÚMERO DE CONSULTAS E TRATAMENTOS		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
1941 (12 de Maio a fins de Dezembro).	55	147	202	141	517	658
	231	368	599	1.120	2.890	4.010
	575	313	887	3.684	6.485	10.159
	229	427	656	4.140	7.485	11.625
	215	604	621	3.814	9.620	13.434
1946 (até 2 de Agosto)	156	429	401	2.540	6.720	9.290

Os números aqui apresentados são já avultados. No entanto, o nosso Ex.<sup>mo</sup> Director prossegue no trabalho com o mesmo entusiasmo. Quer fazer vingar uma causa tão justa, tão palpitante, e que só S. Ex.<sup>a</sup> fez sair do abandono a que estava votada.

Nesse intento, publicou uma separata «Os Doentes do Coração Perante o Trabalho e a Previdência Social».

S. Ex.<sup>a</sup>, sabe que o doente do coração pela natureza da sua enfermidade

exige, para a resolução dos seus problemas de assistência e previdência, medidas e órgãos por assim dizer específicos. Uma vez instalada a cardiopatia, estes doentes nunca mais podem abandonar o Dispensário. Precisam de constante vigilância clínica e periódica tonificação.

A maior parte dos cardíacos, uma vez instalada a doença, vê-se obrigada a abandonar o seu antigo mister e a fazer rea-

daptação a uma profissão compatível com a sua reduzida capacidade funcional cardíaca.

Daqui a necessidade urgente, entre nós, de ser considerado o problema dos doentes do coração perante o trabalho e a previdência social.

Estes doentes constituem um problema completamente diferente de qualquer flagelo social. Enquanto neste, uma vez aplicada a terapêutica adequada desaparece a doença e o doente volta a gozar

# BRONCO-VITAM

Soluto oleoso injectável de quinina básica, cânfora do Japão, gomenol e vitaminas A e D<sub>2</sub>

Anti-séptico das vias respiratórias

# NEOFOSFAM

Soluto injectável de dimetil-amino-metil-fenil-fosfinato de sódio a 2%

Medicamento fosforado de perfeita tolerância e alta eficiência

LABORATÓRIOS ESTÁCIO  
PORTO

a alegria de viver e a poder auferir os seus proventos habituais, para aquele, o problema é eterno, visto jámais poder deixar de ser tonificado. Daí, eles exigirem da sociedade recursos diferentes para a solução dos seus casos.

\*

Em 1946, S. Ex.<sup>a</sup> publica um livro «Os Doentes do Coração—Sob o Aspecto Médico-Social» (Esboço de Um Programa de Assistência Nacional aos Cardíacos).

Quem tenha lido esta obra e todas as outras relacionadas com este assunto, teve ocasião de avaliar a profundidade de conhecimentos, e o apaixonado interesse com que S. Ex.<sup>a</sup> se tem devotado de alma e coração ao problema da Cardiologia.

Logo que o Centro de Cardiologia possuiu uma assistente social privativa, sentiu a necessidade de ter um «Fundo» com que pudesse acudir aos doentes nos casos de urgência. Foi essa a razão que levou o Ex.<sup>mo</sup> Prof. Doutor João Porto a elaborar uma circular, com uma tiragem de 8.000 exemplares, em que apelava para que os corações são e ricos viessem em socorro dos doentes e pobres. A este apelo acorreram almas generosas que são os sócios benfeitores do Centro de Cardiologia.

Se o serviço social não tem como principal missão distribuir dinheiro, mas sim estabelecer íntima ligação dos doentes:

- 1.º — Com o Dispensário, Hospital e Consulta Externa;
- 2.º — Com as obras de assistência, organismos públicos e privados, donde lhe possa vir o auxílio;
- 3.º — Servir de traço de união entre o doente e o médico, procurando quanto possível, individualizar o doente, saber qual a causa que deu origem à doença ou ao seu agravamento, devendo ao mesmo tempo inculcar ânimo e optimismo quer ao doente quer às famílias que o rodeiam;
- 4.º — Deve educar, preparar e corrigir o meio de modo a obter um melhor rendimento da acção conjugada do médico e da assistente social;
- 5.º — Tratar dos interesses dos doentes, interpretando leis que os favoreçam, conseguindo regalias a que têm direito, e que por ignorância não viriam a usufruir;
- 6.º — Obter-lhes colocações compatíveis com o grau funcional da sua cardiopatia para que o doente se não sinta, nem de facto o seja, socialmente inútil. Mas, se o fim do serviço social é o que acabamos de expor, também é certo, não poder deixar de acudir com a ajuda material, enquanto lhes não resolvamos a situação económica ou a da sua família.

Cabot, diz que o mais precioso dos ensinamentos consiste em indicar a origem doutros ensinamentos.

Porém, Perret, é de opinião que o estômago vazio não cria boas disposições

para escutar nem o que é mais bem dito, nem o que é dito com a maior bondade.

A verdade, porém, é que, temos de acudir inúmeras vezes a famílias privadas do seu chefe, por se encontrar temporariamente internado no Hospital a fazer a sua tonificação, temos que aquecer muitas camas desprovidas de roupas, vestir corpos desagasalhados, socorrer todos aqueles que têm de fazer a sua reeducação profissional e não tenham meios materiais nem a família abastada para prover ao seu sustento durante o tempo da sua nova aprendizagem.

\*

S. Ex.<sup>a</sup>, com a sua larga visão, tudo previu e a todos os pormenores atendeu.

Logo no início do nosso trabalho no Centro, incumbiu um médico inteiro dos serviços de Cardiologia, e a nós, de procedermos a um estudo em 4 das principais fábricas de Coimbra: Fábrica Triunfo, Fábrica das Malhas, Fábrica das Porcelanas e Fábrica de Lanifícios de Santa Clara, com o fim de classificar os misteres, consoante o dispêndio de energias gastas pelo trabalhador no desempenho da sua profissão.

E, assim, sempre que qualquer operário recorra aos serviços de cardiologia, é-lhe feito o diagnóstico, prescrita a terapêutica, e, ao mesmo tempo, é classificado segundo o grau funcional da sua cardiopatia, através das provas de Lewis. Logo, conhecendo nós o lugar que esse operário desempenha na Fábrica, podemos avaliar se o doente está a executar uma tarefa compatível com as suas energias e, no caso do esforço sobrepujar esta, devemos procurar a Direcção da Empresa onde o doente trabalha, pedindo para que o transfira para profissão onde possa render sem que se prejudique e, por sua vez, não prejudique a Empresa.

As conclusões do estudo feito às Fábricas foram os seguintes:

#### FÁBRICA TRIUNFO

I GRUPO	II GRUPO	III GRUPO
Pessoal de máquinas Estendedeiras Caixoteiros	Doceiros Amassadores	Empacotadeiras Raspadeiras Forradeiras

*Observações:* as profissões de: Forneiros, Ensacadores, Pesadores e Carregadores, são incompatíveis com o grau funcional do cardiopata, por demasiado violentas.

No pessoal de máquinas encontram-se englobados os operários que cortam as massas e os vigilantes dos moinhos.

#### FÁBRICA DAS MALHAS

I GRUPO	II GRUPO	III GRUPO
Surtideiras Talhadeiras Empregados de teares Dobadeiras Enformadeiras	Remadeiras Pensadeiras Costureiras	Cosedeiras Cezideiras Revistadeiras

*Observações:* Os misteres de pessoal de máquinas são incompatíveis com o grau funcional do cardiopata.

#### FÁBRICA DAS PORCELANAS DE COIMBRA

I GRUPO	II GRUPO	III GRUPO
Filtradores Lavadeiras de caolino Chacoteiros Vidradores Roçadeiras Oleiros rodistas Lapidadores Polidores Embaladeiras	Oleiros Espanadores Cromadeiras Eiladores Escolhedeiras	Acabadeiras do vidro Acabadeiras de lambuge Acabadeiras de Oleiros Pregadeiras de asas

*Observações:* As profissões de preparadores de barro, pessoal de máquinas e forneiros são incompatíveis com o grau funcional do cardiopata.

#### FÁBRICA DE LANIFÍCIOS DE SANTA CLARA

I GRUPO	II GRUPO	III GRUPO
Preparadores de estambre Apanhadeira de fios Penteadeiras Ajuntadeiras de fios Operários de acabamento Lavadeiras Tecerões Caneleiras	Cardadores Apanhadeiras de fio Ajuntadeiras Arrematadeiras Urdideiras	Encarregados de tesouras Operários da máquina de passar a ferro Pinçadeiras Cezideiras Porteiro

*Observações:* Os misteres dos operários encarregados do transporte dos «cilindros» das urdideiras para os teares são incompatíveis com o grau funcional do cardiopata.

\*

Em 1947, o nosso Ex.<sup>mo</sup> Director publica o primeiro relatório das actividades do Centro.

A Obra que começou pequena, vai tomando proporções. Nesse relatório, S. Ex.<sup>a</sup>, procura por todos os meios, os mais convincentes possível, chamar a atenção de quem de direito, para tamanho flagelo que avassala tantos pobres de Cristo, e que estão votados a um grande esquecimento de tudo e de todos.

Apresenta dados estatísticos em que prova ser a doença do coração a que mais vítimas produz.

Diz que o Centro de Cardiologia tem ambições de realizar, no centro do país, um programa de medicina social que se pode resumir nas seguintes linhas gerais: «1.º — Auxiliar economicamente o cardíaco, para que ele consiga fazer o tratamento devido;

2.º — Atender, quando tal convenha, o padecente no domicílio, de modo que

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

ele possa aí seguir fielmente a terapêutica prescrita;

3.º — Melhorar as condições higiénicas da sua habitação ou as condições materiais do seu trabalho;

4.º — Promover a orientação vocacional dos cardíacos jovens, aconselhando-lhes o tipo de profissão mais compatível com as suas possibilidades físicas;

5.º — Reeducação profissionalmente os cardíacos adultos, orientando-os para mister mais suave, por forma a poderem bastar-se a si próprios, sem prejuízo da sua saúde;

6.º — Amparar, finalmente, aqueles que tenham atingido os extremos da invalidez».

Em seguida, fala-nos do que foram as actividades do Centro durante esse ano. Avancemos para 1948. O Ex.º Prof. João Porto, depois de dizer o que é o Centro de Cardiologia e quais os seus fins, relata as suas actividades.

Quis focar o impulso que deu ao sector Científico-Docente, à semelhança do que vem fazendo desde o início desta Obra, promovendo um curso de Angio-Cardiologia com grande êxito.

Estas lições foram sempre assistidas, por numeroso público médico e pronunciadas por grandes cultores, membros ilustres da medicina portuguesa.

Os nomes e as lições foram as seguintes:

Prof. Maximiano Correia — *A circulação coronária cardíaca;*

Prof. M. Mosinger — *Patologia cardiorenal-vascular. Alergia e sistema neuroendócrino;*

Doutor Arsénio Cordeiro — *Enfarte da aurícula;*

Prof. Hernâni Monteiro — *Revascularização dos órgãos deficientemente irrigados. Revascularização do rim e hipertensão experimental;*

Prof. Silva Pinto — *Revascularização cardíaca experimental;*

Dr. Lima Basto — *Aspectos clínicos do tratamento cirúrgico da angina do peito, em especial da revascularização do miocárdio;*

Prof. Moniz de Bettencourt — *Considerações sobre o tratamento do cardíaco em insuficiência;*

Prof. Sousa Pereira — *A cirurgia no tratamento da angina do peito;*

Prof. Pereira Viana — *Problemas da fisiopatologia da insuficiência cardíaca;*

Dr. Madeira Pinto — *Aspectos actuais da clínica das cardiopatias congénitas;*

Doutor Antunes de Azevedo — *Cardiopatias e risco operatório;*

Dr. José Lopes Dias — *Serviço Social e cardiologia;*

Dr. Ramos Lopes — *Cardite reumatisal;*

Prof. Mário Trincão — *Angio-cardiopatias sifiliticas;*

Dr. Luís Previdência — *Interpretação das alterações electro-cardiográficas nas pericardites;*

Prof. Mário Moreira — *Dor precordial;*

Prof. M. Cerqueira Gomes — *Reflexões sobre o conceito da angina de peito;*

Prof. Francisco Gentil — *A nossa contribuição para a cirurgia cardíaco-pericárdica e como conceber hoje a cirurgia de urgência nos traumas do miocárdio.*

O nosso ilustríssimo Director, neste curso, também proferiu uma lição subordinada ao título — *Enfarte do miocárdio ventricular.*

Assim se vai preparando o meio. Entretanto, o público e os Laboratórios vão-se interessando pela Obra. Assim é que, o Laboratório Sanitas, em 1949, quis

distinguir o Centro de Cardiologia, conferindo-lhe dois prémios anuais. O primeiro, de 3.000\$00, atribuído ao melhor trabalho de cardiologia científica (trabalho original e de investigação clínica ou experimental) e o segundo, de 2.000\$00, atribuído ao melhor trabalho escrito de cardiologia médico-social, fundamentado em dados reais de experiência através do Dispensário instalado em qualquer cidade do território português, exceptuando o de Coimbra.

Este ano, o Ex.º Prof. Porto publica, no relatório das actividades do Centro, um «Programa Nacional de luta contra a cardiopatia e de Assistência Médico-Social ao cardíaco».

Passemos ao ano de 1950. S. Ex.ª, persiste e prossegue na luta. Novo relatório elucidativo do que se fez e do muito que aspiramos fazer.

O Centro de Cardiologia, por suas actividades assistenciais e seus meios de propaganda, em muito tem contribuído para que o povo português se aperceba de qual deva ser o lugar exacto dos doentes do coração no quadro da medicina social.

Por isso, o Ex.º Prof. Porto, chama a atenção dos poderes públicos para a «necessidade da criação legal do Instituto de Assistência Nacional aos Cardíacos». Traça um programa donde o legislador poderá extrair alguns elementos para a criação da Assistência Nacional aos Cardíacos.

Refere ainda, que em todos os países civilizados, já se encontra legislada a Assistência Médico-Social aos Cardíacos. Encontrámo-nos em 1951.

Novo rebate de clarins. Agora, S. Ex.ª avança mais além, publicando, no relatório deste ano, um admirável trabalho intitulado «Doentes do Coração e seu lugar na Medicina do trabalho».

Tal como a árvore plantada em terreno fértil, que cresce, cria raízes e produz frutos, assim o Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra, vai desenvolvendo a sua acção, progredindo na arte de bem fazer. O seu nome tem sido levado pelo Ex.º Director ao mundo inteiro, através das suas publicações, através da sua ciência, através de comunicações apresentadas nas sessões periódicas da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, cuja fundação se deve ao seu esforço e entusiasmo, em Congressos Nacionais e internacionais e em artigos publicados em revistas portuguesas e estrangeiras.

É frequente chegarem até nós, pedidos de relatórios das actividades do Centro de Cardiologia, vindos da Argentina, Espanha e de diversos países, a quem o problema da cardiologia faz vibrar.

Podemos avaliar do seu progressivo crescimento pelo quadro sinóptico que aqui inserimos.

Os números já são avultados, mas eles só ilucidam até onde chega a sua capacidade. Quantos trabalhos, quantas canseiras, quantas preocupações que os números nada podem dizer!

MARIA SANCHES DA LUZ  
MARTINS

(Assistente Social dos H. U. C.)



**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**

# MISSÃO À ÍNDIA DE PROFESSORES DA METRÓPOLE

*Os nossos colegas da Índia Portuguesa receberam com entusiasmo, desvanecimento e carinho os quatro professores que foram da Metrópole para ali realizarem conferências. Os primeiros ecos do que se passou em Nova Goa foram transmitidos aos leitores de «O Médico» pelo nosso colaborador Dr. Ventura Pereira. Hoje publicamos, na íntegra, a mensagem do Sr. Ministro do Ultramar que foi lida na sessão inaugural das conferências e os discursos proferidos pelo Prof. Pacheco de Figueiredo (director da Escola Médica de Goa), pelo Prof. Vaz Serra e pelo Sr. Governador Geral da Índia Portuguesa. Solicitam-nos, de Goa, com o maior interesse, que aqui publiquemos na íntegra esses discursos; e nós, apesar da falta de espaço com que actualmente lutamos, vamos fazê-lo gostosamente, associando-nos, assim, ao extraordinário regosijo que causou em toda a população da Índia Portuguesa a missão que o Sr. Ministro do Ultramar nomeou.*

No salão do Instituto Vasco da Gama, sob a presidência do Sr. Governador Geral, realizou-se, no dia 14 de Outubro, a sessão solene em honra da missão médica de expansão universitária. S. Ex.<sup>a</sup> estava ladeado pelos Srs. Director da Escola Médica, Prof. Pacheco de Figueiredo, presidente da Ordem dos Médicos, Dr. Luís dos Santos Álvares, deputado Dr. Sócrates da Costa e o representante do Instituto Vasco da Gama, Deputado Mons. Cónego Castilho de Noronha.

Aberta a sessão foi lida a seguinte mensagem do Ministro do Ultramar:

Com mais de cem anos, remoça agora a veneranda Escola, matriz e decana do ensino médico no Oriente, donde tem irradiado revoadas de pioneiros que serviram e ilustraram o velho solar materno e levaram, às terras virgens de Angola e Moçambique, um grande contributo de saber e abnegação, ajudando a abrir para o povoamento e civilização, as novas províncias africanas; e também os que difundiram pelo interior do Indústão o prestígio da Medicina Portuguesa e a fama dum pequeno Estado, representante e segunda Metrópole duma cultura a que viera através dos mares e ali se implantara e florescera no mais brilhante e humano esplendor que o Oriente conheceu.

A história da Escola Médico-Cirúrgica de Goa pode avaliar-se na pleiade de ilustres nomes que preparou. Grandes figuras deste Estado e da Nação Portuguesa, grandes nomes da própria humanidade. Homens cujo campo de acção se estendeu por todos os ramos do saber médico e por todos os continentes, servindo humildes e soberanos, nos sertões ou nas cidades. Graças à sua Escola, continua a Índia Portuguesa a colher os mais altos benefícios assistenciais, dificilmente excedidos seja aonde for. É este um enorme serviço que prestou e presta e uma grande dívida que o Estado tem para com ela. Por isso tudo o que se faça para a exaltar é bem merecido.

Vai neste momento ser visitada, em missão de intercâmbio e vivificação científica, por ilustres professores das três Faculdades de Medicina e do Instituto de Medicina Tropical, que assim oferecem aos seus colegas do Estado da Índia uma solidariedade e uma presença que têm o significado duma colaboração. A Escola Médica sentirá que junto dela, prontos a contribuir para a sua elevação e aperfeiçoamento, se encontram os grandes institutos metropolitanos que vão participar no estudo e resolução dos seus problemas e no desenvolvimento do ensino, com o entusiasmo renovador que a todos anima.

É uma nova época que se abre e novos horizontes que se desenham para a benemérita Escola a quem desejo longa vida ao serviço da Nação.

25-9-1953.

SARMENTO RODRIGUES  
Ministro do Ultramar



O Snr. Ministro do Ultramar, comandante Sarmento Rodrigues

## Discurso do Prof. Pacheco de Figueiredo

A seguir, proferiu o seguinte discurso o Prof. Pacheco de Figueiredo, director da Escola Médica de Goa:

ESTA É A DITOSA ESCOLA MINHA AMADA. Sejam estas as minhas primeiras palavras após a leitura da mensagem que S. Ex.<sup>a</sup> o Ministro do Ultramar se dignou dirigir-lhe.

ESTA É A DITOSA ESCOLA MINHA AMADA — o mais glorioso padrão que Portugal Intelectual implantou nas terras do Oriente, como testemunho de apreço e admiração que lhe merecia o talento indo-português. Com lutas e sacrifícios até ao heroísmo, bem cumpriu ela, com galhardia, a nobre missão que lhe fora confiada. Nesta sessão solene, após as magnificas palavras de Sua Ex.<sup>a</sup> o Ministro do Ultramar e a honrosa visita dos doutos catedráticos que da Metrópole nos trazem um amplexo de fraterna amizade, eu sinto a glorificação da minha Escola e antevejo para ela um futuro a que tinha direito pela firme posição que marcou em mais de um século de trabalho indefeso ao serviço da Nação. É que a sublimidade do Ideal que se serve não se avalia pela altura do monumento que ela representa. Foi em modestos laboratórios que Ramon y Cajal e Egas Moniz fizeram as suas notáveis descobertas e numa época em que a Europa triunfante era dominada por vastos Impérios, da ponta de Sagres, Portugal, país pequenino, num

rasgo de génio, deu ao mundo novos mundos.

Sim, eu antevejo para a Escola um futuro radioso, uma era nova que será a mais cabal realização dos anseios, das aspirações, dos sonhos de tantas e tantas gerações, de Mestres e Discípulos que, na Índia ou nas terras do Império Português, deram o seu contributo não só para a cultura médica nacional mas também para as campanhas sanitárias e de ocupação, muitos deles sacrificando as suas vidas no posto de honra.

Recordar o Passado!... É Albino Pascoal da Rocha, que, com outros oficiais de expedição, morre em 1858 chacinado nas margens do Zambézia a golpes de machadinha, vibrados pelos pretos do Bonga; é João José Crisóstomo de Figueiredo, cirurgião-mor do Batalhão Expedicionário organizado na Índia contra o Bonga que, morre em 1871, na Zambézia; são Aleixo Caetano de Sousa (1869 Moçambique), Filomeno da Piedade e Sá (1893, Guiné), Cosme Valério Delgado (1892, Angola), Belarmino Lobo (1832, Timor), Luís Caetano de Santana Álvares, Torre e Espada (1894, Guiné) e outros que nas campanhas coloniais da última metade do século findo operam prodígios e são condecorados, louvados e citados.

Senhores Catedráticos.

A Índia Portuguesa, saudosa, revê em V. Ex.<sup>as</sup> esses goeses do Passado e do Presente que, pelo seu talento e esforço conquistaram as cátedras Universitárias e que, honrando-as, honraram também a sua terra natal e os nomes de alguns deles, pelas cintilações de sua inteligência, brilham, na Metrópole, muito mais do que o oiro e as pedrarias da Índia dos tempos idos.

Coimbra traz escrito no seu Livro de Oiro o nome do seu deputado Raimundo Venâncio Rodrigues, lente da Faculdade de Matemática. A Escola Politécnica regista nos seus anais o facto inédito de se ter criado uma cadeira especial para se aproveitar a alta competência de Isidoro Emílio Baptista; Caetano Manuel Roque Alves, laureado nas Faculdades de Filosofia e de Matemática, e Cristóvão Aires, um dos grandes cultores de letras nacionais, foram distintos lentes da Escola do Exército. Quem na época não teria ouvido falar da eloquência de Frei Constância de Faria, lente da Faculdade de Teologia de Coimbra e Director do Seminário de Sernache? Já não pertence à Índia, mas ao mundo científico, o nome de Agostinho Vicente Lourenço, sábio químico, professor da Escola Politécnica, Manuel Vicente Bruto da Costa e José Júlio Rodrigues foram durante longos anos mestres consagrados, respectivamente, da Escola Naval e Escola Politécnica. Todos se recordam do carinho que Monsenhor Rodolfo Delgado, da Faculdade de Letras de Lisboa, pôs no estudo das línguas orientais, tradição mantida mais tarde pelo seu sucessor, o professor Mariano Saldanha. O Instituto Superior de Agronomia aponta o talento privilegiado do seu Mestre Cincinato da Costa, como um dos maiores benfeitores da vinicultura nacional. E ainda hoje honram as cátedras: Armando Gon-

galves Pereira, Director do Instituto Superior das Ciências Económicas e Financeiras e Luís Cincinato da Costa, do Instituto de Agronomia.

No campo de medicina: Silva Teles, Ministro e Professor da Faculdade de Letras e do Instituto Superior do Comércio, foi um dos grandes directores da Escola de Medicina Tropical de Lisboa. No alto duma das maiores Maternidades que Lisboa possui, lê-se o nome do insigne parteiro Alfredo da Costa. Gama Pinto, sábio oftalmologista, tem o seu nome ligado a um grande Instituto. Bettencourt Rodrigues, ministro e professor regeu com alta competência o curso de neuro-patologia e psiquiatria no Hospital de Rilhafoles. Porto ainda hoje chora ao evocar a memória bendita do clínico abalizado que foi Roberto Frias, vítima do dever profissional em plena epidemia do tifo exantemático. Per-

ao futuro médico sólida preparação para bem exercer a sua humanitária missão.

Dentro destes são princípios, Sua Ex.<sup>a</sup> o Ministro do Ultramar, Senhor Comandante Sarmento Rodrigues, a quem vão neste momento as nossas respeitadas homenagens e os protestos de sincero reconhecimento, escolheu quatro catedráticos dos mais ilustres, categorizados representantes de todos os sectores do ensino médico em Portugal, para organizar, na Escola de Goa, um Curso de Extensão Universitária, dando assim mais uma prova de apreço e carinho que lhe merecem este estabelecimento do ensino e as classes médica e farmacêutica que constituem, sem dúvida, a *élite* intelectual desta terra. O notável êxito da missão ficou patenteado pelo numeroso auditório, que durante semanas que decorrem tem vívido horas de inesquecível prazer espiritual, escutando as lições dos aba-

doenças parasitárias, não só pelos seus numerosos trabalhos publicados em revistas nacionais e estrangeiras, mas também pela sua actuação nas conferências e nas Missões em que tomou parte como representante do Governo Português ou do Instituto de Medicina Tropical:

Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências, reunido em Córdova e Missão de estudo ao Brasil a convite do Governo desse país, em 1944.

Missão de estudo aos Institutos Pasteur de Casablanca, Argélia e Tunis e aos Serviços de Saúde e de Parasitologia do Egipto, Comissão Portuguesa para o estudo da colaboração Luso-Francesa em matéria colonial. Conferências Internacionais de Bruxelas e Luso-Britânica de Londres, em 1947.

IV Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária, em 1948.

Conferência Internacional sobre a Nutrição realizada em Dachang (Camarão Francês), Conferência Científica Regional Africana de Joanesburgo e Cerimónias comemorativas do cinquentenário da Fundação de Liverpool of Tropical Medicine, em 1949.

V Congresso Internacional de Microbiologia realizado no Rio de Janeiro. Cerimónias comemorativas de cinquentenário da Fundação do Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo e Congresso Alemão de Microbiologia, em 1950.

Conferências de Educação Médica Africana, em Dakar e XXI Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências, em 1951.

Comissão de Cooperação Técnica em África, de 1951 a 1953.

V Congresso Internacional de Medicina Tropical reunido em Istambul, no ano corrente.

A sua vasta bibliografia abrange interessantes trabalhos sobre parasitoses intestinais, em especial anquilostomíase e amebíase, bilharsiose, dracunculose, Kala-azar, fasciolose hepática, merecendo também referências os seus estudos sobre Leptospirose nos cães de Lisboa e doença do sono.

Como conferencista não posso deixar de citar as conferências proferidas na Academia das Ciências do Rio de Janeiro, no Instituto Oswaldo da Cruz, na Universidade do Recife, no Instituto Britânico de Lisboa e, finalmente, em diferentes cursos de aperfeiçoamento realizados em Lisboa e Coimbra.

A Medicina Portuguesa do Ultramar deve-lhe relevantes serviços pelos estudos efectuados na Guiné Portuguesa, sobre a doença do sono, e em Moçambique sobre a bilharsiose. Mas a sua actuação sobremaneira notável foi na transformação da velha Escola de Medicina Tropical no jovem Instituto que, graças aos seus esforços e do corpo docente, é um estabelecimento de ensino que se impõe à consideração dos seus congéneres, sendo o I Congresso Nacional de Medicina Tropical, realizado em 1952 e de que o Prof. Fraga de Azevedo foi presidente, uma bela consagração pelo cinquentenário da sua fundação.

Pelos seus méritos e prestígio, o Prof. Fraga de Azevedo foi escolhido por uma assembleia constituída de mais de 700 delegados reunidos em Istambul, para presidente da Comissão Organizadora do VI Congresso Internacional de Medicina Tropical, que se realiza em 1958 e que contribuirá ainda mais para elevar o nome da Medicina Portuguesa e do Instituto de Medicina Tropical.

Desde os seus tempos de estudante de medicina, o Sr. Prof. João Cândido da Silva Oliveira manifesta uma extraordinária tendência para a investigação laboratorial, tendo terminado a licenciatura na Faculdade de Lisboa com a alta classificação de 20 valores na cadeira de Bacteriologia e Parasitologia. Completa a sua educação médica com o internato dos Hospitais Cívicos e, logo em 1933 é nomeado, por concurso de provas práticas, chefe do Laboratório da 1.<sup>a</sup> Clínica Médica do Hospital Escolar e mais tarde, em 1936, assistente da cadeira de Bacteriologia e Parasitologia. Nesta sua



Entre a assistência, os Professores Cândido de Oliveira, Vaz Serra, Fraga de Azevedo, Alvaro Rodrigues e os da Escola Médica de Goa

tence à minha geração Aires de Sousa, radiologista e agregado da Faculdade de Lisboa. E se a Índia não teve o seu representante na Faculdade de Coimbra, a velha madre da cultura médica lusitana deu-lhe em compensação o que tinha de melhor: alguns dos precursores do ensino médico em Goa foram lentes daquela Faculdade.

Senhores Catedráticos:

A Índia Portuguesa, desvanecida, saúda em V. Ex.<sup>as</sup> o Portugal Intelectual, de que sois dignos embaixadores, e a que ligam mais de 4 séculos de solidariedade espiritual o mais belo elo que os une. Sêde intérpretes deste seu sentir. A vossa visita a este Estado, com indiscutíveis sacrifícios pessoais, representa quanto Portugal ama e quer a esta pequena parcela do Ultramar.

Excelências:

Minhas senhoras e meus senhores:

Um dos problemas mais ingentes que preocupa a medicina contemporânea é a determinação, de fixação das normas reguladoras do seu ensino. Embora Escolas Médicas floresçam em todas as partes do globo, uma pergunta, cheia de ansiedade, surge na mente dos seus dirigentes: Qual o sistema ideal do ensino médico? A primeira conferência mundial sobre a Educação Médica realizada em Agosto do corrente ano, em Londres, sob os auspícios da Associação Médica Mundial, e a que tive a honra de assistir como delegado do Ministério do Ultramar e na qual foram debatidos temas de extraordinário valor pedagógico para professores e estudantes, constituiu sob este ponto de vista um verdadeiro *mise au point*. Ora, neste certame de Mestres se verificou quão útil e interessante era para o progresso do ensino o intercâmbio intelectual entre diferentes estabelecimentos, por forma a haver, permita-se-me o termo, uma mútua transfusão de ideias e processos novos tendentes a dar

lizados Mestres, nas quais não se sabe que mais apreciar, se a profundidade dos conhecimentos técnicos e dos conceitos, se a perfeição do ensino ou o brilho da expressão. Muita razão tinha Monrad-Krohn para afirmar na sessão inaugural do V Congresso Internacional de Neurologia:

«Portugal de hoje encontra-se ao nível das suas velhas glórias, principalmente no campo da ciência».

Do Instituto de Medicina Tropical nos vem o seu Director o Sr. Prof. João Fraga de Azevedo. Tendo concluído o curso médico em 1929 na Faculdade de Coimbra, com a elevada classificação de 19 valores, Fraga de Azevedo começa a sua carreira em 1930 como médico da Armada e nessa qualidade tem ensejo de visitar diversos serviços médicos na Índia, Indochina, Portos do Mediterrâneo, Angola, Cabo Verde, S. Tomé e Príncipe, Congo Belga e Serra Leoa. Certamente esta visita exerce no seu espírito influência decisiva para se dedicar ao estudo de moléstias tropicais, mantendo deste modo as tradições dos velhos mestres Silva Teles, Aires Kopke e José de Magalhães, também médicos da Armada. Assim, em 1931 é nomeado assistente da Escola de Medicina Tropical, e mais tarde pelos seus incontestáveis méritos ascende sucessivamente aos cargos de professor auxiliar de Zoologia Médica, professor efectivo, e finalmente, em 1943, de Director do Instituto de Medicina Tropical.

Sócio honorário da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e da Sociedade Portuguesa de Pediatria, «Membre d'honneur» da Sociedade Belga de Medicina Tropical, professor proficiente com profundos conhecimentos técnicos da especialidade, analista de grande valor dos Hospitais Cívicos, Fraga de Azevedo ocupa hoje um lugar de relevo no seio das Sociedades de Medicina Tropical e da O. M. S. de que é perito na secção de



**PRODUTO ORIGINAL, NUMA EMULSÃO PASTOSA, DE GÔSTO AGRADABILÍSSIMO!**

COMPOSIÇÃO	CÁLCIO ORGÂNICO . . . . .	0,80 gr	%
	FÓSFORO ORGÂNICO . . . . .	0,50	%
	FERRO ORGANICO . . . . .	0,03	%
	ARSÊNIO ORGÂNICO . . . . .	0,03	%
	MANGANEZ ORGÂNICO . . . . .	0,03	%
	MALTE DE CEVADA GERMINADA . . . . .	15,00	%
	CONCENTRADO VITAMÍNICO DE ÓLEO DE GADUS MORRHUA, L. . . . .	{ Vitamina A — 50.000 U. I. % { Vitamina D — 20.000 U. I. %	
	VITAMINAS DO COMPLEXO B: . . . . .	{ Vitamina B <sub>1</sub> — 5.000 U. I. % { Vitamina B <sub>2</sub> — 3.000 gam. % { Vitamina PP — 0,025 gr. %	

Distribuidor para Portugal, Ilhas e Colónias  
**M. RODRIGUES LOUREIRO**  
 RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA

primeira fase de labor científico, Cândido de Oliveira publica no C. R. S. Biol, em colaboração com Eduardo Coelho, trabalhos de bioquímica versando temas até então inéditos. Estes seus trabalhos e as altas qualidades que possui, criam admiração dos mestres.

De forma que, quando com a morte dos professores Carlos França, Nicolau Bettencourt, Aires Kopke e Pereira da Silva, desaparecia a velha escola bacteriológica de Lisboa fundada por Câmara Pestana e Aníbal Bettencourt, as esperanças da Faculdade se dirigem a João Cândido da Silva Oliveira que, conquistara, após provas públicas, o título de professor agregado. O Prof. Cândido de Oliveira, nesse momento delicado, põe, ao serviço do Instituto Câmara Pestana que passa a dirigir, primeiro como professor extraordinário e mais tarde como catedrático de Bacteriologia e Parasitologia, todo o seu talento privilegiado e a sua incansável actividade. Quem tiver visitado aquele Instituto e os seus diferentes departamentos, reconhece quão fecunda tem sido a acção do Prof. Cândido de Oliveira. Cria a secção destinada a preparar a vacina anti-tífica-paratífica para o exército e outras instituições; remodela totalmente o pavilhão dos laboratórios de investigação e ensino; organiza com extraordinária competência o serviço de vacina anti-tuberculosa B. C. G., instalação absolutamente modelar que permite a produção de vacina para todo o País, incluindo as Províncias Ultramarinas; moderniza os serviços anti-rábico e anti-diftérico, enfim transforma o Instituto Câmara Pestana num centro do estudo e de investigação de bacteriologia, imunologia e virulogia, respeitado nos meios internacionais. Eu mesmo, durante a minha visita como bolseiro de O. M. S. a alguns centros científicos da Europa, ouvi lisonjeiras referências aos trabalhos de investigação do Prof. Cândido de Oliveira e seus colaboradores. Referir-me-ei, em especial, dada a sua alta categoria, aos professores Gastinel, de Paris, Mooser, de Zurique, e Houduroy, de Lausana, que conserva no Centro de colecções de Tipos Microbianos (Bureau Internacional de Culturas) as estirpes de origem portuguesa.

Mas a sua actividade não se limita apenas ao Instituto e ao serviço docente da

sua Faculdade de que é um dos proficientes mestres. Organiza cursos de aperfeiçoamento para médicos e biólogos e participa também em diversos cursos e reuniões no País, dando sempre uma valiosa contribuição no ramo que cultiva: — No Instituto Rocha Cabral e no Instituto de Medicina Tropical, nos cursos de aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde e da Ordem dos Médicos, nos ciclos de Pediatria e Puericultura, na Sociedade de Pediatria, na Reunião da Raiva no Porto.

Foram festejadas as suas memórias apresentadas ao 1.º Congresso Nacional de Medicina Tropical sobre o Diagnóstico da Raiva e a necessidade de largo uso da vacina antituberculosa B. C. G., nas Províncias Ultramarinas. Todos se recordam também quão brilhante foi a sua conferência na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa sobre a inocuidade do B. C. G. durante uma acesa controvérsia sobre o assunto.

O Prof. Cândido de Oliveira tem visitado os principais Institutos Bacteriológicos do mundo e trabalhou especialmente no Instituto Serológico de Copenhague e no Instituto Lister de Londres. Tomou parte nos Congressos Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências e nos últimos Congressos Internacionais de Microbiologia, sendo no do Rio de Janeiro a convite do Governo Brasileiro. Também a convite tomou parte na V Reunião da Union Internationale contre la Tuberculose, no Rio de Janeiro, onde foi relator do tema «Imunidade da Tuberculose», e na 1.ª Conferência de Educação Sanitária, realizada em Londres, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde.

Sócio da Sociedade Portuguesa de Biologia, da Sociedade Portuguesa de Ciências Naturais da Sociedade das Ciências Médicas, da Union Internationale Contre la Tuberculose e da Comissão permanente de toxonomia da Sociedade Internacional de Microbiologia, o Prof. Cândido de Oliveira é, sem dúvida, uma individualidade de extraordinário relevo nos meios universitários e internacionais.

A Cirurgia Portuguesa está representada pelo Sr. Prof. Álvaro António Pinheiro Rodrigues, da Faculdade do Porto.

Concluído o curso médico com grande distinção em 1937, é o Prof. Hernâni Monteiro, o grande forjador de Mestres, quem orienta e guia os seus passos com aque-

segurança e método que tornariam, anos depois, Álvaro Rodrigues um cirurgião de grande reputação. Hernâni Monteiro, descobrindo valores e vocações cria uma Escola de Mestres — *teaching the teacher to teach* —. Amândio Tavares, Rector Magnificus, Álvaro Rodrigues, Sousa Pereira, Luís Pina e o saudoso Roberto Carvalho, para me referir só a alguns — são nomes que honram a Faculdade e o seu sábio Mestre.

Na primeira fase da sua preparação docente Álvaro Rodrigues dedica-se fervorosamente à Anatomia, à aquisição de técnicas mais delicadas, tais como injeções vasculares, disseções do sistema nervoso, etc., elaborando, como assistente e encarregado de trabalhos práticos, trabalhos de investigação de neurologia sobre o frénico, potruguesas e estrangeiras e honrosas referências, simpático cervical e torácico. A sua tese de doutoramento «Ansa Hepoglossi» merece numerosas apreciações em revistas portuguesas e estrangeiras e honrosas referências dos Profs. Castaldi e Rouvière. Faz estágios nos serviços de Rouvière e Forster (Anatomia), Leriche (Cirurgia Experimental) e Bouin (Histologia). Com o seu discípulo Sousa Pereira, hoje professor de Medicina Operatória e conhecido investigador, inicia os trabalhos sobre a morfologia do sistema linfático e as conclusões a que chegam têm a honra de serem incluídas pelo Prof. Rouvière no Tratado sobre «L'Anatomie des lymphatiques de l'Homme». Estes seus trabalhos teriam posteriormente uma grande repercussão na cirurgia e cancerologia e colocariam a Escola de Hernâni Monteiro, ao lado das de Egas Moniz e Reinaldo dos Santos — três Escolas portuguesas que tiveram a prioridade nos estudos respectivamente, de linfografia, encefalografia e aortografia.

Álvaro Rodrigues continua a sua formação no Laboratório de Cirurgia Experimental fundado por Hernâni Monteiro, e dedica-se com afinco:

No domínio do Sistema Linfático, ao estudo de sua visibilidade radiográfica no vivo e no cadáver, aos enxertos e transplantações ganglionares; no campo do sistema vascular, à circulação arterial de cabeça e do coração, o papel das intervenções simpáticas sobre o coração, inversão de circulação pela anastomose artério-venosa, intervenção proposta e já executada em doentes com gangrena das extremidades; no sistema ósseo, aos enxertos autoplásticos, homoplásticos e do osso morto e a sua influência sobre o crescimento dos ossos; no aparelho respiratório em colaboração com o Prof. Roberto Carvalho, a cinemática respiratória e o dinamismo cardíaco; no aparelho digestivo, à influência da interrupção dos nervos esplancnicos na cicatrização das feridas gástricas; e, finalmente, na cancerologia, à importância do sistema linfático na patogenia, evolução e terapêutica de doenças cancerosas, nas suas diversas localizações, estes últimos trabalhos efectuados no Instituto Português de Oncologia. Assim munido de uma sólida preparação, Álvaro Rodrigues consagra-se inteiramente à Cirurgia, tendo como seu orientador o eminente cirurgião o Prof. Francisco Gentil de quem vem a ser um dos melhores colaboradores. A multiplicidade de casos clíni-

**MARTINHO & CA.**

Tudo o que interessa a medicina e cirurgia

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

ALTA EFICIÊNCIA EM TODO O LARGO  
ESPECTRO TERAPÊUTICO DO CLORANFENICOL

**TIFOCLOR**

**SUSPENSÃO PEDIÁTRICA**

PALMITATO DE CLORANFENICOL . . . . . 4,35 grs.

VEÍCULO APROPRIADO q. b. p. . . . . 100 c. c.

FRASCO DE 50 C. C. DE SUSPENSÃO DA QUAL UMA COLHER DE CHÁ CONTÉM O  
EQUIVALENTE A **125 mgrs.** DE CLORANFENICOL

NAS CRIANÇAS EM REGRA UMA COLHER DE CHÁ DE 6 EM 6 HORAS

O **TIFOCLOR** VEM FACILITAR EXTRAORDINARIAMENTE  
A MINISTRAÇÃO DO CLORANFENICOL, PELO SEU SABOR AGRADÁVEL  
E PORTANTO DE FÁCIL MINISTRAÇÃO NAS CRIANÇAS



**LABORATÓRIO SANITAS**

cos que passam pelo Instituto de Oncologia e pelos Hospitais do Porto e de Santa Marta permitem a Alvaro Rodrigues investigar e operar com mestria. Nas viagens de estudo e missões científicas à Espanha, França, Alemanha, Bélgica, Holanda, Suíça, Polónia e América cria à sua volta uma extraordinária auréola de simpatia e prestígio, pela gentileza do seu espírito e rigor da sua técnica. Daí o convite para sócio de várias sociedades científicas, entre elas, Société Internationale de Chirurgie e para Membro da Union Internationale contre le Cancer; os numerosos congressos e reuniões em que toma parte apresentando valiosas contribuições em Portugal, Amsterdão, Varsóvia, Vigo, Zurique, Montpellier, Orense, Basileia, Bruxelas, Liège e Saragoça; os cursos e conferências em que colabora no Instituto Português de Oncologia, Hospitais de Coimbra, Faculdade de Medicina de Santiago de Compostela e de Barcelona...

«Cinco anos de intenso trabalho junto de nós, escreveu o Prof. Gentil em 1942, deram-lhe incontestada autoridade sob todo o pessoal médico que colabora no I. P. O. e na 1.ª Clínica Cirúrgica, e nesse estágio o Prof. Alvaro Rodrigues adquiriu uma larga e sólida prática cirúrgica num dos mais difíceis campos da técnica operatória, a cirurgia do cancro. A enumeração dos trabalhos publicados pelo Prof. Alvaro Rodrigues não pode dar, tão completamente como a apreciação directa e diária das suas qualidades de excelente clínico e de operador da mais perfeita técnica, a noção justa da sua alta capacidade de cirurgião. Com aplauso de todos os nossos colaboradores o Prof. Alvaro Rodrigues tem, nas nossas ausências, exercido as funções de chefe dos serviços cirúrgicos do I. P. O. tomando sobre si e executando-as com excelente técnica, as maiores e mais graves operações de alta cirurgia». São já volvidos 10 anos sobre a opinião do Prof. Gentil, o professor Alvaro Rodrigues é hoje indubitavelmente um dos «Grandes» da Cirurgia Portuguesa. A sua vida é um belo exemplo de como se forma «um cirurgião perfeito» e mestre abalizado.

Foi em 1926 que conheci o Sr. Prof. Augusto Pais da Silva Vaz Serra, quando quintanista de medicina frequentava os Hospitais de Coimbra. Uma das mais brilhantes inteligências que pela Faculdade passou nos últimos 30 anos, já naquela época se impunha à consideração dos Mestres pela vivacidade do seu espírito, apuro intelectual e moral e extraordinário senso clínico. Concluindo o curso com as classificações de 19 e 20 valores em quase todas as disciplinas, Vaz Serra é escolhido para assistente de Medicina Interna, trabalhando, sob a direcção dos saudosos professores de Clínica Médica, Adelino Vieira de Campos e Morais Sarmento.

Era grande a acção que o Prof. Adelino Campos exercia no Centro de Portugal no

combate à tuberculose. Fundara um Dispensário a que mais tarde se ligaria o seu nome e Vaz Serra viria a dirigir. Vaz Serra segue a tradição do seu Mestre que tanto admira e prepara-se para o seu doutoramento académico fazendo um estágio no Hospital Marítimo de Berck-Plage, em França, e frequentando, em Paris, as clínicas do Hospital Tanon dedicadas ao estudo da tuberculose. Em 1928, obtém o grau de doutor, após ter defendido uma dissertação sobre o tratamento do Mal de Pott e discutido a «Curabilidade da fistula pleuro-pulmonar» e o «Conceito psicológico da Esqueofrenia».

A sua carreira ascensional continua. Em 1939, é professor extraordinário do grupo de Medicina Interna. Em 1940, catedrático da cadeira de Dermatologia; em 1942, da cadeira de Patologia Médica. É na regência desta última cadeira que ele dá provas do seu alto valor, orientando o ensino em novos moldes. As suas lições magistrais, cheias de brilho, o encanto da sua palavra, prendem todos que têm o prazer de o escutar. Nos júris do concurso em que ele participa, na Faculdade de Medicina de Lisboa e no Instituto de Medicina Tropical, a sua vasta cultura, aliada a uma dialéctica cerrada na argumentação, merecem admiração e respeito dos seus pares.

Vaz Serra tem visitado numerosas clínicas europeias em viagens quase todos os anos à Espanha, França, Inglaterra, Bélgica, Alemanha e Áustria e colaborado sistematicamente nos cursos de férias na Faculdade de Coimbra, que já tem 16 anos de duração, e igualmente em cursos promovidos pela Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa, onde fez lições sobre «Patogenia da Tuberculose» e a «Hereditariedade nas doenças no metabolismo e órgãos endócrinos». Em 1941 fez parte duma comissão encarregada de estudar o problema de luta contra a tuberculose em Portugal e do trabalho dessa Comissão saíram as bases legais que hoje regulam o combate a este flagelo social.

Dentro deste capítulo de Medicina, é importante a sua bibliografia, de resto vasta abrangendo temas de natureza clínica, laboratorial, médico-social e humanística:

Tratamento do Mal de Pott;  
A frenicectomia na Tuberculose Pulmonar;  
Cardiopatas e tuberculose;  
Frenicectomia, esclonotomia e alcoolização dos intercostais no tratamento da Tuberculose Pulmonar;  
Meningites pseudo-tuberculosas;  
Tuberculose e gravidez;  
Sanatórios Marítimos;  
Remédios sociais contra a tuberculose;  
A luta contra a tuberculose em Portugal.

Tem participado em muitos Congressos, desde o Congresso Nacional de Medicina realizado em Lisboa, em 1928, tais como o de Medicina Tropical, em Paris 1930, de Insuficiência Hepática em Vichy. Congressos da Sociedade Francesa de Medicina e da Sociedade Internacional de Medicina Interna, em Basileia, Paris e Londres. Foi também convidado a fazer uma Conferência no próximo Congresso Internacional da Sociedade de Medicina Interna, que deve ter lugar em Estocolmo, em 1954.

Todas estas superiores qualidades de que ele é possuidor, lhe tem criado uma justa reputação no seio de agremiações científicas internacionais, sendo convidado para sócio da Sociedade Internacional de Medicina Interna, da qual é delegado por Portugal; União Internacional Contra a Tuberculose, American College of Chest Physician, de que foi presidente do Capítulo português, Sociedade Francesa de Gastro-Enteriológico de que foi hóspede de honra durante a sua reunião bianual (1951-1953) que teve lugar em Paris.

O Prof. Vaz Serra mantém ao lado do Prof. João Maria Porto as grandes tradições humanísticas da Faculdade de Medicina de Coimbra, as quais têm no Prof. Serras e Silva, o mais alto representante. A sua bela actuação neste campo faz-se sentir não só nos trabalhos publicados, mas também como conferencista e orientador da juventude. No C. A. D. C. de Coimbra abordou o problema do Saber e do Ter; no curso de Deontologia organizado pelos estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa proferiu uma lição sobre a Eutanásia; nas Semanas Sociais Portuguesas em Braga, em 1952, estudou «A influência do factor bio-psicológico na educação» e «Conselhos ao jovem que aspira ao casamento». Ainda a convite dos estudantes católicos portugueses foi relator de uma importante tese sobre a Universidade e a Igreja, no último Congresso da Juventude Universitária, realizado este ano em Lisboa.

Pelo seu talento e pela sua cultura, o Prof. Augusto Pais da Silva Vaz Serra é um dos melhores valores contemporâneos.

Eis, minhas senhoras e meus senhores, numa rápida síntese o notável curriculum-vitae dos doutos Catedráticos que, a convite de S. Ex.ª o Ministro do Ultramar, vieram organizar o Curso de Extensão Universitária, aos quais saúdo e presto homenagens de muito apreço e admiração em nome da Escola Médico-Cirúrgica de Goa e em meu nome pessoal.

(Conclue no próximo número)

NA GOTA, REUMATISMOS, MIALGIAS  
ESPONDILITE ANQUILOSANTE

# POLIARTRINE

DRAGEIAS

(fenilbutazona + o-Oxibenzoilamida + cloridrato de tiamina)

Na POLIARTRINE encontra-se o farmaco de MAIOR ACÇÃO ANTI-REUMÁTICA desde que em 1949 a cortizona e o ACTH foram introduzidos na TERAPÊUTICA ANTI-REUMÁTICA

LABORATÓRIO FIDELIS

**Novidade**  
Terapêutica

# BIFACTON

**Organon**

**Factor intrínseco de Castle, pela primeira vez purificado e concentrado de forma estável, associado ao factor extrínseco (Vit. B<sub>12</sub>).**

À parte as indicações clássicas, tais como anemia perniciosa, esprue tropical e não tropical, anemias macrocíticas alimentares, o **Bifacton** está indicado em numerosos estados mórbidos que podem ser influenciados pela administração de Vit. B<sub>12</sub>.

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

Apresentação:  
Emb. de 30 comprimidos

REPRESENTANTES:

**UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA**

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

## Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica

Reuniu no dia 31 a Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica. Depois da apresentação do relatório da delegação portuguesa ao VII Congresso Internacional de Radiologia, efectuado em Copenhague, em Julho, último, o Dr. Albano Ramos falou de um caso de equívoco na interpretação de uma imagem apendicular, que acarreta a intervenção judicial, dado que a doente operada difamou o cirurgião, a ponto de o prejudicar fortemente. Foi de novo chamada a radiologia para esclarecimento do caso, e revelou que a imagem interpretada como apêndice a tal não correspondia. Seguidamente, o Prof. Aleu Saldanha apresentou um novo método planigráfico de cortes oblíquos para estudo dos segmentos pulmonares. Até agora, cada tomografia mostrava porções diversas de vários segmentos pulmonares. Sendo o segmento com o seu pedículo uma unidade funcional e dada a sua importância na patologia do pulmão, tornava-se necessário conseguir que em cada tomograma fosse visível um segmento, desde o hilo até à periferia, o Prof. Aleu Saldanha apresentou a solução do problema, com a possibilidade de se obterem cortes oblíquos, e mostrou o dispositivo de tomografia que fez construir para esse fim, bem como os resultados obtidos. A terminar, disse que o seu método é aplicável, com vantagem, à tomografia de outros órgãos.

## Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria

Reuniu no dia 28 a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, tendo sido deliberado que o seu presidente, Prof. Barahona Fernandes, a representasse na reunião preparatória do II Congresso Mundial de Psiquiatria, a realizar em Zurique.

Seguidamente, foi aprovada uma proposta da Comissão de Regulação da Venda de Estupefacientes, que vai ser apresentada às entidades oficiais, no sentido de se reprimir a sua livre aquisição por parte do público.

Falou depois o Dr. João Santos, que apresentou um relatório, que foi aprovado, sob a necessidade de se criarem clínicas psiquiátricas nos hospitais gerais. Sobre este documento falaram vários oradores, tendo sido ventilada a necessidade de se prepararem novos psiquiatras, para se aumentarem os quadros restritos actualmente existentes.

Por fim, o Dr. Luís Soeiro apresentou os resultados de diversas experiências clínicas de novas terapêuticas de psiquiatria, assunto sobre o qual se travou discussão.

## Instituto Português de Oncologia

Inaugurou-se no dia 29 o novo ano académico do Instituto Português de Oncologia, com uma conferência do Dr. Dias Amado, que falou sobre «Substância fundamental no tecido conjuntivo». Abriu a sessão o director daquele Instituto, Prof. Francisco Gentil, para expor as directrizes que pretende imprimir às actividades académicas do ano agora iniciado.

O Dr. Dias Amado começou por expor a evolução clínica que se segue na investigação de qualquer programa biológico, e descreveu depois aspectos de ordem científica e novos métodos de investigação para o estudo da substância fundamental no tecido conjuntivo e do papel por ela desempenhado na delimitação dos órgãos, no crescimento do organismo e no seu envelhecimento, merecendo-lhe especial atenção o significado que aquela substância tem para o crescimento dos humores malignos.

A conferência foi ilustrada com numerosos dispositivos.

## A Família Médica Casamentos

Na igreja de S. Domingos, em Castanheira de Pera, realizou-se no passado dia 20 de Setembro o casamento da sr.<sup>a</sup> D. Maria Teresa Teles Barreto Bebiano Correia de Carvalho, filha da sr.<sup>a</sup> D. Maria Celestina Teles Barreto Correia de Carvalho e do sr. José Correia de Carvalho, com o Eng.<sup>o</sup> António Emílio Barreto Cary de Tovar Faro, filho da sr.<sup>a</sup> D. Maria da Conceição Caldeira Castel-Branco Cary de Tovar Faro e do Dr. Emílio de Menezes Ferreira de Tovar Faro, capitão de mar-e-guerra, médico e enfermeiro-mor dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Apadrinharam o acto, por parte da noiva, a sr.<sup>a</sup> D. Olinda Teles Barreto e o desembargador Dr. Abreu Mesquita, e, por parte do noivo, seus pais. Sua Santidade o Papa Pio XII dignou-se mandar a bênção aos noivos.

Na Quinta dos Esconhais, residência dos pais da noiva, reuniram-se cerca de duzentos convidados, entre os quais os srs. Ministro da Economia e esposa; Subsecretário de Estado do Exército, esposa e filhos; barões de Alvaiázere, etc.

Os noivos partiram, depois, para Espanha, em viagem de núpcias.

\*

No dia 5, celebrou-se na igreja de S. Nicolau, em Lisboa, o casamento da Dr.<sup>a</sup> D. Madalena Nuncio de Carvalho, filha da sr.<sup>a</sup> D. Rita Nuncio de Carvalho e do sr. José Gomes de Carvalho, com o sr. Rui Tavares de Felgueiras. Apadrinharam o acto, por parte da noiva, a Dr.<sup>a</sup> Regina de Quintanilha e o Dr. Formosinho Sanches, e, por parte do noivo, a sr.<sup>a</sup> D. Maria de Fátima Lopes dos Reis e o sr. José Lopes dos Reis.

## Partidas e Chegadas

### Prof. Reynaldo dos Santos

Regressou de Londres, onde fora em missão profissional, o Prof. Reynaldo dos Santos.

### Dr. Filipe da Costa

Partiu para Londres, em missão oficial de estudo, do Ministério do Interior, com o fim de frequentar, durante dois meses, os Serviços de Cirurgia Torácica, o cirurgião dos H. C. L., Dr. Filipe da Costa.

### Dr. Fontoura Madureira

Regressou de Paris, onde fora participar nos trabalhos do Congresso da Associação Francesa de Urologia, de que é membro, o Dr. Fontoura Madureira, assistente dos H. C. L.

### Dr. Ferreira da Costa

Também de Paris, regressou o Dr. Ferreira da Costa, director do Serviço de Estomatologia dos H. C. L., que fora à capital francesa assistir ao XIII Congresso Francês de Estomatologia.

### Dr. António Cremisini

Chegou a Lisboa, há dias, vindo do Brasil, acompanhado de sua esposa e filha, o Dr. António Cremisini, médico italiano, genro do falecido Dr. Lorenzini, que vem em gozo de férias.

### Dr. Matos Sousa

Vindo de Londres, onde esteve, em missão de estudo, durante três meses, como bolsheiro do I. A. C., regressou a Lisboa o Dr. Matos Sousa, primeiro assistente do Instituto de Oftalmologia «Dr. Gama Pinto».

### Dr. Fausto Xavier

Da sua viagem à França, Itália e Suíça, regressou a Lisboa, acompanhado de sua esposa e filhos, o Dr. Fausto Xavier.

## HOMENAGENS

### Ao Dr. Bernardino Nunes

Os corpos sociais e os internados dos Inválidos do Comércio homenagearam, no dia 23 de Agosto, a propósito da passagem do seu aniversário natalício, o médico odontologista Dr. Bernardino Nunes, que desde há dez anos presta gratuitamente os seus serviços às sócias e sócios internados. O homenageado, a quem foram oferecidos um objecto de arte e flores em profusão, foi saudado pelo sr. Jaime Branco Marques, em nome dos corpos sociais dos Inválidos do Comércio. O Dr. Bernardino Nunes agradeceu, declarando ter em grande apreço a obra social da benquista classe de empregados no comércio, da qual se honrava de ter feito parte.

# A FECILINA

## Profilaxia e Terapêutica dos Resfriados

### COMPOSIÇÃO

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G. . . . .	100.000 U.
Penicilina G Procaínica . . . . .	100.000 U.
Citrato de feniltoloxamina dihidrogenado . . . . .	0,025 Grs.
Ácido acetilsalicílico . . . . .	0,150 Grs.
Fenacetina . . . . .	0,120 Grs.
Cafeína . . . . .	0,030 Grs.
Excipiente q. b. p. . . . .	1 comprimido

### INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Na profilaxia e terapêutica dos resfriados e, dum modo geral, nos estados agudos do aparelho respiratório, nomeadamente na gripe, bronquite, pneumonia, etc.

### APRESENTAÇÃO

Tubo de 10 e de 20 comprimidos.



**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*

# V I D A M É D I C A

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 1 a 8 de Novembro)

**Dia 1** — Na Fuseta, Algarve, são inauguradas duas obras da Junta Central das Casas dos Pescadores: o Centro Social Dr. Assis Chateaubriand e o Posto de Puericultura D. Isabel.

— Efectuam-se em Estremoz, no seu Hospital, obras de instalação do aparelho de R. X, oferta de alguns amigos daquele estabelecimento de assistência.

— Em Alter do Chão, com a presença dos Ministro das Obras Públicas e Subsecretário da Assistência, e outras individualidades religiosas e políticas, são inauguradas as obras de remodelação e ampliação do Hospital da Misericórdia.

— Em Alenquer efectua-se o Cortejo de Oferendas a favor do Hospital local, com o rendimento aproximado de 70 contos.

2— Informam que o Hospital Sub-regional de Penafiel vai ser remodelado, subindo a comparticipação do Estado a 428 contos.

— Importa em 235 contos o custo do Dispensário Antituberculoso de Espinho.

3— Termina o peditório nacional destinado à Liga Portuguesa Contra o Cancro e presume-se que o rendimento do mesmo tenha sido avultado. Neste trabalho andaram empenhadas cerca de mil senhoras.

— Informam de Mondim de Basto que, após ter estado encerrado cerca de um ano, já se encontra em funcionamento o Hospital da Misericórdia local.

— É autorizada a Direcção Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais a celebrar contrato para a execução da empreitada de construção de um dispensário antituberculoso em S. João da Madeira, tipo A, pela importância de 245 contos.

— Em Ponte da Barca rende cerca de cento e vinte contos o Cortejo de Oferendas realizado a favor do seu Hospital e do Asilo de Velhos e Inválidos.

4— No Porto, no salão nobre do Hospital Militar Regional n.º 1, o capitão-médico Dr. Luís Macias Teixeira profere uma conferência intitulada «Contribuição para o Estudo da Organização do Serviço de Saúde na Defesa Civil do Território», com a presença de numerosa assistência.

5— Decorre no Porto o Curso de Aperfeiçoamento médico-sanitário, organizado pela secção regional da Ordem dos Médicos.

6— No Porto, o Governador Civil e outras individualidades, preside à inauguração de um gabinete de radioscopia no Dispensário clínico da Junta de Freguesia do Bonfim, bem como das obras de ampliação de que o mesmo Dispensário beneficiou.

— Em Braga tem início a jornada a favor do Hospital de S. Marcos, que se prolonga pelos dias imediatos e se presume grandiosa.

— O Dr. Pedro de Almeida Lima, professor extraordinário da Faculdade de Medicina de Lisboa é reconduzido definitivamente naquele cargo da cátedra de Neurologia.

— Computa-se em cerca de 830 contos a execução das instalações de aquecimento eléctrico do edificio da Faculdade de Medicina da Cidade Universitária de Coimbra.

### Estrangeiro

Informam dos Estados Unidos de que o vírus da paralisia infantil teria sido fotografado pela primeira vez, com auxilio de um microscópio electrónico. Durante uma conferência proferida em 5 do corrente na Sociedade Americana do Microscópio electrónico, o Dr. A. R. Taylor teria projectado fotografias daquele vírus, que se apresentava sob a forma de uma bola, extraordinariamente pequena.

— Em Londres tomam-se medidas preventivas contra o «smog», o nevoeiro londrino, que tão mortífero foi no ano passado. Com esse fim vendem-se máscaras do género das usadas pelos cirurgiões.

— Em Londres, de 1 a 3 de Outubro, esteve reunida a Associação Britânica de Patologia Clínica.

— A Sociedade Americana do mesmo nome esteve também reunida em Outubro, de 12 a 16, na cidade de Chicago.

— Em Cuba realizou-se o VII Congresso Internacional de Pediatria, de 12 a 17 de Outubro.

— Em Atenas reuniu a Associação Médica Mundial, dias 12 a 16 de Outubro.

— Em Los Angeles, de 12 a 17 de Outubro, reuniu a Associação Nacional de Gastroenterologia.

— Em Madrid realiza-se a 7 de Outubro a II Reunião do Colégio ibero-latino-americano de Dermatologia.

## AGENDA

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Para o provimento do cargo de médico municipal do partido com centro em Mexilhoeira Grande (Portimão), vago pelo falecimento do Dr. Luís José Valentim Gonçalves.

Em Lisboa, na Sociedade das Ciências Médicas, inicia-se a 22 de Novembro, o Curso sobre Endocrinologia Sexual Feminina, que a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia organizou para o corrente ano académico. Faz a lição inaugural o Prof. A. Celestino da Costa, que falará sobre «Ovário endócrino». O Curso prolonga-se até o dia 29.

### Estrangeiro

Para 21 de Novembro estão marcados os dias suíços de Fisiologia e Farmacologia, a realizar em Zurique.

— Para 27 de Novembro, em Londres, a reunião anual da Sociedade de Anatomistas.

— Para 8 de Dezembro, em Palermo, está previsto o XI Congresso da Sociedade italiana de Gastroenterologia.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 30-X a 6-XI-953)

2-XI

Dr. José Teixeira Filipe da Costa, assistente de serviço geral de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa — autorizado a ausentar-se durante o período de 2 meses, a fim de, em comissão de estudo, frequentar clínicas de cirurgia torácica em França e Inglaterra.

4-XI

Dr. José Vicente Carneiro de Sousa Dias, médico otorrinolaringologista do quadro complementar de cirurgias e especialistas de Angola — nomeado definitivamente para o referido lugar.

— Dr. Armino Crespo, médico escolar — nomeado professor de Higiene Escolar da Escola do Magistério Primário de Viseu.

5-XI

Dr.ª Maria Luísa Vidigal Simplicio — contratada, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias interno graduado do serviço clínico da especialidade de estomatologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

6-XI

Dr. Pedro Manuel de Almeida Lima — reconduzido definitivamente no cargo de professor extraordinário da cadeira de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

## FALECIMENTOS

### Dr. António Luazes

Faleceu em Lisboa, no passado dia 17, o coronel-médico Dr. António Luazes Monteiro Leite e Santos, de 63 anos, que, após ter servido em várias unidades da guarnição de Lisboa, seguiu para o Sul de Angola, em 1916, com Infantaria 22. Regressado ao continente, em 1917, ainda durante a Grande Guerra, foi para França, como médico do Batalhão de Infantaria 14. Possuía diversos e honrosos louvores, recebidos por várias comissões de serviço, sobretudo pelo zelo e coragem que demonstrou ao socorrer os feridos que tombavam nas próprias linhas de fogo. Serviu também durante muitos anos na Guarda Fiscal e na Manutenção Militar. Entre muitas outras condecorações, possuía o oficialato da Ordem de Santiago de Espada, a comenda da Ordem de Avis, duas Cruzes de Guerra e as medalhas da Vitória, das campanhas do Sul de Angola (1916-1917) e da França (1917-1918), da Batalha de La Lys e de prata de comportamento exemplar e de bons serviços em campanha. O distintíssimo oficial médico, que nascera em Oeiras, era primo do Dr. Alfredo Meyer Luazes.

### Dr. António Silva Cabral

Em Vila Franca do Campo, faleceu, com 90 anos, o Dr. António Silva Cabral, inspector de Sanidade Marítima de Ponta Delgada. Ocupou, com superior inteligência e grande dedicação, vários cargos públicos, entre eles o da presidência da Câmara de Vila Franca, primeiro município das ilhas a introduzir a electricidade. Foi também notável a sua acção no ressurgimento dos laranjais nesta ilha. No tempo da Monarquia, foi deputado em duas legislaturas.

Era sogro do Dr. António Câmara, presentemente em Lisboa.

#### Faleceram:

Na cidade da Beira (Moçambique), faleceu o Dr. Manuel de Brito Subtil, de 45 anos, natural de Portalegre, que exercia clínica naquela cidade da África Oriental.

O corpo do Dr. Manuel Subtil veio para a Metrópole a bordo do «Moçambique» e o seu funeral realizou-se para o cemitério do Alto de S. João.

# O MÉDICO

SEMANARIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARA MÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.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 Antitrombotomática do Disp. 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 Gynecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

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

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

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

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

# 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

