

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 94  
18 de Junho de 1953

DIRECTOR E EDITOR:  
MÁRIO CARDIA

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

UM COMPLEXO B DIFERENTE!

## BÉCOMVITE AZEVEDOS

6 FACTORES VITAMÍNICOS EM DOSES  
TERAPÊUTICAMENTE ACTIVAS

### 3 FORMAS FARMACÉUTICAS:

**INJECTÁVEL**

Solução injectável aquosa das Vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, PP, Pantenol e Vitamina B<sub>12</sub> cristalizada apresentada em ampolas de 1cm<sup>3</sup> (FRACA) e 2cm<sup>3</sup> (FORTE)

**DRAGEIAS**

Além das Vitaminas da forma injectável, as drageias contêm como excipiente fígado e levedura de cerveja, com todos os seus factores naturais.

**XAROPE**

Complexo dos factores B, em doses com significação terapêutica, associado aos princípios salino-vitamínicos dum proteolizado de fígado, levedura e caseína (COMPLEXO B+ACIDOS AMINADOS)



## LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

### SUMÁRIO

	Pág.
RAMOS, ALBANO — O valor do Telepaque na colecistografia .....	529
FIGUEIREDO, LEOPOLDO DE — Doença reumática: sua etiologia, diagnóstico, terapêutica e profilaxia ...	536
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Tratamento das artrites reumatóides e da gota pela fenilbutazona	547
Mortes pela insulina .....	548

### SUPLEMENTO

	Pág.
Impressões de Montreal — Amílcar Moura .....	479
Prémio de aperfeiçoamento do Conselho Regional de Lisboa .....	480
Ecos e Comentários .....	482
O aviso prévio do Prof. Manuel Cerqueira Gomes .....	484
Noticiário diverso	



# LONGACILINA

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

## LONGACILINA

Comprimidos para administração oral.

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

Boião de 12 comprimidos

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

## LONGACILINA A

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

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

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

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

# O valor do Telepaque na colecistografia

ALBANO RAMOS

(Radiologista no Porto)

Nos últimos anos, dos meios de contraste usados em radiologia, o Telepaque, para visualização das vias biliares, representa um dos maiores progressos. Com efeito, as suas bem aparentes vantagens, fazem com que o referido composto seja já o mais apreciado dos opacificantes de tal sistema. Talvez nunca, até agora, os próprios clínicos se tenham empenhado em mencionar, ao pedir exames colecistográficos, com tanta insistência, o meio de contraste a empregar, como hoje alguns o fazem com o Telepaque. Isso resulta, sem dúvida, dos seguintes predicados: a par duma excelente opacificação vesicular em larga percentagem de casos, a existência de um mínimo de efeitos subsidiários, laterais ou secundários.

Propomo-nos dizer, em breves palavras, algo sobre este produto, estabelecendo o confronto, sob vários aspectos, com os restantes hepatotropos empregados na colecistografia e, ao mesmo tempo, é nosso fim justificar as afirmações feitas com a experiência pessoal e compará-la com a de outros autores.

A colecistografia, isto é, a demonstração radiográfica da vesícula biliar à custa de produtos de contraste a ela chegados por eliminação da célula hepática, nasceu em 1924, quando a partir do conhecimento estabelecido por Abel e Rowntree (1) de que para certas substâncias — que indicavam — a via biliar era o meio de eliminação electivo, que podia chegar a excretar 95 %, Graham, Cole e Copher (2) apresentaram a sua primeira comunicação sobre o assunto. Abel e Rowntree precisaram que a tetraclorofenoltaleína era um hepatotrope eliminado pelo fígado na percentagem de 95 aproximadamente.

Graham, Cole e Copher empregaram mais de 30 produtos, que ensaiaram no animal e fixaram-se nos sais de sódio e de cálcio da tetrabromofenoltaleína, produto que satisfazia aos seus desejos, e acabaram por escolher o sal de sódio, que era mais solúvel. Depois optou-se pelo sal de sódio de tetra-iodofenoltaleína, não por a toxicidade ser diferente, mas por que a tetra-iodo contém 59 % de iodo, enquanto que a tetrabromo apenas continha 47,5 % de bromo sucedendo ainda que o peso atómico do I é 127 e do Br. 80, resultava da associação de tais factos que o sal iodado era 2 vezes mais opaco que o de bromo.

Foi a tetra-iodofenoltaleína utilizada durante vários anos

em diversos preparados com nomes variáveis nos diferentes países e laboratórios. Com esta constituição usamos largo tempo o Oral-tetragnost Merck, o Foriod Spécia, o Colegraf dos Azevedos, o Neotetradol da Alves & Cia., o Oral-sodiad Iatria. Estes produtos, no entanto, não ofereciam — a despeito de terem prestado largos serviços à custa de imagens por vezes perfeitamente demonstrativas, como mostra a fig. 1 A e B — todas as vantagens que deve obedecer um preparado para colecistografia. A fenoltaleína, seu constituinte de base, tem marcada acção sobre o aparelho digestivo, e ao lado de vômitos apareciam diarreias, resultantes da acção purgativa deste composto, além de que os seus derivados têm acção deletéria sobre o fígado.

Dohrn e Diedrich (3), em consequência do que acabamos de referir, envidaram esforços no laboratório da Schering A. G. com o objectivo de encontrar um produto capaz de substituir o tetra-iodofenoltaleinato de sódio, conservando as suas virtudes e sendo destituído das suas acções secundárias. Depois de aturadas investigações foi encontrado o ácido 3 (4-hidroxi-3,5 di-iodofenil) 2 fenil propiónico, lançado no mercado sob o nome de Biliselectan, contendo aproximadamente 52 % de iodo. Ao produto alemão Biliselectan correspondiam os americanos Dikol e Priodax, o inglês Pheniodol, o suco Bilistrast, o Coleradiagnost Sanitas, o Coleclid Iatria, etc.

O composto de Dohrn e Diedrich teria marcadas vantagens e assim, de entre outros, Nemours-Auguste (4) não hesitara em afirmar que o mesmo era destituído de acção tóxica, de absorção fácil e não desagradável, sem acção irritante sobre o intestino, deixando pouco residuo ao nível do cólon, o que faziam dele preparado de confiança, com vantagens aparentes sobre os derivados de fenoltaleína. A nossa experiência a breve trecho nos convenceu de que perspectivas tão airosas não correspondiam ao biliselectan. Com efeito, vezes sem conta, a acção sobre o intestino era bem aparente, por vezes intensíssima e a ardência na micção também frequente, sendo inegável a absorção fácil e o contraste vesicular satisfatório (fig. 1 C e D). A verdade é que não se tinha atingido a perfeição.

Das investigações que realizaram Lewis e Archer (5), em 1949, deram a conhecer, de entre os vários derivados iodados

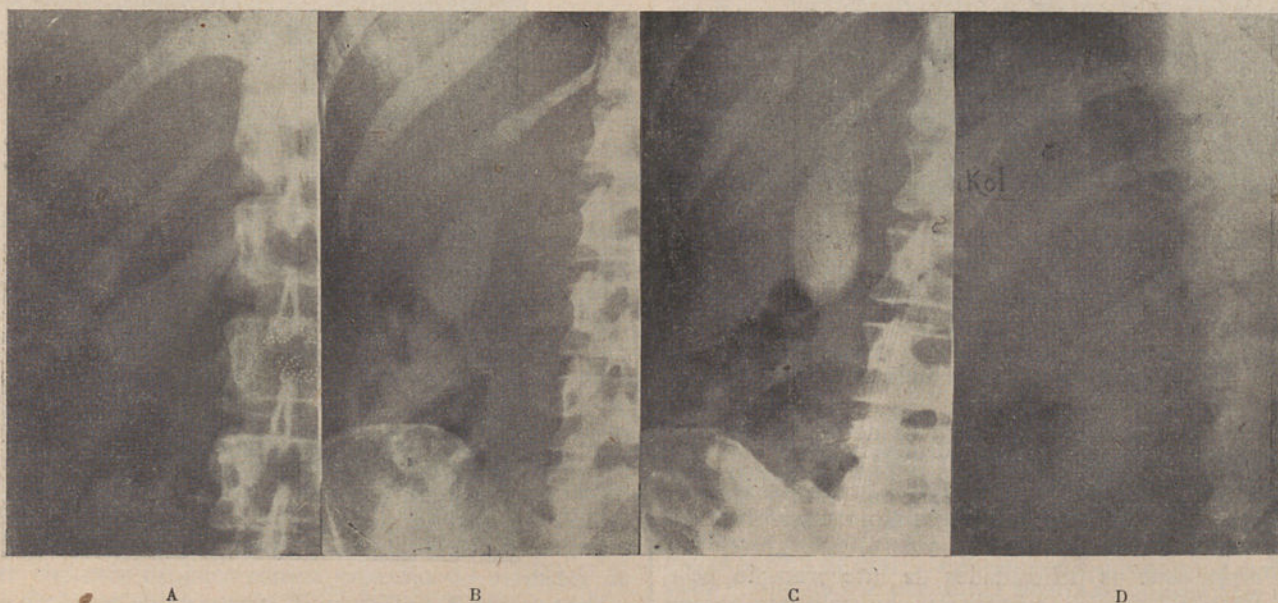
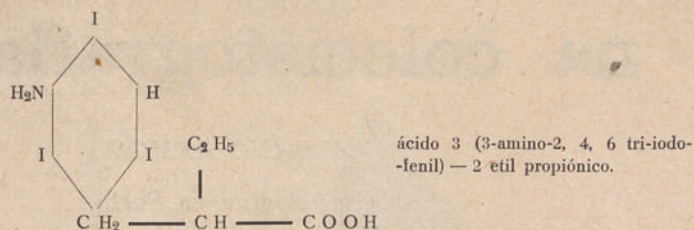


Fig. 1 — A, B, C e D. — Colecistografias pelo Oral-tetragnost Merck (A), Foriod Spécia (B), Biliselectan Schering (C) e Dikol do National Syntetics (D).

dos ácidos aminofenilalcanóicos, o Telepaque, composto orgânico da seguinte constituição:



Este produto, cuja riqueza em iodo ultrapassa nitidamente a dos preparados anteriores—66,68% para 51,5% do Priodax—foi motivo de investigações clínicas de vários autores americanos desde o começo de 1950. As estatísticas, já volumosas, são concludentes nos seus bons resultados, confirmando os dados da experimentação animal (Hope) (6) que haviam conduzido a afirmar a sua menor toxicidade e maior concentração vesicular em relação ao ácido jodoalfiónico (Priodax).

Há alguns meses entrara o Telepaque em uso no nosso país. Não temos opinião pessoal alicerçada em tão larga experiência como os autores americanos, visto que dos trabalhos de Dunne, Jensen e Hughes (7, 8); Scott e Simril (9); Christensen e Sosman (10); Morgan e Stewart (11); Marks e Schelble (12); Everett e Rigler (13); Lowman e colaboradores (14); Whitehouse e Martin (15), Spencer (16), etc., se verifica que muito mais de um milhar de colecistografias foram executadas, enquanto que não muitas são as dezenas que até agora nos foi dado praticar. No entanto, a nossa curta experiência basta-nos para no confronto com os milhares que executámos com os produtos derivados da fenoltaleína ou do tipo Biliselectan, concordar com os dados dos autores americanos e entrar no coro de louvores que ao Telepaque são atribuídos.

Em síntese, pode dizer-se que o Telepaque apresenta em relação aos produtos anteriores as seguintes vantagens:

1.<sup>a</sup>—Dá melhor contraste vesicular quando com os produtos anteriores a vesícula também é aparente (fig. 2 A e B; fig. 3 A e B, fig. 4);

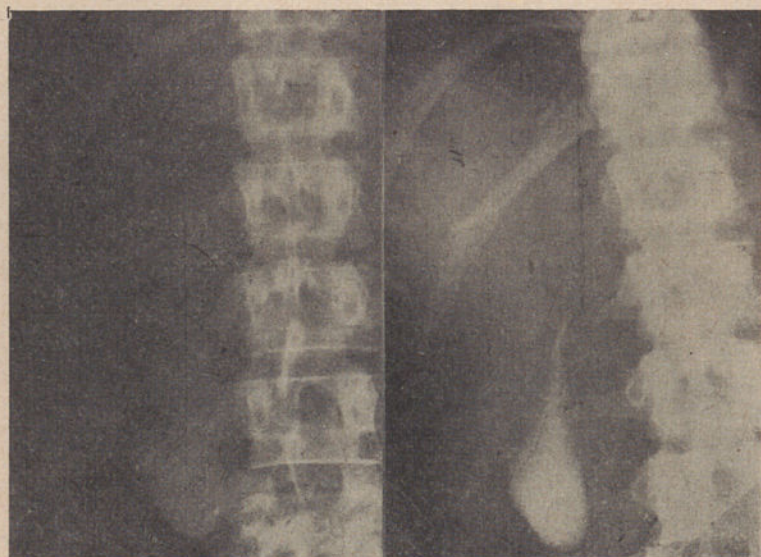


Fig. 2 — A e B — Colecistografia com o Dikol (A) e 15 dias depois com o Telepaque (B).

2.<sup>a</sup>—Dá possibilidade de ver com mais frequência os canais biliares;

3.<sup>a</sup>—Demonstra vesículas que com os derivados do tipo do Biliselectan eram invisíveis (fig. 5 A e B);

4.<sup>a</sup>—Apresenta em menor grau efeitos secundários;

5.<sup>a</sup>—Permite ajuizar com mais precisão a capacidade de evacuação da vesícula biliar;

6.<sup>a</sup>—Origina que as dificuldades de interpretação pela presença de imagens gasosas sobrepostas ao colecisto sejam menos frequentes.

Tais virtudes podem sintetizar-se afirmando que melhora

o diagnóstico por um lado e exerce menor acção nociva pelo outro.

Analisando agora as desvantagens do Telepaque em relação aos produtos que se vinham empregando, não encontramos senão as que resultam de poder, pelo seu alto contraste, encobrir algumas formações calcúlosas, como adiante veremos.

Os autores americanos já citados, de entre outros, empreenderam estudos clínicos no sentido de avaliar as

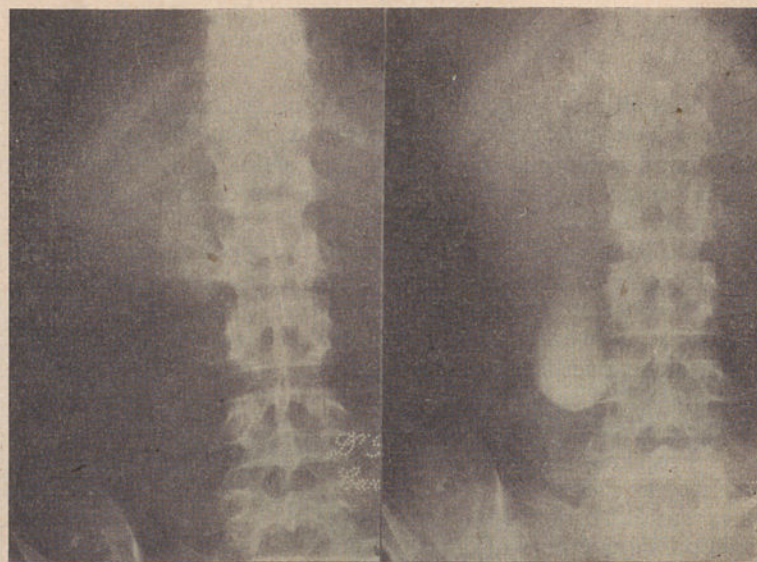


Fig. 3 — A e B — Colecistografia com o Priodax (A) e 10 dias depois com o Telepaque (B).

vantagens do Telepaque em relação aos produtos anteriores e dum modo geral ao Priodax e um ou outro (Scott e Simril) ao monophen, produto este que nunca usamos.

No trabalho de Marks e Schelble estudaram-se 50 pacientes suspeitos de colecistopatia, em condições tanto quanto possíveis iguais, com o Telepaque e com o Priodax, com intervalos de 3 a 5 dias, tendo-se tido o cuidado de empregar em metade dos casos 1.<sup>o</sup> o Telepaque e na outra o Priodax. A dose de produto empregada foi de 3 gramas (6 comprimidos) e chegaram os autores referidos às seguintes conclusões: em 34 dos



Fig. 4 — A — Colecistograma normal em que se pode observar o alto contraste em relação com os apercebidos na fig. 1.

casos resultados iguais e nos 16 restantes 13 com melhor visibilidade pelo Telepaque e 3 pelo Priodax. Em 2 doentes em que a prova era negativa com o Priodax foi positiva com o Telepaque e num caso escapava a litíase ao exame pelo Priodax enquanto que com o Telepaque os cálculos tornaram-se aparentes. Nos restantes casos o diagnóstico não sofreu alteração visto que a diferença das imagens resultava apenas de melhor contraste vesicular com o Telepaque.

Também Whitehouse e Martin efectuaram um estudo minucioso em que apreciaram o valor comparado do Telepaque

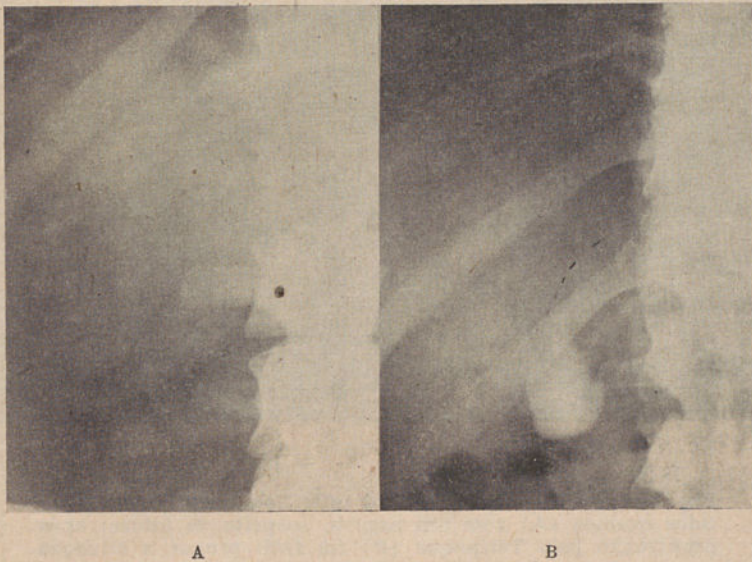


Fig. 5 — A e B — Prova de Graham e Cole negativa, repetidamente, com o Dikol (A); colecistografia positiva logo na primeira observação com Telepaque (B).

e o do Priodax, e através dele concluíram que os efeitos secundários são menores com o Telepaque, dedução que tiraram confrontando 500 colecistografias com Priodax com 400 de Telepaque executadas em idênticas condições. E, classificando a prova de Graham, consoante o contraste, em excelente, boa, fraca e negativa, e analisando os resultados de mil doentes, 500 preparados com cada um dos produtos, puderam concluir que o Telepaque dá quase o triplo de opacificações excelentes do que o Priodax, sucedendo por outro lado que é muito menor o número de provas negativas ou fracas. E, procedendo a um estudo comparativo dos dois produtos no mesmo indivíduo, tal como Marks, mas com dias de intervalo em maior número, em 151 casos, concluíram que o Telepaque dá melhor contraste, isto é, sombras mais densas da vesícula em mais de 65 % dos casos. Afirmam que em virtude do melhor contraste os cálculos transparentes observam-se mais nitidamente, sucedendo ainda que num ou noutro caso a via biliar é aparente em certa porção. Acrescentam, no entanto, que a despeito de os ductos serem vistos com mais frequência, nunca reconheceram em qualquer caso cálculos transparentes das vias biliares. Com a dose de 3 gramas, que empregaram, reconheceram no cólon grânulos residuais de substâncias de contraste e daí o proporem que se faça um estudo para avaliar a eficácia de doses menores.

No que respeita à evidenciação das vias biliares, que na verdade é muito mais frequente e sobretudo mais fácil com o Telepaque que com os produtos que o precederam, devemos afirmar que temos conseguido aperceber fora de período evacuatório da vesícula o hepático e o colédoco, à custa dum contraste ténue, o que viria a contribuir para confirmar que uma parte da biliar hepática passa directamente para o duodeno (Auster e Crohn, cit. por Nemours-Auguste<sup>(17)</sup>). (Fig. 8 A).

Para Lowman e colaboradores, a razão de ser da mais fácil evidenciação das vias biliares poderia estar no facto do produto ser menos simpático-mimético do que o Priodax e assim favorecer a capacidade de evacuação vesicular. Mas Spencer, que notara com o Telepaque 92 % de respostas normais à refeição gorda, enquanto que com o Priodax apenas registara 64 %, crê que a responsabilidade da diferença reside no facto deste último produto ser irritante e poder causar espasmo do esfíncter de Oddi ou de qualquer outra porção da via biliar. E aqui estaria a razão pela qual alguns autores não consideram o atraso de evacuação vesicular ou até a sua ausência como sinal seguro de patologia do colecisto.

Dunne, Jensen e Hughes<sup>(7)</sup> que se ocuparam já do Telepaque mais do que uma vez, empregaram doses inferiores a 3 gramas com perfeito resultado. Os autores referidos utilizaram 2,5 gramas nos indivíduos com peso superior a 72,5 kg. e 2 gramas naqueles que não atingem o referido valor. Do seu estudo, que sob vários aspectos incidiu sobre 542 colecistografias com Telepaque, verificaram que as doses pequenas baixam as taxas dos efeitos secundários (náuseas, vômitos, diarreias, disúria) sendo pelo contrário a concentração satisfatória em percentagens semelhantes às de dose maior (3 gr.) e igualando as de Priodax na taxa de 4,5 gr. As diferenças entre os resultados com doses reduzidas e as doses totais, isto é, 3 gramas, foi mínima, dado que em 94,4 % os resultados foram satisfatórios, não tendo melhorado com acréscimos da dose.

No quadro a seguir apresentamos os resultados encontrados por diversos autores no estudo isolado dos efeitos secundários do Priodax, ou na valorização relativa dos deste composto com os de Telepaque.

#### QUADRO I

Autor	N.º de casos	Produto	Dose	Náuseas	Vômitos	Diarreia	Disúria	Total %
Ochsner	300	Priodax		26 %	2,6 %	15 %	5 %	48,6
Bryan and Pedersen	845	>		20 %	2 %	33 %	12 %	67
Paul, Phole and Benson	114	>	Várias	28,1 %	1 %	22,8 %	15 %	66,9
Ochsner	600	>		24,6 %	5 %	14 %	5 %	48,6
Kemp	77	>	4,2 gr.	41,6 %	5 %	24 %	11,7 %	82,3
(1) Dunne Jensen e Hughes	116	>	4,5 gr.	12 %	0,8 %	42,1 %	5,1 %	60
>	116	Telepaque	3 gr.	8,6 %	0 %	12 %	0,8 %	21,4
(1) Whitehouse e Martin	500	Priodax	3 gr.	16,6 %	1,4 %	33,4 %	24,8 %	76,2
>	400	Telepaque	3 gr.	5,8 %	0,5 %	25,3 %	13,7 %	45,3
Everett e Rigler	83	Priodax	3 gr.					34
>	83	Telepaque	3 gr.				0 %	27,7
(1) Spencer	125	Telepaque	3 ou 2 gr.	11,2 %	1,6 %	19,2 %	3,2 %	20

A apreciação dos mencionados valores dá nítida ideia de que os efeitos laterais do Telepaque são bem menos frequentes e nitidamente menos severos.

A nossa experiência pessoal resume-se, como dissemos, a escassas dezenas de casos que nos não permitem procurar médias. No entanto, pelo que já vimos, podemos abonar alguns pontos de vista dos autores citados. Assim, temos reconhecido em larga percentagem das nossas observações em que repetimos a colecistografia no mesmo doente e em idênticas condições, a melhoria do contraste se a prova é positiva com produtos anteriores ou o aparecimento duma vesícula persistentemente inaparente.

(1) Estes autores estabelecem as percentagens em separado consoante as formas de diarreia, náuseas, etc. são leves ou severas e pode verificar-se através dos números fornecidos que as formas severas são muito raras com o Telepaque. Whitehouse e Martin nunca viram formas severas com este produto. Por forma severa de diarreia entendem a que origina mais de 3 dejectões, enquanto que por forma severa de náusea a de mais de uma hora de duração.

No estudo de Dunne e colaboradores, publicado no *Radio-logy* vol. 60 a pág. 210 e seguintes, verifica-se que com doses de Telepaque de 2 gramas e 2,5 gramas, são ainda menores os efeitos secundários.

na colecistografia pelo Dikol, por exemplo. As fig. 2 A e B, e 3 A e B mostram lado a lado as imagens vesiculares da mesma doente preparada do mesmo modo, à esquerda com o Dikol e à direita com Telepaque, com 15 dias de intervalo no caso da fig. 2 e 10 no da fig. 3. A diferença é flagrante em favor do Telepaque. Neste particular, como em tantos outros, acordamos em absoluto com o que está estabelecido. Mas a este propósito queremos realçar que se está assente — e a nossa experiência também com isso concorda — que a maior parte do Priodax se eliminara já no 3.º dia, não nos parece que o Telepaque esteja excretado em grau, pela mesma altura, a dar igual opacidade vesicular, ao contrário do que afirmam alguns autores. Temos visto, ao efectuar decorridos alguns dias da colecistografia — 4 ou mais — o estudo gastro-duodeno-cólico — que evitamos fazer a seguir em certos casos em que nos empenhamos de modo especial no estudo do trânsito, para fugir à acção destes hepatotropos sobre a motilidade intestinal, o que viciaria os resultados — temos visto, dizíamos, 4 ou 5 dias depois, uma vesícula ainda bem contrastada que denuncia a persistência do Telepaque no ciclo entero-hepático. É o que documenta a fig. 6 reproduzindo uma imagem obtida 4 dias após o estudo colecistográfico. Somos

colesterina, de dimensões que não ultrapassam 2 mm. no seu diâmetro (fig. 8 A e B).

Os três exemplos anteriores são de molde a evidenciar o alto valor do Telepaque. O último permite-nos ainda mais algumas considerações que se relacionam com a demonstração de cálculos. Sabe-se, por experiência já adquirida, que o alto con-

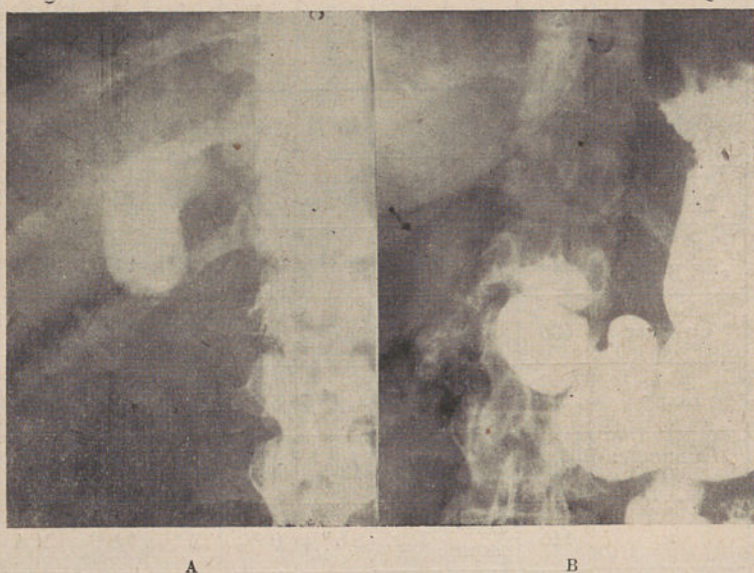


Fig. 6—A e B—Colecistografia pelo Telepaque (A) e no estudo gastro-duodenal 4 dias depois (B) a vesícula ainda bem aparente.

de parecer, por isso mesmo, que no estudo de confronto, no mesmo doente, dos resultados de produtos diferentes, é preciso trabalhar com intervalos suficientemente grandes que permitam evitar a soma dos contrastes. Estamos certos que alguns autores na convicção da eliminação mais precoce do Telepaque terão viciado os seus resultados podendo somar a presença das duas drogas na vesícula biliar.

No que respeita a provas negativas com o Dikol ou Priodax, e positivas com o Telepaque, temos também casos muito elucidativos. Aqui registamos os três exemplos seguintes. A fig. 5 A e B mostra o caso de um médico em que a prova persistentemente negativa com o Dikol em exames sucessivos se tornou nitidamente positiva na primeira tentativa com o Telepaque. Pudemos deste modo afastar a possibilidade de litíase colesterínica. O exemplo é igual ao de todos os autores que encontraram com o Telepaque provas positivas, que eram negativas com os outros produtos (Scott e Simril, Everett e Rigler, etc.). No segundo caso, sucedeu-nos do mesmo modo em vários exames não conseguir opacificar a vesícula, e como a clínica presumia litíase vesicular e aparecia uma imagem calcificada, ainda que típica, não podíamos pôr de lado, por completo, o diagnóstico clínico. Depois de múltiplas provas negativas com o Dikol em dose única ou fraccionada (4,5 gr.) pudemos verificar com o Telepaque (3 gr.), na primeira tentativa, uma prova positiva, com a imagem calcificada extra-vesicular e ausência de cálculos no colecisto (fig. 7 A e B). Finalmente, no terceiro exemplo, a negatividade da prova em sucessivas observações não nos conferia a possibilidade de esclarecer a colecistopatia clinicamente aparente. Múltiplas provas negativas foram seguidas, na primeira tentativa de colecistografia com o Telepaque, de uma prova positiva, com a revelação de 3 pequeninos cálculos de

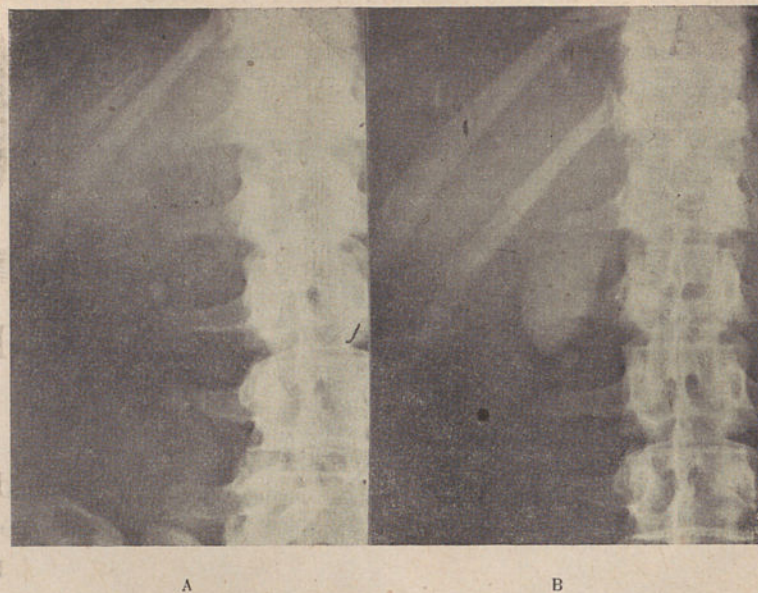


Fig. 7—A e B—Prova de Graham e Cole negativa em repetidos exames (A) com um aspecto suspeito de litíase; após preparação pelo Telepaque (B) foi fácil provar a situação extra-vesicular da imagem e bem assim eliminar a suspeita de litíase do colecisto.

traste do Telepaque pode encobrir cálculos opacos, como sucedeu no exemplo de Whitehouse e Martin. Como obstar a que tal aconteça: reduzindo a dose para que o contraste seja menor, ainda que suficiente; radiografando a hora em que o contraste seja menos marcado ou repetindo a prova com outro produto, o que é menos prático. A dose menor pode empregar-se, como já vimos, e no que respeita à melhor hora de exame são de opinião Everett e Rigler que a 10.ª hora será a óptima. É de presumir que mais cedo o contraste seja menos marcado e, por isso,

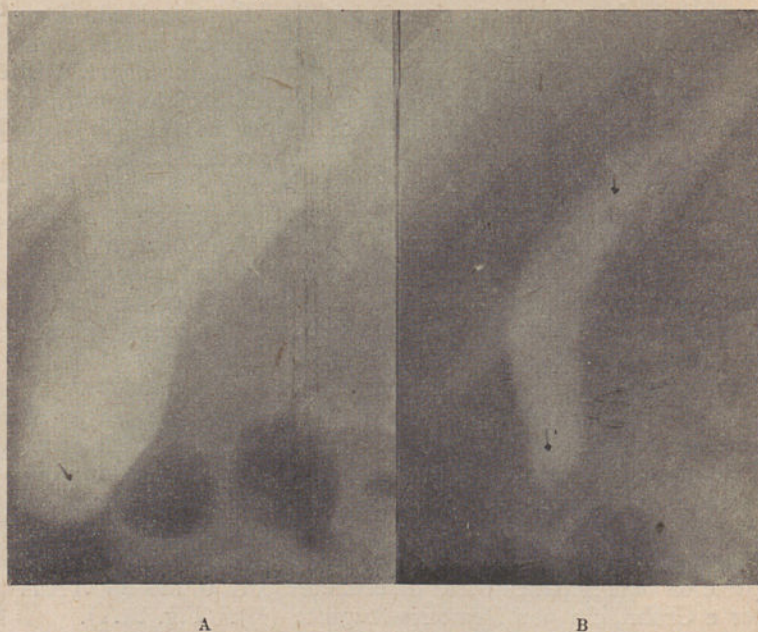


Fig. 8—A e B—Colecistografia pelo Telepaque com e sem esvasiamento (A e B) revelando pequeninos cálculos de colesterina, invisíveis em estudos anteriores em que a prova fora persistentemente negativa.

será útil efectuar radiografias com horários distintos o que permitirá obter imagens de opacificação diversa. Não temos exemplos pessoais que abonem este ponto de vista. Em casos especiais é evidente que se poderá experimentar o emprego de outros produtos.

É nossa convicção que o Telepaque virá favorecer o apa-

BAIXA DE PREÇOS

# SYNERGISTIN

Um produto de Consagração Mundial  
3 Doseamentos 3 Exitos

**Synergistin Normal**—Sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a 0,5 gramas de dihidroestreptomicina base 300.000 U. O. de Procaína Penicilina G Cristalizada, 100.000 U. O. de Penicilina G sódica Cristalizada.

1 Dose	Esc.	19\$50
3 Doses	Esc.	55\$50
5 Doses	Esc.	90\$00
10 Doses	Esc.	175\$00

**Synergistin Forte** —É igual à dose normal na Penicilina mas om 1 gr ama de Dihidroestreptomicina base.

1 Dose	Esc.	27\$00
3 Doses	Esc.	78\$00
5 Doses	Esc.	127\$50
10 Doses	Esc.	250\$00

**Synergistin Infantil**—Metade da dose normal

1 Dose	Esc.	14\$00
3 Doses	Esc.	39\$00

Esta substância está protegida e registada na Secção 505 da U. S. Food Drug and Cosmetic Act.

Apresentada em Portugal pelos :



**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



**pentothal**

MARCA REGISTRADA

**sódico**

(TIOPENTAL SÓDICO ESTÉRIL, ABBOTT)

*Como adjuvante do PENTOTHAL*

**Cloreto de Tubocurarina, Abbott**

...em frascos de 10 cc., dos quais  
cada cc. corresponde a 3 mgrs.  
de cloreto de pentahidrato  
e *d*-tubocurarina.

## PARA ANESTESIA INTRAVENOSA

Um crescente número de anestésistas recorrem ao *Pentothal Sódico*, barbitúrico de acção ultra-rápida, para indução à anestesia e para a sua continuidade.

A segurança e eficácia do Pentothal, quer só ou com outras drogas, está confirmada em mais de 2.000 trabalhos publicados, que procedem de todo o mundo em que se pratica a cirurgia moderna. Este conjunto de dados constitui um guia exacto do mais alto valor.

A anestesia intravenosa com o Pentothal significa:

Indução rápida sem estado de ansiedade do paciente; controle exacto dos níveis da anestesia; recuperação rápida e agradável, com poucas probabilidades, relativamente, de complicações post-operatórias; aparelhagem reduzida, e sem o menor perigo de fogo ou de explosão.

**Para informações mais completas e literatura permenorizada dirijam-se a:**

**Abbott Laboratórios, L.<sup>da</sup>**

Rua Joaquim António de Aguiar, 43 r/c Dto. — LISBOA

Telefone, 44073 Enderêço telegráfico: *Abbottlab* — Lisboa

**O Pentothal Sódico é um produto da investigação original de Abbott**



recimento dos chamados cálculos «entre duas águas». Por um lado imprimindo à bilis maior densidade, por outro dando conta mais cedo dos pequeninos cálculos, é de crer que aqueles que boiam sejam mais frequentemente observados. A nossa fig. 9 mostra precisamente um caso destes e permite reconhecer os cálculos a níveis diversos. Na fig. 10 mostram-se cálculos «entre duas águas» em prova com o Dikol.

Já vimos que os cálculos opacos poderão passar despercebidos como sucedeu no caso de Whitehouse e Martin. E não o

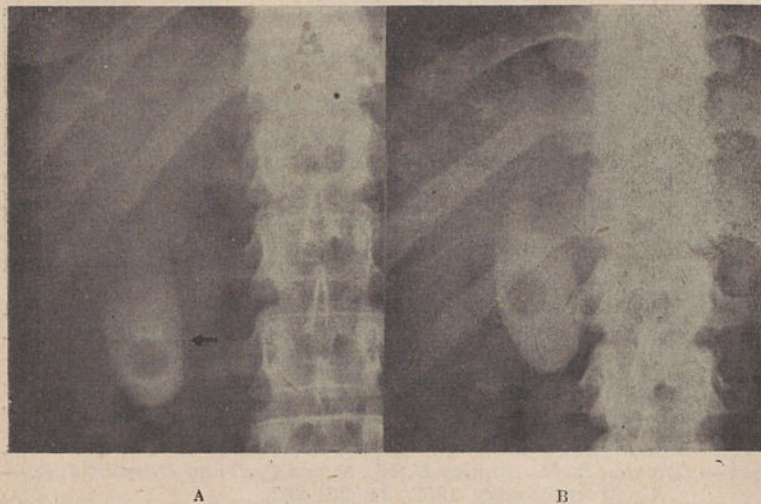


Fig. 9 A e B — Prova de Graham positiva com Telepaque, de pé (A), com os cálculos «entre duas águas» e a níveis distintos; (B) mesma doente em decúbito.

poderão os transparentes? É de admitir que sim. Com efeito, em alguns casos em que o contraste vesicular seja muito intenso, um pequeno cálculo de colessterina poderá não ser suficiente para gerar imagem. Mas deve acentuar-se que no nosso caso da fig. 8 trata-se precisamente de cálculos transparentes e pequenos, sendo muito bem visíveis, e Everett e Rigler opinam que a alta densidade do produto não dificultará a demonstração de cálculos não opacos, o mesmo afirmando Scott e Simril, sendo contrário o que se deduz de Spencer.

Deste conjunto de considerações resulta a noção de que o Telepaque vem aclarar grande número de casos, mas pode pelo contrário encobrir algumas verdades que temos de elucidar com doses diversas, produtos diferentes, incidências adequadas, posições distintas e técnicas radiográficas próprias quer no que se refere a penetração, quer no que respeita a método de exame (tomografia, etc.).

Quanto aos efeitos secundários, a nossa experiência amolda-se também à ideia de que o Telepaque é melhor tolerado

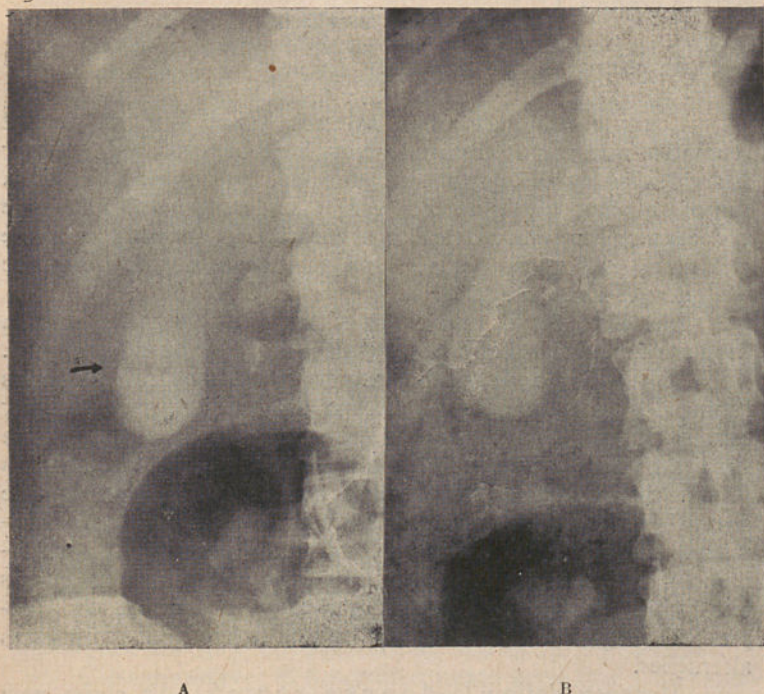


Fig. 10 — A e B — Colecistografia com o Dikol. Em (A) imagem na atitude erecta e em (B) no decúbito.

em igualdade de dose do que os outros produtos. Ensaíamos o Telepaque com doses desde 2 a 4,5 gramas e fica-nos a impressão genérica de que o Dikol e o Priodax apresentam efeitos laterais em maior número de casos e com maior intensidade do que o Telepaque. Não quer dizer que, como outros autores, os não tenhamos observado com este, pois têmo-los visto mesmo intensos em alguns casos, sobretudo com doses altas, (4,5) que não temos necessidade de empregar, como a experiência nos ensinou e concluíram Dunne, Jensen, Hughes e Spencer, de entre outros.

Temos visto, muitas vezes, grande quantidade de produto do colón, dando imagens densas que, como a outros autores, nos dão a ideia de que um melhor aproveitamento do produto, isto é, uma melhor absorção, pode vir a permitir reduzir ainda mais a dose empregada. É nesse sentido que julgamos dever actuar, pois não somos tão optimistas como os que pensam que representa utilidade o produto que aí se encontra pela facilidade que nos dá da evidenciação cólica, se bem que reconheçamos não ser frequente que a sua presença dificulte a interpretação (Fig. 11). Também Christensen e Sosman são de opinião de que o contraste residual do cólon que Everett e Rigler viram em

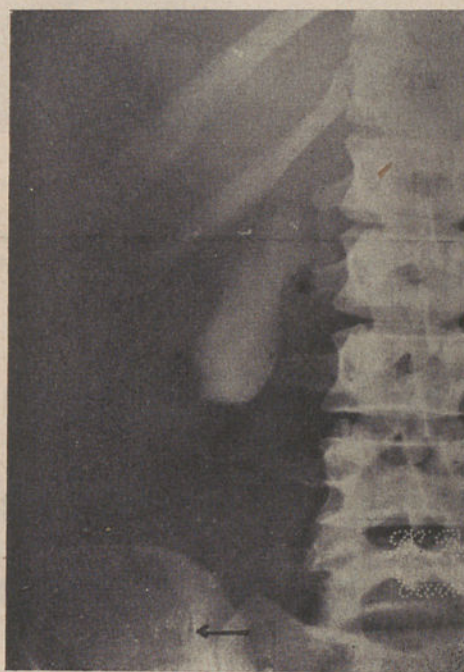


Fig. 11 — No cólon ascendente há grânulos muito densos de Telepaque não absorvido.

80,7 % dos casos não dificulta a interpretação e por isso Lowman e colaboradores consideram-no uma desvantagem mínima.

É evidente que se se reduz o número de provas negativas, se apura o diagnóstico, e a negatividade quando verificada tem valor crescente de patologia (Fig. 12) <sup>(1)</sup>. Por outro lado, a evidenciação cada vez mais frequente da vesícula retira verdade afirmação de Lomon <sup>(19)</sup> de 1927: «Dans les cholécystites calculeuses, il n'est pas sur que la cholecystographie soit d'un grand secours. Théoriquement elle mettrait en évidence des calculs transparents; pratiquement ceci reste exceptionnel». Já os produtos anteriores reduziam muito a verdade desta expressão e agora o Telepaque mais vem revelar — e disto temos já variadíssimos exemplos e de entre os quais os das figs. 8 e 9 — ser cada vez mais frequente a demonstração da litíase transparente.

O telepaque é um produto da Wintrop-Stearns Co, que se encontra no mercado sob a forma de comprimidos, em embalagens de 6, e cujas condições de administração são as mesmas do Dikol ou Priodax em doses simples, tornando-se necessário observar as mesmas regras na sua administração, com a pequena excepção de que a hora óptima de opacificação vesicular se passa um pouco mais cedo, isto é, 10 a 12 horas após a ingestão, em média.

Em resumo, o nosso objectivo foi, essencialmente, chamar

(1) Para Smith e Runge <sup>(18)</sup>, de entre outros, a negatividade da prova depende em 90 % dos casos de litíase vesicular ou das vias biliares.

a atenção dos clínicos para este novo produto — o Telepaque — agora empregado em colecistografia com manifesta vantagem sobre os meios que até agora usávamos. Com a experiência da droga que possuímos, pudemos documentar, pelo menos em parte, as nossas afirmações, o que torna, por certo, mais convincente a exposição. O facto de nem sempre ser o radiologista a indicar a preparação que o doente há-de fazer, justifica esta

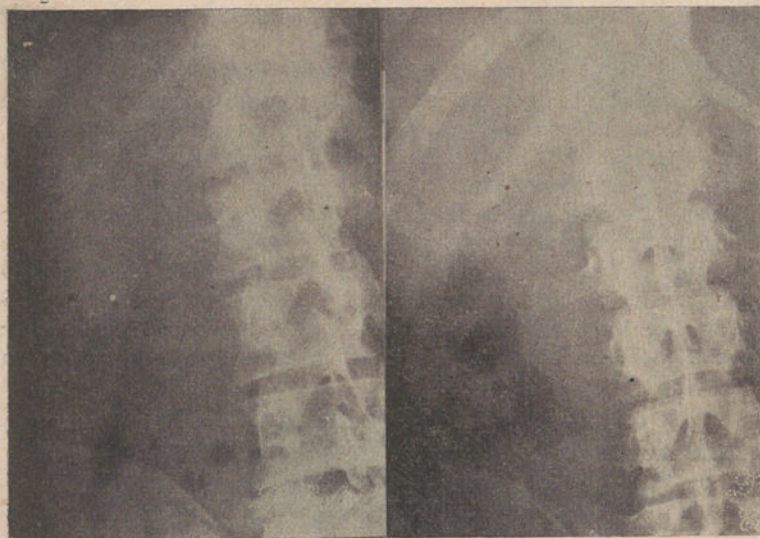


Fig. 12 — A e B — Após preparação pelo Dikol a prova foi sempre negativa e mantém-se após o Telepaque a testemunhar a maior probabilidade de colecistopatia. Nas imagens (A e B) verifica-se a prova negativa em decúbito e de pé.

nota para os clínicos, visto que no nosso pensamento actual o Telepaque tem sobre os restantes hepatotropos usados em colecistografia, as virtudes de fornecer melhores resultados de diagnóstico, menores efeitos deletérios e até a de ser menos custoso. Sem esquecer os altos serviços que os derivados do ácido iodoalfónico prestaram e prestam, e assinalando o progresso que representaram em relação à tetraiodofenolftaleína, temos de reconhecer a supremacia do Telepaque na grande maioria dos casos.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 — Abel e Rowntree — J. of. pharbm. and. exp. ther. 1909 t. x., pg. 231.
- 2 — Graham, Cole e Copher — J. A. M. A. Fer. 23, 1924; Maio 31, 1924.
- 3 — Dohrn e Diedrich — Deutsch. med. Wschr. 1940, 41, 1133.
- 4 — Nemours-Auguste — Arch. mal. de l'ap. digestif et des mal. de la nut., t. 33, n.º 1-2, Jan.-Fev. 1944, pg. 13.
- 5 — Lewis e Archer — J. Am. Chem. Soc., 1949, 71, 3753.
- 6 — Hope — cit. por Dunne e col.
- 7 — Dunne E. F., Jensen E. H. and Hughes R. — Radiology 1953, 60, 210-214.
- 8 — Dunne E. F. e colab. — Cleveland Clin. Quart. 1951, 18, 98-101.
- 9 — Scott W. G. e Simril W. A. — J. Missouri M. A., 1951, 48, 866-870.
- 10 — Christensen e Sossman — Am. J. Roentg, 1951, 66, 764-768.
- 11 — Morgan R. H. and Stewart H. B. — Radiology 1952, 58, 231-234.
- 12 — Marks J. L. and Schelble J. A. — Wisconsin M. J., 1952, 51, 171-172.
- 13 — Everett E. F. and Rigler L. G. — Radiology 1952, 58, 524-528.
- 14 — Lowman R. M., Stanley H. W., Evans T. S. and Mendillo J. C. — Gastroenterology 1952, 21, 254-262.
- 15 — Whitehouse W. M. and Martin O. — Radiology 1953, 60, 215-221.
- 16 — Spencer F. M. — Gastroenterology 1952, 21, 535-539.
- 17 — Demours-Auguste — Arch. mal. de l'ap. digestif et des mal. del da nut. 1945, 34, 262-275.
- 18 — Smith H. P. and Runge T. M. — Gastroenterology 1951, 18, 49-54.
- 19 — Lomon A. — in La vésicule biliaire, Masson, 1927.

## REVISÃO DE CONJUNTO

# Doença reumática: sua etiologia, diagnóstico, terapêutica e profilaxia

LEOPOLDO DE FIGUEIREDO

(Adjunto da Delegação de Saúde de Lisboa)

### REUMATISMO: SUA DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E DADOS HISTÓRICOS

A palavra reumatismo, em si, tem-se definido como o conjunto de afecções do aparelho articular e muscular. Palavra dum vasto significado que deve ser desbravada, identificando-se, precisando-se os limites das várias entidades nosológicas que comporta, tal e qual como sucedeu outrora com a palavra «tiphus» que encobria as febres eberthianas, o tifo exantemático, a tuberculose miliar, etc., etc., e que hoje ninguém naturalmente pensa em juntar no mesmo grupo.

Hipócrates, já nesses recuados tempos, citou entre as várias artrites, uma que aparecia em indivíduos novos, com certas características especiais. Mas nada mais se acrescentou ao que Hipócrates descreveu, até ao século XVII em que Sydenham fez a descrição clínica da doença reumática. Foi só, porém, em 1836, que Bouillaud assentou a relação entre a patologia da doença cardíaca e a da doença reumática. Mas infelizmente ainda hoje não sabemos como definir muitos dos reumatismos. Não vou tentar uma nova classificação. De resto sabemos de bastantes para acrescentar mais uma. Desejo tão somente citar uma classificação, a do Real Colégio dos Médicos Ingleses, que, didaticamente não faz senão agrupá-los e enumerá-los sem nenhuma pretensão de base etiológica ou anátomo-patológica.

Doença reumática  
Gota aguda

Artrite crónica { do tipo reumatóide  
do tipo osteo artrítico

Afecção reumática não articular

Como o título da nossa palestra indica é só da doença reumática que vamos tratar. Doença hoje bem definida, apesar dos variados nomes porque é conhecida. Sob o ponto de vista clínico sabemos perfeitamente qual a sua sintomatologia e que a doença afecta em particular o coração. E quantas vezes se localiza só no coração por ser nula ou ausente sintomaticamente qualquer afecção articular.

Lassegue disse, numa frase que ficou histórica, que a doença reumática «lambia as articulações e mordida no coração».

Sob o ponto de vista anátomo-patológico são de todos conhecidos as descrições do nódulo de Aschoff, referido por este autor em 1906 no miocárdio e encontrado por Fahr em 1921 nas imediações das articulações, nos tendões e nos nódulos reumáticos. Graff posteriormente demonstrou a presença de alterações histológicas análogas em todo o tecido laxo do organismo e também nas amígdalas, sobretudo na cápsula amigdalina. Porém, Arsénio Nunes, em algumas dezenas de amígdalas extirpadas de doentes reumáticos agudos do serviço do Hospital do Rego, onde então trabalhávamos, não encontrou estas alterações.

Marañon definiu a doença reumática como uma doença aguda, de marcha clínica genuína, com porta de entrada na faringe, febre de curso bastante cíclico, localização cardíaca

total constante com frequentíssimas localizações articulares e que finalmente obedece de um modo específico à acção dos salicilatos.

A definição feita em 1934 por este eminente investigador, é criticável em muitos sentidos e certamente o seu autor não a subscreveria hoje inteiramente.

São vários os nomes por que esta doença é designada, todos eles sujeitos a críticas, e, por isso, nenhum satisfazendo:

*Reumatismo poliarticular agudo*: Pode ser mono-articular ou mesmo como já se disse, sem manifestações articulares evidentes; e também é mais sub-aguda ou mesmo crónica do que aguda, pois este aspecto último só existe em suas crises iniciais ou suas recorrências.

*Febre reumática*: Nome modernamente mais aceite; mas a doença pode decorrer sem febre.

*Estado reumático*: Nome proposto por Moacyr Barroso (1946), indica uma situação peculiar do doente, espécie de estado alérgico. Mas não o destaca doutros estados reumáticos, cuja evolução clínica é totalmente diferente.

*Doença reumática*: Nome que escolhemos por nos parecer um pouco melhor visto que a separa por distinção das outras afecções reumáticas e também porque indica as suas características de morbidez tórpida.

É também chamada doença de Bouillaud, cardiovascularite reumática, infecção reumática, granulomatosa reumática, etc.

Antes de entrar no assunto propriamente da nossa palestra e que diz respeito à etiologia, terapêutica e profilaxia, digamos algo sobre a epidemiologia da doença reumática, destacando a sua importância social, o modo como está espalhada em todo o mundo, trazendo consigo a incapacidade para a vida de tantos e tantos indivíduos.

*Epidemiologia*: Cossio dá a percentagem de 15 % para as doenças do coração de causa reumática. Mas em crianças e adolescentes a percentagem é quase de 100 %.

*Idade*: A maior incidência é entre os 7 e os 16 anos de idade, isto é, entre a 2.<sup>a</sup> dentição e a adolescência. Depois dos 20 diminui sensivelmente e é rara depois dos 40 anos de idade. Antes dos dois anos também a doença é extremamente rara.

*Sexo*: O sexo feminino é mais sensível à doença. John Paul pensa que a diferença entre um e o outro sexo é de 60 % para o feminino e 40 % para o masculino. Moacyr Barroso dá-nos os seguintes números: 53,45 % para o sexo feminino e 46,55 % para o sexo masculino. A nossa experiência tem-nos mostrado que a doença nas raparigas se revela por uma fase aguda mais acentuada, com palidez intensa da face, e uma evolução posterior mais arrastada.

*Raça*: As raças brancas são mais susceptíveis que as raças de cor.

*Antecedentes hereditários*: Moacyr Barroso nas suas observações encontrou, entre as crianças sofrendo de doença reumática, 50 % cujos pais eram reumáticos, ou tinham doença do coração.

*Factores meteorológicos*: Se estes factores intervêm ou não, é problema que se vem debatendo há séculos. Se por um lado se afirma a influência da humidade e da temperatura etc., etc., por outro lado há outros elementos que parecem desmentir a sua importância. Segundo Poynton e Schlesinger (1937), as tropas na Flandres, na 1.<sup>a</sup> guerra mundial, mergulhados nas trincheiras, nas piores condições de defesa contra o frio e humidade, durante meses e meses, não tiveram a registar uma percentagem maior de doentes reumáticos, como seria natural se estes factores fossem na verdade desencadeantes do mal ou poderosamente seus adjuvantes.

*Clima e estações do ano*. A maior incidência da doença verifica-se nos países temperados. Mas a doença ocorre igualmente nos países secos e quentes, tais como o Egipto e a Arábia. Moacyr Barroso diz que os seus casos aparecem com maior frequência nas estações do inverno e da primavera, o que a nós não nos foi possível confirmar.

*Factor social*: É mais comum entre as crianças pobres, mal alimentadas, avitaminadas, depauperadas, vivendo em habitações colectivas. Gloyer diz também que os amontoados humanos, favorecendo a propagação das infecções das vias aéreas superiores, são mais susceptíveis de uma maior incidência.

*Contagiosidade*: É do conhecimento geral que a literatura médica nos refere casos familiares. De facto, não é raro depararmos com vários doentes dentro do mesmo grupo familiar, em que a doença se iniciou em um dos membros e se propagou

aos outros, como acontece nas doenças averiguadamente epidémicas. Provavelmente trata-se de indivíduos susceptíveis à causa desencadeante, e foi esta a que se propagou. Em conclusão, não é a doença reumática que se transmite, mas sim a doença que lhe deu origem — a infecção estreptocócica.

## ETIOLOGIA

Se está assente que a doença tem um mecanismo patogénico próprio e um agente etiológico próprio, já não estamos muito certos quando quisermos falar sobre esse agente e sobre a sua patogenia. O que sabemos é que pelos seus caracteres e pela sua evolução se deva tratar originariamente duma doença infecciosa.

A angina que precede a doença reumática é conhecida desde há séculos. Foi Mante, porém, que em 1885, no *British Medical Journal* salientou a sua importância como causa desencadeante. Mas a revelação de tão importante acidente não impressionou os médicos daquela época, tanto mais que o agente encontrado nestas anginas, o estreptococo, de nada diferia de outros estreptococos encontrados em anginas semelhantes e que não eram seguidas de doença reumática.

Desde então tem-se pesquisado intensa e sistematicamente o agente nos nódulos reumáticos, nos exsudados pleurais e pericárdicos, no líquido sinovial, no sangue, tanto durante a vida do doente como depois no post mortum.

É bastante longa a lista! A bibliografia médica está cheia de descrições minuciosas de cocos e bacilos, uns Gram positivos outros negativos. E para citar alguns, falo-lhes dos que mais repercussão tiveram. Poynton e Paine em 1900 isolaram do sangue e dos tecidos de oito doentes um microorganismo a que deram o nome de *Diplococcus rheumaticus*. Era Gram negativo e inoculado em coelhos produzia uma doença que os autores achavam muito sugestivo de doença reumática. Meyer, em 1901, obteve semelhantes resultados. Beathie, em 1904, igualmente isolou um coco, a que deu o nome de *micrococcus rheumaticus*. Rosenow, em 1914, sugeriu que os estreptococos isolados dos doentes, sofriam mutações várias (Teoria das Transmutações); e também mostrou que nas bactérias que isolou havia uma tendência para se fixarem em certos órgãos (Doutrina da infecção focal) mantendo a doença por um constante provimento de substâncias tóxicas em pequenas quantidades.

Swift e Kinsell, em 1917, isolaram o estreptococo não hemolítico do sangue ou dos nódulos de 8 % dos seus doentes. Clawson, em 1925, no sangue de 20 doentes conseguiu isolar o *estreptococcus viridans*. Birkhaug igualmente isolou um estreptococo a que deu o nome de *estreptococcus candido-arthritis*. Cedit e Michols, em 1931, novamente encontraram um estreptococo não hemolítico.

Lowenstein, em 1931, por ter encontrado o bacilo de Koch em culturas de sangue de doentes reumáticos levantou a hipótese de a doença ser de natureza específica bacilosa, hipótese que depois foi criticada por outros autores, nomeadamente por Chiari, que, estudando a sensibilidade à tuberculose de centenas de crianças reumáticas, concluiu que a tuberculose não intervinha de maneira alguma na etiologia da infância reumática.

Em conclusão deste pequeno apanhado histórico, podemos afirmar que os diferentes achados bacteriológicos, que pretendiam ser os agentes etiológicos da doença reumática, não foram confirmados.

Todas essas diferentes e variadas bactérias, encontradas nas lesões reumáticas eram apenas agentes das infecções secundárias concorrentes e não propriamente agentes etiológicos da doença. A verdade é que até hoje, nas várias lesões reumáticas, bactéria alguma foi encontrada com probabilidades de ser o agente da doença. Não está pois presente nas lesões reumáticas, o tão procurado agente etiológico, ou, se existe o é em tão reduzido número e actuando de uma maneira tão peculiar que nos passa despercebido. Isto é, perante os factos conhecidos, somos naturalmente levados a duvidar que as lesões reumáticas sejam produzidas pela acção directa de qualquer agente.

Que é uma lesão específica, não podemos deixar de o considerar pelas razões anátomo-patológicas de que já falamos. Graff, em 1939, chama-lhe «*Rheumatismus infectiosus specificus*» e Fahr já anteriormente a tinha colocado distintamente entre as outras infecções com o nome de *Granulomatosis rheumatica*.

Mas qual o agente? Serão as lesões produzidas a distância por exotoxinas ou por sensibilidade hiperalérgica dos tecidos? Ou será produzida «in loco» por um vírus ainda não verdadeiramente identificado?

Consideremos pois as principais hipóteses: a hipótese estreptocócica, a hipótese alérgica e a hipótese virótica.

*Hipótese estreptocócica:* Expliquei-vos há pouco que já nos últimos anos do século anterior, a angina reumática tinha sido considerada como possivelmente associada ao aparecimento da doença. Mas foi só mais tarde, quando os estudos bacteriológicos haviam atingido um certo desenvolvimento, que o assunto foi tratado de uma forma científica. Collis, em 1931, descreveu epidemias de anginas estreptocócicas de que resultaram alguns casos de doença reumática. A mesma experiência tiveram-na Coburn e Pauli, em 1932. Green, em 1938, em 200 reumáticos estudados, observou que 58 % eram portadores de estreptococo hemolítico do grupo A, de Lancefield; em igual número de não reumáticos só 12,5 % eram portadores do estreptococo. Green, em 1942, num campo de recrutas indemne de infecções estreptocócicas verificou que igualmente não se havia registado nem casos de escarlatina nem casos de reumatismo. Nos outros campos invadidos por infecções estreptocócicas, abundavam já os casos de doença reumática e também de escarlatina. Por estas observações parecia portanto poder-se deduzir que a incidência da doença reumática não dependia pois do tempo, das condições atmosféricas, do frio ou humidade, mas sim das infecções estreptocócicas.

Eis os números elucidativos da estatística de um dos campos. A sua população era de 1.900 indivíduos. E 1.466 adoeceram de angina estreptocócica, em um surto epidémico que invadiu o campo. Algum tempo depois 132 destes indivíduos adoeceram com escarlatina e 162 com doença reumática. Todos estes casos se deram nos três primeiros meses após a epidemia estreptocócica. Mas enquanto a maior incidência da escarlatina se deu nas primeiras seis semanas, a doença reumática apareceu predominantemente nas seis semanas seguintes. Green concluiu que ambas as doenças, escarlatina e doença reumática, são devidas ao mesmo agente, mas que o mecanismo patogénico é todavia diferente.

Watson e Swift, em 1945, estudaram 110 casos de escarlatina. Em 29 doentes que sofreram complicações, 22 apresentaram traçados electrocardiográficos semelhantes aos que aparecem em doentes de doença reumática. Oito doentes apresentaram sintomatologia articular de intensidade variável, do tipo da doença reumática.

Em cerca de 1.000 doentes de escarlatina por mim observados no Hospital do Rego, ainda que a maior parte da sintomatologia articular fosse discreta, alguns casos encontrei muito semelhantes ao que costumamos observar na doença reumática. E o mesmo se poderá dizer das complicações cardíacas. Watson e Swift vão mais longe e afirmam que a doença cardíaca tem a mesma base anátomo-patológica, pois encontraram lesões muito semelhantes aos nódulos de Aschoff no coração de doentes falecidos com escarlatina.

Estes casos apontados mostram a incidência da doença reumática nas infecções estreptocócicas e a sua coincidência com a escarlatina.

Mas esta é a primeira parte do problema, na qual se conclui que o estreptococo parece realmente estar ligado à doença reumática. Mas não é tudo, visto que nem todos os indivíduos que sofreram de infecções estreptocócicas adoecem com doença reumática, o que felizmente só acontece a um pequeno número. Qual pois o mecanismo, qual pois a patogenia? Será uma acção directa do estreptococo sobre os tecidos, ou das suas toxinas, actuando como antigénio ou como alergénio? Será outro qualquer agente, ligado ao estreptococo, como por exemplo um vírus?

Ultimamente tem-se considerado o papel importante que representa em relação à doença reumática, a hyaluronidase, que é um dos mais poderosos antigénios extra-celulares do estreptococo e considerado como um factor de difusão através o tecido conjuntivo. A doença reumática é computada com o lupus eritematoso, a escleroderme, a periarterite nodosa — *uma doença do colagénio*.

De acordo com Bensley (Swift-1949) o tecido conjuntivo em formação passa através os seguintes estados: edema, substância gelatinosa, fibras argirófilas, colagénio ou forma adulta.

O ácido hyalurónico é um dos principais componentes da

substância de suporte do tecido conjuntivo e é desdobrada pela hyaluronidase. Nos indivíduos jovens a acção deste fermento é facilitada, não só porque é diminuta a formação de anti-hyaluronidase, que só atinge um nível elevado a partir dos 20 anos de idade, mas também porque não existe como no adulto o emaranhado completamente constituído das fibras colagénicas que dificultam a difusibilidade da acção do fermento.

Parece que nos indivíduos susceptíveis à doença reumática (Guerra-1946) a hyaluronidase actua mais intensamente do que nos indivíduos não susceptíveis, possivelmente porque naqueles existe um atraso na formação dos anti-corpos (Rothbard-1948).

Desde que a hipótese estreptocócica se vem debatendo, procurou-se dosear no soro dos doentes os anticorpos específicos.

Todd, em 1932, demonstrou que o processo reumático é quase sempre associado a um aumento de anti-estreptolisina no soro dos doentes, na fase aguda da doença. Coburn e Pauli em 1935 após uma longa série de estudos, concluíram que um alto título de anti-estreptolisina no soro era expressão directa duma relação imunológica entre a infecção estreptocócica e a doença reumática. Porém, nesta doença, o máximo de quantidade de anticorpo referido só é atingido 2 a 3 semanas após a infecção aguda estreptocócica, o que não acontece nos não reumáticos em que a curva atinge o acmé logo após a infecção aguda. Deste facto conclui-se que nos doentes de reumatismo há um *atraso na reacção imunológica*; e não só um atraso como também a concentração de anti-estreptolisina não baixa logo em seguida como acontece nas outras infecções estreptocócicas, mas prolonga-se por muitos meses. Por isto podemos também deduzir que a actividade antigénica do estreptococo na doença reumática é contínua e persistente.

Coburn dividiu a doença em três fases:

- I Fase: Fase aguda da infecção estreptocócica das vias aéreas superiores, que dura alguns dias.
- II Fase: Segue-se imediatamente à 1.<sup>a</sup> e é caracterizada pela completa ausência de sintomas clínicos. Dura de alguns dias a 6 semanas. A curva de anti-estreptolisina sobe lentamente; e o complemento diminui. Excesso de antigénio sobre os anti-corpos.
- III Fase: É o período das manifestações reumáticas. A curva de anti-estreptolisina continua subindo e o complemento volta à normalidade. Excesso de anti-corpos no soro dos doentes.

Esta concepção, que nos parece bastante sugestiva, mereceu da parte de diferentes autores uma certa oposição. Taran, em 1946, afirma que a curva de anti-estreptolisina é, única e simplesmente, a história imunológica dum doente que vive num mundo estreptocócico. Entre 460 doentes de doença reumática, poucos foram aqueles em que, estudada a curva da anti-estreptolisina, esta recaiu na curva clássica de Coburn.

Lowell Lantz, em 1945, ainda que atribua a doença ao estreptococo hemolítico, acha que as manifestações clínicas são o resultado da sensibilidade alterada dos tecidos, sendo necessárias infecções repetidas com diferentes tipos de estreptococos para que surja a doença. Conta vários casos clínicos da sua experiência e entre eles o dum jovem de 19 anos, que entrou no hospital com uma angina estreptocócica do tipo 3, de Griffith, e se curou rapidamente com penicilina. Passados 19 dias reencontrou com outra angina, do tipo 46, e de que igualmente se curou. Duas semanas mais tarde, apareceu com nova infecção, desta vez do tipo 30. Trinta e seis horas depois desta última amigdalite, apareceram-lhe subitamente sintomas de doença reumática.

Parece pois que para se desencadear a doença foram necessárias várias infecções estreptocócicas, isto é, a doença não foi devida simplesmente ao efeito dos produtos estreptocócicos sobre o tecido conjuntivo, mas sim resultante duma hipersensibilidade alérgica adquirida por infecções estreptocócicas anteriores, sem especificidade, nas quais a produção de anti-corpos neutralizantes estivesse retardada.

Será pois a doença reumática resultante de uma reacção hiper-alérgica ao estreptococo ou possivelmente a outro qualquer agente, funcionando como alergénio?

Já em 1913 Muller salientou a grande semelhança entre a doença reumática e a doença do soro. Friedberg nessa mesma

**UMA NOVA PENICILINA**

**OBTIDA POR SÍNTESE NOS LABORATÓRIOS ATRAL**

# **LENTOCILIN**

(N,N'-dibenziletilenadamina dipenicilina G)

**14 DIAS** de níveis terapêuticos eficazes

**16 VEZES** menos de reacções alérgicas

**Bastante mais estável**

INJECTÁVEL:

**LENTOCILIN - 600**

**LENTOCILIN - 900**

ORAL:

**LENTOCILIN - SUSPENSÃO**

**LENTOCILIN - CÁPSULAS**

**LABORATÓRIOS ATRAL**



# COMPRIMIDOS ROTER

COMPOSIÇÃO: Subnitrato de bismuto, carbonato de magnésio, bicarbonato de sódio, cortex de rhamni frang., rhizoma cal.

## **EFEITO REAL**

na úlcera, mesmo nos casos resistentes, crónicos.

## **MAIOR CAMPO DE ACÇÃO**

pois é tão eficaz em casos de úlcera do duodeno como do estômago (mesmo em doentes idosos).

## **SEM ELEVAÇÃO PARADOXAL DA ACIDEZ**

reduz a acidez do suco gástrico, não estando contra-indicado por causar subacidez.

## **3 VANTAGENS**

no tratamento da úlcera peptica, em contraste com substâncias possuindo uma acção principalmente espasmolítica.

## EMBALAGENS ORIGINAIS

Lata de 40 comprimidos de 1,1 g

Lata de 120 comprimidos de 1,1 g

Lata de 640 comprimidos de 1,1 g

*Literatura e Amostras à disposição da Ex.ma Classe Médica.*

PHARMACEUTISCHE FABRIEK **ROTER**

HILVERSUM-HOLANDA

REPRESENTANTE EXCLUSIVO PARA PORTUGAL

NÉO-FARMACÊUTICA, L.<sup>DA</sup>

AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21 - r/c - Esq. — LISBOA

TELEF. 51830

altura, injectando soro de cavalo em coelhos previamente sensibilizados, obteve uma artrite asséptica que, sob muitos aspectos, se assemelhava às lesões articulares da doença reumática.

Klinge, em 1932, repetindo as mesmas experiências de Friedberg (injecção de soro de cavalos em coelhos) estudou as lesões produzidas, não só nas articulações, como também no miocárdio e em outros órgãos, e achou que as modificações anátomo-patológicas eram semelhantes às da doença reumática. E pensa que a doença reumática deve ser considerada como uma reacção hiperérgica.

Outros autores porém como Masugi e Murasawa contestam as experiências de Klinge. Pensam que lesões específicas, como o nódulo de Aschoff, não poderão de modo algum ser produzidas por simples reacções anafiláticas provocadas pelo soro de cavalo. Poynton e Schlesinger (1937) apontam igualmente que é mais razoável que os nódulos reumáticos sejam uma directa resposta dum agente infeccioso que, invadindo a circulação, se detém nos diversos órgãos onde frequentemente os nódulos aparecem. E mais, conclui que o mais fiel alergista a custo poderá achar melhor explicação para uma pericardite fulminante que uma acção local duma infecção aguda. A única ideia que se poderá aceitar, «diz», é que a alergia possa influir, alterando a resistência e a susceptibilidade dos tecidos, de modo a permitir uma localização da infecção reumática. Trabalhos de Blande Jones, em 1935, vieram em auxílio desta hipótese, provocando em doentes reumáticos crises agudas simplesmente com shock proteico.

**Hipótese virótica:** A hipótese de que será um vírus o agente de doença reumática data dos primeiros anos deste século. De Vecchi, em 1912, afirma ter produzido, em animais de laboratório, miocardites semelhantes às encontradas na doença reumática pela inoculação de filtrados de sangue de doentes reumáticos.

Mais tarde Schlesinger e seus colaboradores descreveram no líquido pericárdico, após centrifugação, certas partículas de tamanho uniforme, semelhantes às partículas de vírus encontradas em outras doenças, partículas que se verificaram ser aglutinadas pelo soro do sangue do doente.

Ultimamente Swift inoculou líquido pleural e articular de doentes reumáticos, em actividade, na membrana coreo-alantoidea de ovos de galinha em incubação, produzindo lesões características, peroliformes, de vírus, com a qual estirpe depois conseguiu, inoculando-a em ratos, produzir-lhes uma pneumonia. Mas Swift tinha dúvidas se o vírus isolado era ou não o agente etiológico da doença reumática.

Outros autores impressionados todavia pelo aparecimento insistente dos estreptococos, pensam que a infecção estreptocócica altera a resistência dos tecidos de modo a permitir a inoculação do vírus no organismo, ou mesmo provocar a activação dum vírus latente, tal como acontece no «herpes febrilis».

Lewis sugere que a semelhança do que acontece com a influenza do porco, os estreptococos sejam como que um simples vector do vírus, hipótese que de resto foi posta igualmente para a escarlatina.

Qual pois a teoria que nos parece mais aceitável? Sem dúvida o problema não está esclarecido definitivamente. O estreptococo desempenha um papel etiológico importante, seja qual for; mas, o que é certo é que o seu mecanismo nos é ainda desconhecido.

## DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO DA DOENÇA REUMÁTICA

Para se fazer o estudo do doente, com toda a sintomatologia da doença, ou simplesmente de uma cardiopatia que se suspeita ser de natureza reumática, o primeiro elemento a colher é uma anamnese cuidadosa.

Deve-se procurar em primeiro lugar, na infecção aguda, os processos inflamatórios anteriores das vias aéreas superiores, tendo sempre em vista as amigdalites purulentas, congestivas, ou mesmo um discreto sinal de dores de garganta. Pode também uma epistáxis que é contemporânea muitas vezes duma heperémia conjuntival, ser o único sinal encontrado.

Deve-se indagar depois se a doença já foi antecedida de outros surtos. Algumas vezes, a negativa de um doente é contrariada pela observação de uma cardiopatia já antiga.

Há também que investigar sobre se existiram ou não

manifestações coreicas que muitas vezes podem ter sido tomadas apenas por leves excitações nevróticas ou terem passado despercebidas pela *entourage*, como doença definida.

Além da observação do doente, seu estado geral, exame das articulações, estudo clínico do coração e vasos, e outros aparelhos, lembraremos duas provas laboratoriais, úteis para se avaliar a marcha da doença, e diremos algo sobre o exame electrocardiográfico sistemático. Em casos duvidosos dever-se-á dosear no soro dos doentes suspeitos a anti-estreptolisina, cujos valores como já se disse se encontram elevados.

### Dados laboratoriais:

**Leucocitose** de cerca de 12.000 a 15.000 glóbulos brancos, que baixa com a cura clínica.

**Velocidade de sedimentação** elevada e em relação bastante estreita com o estado do doente. Importante aplicar a fórmula de Brahme, recomendado por Moacyr Barroso e que se calcula do modo seguinte: milímetros de sedimentação da 1.<sup>a</sup> hora na penúltima prova, divididos por milímetros de sedimentação da 1.<sup>a</sup> hora na penúltima prova, menos milímetros de sedimentação da 1.<sup>a</sup> hora na última prova, multiplicado por 7 e dividido pelo número de dias N que separou essas duas provas, relação que se pode exprimir assim:

$$\frac{S_1}{7(S_1 - S_2)} \quad N$$

Sendo N = 7, a fórmula simplificar-se-á e teremos simplesmente:

$$\frac{S_1}{S_1 - S_2}$$

Sempre que o resultado desta fórmula for inferior a 2,3 podemos permitir uma certa actividade ao doente, sem perigo que esta medida favoreça a recorrência. O mesmo já não se poderá dizer quando o resultado for igual a 2,4 ou superior.

**Traçado electrocardiográfico.** Permite-nos o exame electrocardiográfico reconhecer se o coração na fase aguda da doença foi ou não envolvido e qual o grau da lesão. É muitas vezes o único elemento pelo qual podemos avaliar uma cardite reumática.

Não traçado há a considerar as modificações no tempo e forma de condução do estímulo.

Nas perturbações da condução temos em 1.<sup>o</sup> lugar o aumento do tempo da condução aurículo-ventricular. A infiltração edematosa do miocárdio, na fase exsudativa da doença, compromete o feixe de His, retardando assim o estímulo. Sendo esta a única causa, o atraso será transitório e em breve desaparecerá com a atenuação dos sintomas clínicos, tais como também desaparecerão os sopros suaves de insuficiência mitral relativa.

Se o alongamento PQ tiver maior duração, então já a alteração será atribuída a um nódulo de Aschoff nas vizinhanças do feixe de His. Mais tarde, 12 meses depois, tempo necessário para a sua cicatrização, o espaço PQ poderá voltar ao normal.

A anomalia será definitiva se o nódulo incidir mais directamente sobre o feixe de His e comprometer depois na sua cicatrização a integridade deste feixe.

Escusado será certamente dizer-vos que o aumento do espaço PQ não é privativo da infecção reumática e encontramos-lo em muitas outras doenças, a influenza, a broncopneumonia, a febre tifóide, e a difteria. Não podemos também esquecer que a digitalina ocasiona igualmente o alongamento do espaço PQ. É por isso que encontramos em muitos autores a ideia de que a digitalis está contra-indicada na cardite reumática. Schlesinger, porém, diz que, usada com todo o cuidado, pode trazer benefícios ao doente, especialmente na dilatação aguda do coração, associada à pericardite.

Outra alteração fundamental é o prolongamento do QT. As outras alterações da conduta do estímulo que podemos encontrar são o bloqueio parcial, bloqueio total e bloqueio de ramo.

Atribui-se a depressão ST e a inversão ST a lesões miocárdicas, secundárias à dificuldade de circulação coronária, resultante de um aumento da tensão intra-pericárdica.

Na pericardite exsudativa observa-se uma baixa voltagem do complexo ventricular, devido, como sabemos, a um curto circuito das correntes de estímulo através o líquido do derrame.

Podemos também, no traçado electrocardiográfico do doente reumático, encontrarmos perturbações do ritmo cardíaco: *Taquicardia*: É a forma mais comum da repercussão cardíaca da infecção reumática.

*Bradycardia*: Encontramo-la já na convalescença da doença.

*Arritmia extra-sistólica*: É bastante frequente na fase aguda da doença.

*Fibrilhação auricular*: É muitas vezes a consequência duma velha estenose mitral, mas que pode aparecer igualmente durante um surto agudo da doença.

#### *Doseamento da anti-estreptolisina:*

Para o diagnóstico de casos duvidosos de cardite reumática em que a anamnese não nos ilucida sobre a existência de doenças reumáticas anteriores, o doseamento no soro do doente da anti-estreptolisina poder-nos-há dar preciosas indicações, pois como já foi dito, o seu valor está elevado nesta doença. A técnica laboratorial todavia é difícil e complicada. Entre nós foi Torres Pereira que iniciou estes trabalhos com resultados de bastante interesse, continuando todavia os seus ensaios, para uma conclusão definitiva.

## TERAPÊUTICA

Os problemas essenciais no tratamento da doença reumática são:

- 1.º — Aliviar as manifestações articulares;
- 2.º — Evitar ou diminuir o grau da cardite reumática;
- 3.º — Encurtar o período agudo da infecção;
- 4.º — Prevenir as recorrências.

### SALICILATO DE SÓDIO

Entre os primeiros medicamentos a citar está o salicilato de sódio.

Se é geral o apreço da droga (surpreendente por vezes o seu efeito analgésico), nem todos lhe atribuem os mesmos efeitos farmacológicos.

Qual o seu mecanismo? Sobre que actua e como actua? Evita ou não as complicações cardíacas? E qual a dose óptima? E qual a via de administração preferível?

Tem-se deitado bastante todos estes problemas. E quando muito se escreve sobre um assunto é quase sempre indício do muito pouco que se sabe.

A droga certamente não actua sobre o provável agente etiológico, o estreptococo, mas possivelmente sobre os seus produtos, e destes a hialuronidase, antigénio extracelular e que é, pela sua acção sobre o tecido conjuntivo, um factor difusivo.

Divergem as opiniões sobre a acção preventiva e curativa do salicilato de sódio na cardite reumática.

Por mim penso que é difícil duvidar da sua acção benéfica, ainda que certamente não evite o estabelecimento de uma lesão definitiva. Coburn acha que se os efeitos sobre a cardite não são tão bons como se deseja é que nem sempre a dose é suficiente. É necessário pois, segundo este autor, empregar doses maciças — de 10 a 14 gramas diárias, tomadas parcialmente de 4 em 4 horas, a fim de se atingir no sangue uma concentração de 35 mg.%, durante duas semanas ou mais, até que a velocidade de sedimentação desça de feição apreciável.

Parece estar assente (Manchester 1946) que a via endovenosa não tem vantagem sobre a via «per os» a não ser que haja intolerância gástrica.

Para a absorção de doses elevadas é útil a administração gota a gota endovenosamente duma solução de 24 ‰. Injectando 500 cc. diariamente a dose é de 12 gramas, sem que o estômago seja sobrecarregado. Coburn admite que misturando, como é costume, bicarbonato nas doses «per os», é mais difícil atingir no sangue a concentração desejada.

A determinação da concentração do salicilato no sangue, faz-se misturando e agitando o plasma do sangue com uma solução de bicloreto de etilo em meio ácido. Depois de uma centrifugação de 5 minutos, junta-se ao líquido sobrenadante

uma solução de nitrato fénico em ácido nítrico, mistura que dá uma coloração que é comparada num colorímetro com solutos padrões (Brodil, 1944).

As doses maciças estão muito próximas das doses tóxicas, cujos sinais de cetonémia são os seguintes: náuseas, vômitos, fenómenos auditivos, dor epigástrica, tremor dos membros, dilatação das pupilas, dispneia, pulso rápido, cianose, coma. Combate-se a toxémia suspendendo imediatamente a administração da droga e dando ao doente 10 a 20 unidades de insulina, precedidos da ingestão de 30 a 60 gramas de glucose.

Na doença reumática verifica-se que o salicilato não tem, nos acessos posteriores, a mesma eficácia da dos primeiros ataques. Não só os sintomas clínicos não são debelados com a rapidez e êxito do ataque inicial, como também se não verifica a descida rápida da velocidade de sedimentação.

A *aspirina* (ácido acetil-salicílico) tem sido usada principalmente em pediatria. A dose é de 0,08 por quilo de peso e nas 24 horas. Uma criança com 20 quilos recebe 1,5 grama por dia, dividido em fracções dadas de 4 em 4 horas.

Tem de se verificar a reserva alcalina e o tempo de protrombina.

### GENTISATO DE SÓDIO

É o sal sódico do ácido gentísico, que é um produto derivado do ácido salicílico pela sua oxidação. Tem eficácia igual à do salicilato, mas mais bem tolerado mesmo em doses elevadas de 15 a 20 gramas diários. A tolerância gástrica é bastante boa. Não baixa o tempo da protrombina.

## HEPARINA

Glazebrook e Cookson (1947) verificaram que as substâncias que são anti-coagulantes, como o salicilato e a heparina, podem actuar favoravelmente na doença reumática. Nesta base pensaram que o efeito curativo residia não só em impedir a coagulação protoplásmica e a precipitação das células necrosadas, por irritação intra-celular das reacções imunológicas, mas também por igualmente se lhe atribuir uma acção inibidora da hialuronidase.

Gordon e Glyn, (1949-1951) depois de demorados estudos sobre a heparina nos indivíduos reumáticos e não reumáticos, averiguaram que na doença reumática há um marcado aumento de resistência à acção anticoagulante da heparina. Esta resistência parece ser constante e não depende do grau de actividade do processo reumático, avaliada pela velocidade de sedimentação.

Pode-se admitir que a heparina seja inactivada na corrente sanguínea, com a consequente diminuição das suas propriedades anticoagulantes e da inibição dos vários enzimas tais como a hialuronidase e a ribonuclease estreptocócica.

Mas qual seria o mecanismo da sua acção na doença reumática?

A Heparina é um polisacárido e intimamente afim a certos polisacáridos presentes no tecido conjuntivo. Visto que as lesões reumáticas ocorrem principalmente neste tecido e verificando-se que a heparina é destruída durante a fase aguda da doença, é de presumir que as modificações desta substância se dêem ao nível do tecido conjuntivo, contrariando assim a evolução das formações histo-patológicas.

Glazebrook e Wingley (1949) trataram 8 doentes com doses de 1.000 U. I., administradas endovenosamente três vezes ao dia. Os resultados foram relativamente bons, mas não impediu que em 62 % aparecesse a cardite reumática.

Donzelot e Kaufmann (1949) são favoráveis ao emprego da heparina, principalmente nos doentes salicilato-resistentes. Pensam estes autores que a sua acção está relacionada também com uma acção anti-exsudativa intensa que não só se manifesta na doença reumática, como nos derrames pleuríticos, ascíticos, etc.

Como anteriormente se disse, na doença reumática há uma marcada resistência à actividade anti-coagulante da heparina, o que torna a droga um pouco mais maneável. Últimamente, por isso, as doses têm sido maiores, ainda que rodeado dos cuidados habituais. Tem-se iniciado assim o tratamento com doses de 5.000 U. I. diárias, dissolvidas em 100 cc. de soro fisiológico, e administrando-se por uma só vez, endovenosamente, gota a



# 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

# tonocálcio

## INJECTÁVEL

DITIONATO DE CÁLCIO  
A 5%

ÁCIDO ASCÓRBICO  
A 10%

DITIONATO DE CÁLCIO  
A 5%

## C INJECTÁVEL

DITIONATO DE CÁLCIO  
A 5%

ÁCIDO ASCÓRBICO  
A 5%

## C- INFANTIL INJECTÁVEL

Cálcio (corresp. a 0,80 de Ditionato) 0,116 gr.  
Fósforo (corresp. a 0,30 de Fosfato) 0,070 gr.  
Vitamina B. . . . . 0,003 gr.  
Vitamina C . . . . . 0,020 gr.  
Vitamina D. . . . . 0,0001 gr.  
Citrato de Sódio . . . . . 0,30 gr.  
Excipiente lactosado q. b.

## RECTAL ADULTOS

Cálcio (corresp. a 0,40 de Ditionato) 0,058 gr.  
Fósforo (corresp. a 0,15 de Fosfato) 0,035 gr.  
Vitamina B. . . . . 0,003 gr.  
Vitamina C . . . . . 0,020 gr.  
Vitamina D. . . . . 0,0001 gr.  
Citrato de Sódio . . . . . 0,15 gr.  
Excipiente lactosado q. b.

## RECTAL INFANTIL

Cálcio (correspondente  
a 0,7 grs. de Ditionato) . . . 0,115 grs.  
Fósforo (correspondente  
a 0,20 grs. de Fosfato) . . . 0,061 grs.  
Vitamina B. . . . . 0,003 »  
Vitamina C . . . . . 0,020 »  
Vitamina D U-6.000  
Excipiente citrolactosado q. b. para 5 grs.

## PO' (SOLUVEL)



DIR. TÉCN. DO PROF. COSTA SIMÕES

gota. Alguns dias depois, verificada a boa susceptibilidade do doente, repetir-se-á esta dose por uma a duas vezes, podendo atingir-se a dose diária de 20.000 U. I.

A nossa experiência em alguns doentes tem-nos dado uma boa impressão do seu emprego, ainda que maiores conclusões não possamos ainda apresentar. Estamos convencidos, pois, que é bastante útil, principalmente nos indivíduos salicilato-resistentes.

### PIRAMIDO

Há 40 anos Shottmüller, na Alemanha, introduziu o piramido no tratamento da doença reumática, com geral aceitação. Ultimamente porém, nos países anglo-saxões, começou a haver um marcado receio no seu emprego ao ponto de se proibir em alguns Estados a sua venda. Isto derivou de se ter verificado com certa frequência casos de agranulocitose.

Porém as crianças toleram-no bem e é bem conhecido a sua acção favorável na coreia.

A dose habitual é de 2 gramas diários, dados em doses parciais de 0,25 de 3 em 3 horas, por via oral.

### IRGAPIRINE

É este medicamento uma associação do Piramido com o Ácido pirazólico, o qual reforça a acção anti-reumatismal do piramido.

Acresce a vantagem desta associação ser solúvel e assim poder ser administrado por via parentérica. A tolerância deste medicamento é bastante boa.

### ANTI-BIÓTICOS

Tanto as sulfamidas como a penicilina não têm acção sobre a doença reumática. Esta foi a conclusão a que têm chegado vários investigadores. A utilidade do seu emprego está na sua especificidade em relação ao estreptococo, devendo simplesmente ser usado se a infecção estreptocócica que antecede o reumatismo se mantiver durante a evolução da doença. Onde a sua importância se torna maior é na profilaxia, como veremos dentro em pouco.

### SOROS E VACINAS

Tem preocupado vários investigadores a resolução da terapêutica da doença reumática por meio de vacinas e soros. Swift e seus colaboradores basearam os seus trabalhos na concepção alérgica da doença em relação ao estreptococo e tentaram dessensibilizar o organismo pela injeção endovenosa de antigénios estreptocócicos. Usando coelhos sensibilizados para o estreptococo, conseguiu a sua dessensibilização por este processo.

Wilson e Swift (1931) trataram um bom número de crianças com esta vacina e ficaram bem impressionados com os resultados obtidos, em comparação com um grupo testemunha. Collis em 1932, na Inglaterra afirma que o processo não está isento de perigos e não preconiza o seu emprego.

Mais recentemente, Wasson e Brown (1940) usaram filtrados de estreptococo em diluição millesimal, sendo os seus resultados, segundo os seus autores, bastante animadores.

O emprego dos soros na fase aguda da doença, que vários experimentadores têm usado, está posto completamente de parte, por prejudicial ao doente.

### VITAMINAS

Rinehart constatou que na doença reumática há uma avitaminose C, atribuindo-lhe um papel etiológico muito importante.

As doses a empregar como terapêutica são elevadas, 4 a 5 gramas diários, e os resultados satisfatórios. O mecanismo por que actua passa-nos desapercibido, pois não se pode pensar

que o seu efeito seja unicamente em corrigir uma avitaminose, que com menores doses seria facilmente corrigida. tanto mais que a carência não é grande pois clinicamente não é avaliável.

Dvorak propõe em 1943 os choques vitamínicos com vitamina D, como medicação correctiva das inflamações serosas.

### CORTISONA E A. C. T. H.

A cortisona como deveis saber é o 17-oxi-11-dehidro corticosterona, uma das hormonas do cortex suprarenal. A A.C.T.H., hormona adreno-cortico-trópica, é uma das hormonas do lobo anterior da hipófise que influi e excita as funções do cortex suprarenal, sobretudo a zona fascicular onde se elaboram os gluco-corticóides.

Os gluco-corticóides, sendo um deles a cortisona, além da sua acção sobre o metabolismo do açúcar e das proteínas, tem um papel importante na reacção do organismo contra os diversos traumatismos de ordem físico-química e toxi-infecciosa, para os quais Selye, recentemente, propôs o termo geral de *Stress*. Tudo que produz *Stress* põe a vida em perigo, a não ser que seja combatido por adequadas respostas de adaptação. Além pois das numerosas respostas específicas de defesa (por exemplo, a formação de anticorpos específicos, a hipertrofia dos grupos musculares mais utilizados, a habituação aos estupeficientes, a adaptação ao frio, etc.), existe um síndrome não específico de reacções, intimamente relacionadas entre si, de adaptação ao próprio *Stress* — o Síndrome de Adaptação Geral.

No síndrome de adaptação geral, as manifestações de lesão passiva, não específica, estão intimamente misturadas com as lesões de defesa activa, daí a razão por que nunca aparece na sua forma pura. O *Stress* é a interacção entre o traumatismo e a defesa, tal como em física a tensão representa a interacção entre a força e a resistência.

Os desvios do S. A. G. são as doenças de adaptação, caracterizadas por um grande polimorfismo. Estas doenças serão influenciadas pela cortisona e pelo A. C. T. H., cuja acção é semelhante visto que o A. C. T. H. excitando o cortex, aumenta a secreção de cortisona e é esta que realmente actua na defesa do organismo. Como é evidente estas hormonas não possuem especificidade, pois não actuam sobre a causa da doença, mas anulam os sintomas pela supressão transitòriamente do processo geral de reacção.

Em 1949 Filip Hench, da clínica Mayo, no Congresso Internacional de Reumatologia em Nova Iorque, propõe o emprego destas hormonas nas doenças articulares, incluindo nestas a doença reumática. Nesta doença as melhoras começam logo ao fim de 2 a 3 dias, algumas vezes mesmo ao fim de algumas horas depois do início do tratamento. As dores desaparecem e o estado geral melhora consideravelmente, quase espectacularmente. A taquicardia diminui, juntamente com os sopros recentes. O electrocardiograma mostra regressão dos sintomas, pois o PQ aumentado retoma os seus valores iniciais. A velocidade de sedimentação porém desce lentamente; mas após 1 a 3 semanas torna-se também normal.

Hench pensa que o emprego das hormonas podem modificar ou prevenir as lesões cardíacas. Massel não é todavia da mesma opinião. Mas perante a acção mediocre dos medicamentos clássicos, deve-se sempre recomendar o seu emprego principalmente nas doenças reumáticas graves.

A cortisona e o A. C. T. H. têm as mesmas indicações, mas não é indiferente empregarmos um ou outro. A cortisona expõe menos aos edemas do que o A. C. T. H. e é mais cómodo o seu emprego, visto que basta dar 1 a 2 doses diárias, enquanto que o A. C. T. H., por ser mais difusível, obriga a doses de 6 em 6 horas. Mas esta última hormona presta-se mais a um tratamento de ataque. Também quando o tratamento com a cor-

tisona é prolongado deve-se mudar para o A. C. T. H., visto que aquela hormona determina, com o uso prolongado, a atrofia e o esgotamento funcional da cortico-suprarenal, que esta hormona activa.

As doses indicadas de cortisona são as seguintes: 200 mg. diários até ao desaparecimento dos sinais articulares e gerais, e depois, durante ainda alguns dias, a dose diária de 100 mg., até prefazer pelo menos 3 semanas de tratamento. Para o A. C. T. H. a dose diária é de 60 mg. no início, passando depois para 45 mg. e finalmente nos restantes dias de tratamento. de 10 a 15 mg., todas estas doses fraccionadas de molde a serem administradas de 6 em 6 horas. A duração do tratamento, o mesmo que com a cortisona.

O emprego das hormonas não é isento de perigos, facilmente evitáveis se se tem em vista um certo número de cuidados:

- Verificar se há retenção de água.
- Restringir o sal, e dar uma superalimentação proteica.
- Regular a Kaliémia.
- Vigiar a fórmula leucocitária.
- Observar atentamente os indivíduos excitáveis, com tendência à insónia.
- Medir a reserva alcalina, e administrar 1 a 2 grammas de cloreto de amónio para evitar a alcalose.

As hormonas estão contra-indicadas: na tuberculose, na hipertensão, na nefrite crónica, na insuficiência cardíaca, na diabetes.

Pela dificuldade que houve em se obter as hormonas-cortisona e A. C. T. H. e pelo seu preço excessivamente elevado, Lewin e Wassen, em fins de 1949, propuzeram o uso de esteróides mais acessíveis na sua aquisição, tais como a DOCA (acetato de deoxicortico-costerona), a progesterona, a testosterona, etc., logo que fossem seguidos de uma administração endovenosa de vitamina C. Vários outros observadores contestaram as conclusões de Lewin e Wassen.

Estamos no princípio ainda de uma nova era, a da terapêutica hormonal, que se antevê ser de grande acção sobre muitas doenças, mórmente sobre aquelas que até agora muito pouco poderíamos fazer. Se o século XIX foi extraordinário na observação das doenças e suas causas, o século XX está sendo, de certo modo, o século da terapêutica.

## PROFILAXIA

Visto estar averiguado a importância das infecções estreptocócicas no desencadeamento da doença, a sua profilaxia reside, sobretudo, em prevenir e curar estas infecções.

Tem-se usado, neste sentido, os antibióticos, primeiro as sulfamidas, depois a penicilina e outros que têm acção marcada sobre o estreptococo. Nas épocas do ano em que a infecção das vias aéreas superiores é frequente, ultimamente tem-se administrado penicilina *per os* na dose diária de 100.000 unidades, o que pode em verdade debelar o mal e evitar a doença, principalmente as recidivas. Isto foi experimentado, na América, em grupos de crianças das escolas, em comparação com grupos testemunhas, e verificou-se que nos grupos tratados deste modo a incidência da doença era muito menor.

Já Coburn em 1941 experimentara as sulfamidas. Nas regiões endémicas tratou grupos com sulfamidas na dose de meio grama 4 vezes ao dia, constatando que o benefício era grande, em relação aos grupos não tratados.

Do mesmo modo os doentes reumáticos devem ser vigiados e submetidos a tratamento antibiótico ao mais pequeno

índice de infecção estreptocócica. Pensa-se que assim se diminuirá o número de recaídas.

Como uma das portas de entrada das infecções estreptocócicas são as amígdalas, podemos, a fim de diminuir as probabilidades de ter a doença ou de evitar as recaídas, fazer a sua extirpação, prática esta feita em larga escala na América, a princípio com muito entusiasmo, mas que todavia decresceu ultimamente. Wilson e seus cooperadores praticaram-na em grande número de indivíduos com doença reumática e verificaram que 17 % não tiveram recidivas. 47 % tiveram-nas e 34 % recaíram após a operação. E assim é, principalmente, se não se tiver o cuidado de fazer ao mesmo tempo um tratamento intenso com antibióticos.

Na nossa experiência sucedeu igualmente adocerem os doentes imediatamente à intervenção cirúrgica. Parece que o mexer-se no foco faz exacerbar a infecção, donde a recaída imediata. Em todo o caso, a extirpação duma amígdala infectada impõe-se, ainda que a rodeemos de certos cuidados. É conveniente porém fazê-lo só após 2 ou 3 meses da infecção aguda, e sempre acompanhado de penicilino-terapia.

Na profilaxia de famílias e de agrupamentos populacionais onde o mal existe, é necessário procurar os portadores de estreptococos e tratá-los convenientemente, para que eles não constituam mais o ponto de partida da doença.

Esperemos que, num futuro próximo, a humanidade, a par de muitos males que vai debelando, sinta igualmente que domina esta doença, que, infelizmente, hoje ainda é o flagelo e a tortura de tantos seres humanos.

## BIBLIOGRAFIA

- Bland, E. F. e Jones, T. D. (1935). J. Clin. Invest; 14:633.  
 Brodíl et al. (1944). J. Farm. Exp. e Terap.; 80:114.  
 Brow, T. (1951). Am. J. Med. Sc.; 221:624.  
 Brown e Wasson, (1940). The. Am. Heart J.; 1.  
 Chiari e Matricardi. (1938). Medizinische Klinik (transcrição).  
 Coburn, A. F. (1943). Bull. John Hopkins Hosp.; 73:433.  
 Coburn, A. F. e Moore, L. V. (1940). Med. Clin. N. Am.; 24:635.  
 Coburn, A. F. e Moore, L. V. (1939). J. Clin. Inv.; 18:147.  
 Coburn, A. F. e Moore, L. V. (1941). J. A. M. A.; 117:176.  
 Coburn, A. F. e Pauli, R. H. (1932). J. Exp. Med.; 56:609, 633, 651.  
 Coburn, A. F. e Pauli, R. H. (1935). J. Exp. Med.; 62:129.  
 Collis, W. R. F. (1931). Lancet; 1:1341.  
 Collis, W. R. F. e Sheldon, W. (1932). Lancet; II:1261.  
 Donzelot e Kaufmann. (1949). Presse médicale; 57:989.  
 Hench, P. et al (1950). J. A. M. A.; 144:1327.  
 Glazebrook e Wrigley (1949). British Med. J.; II:789.  
 Gordon, A. e Geynn, L. E. (1949). Clinical Science; 8:171.  
 Gordon, A. e Glynn, L. E. (1951). Clinical Science; 10:1.  
 Green, C. A. (1938). J. Path. Bact.; 47:337.  
 Green, C. A. (1942). J. Hyg.; 42:365; 371; 380.  
 Guerra. (1946). Science; 103:686.  
 Lewin, E. e Wassen, E. (1949). Lancet; II:993.  
 Manchester, R. C. (1946). Arch. Int. Med.; 82:229.  
 Maranon. (1934). Once lecciones sobre el reumatismo. Madrid.  
 Massell, B. F. et al. (1948). J. A. M. A.; 138:1030.  
 Moacyr Barroso. (1946). Infecção reumática e cardite reumática. Rio de Janeiro.  
 Poynton, J. F. e Schlesinger, B. (1937). Recent advances in the study of rheumatism. Londres.  
 Rothbard. (1948). Arch. Int. Med.; 82:229.  
 Rinehart, J. F. et al. (1934). J. Exp. Med.; 59:97.  
 Rinehart, J. F. (1935). An. Int. Med.; 9:586.  
 Selye. (1950). British Med. J.; I:1383.  
 Schlesinger, B. et al. (1935). Lancet; I:1145.  
 Swift, H. F. (1949). An. Int. Med.; 31:715.  
 Taran, et al. (1944). J. Immunol.; 49:209.  
 Taran, et al. (1945). J. Immunol.; 51:53.  
 Taran et al. (1946). J. Immunol.; 53:381.  
 Todd, E. W. (1932). British J. Exp. Path.; 13:248.  
 Wasson, U. P. e Brown, E. E. (1942). Am. Heart J.; 23:291.  
 Wilson, M. G. et al. (1939). J. Clin. Invest.; 18:147.  
 Wilson, M. G. e Swift, H. F. (1943). J. Exp. Med.; 78:127.

(Lição proferida no V Curso de Aperfeiçoamento Médico Sanitário, organizado pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos).

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLINICAS E CIENTIFICAS

### Tratamento das artrites reumatismas e da gota pela fenilbutazona

Por ANDRÉ PLICHSET

Entre os medicamentos sedativos da dor, a amidopirina ou piramidão é um dos mais activos, embora o seu uso seja, de certo modo, limitado, devido à sua toxicidade e às alterações sanguíneas que pode determinar.

Vários químicos têm procurado um corpo que, embora possuindo propriedades antialgeas idênticas às da amidopirina seja desprovido dos seus efeitos tóxicos.

Julgam tê-lo encontrado na fenilbutazona que faz parte do grupo dos derivados do pirazol. Foi quando procuraram tornar administrável por via parenteral, a amidopirina, que os químicos descobriram a fenilbutazona que torna solúvel a amidopirina, que até agora tem sido considerada insolúvel.

Primeiramente ensaiaram uma associação amidopirina-fenilbutazona (especializada sob o nome de Irgapirina pela Geigy)\*. Teve uma acção tão favorável sobre as dores reumatismas, sobre a artrite e tão nitidamente superior à acção da amidopirina isolada, que se realizou um estudo para conhecer com exactidão quais as propriedades da fenilbutazona. Estas revelaram-se como sendo superiores às da amidopirina.

G. Wilhelmi demonstrou que a fenilbutazona elevava o limiar da dor produzida por uma corrente eléctrica sobre a polpa dentária dos ratos que, além disto, tinha um efeito antipirético sobre a infecção produzida, nos coelhos, pela *Escherichia Coli*, que retardava, muito mais que o fazia até aqui a amidopirina, o desenvolvimento do eritema sobre a pele dos coelhos expostos aos raios U. V.

A fenilbutazona inibe o edema localizado e o aumento de calibre dos capilares produzido pela aplicação, sobre a pele, de produtos irritantes, tais como o óleo de croton.

Estudando a concentração da fenilbutazona no sangue, R. Puber demonstrou que era excretada menos rapidamente que a amidopirina e que a dose letal, na cobaia, era menor que a da amidopirina. Administrados em grande quantidade, os pirazois produzem convulsões tónicas e clónicas no animal. A fenilbutazona não parece ser muito tóxica, visto que, se pode administrar, sem inconveniente, quotidianamente, na dose de 50 mgr. por quilo de peso no animal.

W. C. Kuzell, R. W. Schaffarzids e E. A. Mankles, experimentaram este produto em 140 doentes com gota ou com diferentes variedades de reumatismo.

A fenilbutazona administra-se, quer sob a forma de comprimidos de 125 ou de 200 mgr., na dose de 1 a 6 por dia, quer sob a forma da injeccção intramuscular numa solução a 20 %, num sal de sódio. A administração parenteral é reservada para as pessoas idosas e a dose quotidiana é de 0,6 a 1 grama.

Na gota, em que a maior parte dos seus doentes tinham sido tratados anteriormente, com sucessos variáveis, pela col-

quicina, Kuzell e colaboradores obtiveram os seguintes resultados:

Em 29 doentes, tratados anteriormente pela colquicina, 19 preferiram a fenilbutazona; 7 obtiveram resultados semelhantes e 3 lastimavam-se da colquicina.

Em 20 doentes, tratados anteriormente pela Irgapirina (associação da amidopirina com a fenilbutazona), 4 reagiram melhor ao tratamento pela fenilbutazona, 3 tinham mais alívio com a Irgapirina e, 13 tiveram resultados equivalentes.

Três doentes, que, quando duma crise anterior, tinham tomado cortisona, não notaram diferença alguma.

Em 48 horas e mesmo em menos tempo, 25 destes doentes tiveram uma remissão completa da sua crise, com a fenilbutazona. Em alguns casos, a analgesia manifestava-se dentro dum período de minutos, após a injeccção de fenilbutazona.

As determinações, feitas em série, demonstraram, uma diminuição rápida da taxa do ácido úrico no sangue.

Em resumo, 40 dos 49 gotosos encontraram-se mais aliviados com esta terapêutica quase unicamente oral que com a terapêutica clássica.

Na artrite reumatismal, os 29 doentes submetidos ao tratamento pela fenilbutazona tiveram uma melhoria dos seus sintomas (diminuição das dores e desaparecimento do edema).

Em 4 doentes que tomaram cortisona, a junção deste novo medicamento permitiu a redução das dores de cortisona, mas nunca a sua suspensão.

Noutros 4 doentes a fenilbutazona era superior à cortisona nos seus efeitos e, finalmente, 3 doentes sentiam-se melhor com a cortisona. Um doente teve um resultado equivalente.

Em todos estes casos, as melhoras não se mantêm senão graças à administração quotidiana de fenilbutazona e a velocidade de sedimentação permaneceu sempre elevada, excepto num doente.

No reumatismo psoriásico, não somente se observou a diminuição das dores mas em 6 de 8 casos o desaparecimento das lesões cutâneas.

Na espondilite anquilosante, os 11 casos tratados apresentaram uma leve melhoria. O mesmo aconteceu com os 11 doentes portadores de artrite «mixta» com degenerescência das superfícies articulares.

Em 6 casos de osteoporose da coluna vertebral post-menopáusica, a fenilbutazona associada à hormonoterapia levou a um alívio manifesto.

Em 10 casos de ósteo-artrite, 3 tiveram umas melhoras acentuadas, 3 uma melhoria leve e 4 ficaram no mesmo estado. Neste grupo, 3 doentes, portadores de coxa senilis, melhoraram.

Em 8 doentes com escapulalgia, 5 foram rápida e completamente curados e 3 foram parcialmente melhorados.

Assinalamos que esta terapêutica foi ineficaz em casos isolados de esclerose em placas, de hérnia discal, de periartrose nodosa, de dores por compressão radicular.

A terapêutica pela fenilbutazona não está isenta de manifestações tóxicas que são, em geral, pouco importantes. Pudemos observar, principalmente, edemas, náuseas, vertigens, em 4 casos a reactivação duma úlcera de estômago e em 2 casos uma anemia.

As náuseas são os sintomas que se encontram com maior frequência. Cedem à redução das doses do produto.

Nos 140 doentes tratados, 47 apresentaram efeitos secundários. Em 17, dentre eles, a medicação teve de ser interrompida em virtude da importância dos sintomas. O edema parece ser um sintoma tenaz; não é sensível aos diuréticos mercuriais; pode-se limitá-lo reduzindo a dose de sódio no regime, mas, em geral, o seu aparecimento determina a interrupção do tratamento. Os dois casos que se observaram de anemia podem explicar-se por afecções coexistentes com o reumatismo. Em caso algum, houve grandes alterações da fórmula sanguínea (nem leucopenia, nem agranulocitose). Trataram-se 4 diabéticos com a fenilbutazona, sem que fosse necessário aumentar as suas doses habituais de insulina.

Experiências realizadas em ratos brancos demonstraram que a fenilbutazona não age nem sobre a hipófise, nem sobre as suprarrenais, como acontece com a cortisona ou o A. C. T. H.

Não se encontra nem diminuição do ácido ascórbico da suprarrenal, nem diminuição da eosinofilia total após a injeção de fenilbutazona a ratos brancos hipofisectomizados ou não. Todavia, parece que a fenilbutazona inibe o consumo de oxigénio e a utilização da glicose pelo tecido cerebral cortical. Como acontece com a cortisona e o A. C. T. H., a poliartrite experimental dos ratos não melhora pela fenilbutazona. Nos ratos em experiência, após 4 meses, não se observa alteração alguma nos eritrócitos, leucócitos e eosinófilos.

Assim, a fenilbutazona aparece como um medicamento capaz de melhorar os sintomas da artrite reumatisal, mas parece que esta acção é apenas temporária e que 5 a 7 dias após a supressão da medicação os sintomas, como nos tratamentos pela cortisona e A. C. T. H., reaparecem de novo.

Seja como for, as propriedades analgésicas da fenilbutazona parecem ser notáveis. Age rapidamente sobre a tumefacção articular nos surtos agudos ou sub-agudos de artrite. Parece dar melhores resultados que a colquicina, na gota, e trazer ao reumatismo psoriásico uma mediacção eficaz que não existia até aqui. O poder de toxicidade da fenilbutazona, a ausência de perturbações sanguíneas, mesmo após um tratamento prolongado, a benignidade das manifestações secundárias, a facilidade do seu modo de administração fazem-nos crer que se deve prosseguir na sua experimentação e estudo que até agora não está senão no início.

«La Presse Médicale — (20-10-1952).

## Mortes pela insulina

Actualmente, são bem conhecidos os acidentes devidos à acção de doses demasiado elevadas de insulina.

Não aparecem em toda a sua evidência quando sobrevêm no decurso do tratamento da diabetes, visto que as suas manifestações se confundem, em geral, com as próprias da doença. O coma insulínico terapêutico permitiu precisar certos caracteres fundamentais.

Todavia, a administração de insulina sem nenhuma precaução é excepcional. Ainda não se observou o seu emprego como processo de suicídio.

L. Derobert e colaboradores, referem a seguinte observação: (Ann. Méd. Légale et Criminologie, 1952, 32, 278). Tratava-se de um médico de 50 anos que foi encontrado em coma no quarto. Descobriram-se 4 frascos vazios de insulina especializada de acção retardada que correspondiam a um total de 800 unidades. O médico chamado imediatamente administrou soro glicosado hipertónico por via intravenosa. O doente saiu do seu coma sendo, em seguida, transportado para o hospital, onde faleceu no dia seguinte.

Na autópsia, os pulmões apresentavam um edema importante; o fígado, ligeiramente aumentado de volume, mostrava lesões de degenerescência gorda; os rins estavam esclerosados com as lesões de nefrite crónica; existia também uma hemorragia meníngea.

No exame histológico, os rins apresentavam sobretudo lesões vasculares com uma discreta esclerose intersticial. O fígado era sede de lesões de necrose que predominavam em região centro-lobular, onde apareciam hemorragias importantes. Os pulmões estavam infiltrados de edema e de sangue.

O principal interesse desta observação é a originalidade

do modo de suicídio e a fortíssima dose de insulina, empregada. Tratava-se dum médico que conhecia as propriedades da substância de que se serviu. É evidente que o emprego da insulina demonstra que houve um certo esmero na escolha do processo de suicídio.

Segundo o autor, não existe observação semelhante. Contudo, é conhecida na literatura dos romances policiais ingleses, uma morte criminosa camuflada num coma diabético por injeção massiva de insulina, que é o tema duma obra escrita por um médico.

A dose de insulina empregada parece ser muito elevada. Todavia, na realidade, não é senão o dobro e eventualmente o triplo das doses correntemente empregadas na prática do coma insulínico.

Os trabalhos publicados sobre este assunto demonstram que o coma insulínico é capaz de provocar lesões importantes do sistema nervoso central; são frequentes lesões meníngeas, hemorragias ou edemas.

As reacções edematosas parecem desempenhar um papel preponderante ao nível do sistema nervoso e dos pulmões.

O modo de acção da insulina sobre o sistema nervoso cerebral pertence ainda ao domínio das hipóteses. Geralmente admite-se que as perturbações vasculares são a consequência duma hipoglicemia.

Certos autores fazem intervir uma acção directa da insulina sobre os centros nervosos. Outros fazem desempenhar uma acção preponderante à hiper-adrenalinemia consecutiva à hiperinsulinemia; a sua acção poderia ser posta em evidência pela importância do edema pulmonar observado pela maioria dos autores.

Por sua vez, A. Camelin e colaboradores apresentaram, à Sociedade Médica dos Hospitais de Lião (Lyon médical, 1952, 187, 213) uma observação que se referia a um coma insulínico mortal após injeção acidental de 375 unidades de insulina de acção retardada.

Tratava-se de uma doente de 68 anos, que apresentava uma diabetes de diagnóstico recente e que se tinha conseguido equilibrar com uma dose de insulina de 60 unidades, de acção retardada, em 2 injeções, com 12 horas de intervalo.

Devido a um engano, applicou-se numa tarde, intramuscularmente, um frasco completo de insulina de acção retardada, correspondendo a 200 unidades de insulina.

No dia seguinte de manhã, tendo sido encontrada a doente em coma, a família entendeu por bem, dar, o mais rapidamente possível, uma nova injeção, recebendo a doente, desta vez,  $\frac{3}{4}$  do conteúdo dum outro frasco. No total, em 12 horas injectaram-se 300 unidades de insulina de acção retardada.

Quando entrou num serviço hospitalar, a glicemia era de 0,50. A doente encontrava-se num coma estertoroso e observou-se Cheyne-Stokes, sinais piramidais (mordeduras de língua), um Babinski bilateral. A mordedura da língua testemunhou as crises epileptiformes sobrevindas no seu domicílio.

Apesar da administração contínua de soro glicosado hipertónico, a doente permaneceu em coma e o estado clínico não variou apesar da hiperglicemia provocada pela terapêutica.

No dia seguinte ao da hospitalização, os médicos applicaram uma injeção de 2 gramas de cloreto de potássio por via intravenosa: observa-se imediatamente uma transformação indiscutível sem recuperação do conhecimento. Todavia a doente abre os olhos. São tentados todos os meios para fazer sair, definitivamente a doente, do coma que se prolongou durante 6 dias, até à morte.

Os autores não encontraram na literatura nenhuma observação que fosse comparável à que relataram, sobretudo no que diz respeito às doses de insulina tomada, assim como, não encontraram nenhuma observação que se refira a um coma tão prolongado.

O que acima de tudo chama a atenção neste caso são os sinais nervosos observados e que são bem conhecidos. Os sinais cardio-vasculares merecem também alguns comentários. Com efeito, a maior parte das descrições clínicas relatam um colapso cardio-vascular, pelo menos no período terminal. É extraordinário que no decurso de um coma tão prolongado os autores não tenham tido oportunidade de intervir para lutar contra um tal acidente.

A tensão arterial permaneceu sempre muito satisfatória. O electrocardiograma mostrou-se normal.

A febre foi, do mesmo modo, notável pela sua precocidade e pelo facto que no início, pelo menos, não podia ser explicada por um foco infeccioso. Pode tratar-se duma febre de origem central.

Sob o ponto de vista biológico, chama a atenção a au-

sência de variações importantes na reserva alcalina, a elevação duma crioscopia no decurso dos 3 últimos dias; todavia convem assinalar uma elevação de retenção de ureia.

O potássio sanguíneo, normal no início, diminuiu um pouco no dia seguinte, justificando assim a terapêutica empregada pelos autores.

A acção terapêutica foi considerável; é provavelmente graças a ela que se deve a duração excepcional deste coma.

No total, a doente tomou 940 gramas de glicose e mais de 8 litros de solução glicosada ou salina por via intravenosa.

A terapêutica sintomática comportou, igualmente, elevadas doses de penicilina assim como de tonicardíacos.

Todavia, mais interessantes, são os resultados obtidos com o cloreto de potássio; os autores empregaram-no no 2.º dia, quando se tornou evidente que a célula nervosa se tinha tornado incapaz de fixar a glicose fornecida por via intravenosa.

Conhecem-se as perturbações metabólicas e as modificações do conteúdo em potássio que se observam no coma diabético.

No coma insulínico, parece que o potássio é arrastado com a glicose para a célula hepática. Não é somente o potássio sérico que desaparece, mas há, simultaneamente, deslocamento do potássio celular de certos órgãos para o fígado. As alterações clínicas observadas estariam, sobretudo, em relação com a queda do potássio neste órgão.

A doente recebeu 18 gramas de potássio por 16 vezes, por via intravenosa. De cada vez, o quadro clínico modificou-se da mesma forma; desde a passagem das primeiras gotas da perfusão, os autores observaram uma polipneia, o aparecimento de reflexos de defesa e, sobretudo, a abertura espontânea das pálpebras, mas sem recuperação do conhecimento. É extraordinário observar que a administração de cloreto de potássio faz desaparecer os sinais piramidais e reaparecer o reflexo corneano, durante um período de vários minutos, de cada vez.

O sal considerado perigoso para o sistema cardio-vascular foi bem suportado pela doente; contudo, observou-se clinicamente, uma queda da tensão arterial, mas foi transitória e nunca ameaçadora. Esta tolerância provaria a necessidade do organismo, de sais de potássio, em tais estados.

É interessante observar que o electrocardiograma feito 3 dias após a entrada da doente no serviço hospitalar não mostrava nenhum dos sinais descritos na hipokaliemia: baixa voltagem, onda T alargada e achatada antes da injeção de potássio. Pelo contrário, após a injeção, observa-se uma diminuição da onda R, uma onda P, ampla e aguda.

É possível que as observações anátomo-patológicas não concordem com as descritas no primeiro caso, devido à duração do coma que não apresentava nunca o carácter agudo encontrado no suicídio.

«Médecine et Hygiène — 15 de Dezembro de 1952».

## BAIXA DE PREÇOS

Novamente os Laboratórios Delta, põem à disposição da Ex.<sup>ma</sup> Classe Médica, a

# DELTACILINA em DOSES,

tornando-a assim, como já fora, a primeira penicilina preferida pela economia das suas embalagens.

<b>Deltacilina</b>	150.000 U. O.	}	1 Dose	Esc.	9\$50
			3 Doses	Esc.	22\$50
	300.000 U. O.			Esc.	11\$00
	400.000 U. O.	}	1 Dose	Esc.	12\$00
			3 Doses	Esc.	33\$00
			5 Doses	Esc.	52\$50
			10 Doses	Esc.	100\$00
	600.000 U. O.	}	1 Dose	Esc.	14\$00
			3 Doses	Esc.	39\$00
			5 Doses	Esc.	62\$50
			10 Doses	Esc.	120\$00
	800.000 U. O.	}	1 Dose	Esc.	16\$00
			3 Doses	Esc.	45\$00
			5 Doses	Esc.	72\$50
			10 Doses	Esc.	140\$00
	3.000.000 U. O.			Esc.	38\$00



**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



# S U P L E M E N T O

## CARTAS DA AMÉRICA

### IMPRESSÕES DE MONTREAL

Quando em 1535 Jacques Cartier desembarcou, pela segunda vez, no Canadá, foi recebido por um numeroso grupo de índios que amigavelmente lhe acenaram e o conduziram a uma pequena aldeia, cercada de alta palissada, no sopé da montanha. Cartier subiu a encosta e, no alto, deslumbrado pelo maravilhoso panorama que se estirava a seus pés, logo ali crismou a montanha com o nome de Mont Royal. Daqui o chamar-se Montreal — quer a cidade, quer a ilha. Um século mais tarde, Champlain estabeleceu aqui um posto de comércio, no sítio onde ainda hoje existe a Place Royal, por ele assim denominada. Reza a lenda que, tempo depois, um francês que nunca tinha estado no Canadá, nem nunca tinha ouvido falar de Montreal, teve uma visão quando assistia à Missa durante a qual lhe foi ordenado que fundasse na ilha de Montreal, uma ordem de freiras e construísse para elas um hospital, dedicado à Sagrada Família. Dauversière vai a Paris, encontra um sacerdote que nunca tinha visto mas que conhecia miraculosamente os seus planos — M. Olier — e os dois, através de imensas dificuldades, organizam uma espécie de sociedade que, anos mais tarde, dá cumprimento às ordens sobrenaturais. Esta é a origem da bela cidade de Montreal, cidade desde 1832 e capital do Governo do Canadá por vários anos depois da união do Upper e Lower Canadá, em 1841. Tem uma população de cerca de 1.500.000 habitantes, da qual, mais de dois terços, é de origem francesa. É a maior cidade canadense e a sétima da América do Norte e ocupa cerca dum quarto da área total da ilha do mesmo nome (194 milhas quadradas). Treze pontes ligam a cidade ao continente; a maior é a ponte de Jacques Cartier. São famosos os seus muitos monumentos; museus como o Canadian Historical Museum; as igrejas de Notre Dame de Bonsecours e Notre Dame Church; a Universidade de Montreal, a McGill University, etc.

Uma das primeiras coisas que surpreende o visitante que, às 11 horas da noite, tomou o «Montreal-Express» naquela enorme balbúrdia que é a Grand Central Station, em New York, e chegou, na manhã seguinte, à Windsor Station, em pleno coração de Montreal, é certo «ar» de familiaridade com o local, certa sensação de «ambiente europeu», extremamente grata ao indígena oriundo da outra banda do Atlântico. Depois, a visão familiar dos «eléctricos» — dessas enormes e barulhentas *geringonsas* que atafulham as ruas — traz um outro motivo para identificação, mal

se põe pé na rua e se lêem os primeiros letreiros em Inglês e Francês. É realmente curiosa — e divertida! — a observação dos letreiros bi-lingues: — «*Ne passez pas sur le gazon!*» — «*Keep off the grass!*» É talvez porque a língua de Voltaire nos soe melhor aos ouvidos que a de Lincoln, há uma suavidade, uma delicadeza, uma simpatia nos dizeres franceses que custa a encontrar nos ingleses. Não é ligeiramente irritante a ordem brusca: — «*No Smoking allowed!*» — em contraste com — «*Il est défendu de fumer?*» Nos restaurantes da parte Este da cidade, o francês é a língua dominante e o turista desprevenido pode ver-se em dificuldades se só conhece o Inglês. Claro que no centro, no bairro comercial e na St. Catherine Street, o uso das duas línguas é comum ainda que sucede, muitas vezes, perguntar-se em Inglês e receber a resposta em Francês ou vice-versa, consoante a disposição ou a «velocidade adquirida» do interlocutor... Na Rue de St. Catherine estão os restaurantes luxuosos, os grandes armazéns de modas, os cabarets, os cinemas, etc. Vi anunciados Charles Laughton e a escultural Dorothy Lamour, «em pessoa» e a famosa Patachou leva, todas as noites, os montrealenses a aplaudi-la, entusiasmados. A outra novidade que já tinha observado em New York — o cinema a três dimensões — esgota, aqui, todas as noites, as lotações do «Princess». A ilusão é, realmente, perfeita e o espectáculo é tão absorvente que, segundo me consta, os «pick-pockets» consideram os cinemas em que se exhibe «a nova dimensão» um campo ideal para o seu «trabalho» especializado...

Mas, a grande novidade, o grande «hit» que provoca um frenezim de demonstrações nas montras de todos os estabelecimentos e que, certamente, enche de alegria o coração de todos os canadenses, é a próxima Coroação de Sua Majestade A Rainha de Inglaterra. A expressão serena, cheia de encanto sim-

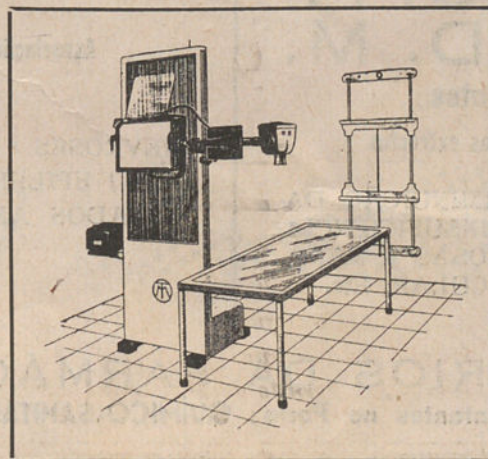
ples, da Rainha Isabel, aparece por todo o lado, por vezes, em magníficas fotografias, outras vezes, a adornar caixas de bombons ou jóias preciosas, nos selos postais, nas primeiras páginas dos «diários» e até nas maravilhas dulcíssimas em que certos pasteleiros são exímios, para tentação infernal dos que, em cada semana, juram aderir às dietas privadas de hidratos de carbono...

As casas fornecedoras de aparelhos de televisão fazem no próximo mês de Junho — o mês da Coroação — o seu grande «slogan». Realmente, poder presenciar as cerimónias que vão passar-se em Londres, sem sair da própria sala de estar e confortavelmente reclinado nas cadeiras especiais — que evitam o aparecimento do «television neck», síndrome descrito com frequência crescente na patologia moderna! — é, indubitavelmente, uma grande arma para a publicidade. Devo confessar, entre parentesis, que não me sinto particularmente impressionado pela televisão. Todas as vezes que tenho observado o *écran*, além de ficar com o pescoço torcido, aborreço-me imediatamente com a profusão de anúncios das variadíssimas marcas de lâminas de barbear e de cerveja que aparecem de 20 em 20 segundos, ou quase! *I get fed up*, como dizem os meus colegas americanos, num expressivo «slang», tão típico de New York!

Para terminar, uma nota sobre a Primavera que de há uma semana para cá enche dum sol amigo e quente toda a maravilhosa província de Québec, a mais antiga e a maior, das nove províncias do Canadá. Talvez por isso, os canadenses lhê chamam «La douce Province» — a esta província dos contrastes: contrastes na linguagem, no clima, nos panoramas de vales férteis e altas montanhas, de lagos e cataratas, de pequenas aldeias na encosta dos montes e de grandes e progressivas cidades...

Montreal (Québec), Maio de 1953.

AMÍLCAR MOURA



#### 10 NOVOS MODELOS

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

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

**SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.**

A maior organização de Raios X em Portugal

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

## Prémio de Aperfeiçoamento do Conselho Regional de Lisboa

Damos hoje a notícia da instituição, pelo Conselho Regional de Lisboa, da Ordem dos Médicos, do «Prémio de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário de 1953», no montante de dois mil escudos.

Conforme se pode ler, no regulamento que transcrevemos, e o título indica destina-se a galardoar o esforço dos médicos da província.

A iniciativa da criação deste prémio deve-se ao organizador daqueles cursos de aperfeiçoamento e nosso redactor, Dr. José Andresen Leitão.

O carinho que tem dedicado a tão útil iniciativa, o modo como dela se tem desempenhado, valeram-lhe ser reconduzido na organização dos futuros cursos e ser nomeado presidente do júri que há-de apreciar e conferir o prémio agora criado.

Os outros membros do júri, que também elaboraram e assinam o Regulamento, são os Colegas Drs. João José Ferro, clínico em Alcobaça e Adolfo Coelho, clínico em Lisboa. Nomes todos que garantem a valorização do prémio.

«O Médico», ao felicitar os membros do júri, endereça os seus calorosos cumprimentos aos ilustres Colegas do Conselho Regional de Lisboa e faz votos para que a iniciativa frutifique nas outras Secções Regionais, do Centro e do Norte do País.

### REGULAMENTO

Com o fim de estimular o estudo e a investigação entre os clínicos trabalhando em locais menos providos de meios de investigação e processos auxiliares de diagnóstico; porque se considera digno do maior apreço e ajuda o esforço dispendido por muitos clínicos exercendo a profissão em regiões em que de pouco mais se podem valer do que da observação clínica; porque se verifica que apesar de todas as dificuldades na execução de trabalhos clínicos e de investigação, não é raro observar-se a publicação de artigos escritos por médicos la-

butando em pequenos centros urbanos ou em áreas rurais:

O Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos institui um prémio no valor de Esc. 2.000\$00, resultante do saldo obtido da venda do Livro das Lições Clínicas do III Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário e denominado «Prémio de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, de 1953».

Art.º 1.º — São admitidos a este concurso os trabalhos de qualquer médico, desde que este não exerça clínica (ou o trabalho apresentado, não tenha sido realizado) em qualquer dos três centros Universitários.

Art.º 2.º — Todos os os campos de actividade e do saber médicos são admitidos no âmbito deste concurso. Assim, por exemplo, os trabalhos podem tratar de problemas de epidemiologia ou de higiene; apresentar conclusões de estudos laboratoriais ou radiológicos; serem constituídos por descrições de casos clínicos, etc.

Art.º 3.º — Os trabalhos serão obrigatoriamente inéditos.

Art.º 4.º — O Júri terá sempre em mente o meio em que o trabalho foi executado, para valorizar aqueles que foram produzidos em meios menos providos de recursos.

Art.º 5.º — Os trabalhos deverão ser apresentados sob a forma dactilografada de que serão entregues três exemplares na Ordem dos Médicos em Lisboa, até 31 de Dezembro de 1953.

Art.º 6.º — Será atribuído um prémio pecuniário de 2.000\$00 ao melhor trabalho, e menções honrosas a todos os trabalhos que o merecerem.

§ único — No caso de haver dois trabalhos com igual merecimento para o prémio, o Júri poderá dividir este em duas fracções iguais.

Art.º 7.º — Competirá ao Júri a publicação dos trabalhos premiados.

Art.º 8.º — O Júri reserva-se o direito de não atribuir o prémio se os

trabalhos apresentados não obedecerem à índole deste concurso. Neste caso o montante do prémio deverá transitar para o ano seguinte.

Art.º 9.º — O Júri é constituído por três clínicos designados pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos.

§ único — No caso de algum ou alguns dos trabalhos pela sua especialização assim o exigirem, o Júri poderá agregar a si, um ou mais especialistas idóneos reconhecidos pela Ordem.

## I Reunião Luso-Espanhola de Cardiologia

Em Sevilha realizou-se nos dias 7, 8 e 9 de Abril a I Reunião Luso-Espanhola de Cardiologia. Além dos dois relatores portugueses — Profs. João Porto e Cid dos Santos — muitos outros sócios da Sociedade Portuguesa de Cardiologia tomaram parte nos trabalhos, tendo apresentado comunicações os Profs. Jacinto Bettencourt, Aires de Sousa e Arsénio Cordeiro e os Drs. Antunes de Azevedo, Rocha da Silva, Barreto Fragoso, Jaime Araújo Moreira e Robalo Cordeiro.

A sessão inaugural da I Reunião Luso-Espanhola de Cardiologia e IV Congresso Espanhol de Cardiologia presidiu, em representação do Chefe do Estado Espanhol, presidente de honra do Congresso, o capitão-general Saenz de Burraga, ladeado pelo decano da Faculdade de Medicina de Sevilha, Prof. Andreu Urra, e pelos presidentes das Sociedades de Cardiologia de Espanha e de Portugal, respectivamente, Profs. Jimenez Diaz e João Porto. O tenente-alcaide Sanchez Apellaniz deu as boas-vindas em nome da cidade, usando, depois, da palavra o secretário do Congresso, Dr. Bannot, e os Profs. Andreu, Jimenez Diaz e João Porto.

A primeira conferência foi feita pelo Dr. Gibert Queralt, que falou sobre «Sol-dagem endocárdica».

**PASI**  
**PASI GLAND. F.**  
**PASI GLAND. M.**

### 3 Produtos Hiper-activantes

Fósforo, arsénio e iodo associados aos extractos ovárico e orquíptico

ESTADOS DE ESGOTAMENTO / DIMINUIÇÃO DA ENERGIA FÍSICA E INTELLECTUAL / INSUFICIÊNCIA OVÁRICA / PERTURBAÇÕES NERVOSAS E MENTUAIS / INSUFICIÊNCIA TESTICULAR, Etc.

(Ampolas de 1,5 c. c.)

**BROMOCALCIUM**

**BARRAL**

Associação sinérgica de bromo e de cálcio, isenta de fenómenos de bromismo

NEVROSES / PSICOSES COM EXCITAÇÃO E INSÓNIA / EPILEPSIA / HIPERTENSÃO / ALERGIA E ESTADOS ANAFILÁCTICOS / COQUELUCHE, Etc.

Granulado e injectável

(Ampolas de 5 e 10 c. c.)

**LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL**

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, LDA.

# BISMUCILINA

## Bial

### INJECTÁVEL

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO  
EM SUSPENSÃO OLEOSA CÔM 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

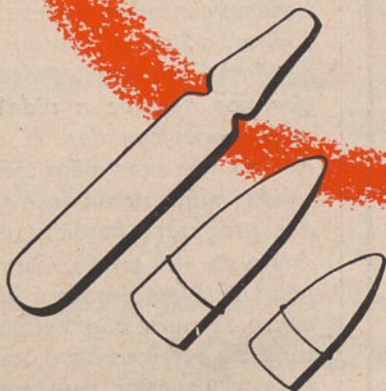
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

#### EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



# ECOS E COMENTÁRIOS

## «ACEITES» NOS MEDICAMENTOS

Devemos confessar que há em grande parte do nosso público, no médico como no doente, uma relutância pelos medicamentos de fabrico nacionais.

É necessário combater um estado de espírito que não tem justificação.

Temos inúmeros laboratórios onde a actividade fabril é cuidadosamente assistida por competentíssimos técnicos farmacêuticos e médicos.

Muitos estão dotados das melhores instalações.

O nível científico que aí se respira e que daí transpira merece um melhor acolhimento de todos os que receitam.

Estes não devem esquecer que lá fora há laboratórios exclusivamente dedicados à produção de produtos para exportação. Que em certos países é lícito exportar o que não serve para a terapêutica dos nacionais.

Parece-nos que os médicos portugueses deviam ter sempre presentes os nomes daquelas especialidades nacionais que pela idoneidade do seu fabrico — tantas vezes a própria matéria prima dos estrangeiros — e o menor custo da sua aquisição, mereciam ser aplicadas em regimen de preferência.

Se o renome mundial de muitos laboratórios estrangeiros facilitam a escolha de medicamentos, se os «aceites» opostos por organismos de reputada idoneidade os tornam preferíveis, é necessário, então, socorrer a produção e quiçá a originalidade da indústria nacional com medidas que de certo modo permitam aqui o desenvolvimento de uma indústria semelhante.

A «Ordem dos Médicos» poderia, de colaboração com os organismos gremiais da nossa indústria farmacêutica, procurar fornecer-lhes um apoio defenido e justo, que a auxiliasse aos olhos de todos, nacionais e estrangeiros, a ocupar o lugar a que tem juz pelo esforço desenvolvido por muitos.

Saltam-nos à mente nomes de organizações farmacêuticas nacionais que fundamentam largamente o que atraz dizemos. Entre as medidas de alcance mais útil e fácil de obter estaria o accepted, como o faz a Associação Médica Americana, através do seu Conselho de farmácia e química e que traduzimos por «aceite», com que intitulamos este «eco» de uma necessidade que qualquer dia terá, de ser corporizada.

Nós médicos, porque receitamos, temos que tomar aqui também uma iniciativa que está no horizonte que nos cabe. Demais porque somos o parente próximo, desinteressado, no sentido de independência material ou ausência de emulação, que pode pela sua formação científica prestar melhor auxílio que outrem.

W. P.

## O SEGREDO DE LAZARO

Que se sente ao regressar à vida, literalmente, depois de oitenta e dois minutos de ausência? Assim, tal como se escreve. Porque num hospital da América, em Pueblo, estado do Colorado, produziu-se um desses sucessos brilhantes que servem para revindicar para a Ciência méritos perdidos por algumas atômicas aventuras.

O doutor Owen sentiu que a vida de um paciente desaparecia e não vacilou. Tomou o seu bisturi, praticou um

corde profundo no peito, do lado esquerdo, e colheu nas suas mãos o coração morto. Depois. Depois, à razão de 60 vezes por minuto, comprimiu-o docemente, fingindo o movimento habitual, e assim permaneceu durante hora e meia, até que lentamente, começou a sentir a vida entre as suas mãos. O coração recuperou o seu movimento habitual e o doutor Owens, com timidez, separou as suas mãos, esperou uns segundos e depois recompôs, delicadamente, a carne ferida.

E nada mais?... Nada mais. O «homem miraculado» saiu da cama dois dias depois e já olha, respira, fala e move-se como qualquer dos seus amigos. Bem, como qualquer não! Ele sabe já o que é estar morto e isso, o segredo de Lázaro, é uma aventura demasiado extraordinária para a malbaratar.

Enquanto ao médico, contemplará as suas mãos com um calafrio pela assombrosa pericia de que foram capazes. Realmente, quando a ciência faz isso podemos reconciliar-nos com toda a sua bela, autêntica e maravilhosa linha de conduta.

O julgamento do dia deve estar feito, para o médico, de límpido orgulho, terrível fadiga e grave satisfação. Tremenda coisa é essa de se situar na fronteira da vida e da morte e, bom pulso, mente clara, inteligência e sabedoria, ir vencendo uma a uma as melhores batalhas que existem. Porque os demais, amigos, temos nas nossas mãos coisas, palavras e por vezes ideias. Mas eles têm a vida. A vida, Senhor! A razão de tudo. Dai esse olhar dos médicos, esse olhar tão parecido ao que devia ter Lázaro ressuscitado quando lhe perguntaram que havia para lá da morte.

Os médicos sabem muito bem pelo que lutam. Para que não se gele o sorriso daquela rapariga, o alegre riso infantil, ou a vida, cheia de responsabilidades, daquele chefe de família. Quantas vezes os nossos amigos os médicos escondem as suas mãos evitando o beijo agradecido dos libertos de um sofrimento! Quantas vezes, cansados, infinitamente cansados, ouvem, um pouco em sonhos, a litania fervorosa dos ressuscitados! Com que se paga ao homem que nos devolve a vida? Não temos nada para lhes dar. E então? Em si mesmo, nas suas mãos trémulas, na sua cálida fadiga, nessa doce alegria interior das profissões heróicas está o prémio diário da alta tarefa. Outra coisa não é possível. Nem sequer a alegria do descanso. A morte não tem horas e o encarregado de a derrotar o bom vigilante da vida, deve estar esperando o apelo a cada instante. Pelo melhor um coração, com um pouco de paciência, continua a bater quando tudo parecia estar perdido. — (Enrique Llovet no «A. B. C.»).



- MAIOR FACILIDADE DE ADMINISTRAÇÃO
- MAIOR RAPIDEZ DE ABSORÇÃO
- MAIOR TOLERÂNCIA

1 CC DE SOLUTO 35 GOTAS=50.000 U. I. DE VIT. A  
CADA AMPOLA DE 1'CC (INJECT.)= 50.000 U. I. (FRACA)  
CADA AMPOLA DE 1 CC (INJECT.)=300.000 U. I. (FORTE)

FRASCO DE 10 CC COM CONTA-GOTAS  
CAIXA DE 6 AMPOLAS (SÉRIE FRACA)  
CAIXA DE 3 AMPOLAS (SÉRIE FORTE)

LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

# PRODUTOS



## DEUTSCHE NOVOCILLIN GESELLSCHAFT MUNIQUE

**Especialidades farmacêuticas controladas permanentemente por uma clínica médica universitária, sendo cada carga examinada e aprovada oficialmente pelo Instituto de Investigação Científica ROBERT KOCH de Berlim.**

**PASIMICIN PÓ** — (Fracos pulverizadores de 20 gramas)

Composição: 1 gr. de Pasimicin contém 10.000 U. I. de sulfato de dihidroestreptomicina e 2.000 U. I. de Penicilina sódica G cristalina.

**PASIMICIN POMADA** — (Tubos de 25 gramas)

Composição: 1 grama de Pasimicin pomada contém 1.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalina e 5 000 U. I. de Sulfato de dihidroestreptomicina.

**PASIMICIN INJECTÁVEL** — Sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a 0,5 gr. de dihidroestreptomicina base + 300.000 U. de Penicilina Procaínica G cristalizada + 100.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalizada.

**PASICILLIN B INJECTÁVEL** — 300.000 U. I. de Penicilina Procaínica G + 100.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalina.

**TUBERCID (Hidrazida do ácido isonicotínico)**

Fracos de 100 comprimidos de 50 mg. cada.

Os produtos acima encontram-se já à venda

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL E PROVÍNCIAS ULTRAMARINAS

**SOCIEDADE FÁRMICA, LIMITADA**

Praça Sidónio Pais, 287-4.º D.º

PORTO

Telefone, 29560

## A MEDICINA EM S. BENTO

## O AVISO PREVIO DO PROF. MANUEL CERQUEIRA GOMES

Discurso do Deputado Dr. Abrantes Tavares

(Continuação do número anterior)

O Sr. *Presidente*: — Continua em discussão o debate sobre o aviso prévio do Sr. Deputado Manuel Cerqueira Gomes relativo à Previdência Social.

Continua no uso da palavra o Sr. Deputado Abrantes Tavares.

O Sr. *Abrantes Tavares*: — Sr. Presidente: já tive a honra de expor os princípios teóricos que informam a Previdência.

Habilitada a Câmara com o conhecimento desses princípios, podemos entrar agora na apreciação do caso português, porque suponho a Câmara suficientemente elucidada para, por si apreciar as dificuldades de desenvolver o seguro social.

O sistema português é de capitalização. Isso não precisa demonstrar-se.

Estão organizados o seguro de acidente-doença profissional, a cargo dos patrões, e o seguro de doença-invalidiz e reforma, por enquanto só para algumas categorias de trabalhadores.

A Previdência abrange já 621.000 trabalhadores, que, com os familiares, perfazem 1.200.000.

É um seguro de capitalização de base bipartida (operário-patrão).

O Estado abstém-se de financiar ou subsidiar o seguro da Previdência. Temos, portanto, um sistema autónomo de seguro, sob a fiscalização do Estado, que nomeia os presidentes das direcções das caixas.

Pode perguntar-se se foi bem ou se foi mal iniciar os seguros sociais com o sistema de capitalização.

Como já tive ocasião de dizer, a capitalização tinha atrás de si a tradição do seguro privado e era ainda o sistema mais geralmente adoptado.

Era difícil, portanto, na altura em que se montou o seguro social português, resistir a certas tradições de capitalização, ainda com muitos e vigorosos adeptos entre os tratadistas.

O sistema de capitalização tem a desvantagem de se iniciar com taxas mais elevadas, ao passo que o sistema de repartição se inicia com taxas muito mais baixas.

Como já tive ocasião de ler a VV. Ex.<sup>as</sup>, o Dr. António Leão, no trabalho a que aludi, faz os seus cálculos para 1 milhão de trabalhadores, a 750\$ de ganhos mensais, o que, à taxa técnica de 4 por cento, dava uma reserva-limite de 30 milhões de contos; mas, se a taxa baixasse para 3,5 por cento, exigia uma reserva-limite da ordem dos 37 milhões de contos.

Este sistema, pelas suas consequências práticas, está, em relação à economia nacional, doutrinariamente certo?

É evidente que doutrinariamente tão certo está o sistema de capitalização como o de repartição. É uma questão de política económica e financeira.

Tanto um como outro se pode estabelecer, contanto que não agrave profundamente as condições gerais de vida.

Se porventura vierem dizer-me que o prémio de 18 por cento para o sistema de repartição, referente a 1 milhão de empregados, é comportável na França, na Inglaterra e na América do Norte, eu direi que ignoro, porque não sei se os ganhos médios dos trabalhadores desses países são tais que consintam, sem sacrifício, suportar esses encargos.

Pode ser que os ganhos médios dos trabalhadores desses países sejam tais que consintam, sem grande sacrifício, esse desconto sobre os seus ganhos; mas o problema não pode pôr-se em relação a nós, porque não são comparáveis os ganhos médios dos trabalhadores portugueses com os ganhos médios dos operários desses países, nem com o seu índice de custo de vida.

Aqui temos que só a política, com a consciência da economia e a ciência das finanças, pode dizer até que ponto podemos ir sem perturbar socialmente a vida económica do País.

*Vozes*: — Muito bem!

O *Orador*: — A Previdência arranca já 700.000 contos e o abono de família 300.000. Temos portanto um encargo de cerca de 1 milhão de contos. Se na Previdência vier a ser incorporada a construção civil, o total subirá para 1.300.000 contos.

Pergunto: poderá a economia nacional aguentar tamanho peso?

O Sr. *Pinto Barriga*: — V. Ex.<sup>a</sup> dá-me licença? É uma base restrita da economia nacional apenas. Uma parte está, evidentemente, fora desse âmbito.

O *Orador*: — Ninguém escapa, nem V. Ex.<sup>a</sup>, porque todos, até mesmo os patrões, têm de pagar.

Pergunto: será possível?

A desvalorização da moeda corrigiu um pouco o excesso na taxa que se encontrou para calcular o prémio, mas é necessário que a economia nacional esteja em regime de próspera saúde para aguentar este esforço.

Se houver uma crise de trabalho em certa ou certas indústrias?

A caixa não vai, é claro, realizar a capi-

talização que esperava e pode não ter possibilidades de satisfazer as contribuições desses desempregados.

Pode então comprometer-se o equilíbrio financeiro do regime de seguros.

Ponhamos a hipótese — que Deus afaste — de uma mobilização em caso de guerra. É a geração mais activa que fica impossibilitada de participar na actividade económica. E como é que os restantes, que são os mais idosos, podem suportar essa taxa?

São questões graves e complicadas, que não compete só à política decidir; como é política social com reflexos na vida económica do País, tem os economistas e os financeiros a sua palavra a dar para esclarecer o que pode e o que não pode fazer-se em matéria de Previdência.

*Vozes*: — Muito bem!

O *Orador*: — Os benefícios que se podem conceder pela Previdência têm a sua tradução em gastos. Só através dos gastos é que se concedem os benefícios e é necessário saber onde é que havemos de arranjar os meios para os pagar?

O Ministro das Corporações está a estudar o problema de baixar a taxa de 13 para 10 por cento só para a Previdência propriamente dita, sem incluir por isso os descontos para o desemprego e abono de família.

O Sr. *Mário de Figueiredo*: — São 7 mais 3 por cento, isto é, 10 por cento.

O *Orador*: — Para a Previdência são 13 por cento. Desejaria poder verificar que se passava de 13 para 10 por cento sem prejuízo dos benefícios concedidos e se possível alargando-os.

O Sr. *Manuel Lourinho*: — Como são distribuídos os encargos?

O *Orador*: — O empregado paga 5 por cento e o empresário 15 por cento. Daí são extraídos 7 por cento para o abono de família.

O Sr. *Manuel Lourinho*: — Passa-se de 13 para 10 por cento e eu pergunto o que ficaria a pertencer ao beneficiário e ao empresário?

O *Orador*: — É o que se está a estudar. Eu elucido apenas o que se está a estudar sobre o assunto. Pretende-se agora, através de uma nova arrumação dos seguros, fazer as economias suficientes para dar, pelo menos aos trabalhadores rurais, assistência médica na doença; é um dos objectivos para os quais se está a estudar o problema. Isto foi, de resto, o que o Sr. Ministro das Corporações expôs a uma comissão de reforma da Previdência, que se reuniu em Novembro de 1951.

O Sr. *Mário de Figueiredo*: — Eu li Setembro.

O *Orador*: — Será.

O Sr. *Mário de Figueiredo*: — Foi só para mostrar que tinha lido.

O *Orador*: — Entende também que deve estabelecer-se um salário-limite para a inscrição no seguro na doença.

Sobre isto disse o Sr. Ministro:

Nós garantimos pensões de refor-

## Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

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

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

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

**XAROPE GAMA**

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS  
BRONQUITES CRÓNICAS

**FERRIFOSFOKOLA**

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM  
GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

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

# POLIBIÓTICO

O ANTIBIÓTICO QUE VEIO REVOLUCIONAR UM DOS GRANDES CAPÍTULOS DA TERAPÊUTICA COM A DESCOBERTA DA POLIMIXINA B

VASTO ESPECTRO BACTERIANO  
GRAM-POSITIVO E GRAM-NEGATIVO

Confronto de acção da  
POLIMIXINA  
com a  
ESTREPTOMICINA  
feito no quadro  
ao lado

DROGA	Dose única sub-cutânea milig./quil. Peso	Inoculação	Mortes nos dias indicados						Sobrevivência 6 dias depois		
			1	2	3	4	5	6	Número	Porcentagem Total	
Contrôle	—	K. Pneumoniae Tipo A Intraperitoneal	10	—	—	—	—	—	—	0	0 %
Estreptomicina	1	*	1	4	9	1	—	—	—	5	25 %
	5		—	—	3	—	—	—	—	7	70 %
Polimixina	1	*	—	—	1	2	—	—	—	17	85 %
	5		—	—	—	—	—	—	—	20	100 %
Contrôle	—	H. Influenzae Tipo B Intraperitoneal Em 5 % de Mucina gástrica	9	—	—	—	—	—	—	1	10 %
Estreptomicina	1	*	16	—	—	—	—	—	—	4	20 %
	5		2	—	—	—	—	1	7	70 %	
Polimixina	1	*	—	1	—	—	—	—	—	19	95 %
	5		—	—	—	—	—	—	—	20	100 %

× — Foram utilizadas 1000 D L

PREÇOS

Caixas com

- 1 frasco . . . . 27\$00
- 3 frascos . . . . 76\$00
- 5 frascos . . . . 125\$00

FÓRMULA:

POLIMIXINA B . . . . .	60.000 U. I.
SULFATO DE DIHIDROESTREPTOMICINA . . . . .	0,5 Gr.
PENICILINA G PROCAÍNICA . . . . .	300.000 U. I.
PENICILINA G POTÁSSICA . . . . .	100.000 U. I.

EM UM FRASCO-AMPOLA MAIS 1 AMPOLA DE VEÍCULO COM CLORETO DE COBALTO

## ASSOCIAÇÃO SINÉRGICA DE 3 ANTIBIÓTICOS

LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO



J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

ma até 80 por cento do salário (com quarenta anos de inscrição) teóricos. Mas não damos pensões de sobrevivência nem protegemos a doença de longa duração. É um sistema desequilibrado. Devemos continuar a economizar fortemente, sem preocupação de atenuar deficiências do sistema actual de assistência? Não vale mais a pena economizar menos e melhorar mais os ramos hoje desprotegidos? Para manter economias grossas, continuamos a não hospitalizar, a não assistir os tuberculosos, etc.

Mais adiante me referirei a isto. A ideia do Ministro seria esta: com o seguro na invalidez e na reforma, que é um seguro de prestação diferida, constituir uma caixa única de base nacional e dar ao seguro na doença uma descentralização tão grande quanto pudesse ser. Isso tornaria a obra psicologicamente mais amada do contribuinte. Não reduziria o trabalhador a uma ficha.

Os beneficiários que vivem nos confins do País não sabem o que se passa na sua caixa e não se interessam pela maneira como correm as coisas.

A ideia do Ministro, repito, é reunir os dois seguros — invalidez e reforma — numa caixa única nacional, o que tem as seguintes vantagens de ordem administrativa e técnica:

- 1.º Simplificam-se as transferências;
- 2.º Maior facilidade de gestão das caixas de seguro a curto prazo, aliviadas das responsabilidades e das complicações técnicas do seguro a longo prazo;
- 3.º Haverá menos técnicos e teremos melhores técnicos;
- 4.º As reservas assim concentradas seriam colocadas com mais facilidade e eficiência, sem federação de habitações e serviços técnicos de investimento.

Para o seguro na doença caixas de empresa, caixas de actividade e caixas únicas distritais, em obediência à descentralização.

O Sr. Mário de Figueiredo: — Sendo, segundo parece, o pensamento do Ministro que a melhor é a caixa de empresa, caso seja possível. Com ela dá-se o contacto directo entre os interessados.

O Orador: — Exactamente, é o ambiente familiar entre o patrão, o empregado e o operário. Somente, como daqui a pouco terei ocasião de demonstrar, nós não tínhamos experiência e montámos com muita largueza. Assim, há uma caixa de empresa com 241 beneficiários. Trata-se, como é evidente, de uma caixa inviável. Mas ao lado desta há as que têm 18.000 e mais beneficiários. Em todo o caso, seriam as caixas ideais.

Portanto, todos estes problemas que aqui foram afluídos no aviso prévio do Sr. Deputado Cerqueira Gomes tinham já merecido a atenção do Ministro das Corporações e estavam e estão a ser estudados para serem resolvidos, se puderem sê-lo.

Daqui a pouco referir-me-ei ao problema da tuberculose, doença de tipo muito especial — de tipo social, como se diz nos meios médicos. Nesta doença a unidade não é o doente, mas a família.

Há certos países onde a assistência à tuberculose é concedida com um limite máximo de tempo.

Pergunto agora: dos 621.000 inscritos na Previdência quantos tuberculosos há para assistir? Qual a percentagem que deve ser assistida em regime sanatorial? Conhecido este número, teremos depois de ver qual é a capacidade dos estabelecimentos assistenciais montados no País e em condições de recolherem todo esse número de doentes? Há camas, há sanatórios que chegam? Como vamos resolver o problema? Por outro lado, quanto custa a assistência

aos tuberculosos e o auxílio à família deles, privada dos ganhos do chefe?

A quanto monta isso? E, se tivermos a certeza do que isso vai custar, ainda se põe outra questão: onde vamos arranjar dinheiro?

Volto de novo ao problema da unidade ou pluralidade das caixas: o Ministro orientou-se para a unidade quanto ao seguro invalidez-velhice. E porquê?

Pelo que li, já VV. Ex.<sup>as</sup> o sabem.

O Sr. Cerveira Pinto: — Quando começou essa centralização das caixas e se começaram a extinguir as baixas que havia na província, e especialmente no Porto, houve alguém com responsabilidade que mostrou logo, por escrito, aliás com grande vibração, os erros dessa medida.

O Orador: — Os erros dos nossos avós fazem-nos eles e pagámo-los nós...

De maneira que quando o Ministro expôs estas ideias, sobre as quais a comissão

de reforma iria trabalhar creio que estava longe de supor que nesta Casa, e pela boca autorizada do Sr. Deputado Cerqueira Gomes, lhe fosse dada razão. É isto um incentivo bem grande para aeelear e levar a cabo, com mais confiança, as suas ideias de reforma e revisão.

Podemos agora ver como se distribuem as caixas.

É da seguinte maneira:

Há 33 caixas sindicais de previdência, com 357.764 beneficiários, os quais têm 263.839 familiares. O total de beneficiários e familiares é assim de 621.603.

Receitas cobradas .....	575:479.511\$00
Despesas com os beneficiários .....	279:839.163\$00

Há 55 caixas de reforma ou previdência, abrangendo 263.639 beneficiários, com familiares em número de 155.210. Total 418.849.

Receitas totais .....	598:616.081\$00
Despesas com beneficiários .....	270:750.731\$00

Ainda que não deva considerar-se o abono de família como reforma de previdência, mas meio de realizar o salário familiar, sempre direi que há 24 caixas de abono de família, com 162.790 sócios efectivos. Os beneficiários ascendentes e descendentes somam 148.009. As receitas totais sobem a 92:985.503\$. As despesas alcançam 80:499.957\$.

Pelo que toca à Previdência, há, assim, uma multiplicidade de caixas, com variados esquemas, mas, apesar disso e sem contar com os rurais, há ainda grandes zonas populacionais não protegidas.

Entre as caixas de reforma e de previdência há algumas que são invariáveis. Por exemplo: há uma que tem 241 beneficiários, isto ao lado de outra que tem 59.136, outras 1.000, 600 e ainda outras 500.

Como vamos resolver este problema?

Temos de ir para qualquer solução, inclusivamente a fusão numa caixa pluriprofissional.

Já se sabe que muitas destas caixas são, isoladas, tènicamente inviáveis e, consequentemente, não podem subsistir.

E, porque assim é, o Ministro está a estudar o assunto para o resolver.

Agora vamos às doenças de longa duração ou de longo curso.

Em primeiro lugar, a expressão é muito possível que seja corrente nos meios médicos. Para nós, juristas, que temos um pouco a deformação profissional de esgaravatar os problemas até ao osso, pergunto: é possível definir uma doença de longo curso? Para nós, leigos no assunto, parece-nos que uma ligeira constipação pode transformar-se, pelas complicações ou sequelas, numa doença de longa duração; um ligeiro incómodo de saúde transforma-se às vezes numa grave doença.

Portanto, como é que vamos definir doenças de longo ou breve curso? Ora sobre isto o Sr. Deputado Cerqueira Gomes mostra-nos uma modificação estrutural no sistema do seguro, a qual seria suprimir o seguro de doença de breve duração, para assistir às doenças de longa duração.

Não conheço em nenhum país sistema que aconselhe a não assistência nas doenças de curta duração. Dos abusos a que tais doenças se prestam defendem-se as caixas através dos períodos de espera. Um tem um período maior, outras um período menor.

Pelo que aqui posso ler, o sistema mais adoptado é de três dias; há-os de dois, de quatro e de seis dias. Parece que para essas doenças pequenas, incómodos passageiros, este período de espera defende perfeitamente as caixas de qualquer percalço.

Mesmo no sistema de doenças de chamada longa duração o prazo é variável. Nós temos duzentos e setenta dias. Mas há quem tenha mais e quem tenha menos. A variedade é grande e vai desde cento e oitenta a trezentos dias, um ano, vinte e seis e trinta e nove semanas. Nós assisti-



GASTRENERITE AGUDA, ENTERITES  
AGUDAS E CRÓNICAS. COLITES.  
DIARREIAS. INTOXICAÇÕES ALIMEN-  
TARES. FERMENTAÇÕES INTESTINAIS,  
ETC.

Tubo de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA



**PROGRESSOS NA TERAPÊUTICA HORMONAL!**

# METORMON

(metilandrostenediol)

Novo esteróide de síntese activador do aproveitamento das proteínas, sem acção androgénica.

## INDICAÇÕES:

DEBILIDADE GERAL. ESGOTAMENTO. EMAGRECIMENTO. ASTENIA. ATRASOS DO CRESCIMENTO. DEBILIDADE ÓSSEA. MENOPAUSA. TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL. DISMENORREIA. DISFUNÇÕES HIPOFISÁRIAS. OLIGOESPERMIA. AZOOSPERMIA. NEOPLASIAS DA MAMA.

Tubo de 10 comprimidos a 25 mg.  
Frasco de 10 c. c. contendo 500 mg.  
em suspensão aquosa microcristalina.

**O METORMON tem indicações em adultos de ambos os sexos e nas crianças.**

# DIORMON

Associação sinérgica em proporções óptimas de hormona estrogénea, hormona androgénea e vitamina da fertilidade.

## INDICAÇÕES:

NA MULHER: MENOPAUSA. FRIGIDEZ. MENOMETRORRAGIAS. DEPRESSÃO FÍSICA E PSÍQUICA.  
NO HOMEM: CLIMACTÉRIO VIRIL. DEPRESSÃO.  
EM AMBOS OS SEXOS: PSICONEUROSES. PERTURBAÇÕES CIRCULATÓRIAS PERIFÉRICAS.

AMPOLAS: Benzoato de estradiol . . . 1 mg.  
Propionato de testosterona 10 mg.  
Vitamina E . . . . . 20 mg.  
por c. c. (sol. oleoso)  
Caixa de 4 ampolas de 1 c. c.

COMPRIMIDOS: Estradiol . . . . . 1 mg.  
Metil-testosterona . . . . 10 mg.  
Vitamina E . . . . . 20 mg.  
por comprimido  
Tubo de 10 comprimidos

## LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

mos durante duzentos e setenta dias. Não somos dos primeiros mas também não somos dos últimos.

Damos, portanto, para essas doenças 38,4, quase trinta e nove semanas.

Quanto a isto, volto a afirmá-lo, não encontro em qualquer sistema estrangeiro de seguro social — não me refiro à segurança social — algum que tenha suprimido a assistência nas doenças de curto prazo.

A Previdência gasta anualmente com a assistência na doença 150.000 contos.

Quanto à tuberculose, sobre a qual tinha uma nota, não vale a pena repetir o que já disse. Não se conhecem números e não se está preparado para dar assistência sanatorial e calcular os gastos de uma assistência rigorosa, e V. Ex.<sup>a</sup> sabe que não interessa apenas a cura do tuberculoso, mas a sua readaptação e reeducação profissional. Se ele tiver uma profissão esgotante, não pode vir do sanatório para o trabalho; portanto, além do período de internamento, há também o período de readaptação profissional, e este prolonga a assistência para além do próprio sanatório. E também se saberá quanto isto custa?

Outros pontos do aviso prévio do Sr. Deputado Cerqueira Gomes aqui focados não digo que não tenham importância: por exemplo, o da livre escolha do médico.

Entremos aqui no domínio do «diálogo singular». É, certamente, a melhor forma de assistir. O médico de família é o confidente a quem o doente se abre com tanta franqueza como se abriria ao próprio confessor quando vai à comunhão. E o médico de família não é apenas o clínico que trata, mas o amigo que ouve o doente, considerando-o na integridade da sua pessoa, para o assistir também psicologicamente.

Não é realmente vão dizer-se que uma boa palavra do médico de confiança é de grande valor na cura. Realmente, porém, a própria evolução das técnicas médicas, a sua excessiva especialização e o progresso dos meios de diagnóstico ultrapassaram já o diálogo singular.

Ao diálogo singular com um médico sucedeu o diálogo plural com vários médicos. Já não há médicos, mas uma *equipe*. A base de confiança pessoal num clínico vai-se restringindo pela necessidade imposta pela medicina de observação por vários clínicos.

O Sr. Moura Relvas: — Sobre esse problema de o médico ser também de *equipe* pergunto se em certos casos de perturbações psíquicas e psicossomáticas que o doente não pode confessar a uma *equipe* tem de ter o seu médico assistente?

O Orador: — Mas quando o doente vai a um clínico geral, que é o primeiro que procura, este diz-lhe que tem de ir ao especialista.

O Sr. Moura Relvas: — Quando é necessário, e a maior parte das vezes não é preciso isso..

O Orador: — Mas é preciso muitas vezes.

Nos meios rurais é que os doentes não podem escolher, tendo de sujeitar-se ao médico da terra. Quando surgem dificuldades é que este remete o doente para os centros urbanos.

A organização de serviços médicos nos sistemas de seguros sociais pode, de facto, ser montada nos termos em que propõe o Sr. Deputado Cerqueira Gomes. A Previdência organiza certas tabelas, propõe essas tabelas à aceitação dos médicos, estes aderem e inscrevem-se para prestar serviço, escolhendo o doente de entre os médicos inscritos. É assim em alguns países.

Mas há também países onde os serviços médicos são prestados por quadros privativos da Previdência; há, portanto, médicos próprios para assistir.

Como temos o problema entre nós?

Até agora a Previdência tem quadros privativos de médicos, com remuneração fixa.

É um bem? É um mal? Tem vantagens e inconvenientes.

O problema foi estudado pelo Governo com vista ao sistema preconizado pelo Sr. Deputado Cerqueira Gomes.

Considerou-se a remuneração *per capita*, e não pelos serviços clínicos, em vista dos abusos a que pode dar lugar.

O problema foi, pois, estudado e chegou-se a esta conclusão: para os grandes centros urbanos, para os grandes aglomerados de beneficiários, pode ir-se para a remuneração *per capita*. Pensa-se até que seria conveniente para não estar a montar postos que obriguem os beneficiários a grandes deslocações, que os doentes fossem observados, dentro de certas zonas, nos consultórios privativos dos médicos aí existentes.

A remuneração por serviços clínicos tem de manter-se nos meios onde a população assistida é diminuta.

Portanto, não pode estabelecer-se um sistema rígido, mas sim um sistema maleável, adaptado às próprias condições de vida dos centros onde os serviços são prestados.

De resto, e ainda sobre o problema da livre escolha, é claro que a Previdência não faz mais nem menos do que o Estado.

O doente que recorre aos serviços da assistência, para ser assistido, não pode escolher médico.

E quem se interna num hospital público, para ser operado, não pode, senão dentro de estreitos limites, escolher o cirurgião que há-de operá-lo.

Nos meios rurais, pelo geral, a escolha é impossível. Continuo a dizer: o Governo está inclinado a resolver o problema, tudo dependendo, porém, das conclusões técnico-financeiras a que se chegar.

Também foi ainda levantado pelo Sr. Deputado Cerqueira Gomes o problema da radiologia.

É certo ser um problema sem grande grau de acuidade, pelo número de pessoas que se dedicam a esta especialidade. É, em

# Campolon

*o preparado comprovado para a  
hepatoterapia injectável*

com as

substâncias activas totais do fígado

indicado e não excedido na

**anemia perniciosa e anemia secundária**

Embalagem original: 5 ampôlas de 2 c.c.

Cada ampola contém 12  $\gamma$  de vitamina B<sub>12</sub>



»Bayer« Leverkusen, Alemanha

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*

todo o caso, um problema sério e que tem os seus pontos delicados.

Claro que a Federação dos Serviços Médico-Sociais, durante muito tempo, e sobretudo enquanto havia o Fundo Nacional de Abono de Família para se sacar sobre ele e cobrir os *déficits*, trabalhou com os radiologistas, pagando as contas que estes lhe apresentaram.

Houve até quem enriquecesse trabalhando em radiologia para a Federação!

Em Lisboa e no Porto, só num ano, os radiologistas receberam 8.500 contos!

Houve radiologistas que embolsaram de 400 a 700 contos naquele ano!

Assim, não havia dinheiro que chegasse!

Mas então era a providência dos radiologistas, e não a Providência...

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Peço a V. Ex.<sup>a</sup> que explique de quem foi a culpa de os radiologistas terem recebido tão grandes somas.

O *Orador*: — Enquanto houve dinheiro, pagou-se.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Eu explico: durante certo tempo só três ou quatro radiologistas é que trabalhavam para a Providência.

É claro que esses tiveram um volume de trabalho enorme. Porém, em certa altura os outros radiologistas pediram que o trabalho fosse distribuído por todos, como era de justiça.

Acabaram-se essas verbas enormes.

O *Orador*: — Em todo o caso foram pagas.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Não enriqueceram. Receberam 600 contos por ano, e como isso durou dois anos, 1.200 contos não é uma verba extraordinariamente elevada, porque é preciso não esquecer que há nela a descontar despesas de material, amortizações e muitos outros gastos.

O *Orador*: — O que posso dizer é que em 1951 os serviços radiológicos receberam 8.500 contos, o que representa um peso de 10 por cento sobre as despesas gerais.

Isto obrigou a Federação a entrar num regime de equilíbrio financeiro e experimentou-se um sistema diferente — 4 por cento das consultas do mês anterior — mas esse mesmo não deu resultado, porque o encargo continuou a pesar nas despesas gerais com 10 por cento.

Foi elaborada uma tabela, que foi presente aos radiologistas, os quais se comprometeram a estudá-la e a dar uma resposta.

Por informação que tenho, até agora não responderam nada.

Daqui surgiu a questão dos radiologistas. Os de Lisboa e Porto recusaram-se a aceitar a tabela da Federação e os da província, pelo geral, aceitaram-na.

Disse o Sr. Deputado *Cerqueira Gomes* que a Federação quer impor os serviços de radiologia. É uma maneira de dizer.

A Federação não quer impor, e tanto que quer evitar a montagem de serviços próprios.

V. Ex.<sup>a</sup> sabe que no Porto estiveram para ser abertos os serviços próprios de radiologia, mas uma nova orientação fez desistir desse intento.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Mas eu distingo entre a Federação e a atitude do Ministro.

A Federação queria montar, mas o Ministro é que entendeu que não.

O *Orador*: — Mas a Federação tem duas épocas de vida diferentes: uma já pertence à história; a outra é o caminho que está trilhando agora, sob a orientação do Ministro, que a força a administrar com avareza, como é sua obrigação, porque o dinheiro é suor e lágrimas de todos.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Quando eu dizia a Federação falava numa coisa que não era o que o Ministro queria.

O *Orador*: — Mas V. Ex.<sup>a</sup> tem de distinguir duas fases na vida da Federação: uma em que a Federação se valeu de tudo o que quis para gastar os dinheiros acumulados do abono de família. Outra em que teve de submeter-se a normas severas de administração.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Mas devo dizer a V. Ex.<sup>a</sup> que a tentativa da criação do posto de radiologia do Porto é anterior a tudo isso. Foi em 1951 que tal se fez, quando o Sr. Dr. João Moreira era presidente.

O *Orador*: — V. Ex.<sup>a</sup> desculpe, mas é que eu tinha-me esquecido do Dr. João Moreira. Isso já não era a primeira fase, mas era ainda a transição.

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Bem; então já não são duas fases, são três.

O *Orador*: — São tantas quantas V. Ex.<sup>a</sup> queira. Há, porém, que distingui-las.

Mas, como ia dizendo, a Federação não tem o desejo de criar serviços próprios.

O Sr. *Manuel Lourinho*: — Mas tem esse desejo, pois abriu um posto de análises em Lisboa.

O *Orador*: — Abriu, não. Pensou abrir. Isso, porém, já pertence à pré-história da Federação.

Não tinha realmente a Federação, nesta orientação que está a adoptar, a intenção de criar serviços próprios, e creio que bem. O País precisa de estar apetrechado com todos os meios auxiliares de diagnóstico e especialistas preparados. Não deve por isso a Federação estar a impedir esse apetrechamento criando serviços próprios.

Para tanto não basta que a Federação colabore com os particulares; é preciso que

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

# I O D O P <sub>2</sub>

AMPOLAS — GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO  
COM SOLU P<sub>2</sub>

PREVENÇÃO DOS ACIDENTES  
HEMORRÁGICOS. MELHOR  
TOLERÂNCIA DO IODO

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

# COLIMETINA

## PREPARADO SINÉRGICO DE

Colina . . . . .	0,200 gr.
Metionina . . . . .	0,200 gr.
Inositol . . . . .	0,080 gr.
Complexo B . . . . .	0,025 gr.

Por drajeia

## POSOLOGIA

4 a 10 drajeias por dia às refeições

## APRESENTAÇÃO

Em frascô de 20 drajeias  
e em frasco de 200 grs. de xarope

A mais moderna concepção da

## PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS HEPATOPATIAS

modificando o prognóstico, até há pouco tão reservado destas doenças.

Indicado na prevenção e tratamento da

## ARTERIOSCLEROSE

esta associação melhora a tolerância dos diabéticos para os Hidratos de Carbono.



## LACTOSYMBIOSINA • VITASYMBIOSINA SULFASYMBIOSINA • FTALILSYMBIOSINA

### PROFILAXIA E TRATAMENTO EFICIENTE E INÓCUO DAS DOENÇAS INTESTINAIS

COMPOSIÇÃO	LACTOSYMBIOSINA			VITASYMBIOSINA		SULFASYM- BIOSINA	FTALIL- SYMBIO- SINA
	Comprimidos	Líquido	Concentrada	Líquido	Concentrada	Comprimidos	Comprimidos
Cultura de bacilos láctios . . . . .	+	+	-	+	-	+	+
Cultura de bacilos láctios (concentrada).	-	-	+	-	+	-	-
Levedura de cerveja . . . . .	+	-	-	-	-	+	+ +
Extracto de malte . . . . .	+	+	+	+	+	+	+
Complexo B . . . . .	-	-	-	0,125 %	0,125 %	-	-
Sulfaguanidina . . . . .	-	-	-	-	-	0,10 gr.	-
Ftalilsulfatiazol . . . . .	-	-	-	-	-	-	0,20 gr.
APRESENTAÇÃO	Embalagens de 20, 48 e 100 comp.	Frasco de 180 cc.	Caixas de 10 amp. bebíveis de 10 cc.	Frasco de 180 cc.	Caixas de 10 amp. bebíveis de 10 cc.	Caixas de 48 comp.	Embalagens de 20 e 50 comp.

# LABORATÓRIO SANITAS

os particulares colaborem também com a Federação.

*Vozes:* — Muito bem!

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — É assim mesmo.

O Sr. *Melo Machado*: — V. Ex.<sup>a</sup> não pode elucidar a Câmara de qual era o volume desses trabalhos antes e depois da Federação?

O *Orador*: — Não tenho esses elementos, mas não tenha V. Ex.<sup>a</sup> dúvida de que aumentaram. Digo-o com segurança por uma razão: é que a Federação, e só ela, fornece serviços radiológicos à família dos assistidos.

O Sr. *Manuel Lourinho*: — Há outras caixas também.

O *Orador*: — É possível. Mas por aqui já VV. Ex.<sup>as</sup> podem avaliar o aumento de serviço que daí resultou.

O Sr. *Múrio de Figueiredo*: — A Caixa dos lanifícios presta serviços, mas em nível muito mais baixo do que o da Federação.

O *Orador*: — A Câmara já deve estar a deitar previdência pelos olhos.

*Vozes:* — Não apoiado!

O *Orador*: — Temos estado aqui, no fundo, a trabalhar pelos operários. Entendo que devemos defendê-los tanto quanto pudermos. Mas há uma zona marginal da previdência que não podemos esquecer:

O proprietário rural, que, quando precisa tratar-se de doença grave, tem de vender os bens que herdou, e às vezes, para os deixar aos filhos, prefere não os vender e deixar-se morrer.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem

O *Orador*: — Está bem todo este afã em favor dos trabalhadores, mas porque não devemos ter uma palavra para a pobre gente que não é operária nem rica e não tem maneira de se defender? Que faremos ao modesto proprietário rural, ao pequeno comerciante e industrial, ao funcionário pequeno e médio?

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

O *Orador*: — Em toda a parte as classes médias foram, politicamente, as classes estabilizadoras.

Não embarcaram nas primeiras aventuras. Souberam guardar o caudal do bom senso e dos sentimentos nacionais.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

O Sr. *Carlos Borges*: — E renovaram as classes superiores.

O *Orador*: — Temos de as manter, até por necessidade política, porque no dia em que formos todos proletários o Estado será socialista, ainda que lho não chamemos. E digo mais: até aqui tratámos das mazelas do corpo. E as da alma?

Porque não havemos de cuidar das incapacidades morais? Estas repercutem-se em toda a vida da Nação; têm reflexo profundo na sua vida e modo de ser. Temos de encará-las também. Quanto ao resto, nem segurança social nem qualquer outra coisa que exceda as possibilidades nacionais.

Só o que a Nação puder dar honestamente, e nada mais.

Tenho dito.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

(Continua no próximo número)

## Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Na sessão do dia 29 de Abril, da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, a que presidiu o Dr. Frazão Nazaré, foi apresentado um curioso trabalho intitulado «Um caso feliz de ortodôncia cruenta». O Dr. Luís Cabral Adão, autor da comunicação, descreveu o caso, único em Portugal, embora já não novo no estrangeiro, da extracção, que praticou, dum canino superior nascido na parte baixa da abóbada palatina, para imediatamente o implantar na posição correcta, com resultados satisfatórios, que se mantêm passados quatro meses.

O conferencista defendeu depois a tese de que a polpa dentária não é um simples órgão de nutrição e sensibilidade do dente, mas delicada glândula de secreção interna, pelo que concluiu pela necessidade de os clínicos, os histologistas e os laboratórios científicos desenvolverem os seus estudos, de maneira a dotar a Medicina com os grandes benefícios que dessa revelação podem advir.

A comunicação do Dr. Luís Cabral Adão foi largamente discutida por grande número de clínicos presentes e, no final, o Dr. Frazão Nazaré felicitou o conferencista pelo valor experimental do trabalho apresentado.

# REUMATISMO?

*A experiência demonstra que*



## algiderma

CREME ANTI-REUMÁTICO,  
ANALGÉSICO E ANTIFLOGÍSTICO

*dá bons resultados*

- ACALMA AS DORES
- DESINFLAMA AS ARTICULAÇÕES
- ACTUA RÁPIDA E PROGRESSIVAMENTE

*DAVI*  
LISBOA

# V I D A M É D I C A

## E F E M É R I D E S

### Portugal

(De 8 a 15 de Junho)

*Dia 8* — O Cônsul da França no Porto, impõe ao Reitor da Universidade, Prof. Amândio Tavares, as insígnias da cruz de oficial da Legião de Honra. Discursa o Cônsul da França e o homenageado agradece, rendendo caloroso elogio à França e afirmando a sua esperança de que o intercâmbio cultural luso-francês e a amizade entre os dois povos se estreite cada vez mais. Assistem ao acto individualidades do maior destaque político e social nortenho.

Sabe-se também que o Governo Espanhol concede ao Prof. Amândio Tavares a Ordem de Mérito Civil.

*9* — O Ministro das Obras Públicas, Eng.º Ulrich, chega ao Porto de visita a vários estabelecimentos hospitalares. Recebido pelas autoridades dá a conhecer o seu desejo de que o Hospital Escolar e nova Faculdade de Medicina comecem a funcionar em 1955. Terá lotação para 1.200 doentes. Resolve também que se proceda imediatamente ao estudo da localização da capela, que não fora prevista no projecto. Resolve que no edifício da actual Faculdade de Medicina se instalem, em seu tempo, os Museus de Zoologia, Antropologia e Geologia.

Na visita efectuada ao Hospital de Joaquim Urbano (infecto-contagiosas) delibera sobre a construção de três pavilhões, de 3 pavimentos cada, a fim de aumentar a sua lotação, dado que estes vão permitir um aumento de trezentos e sessenta doentes. Para segunda fase de construção ficam a

lavandaria, casa mortuária e edifício da Delegação de Saúde.

— É aprovado, por portaria publicada no «Diário do Governo», o regulamento da Escola de Enfermagem de Artur Ravara, de Lisboa.

*10* — Em Lisboa, efectua-se, na sala de consulta de Dermatologia do Hospital de Santa Marta, uma reunião da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, com a seguinte ordem de trabalhos: «Comentário histórico acerca das consultas de Sífilis e Dermatologia do antigo Hospital Escolar», pelo Dr. Simões Carrelo; «Considerações acerca do ensino elementar da Dermatologia e Venereologia», pelo Prof. Dr. Juvenal Esteves; e «Acerca do tratamento hormonal do estrófulo», pelos Drs. Cruz Sobral e Norton Brandão.

*11* — No Hospital dos Capuchos efectua-se, às 22 horas, uma reunião conjunta das Sociedades Médicas dos H. C. L. e Portuguesa de Oto-Neuro-Oftalmologia, na qual são apresentadas as seguintes comunicações: «Sarcoma gigante da laringe», pelo Prof. Carlos Larroudé; «Meningo Labirintite de etiologia invulgar», pelo Dr. Campos Henriques; «Apoplexia em tumor hipofisário», pelo Dr. Afonso de Vasconcelos, e «Irite de origem focal», pelo Dr. Jeremias da Silva.

— Em Lisboa, tomam posse dos lugares de internos graduados dos Hospitais Civis de Lisboa, para onde foram nomeados após provas públicas, os Drs. Mário Marques, Sá Nogueira, Eurico Lisboa, José Maria Martins, Orlando Carvalho e Moradas Ferreira. Os quatro primeiros são internos de clinica médica e os dois últimos de neurologia.

*12* — O Dr. José Tavares, otorrinolaringologista no Porto parte para Paris,

onde vai assistir à Semana Internacional de Cancerologia cervico-facial, da Fundação Curie.

*13* — O Prof. Gentil, director do Instituto Português de Oncologia, de Lisboa, profere, em Évora, uma conferência, onde aborda a necessidade de se criar naquela cidade um centro de luta anticancerosa. No final é projectada uma película cinematográfica e muito aplaudido o orador.

— No Porto, no Hospital de Santo António, comemora-se o dia do seu Santo onomástico, com grandiosas solenidades, a que preside o Provedor, Prof. Luís de Pina, e com a assistência das principais autoridades eclesiásticas e civis.

*14* — Em Coimbra, na Sala dos Capelos, procede-se à imposição das insígnias doutorais aos Drs. Hermínio Cardoso Inácio, Ibérico Nogueira e José Gouveia Monteiro. São seus padrinhos, respectivamente, os Profs. Maximino Correia, reitor da Universidade, Novais e Sousa, director da Faculdade, e Egídio Aires. Os elogios estão a cargo dos Profs. Tavares de Sousa e Oliveira e Silva, os mais novos daquela Faculdade.

O magnífico acto com enorme e entusiasta assistência é quebrado no seu protocolo com uma salva final de palmas, com que aquela se manifesta.

*15* — Reúne em Coimbra o curso médico de 1933, em comemoração do 20.º aniversário da sua formatura. É condiscípulo honorário o Reitor, Prof. Maximino Correia. O dia decorre com assistência à missa, na Capela da Universidade, cumprimentos da praxe, visita à Cidade Universitária, almoço na Bairrada e banquete, à noite, em Coimbra.

São seus organizadores os Drs. Alber-

# METIOCOLL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSSES VASCULARES

LABORATÓRIO



SAÚDE, L.ª

RUA DE SANTO ANTÓNIO Á ESTRÉLA, 44—LISBOA

tino Barros, Hermínio Cardoso e Alexandre Silva.

## Estrangeiro

Em Marselha, nos dias 5 e 6 do corrente, realizaram-se as VI Jornadas de Clínica Médica Terapêutica.

— Em Nova Iorque, reuniu em 30 de Maio, a Academia Americana de Tisiologistas.

— Em Birmingham, a 10 de Junho, reuniu a Sociedade de Endocrinologistas, com um «simposium» sobre a determinação dos esteróides córtico adrenais e os seus metabolitos.

— A Associação Espanhola Contra o Cancro ficou constituída, tendo como presidente o tenente-general Alonso Vega. Os comités executivo e técnico serão regidos pelo duque do Infante, marquês de Aledo, D. José Biosca, D. Joaquim Garrigues e os Profs. Sanz Ibañez, Garcia-Orcoyen, Die y

Más, Marañón, Jiménez-Díaz, Gonzalez-Duarte, Carulla, Lozano, Corte Lladó, Barcia Goyanez e muitos outros.

— Os jornais dão como tendo sido descoberto pelo Prof. Brockmann, da Faculdade de Medicina de Gotinguen, um novo antibiótico, actinomicina, com resultados animadores na luta contra o cancro. Parece ter tido êxitos notáveis nas afecções cancerosas dos órgãos linfáticos.

## AGENDA

### Estrangeiro

Em Copenhague, de 20 a 25 de Julho, realiza-se o Congresso Internacional de Radiologia.

— Em Paris, de 10 a 12 de Julho, a II reunião dos Endocrinologistas de língua francesa.

— Em Trieste, de 28 a 29 do corrente,

o Congresso da Liga italiana para a luta contra os tumores.

— Em Cardiff reúne, de 13 a 17 de Julho, a Associação Médica Britânica.

— Em Julho, em S. Miguel de Tucuman, realiza-se o II Congresso Argentino da Sociedade Nacional de Alergia.

— Em Genebra realiza-se o Congresso internacional de Obstetria e Ginecologia, nos dias 26 a 31 de Julho.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 5-6 a 11-6-953)

Dr. Amândio Gomes Sampaio Tavares, segundo assistente, além do quadro, da Faculdade de Medicina do Porto — rescindido, a seu pedido, o respectivo contrato, por ter sido provido no lugar de segundo assistente do quadro da mesma Faculdade.

— Dr. Eduardo Carneiro de Araújo Coelho, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa — considerado em missão oficial fora do País de 15 a 31 de Maio findo.

— Dr. Carlos Queirós Salazar de Sousa, professor extraordinário da Faculdade de Medicina de Lisboa — considerado em missão oficial fora do País de 12 a 27 do mês findo.

— Dr. Augusto Lopes de Andrade, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa — considerado em missão oficial fora do País de 5 a 25 de Junho corrente.

— Dr. D. Fernando António de Almeida e Silva, chefe de serviço do Instituto Maternal — considerado em missão oficial fora do País de 23 a 31 do mês findo.

— Dr. Manuel José de Lemos, segundo assistente além do quadro, da Faculdade de Medicina do Porto — considerado em missão oficial fora do País de 5 a 17 do corrente mês.

— Dr. Avelino Carneiro Cavaleiro de Ferreira Gonçalves Rapazote, médico oftalmologista dos H. C. L. e médico escolar oftalmologista da Direcção Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar — considerado em missão oficial fora do País durante o mês corrente.

6-6

Dr. José Maria Martins — contratado, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica, além do quadro (interno graduado), dos H. C. L.

— Dr. António Pereira Rainho interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica dos H. C. L. — exonerado, a seu pedido.

11-6

Dr. Fernando de Melo Caeiro — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de adjunto do quadro do pessoal técnico da Direcção Geral de Saúde e de interno do internato complementar (graduado), além do quadro, dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Fernando Abreu de Carvalho Araújo — aprovado o termo do contrato para o desempenho das funções de segundo assistente, além do quadro, da Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Dr. Emídio José Ribeiro, primeiro assistente da Faculdade de Medicina do Porto — concedida a equiparação a bolseiro fora do País de 15 a 31 de Maio findo.

— Dr. António Esperança Mendes Ferreira cirurgião dos H. C. e do Hospital do Ultramar de Lisboa — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante qua-

# LIÇÕES DO IV CURSO DE APERFEIÇOAMENTO MÉDICO SANITÁRIO DO CONSELHO REGIONAL DE LISBOA DA ORDEM DOS MÉDICOS

Acaba de ser posto à venda ao preço de **Esc. 45\$00** cada exemplar.

Neste volume colaboram:

*Prefácio* — por *M. Cerqueira Gomes*

*Relatório do Director do Curso* por *José Andresen Leitão*

*As Nefropatias Médicas na Prática Clínica* — por *Mário Moreira*

*Diagnóstico precoce do cancro do estômago* — por *Mário Conde*

*Terapêutica do cancro do estômago* — por *Jorge Rosa de Oliveira*

*Imunização activa na criança* — por *Mário Cordeiro*

*Hemorragia meningea* — por *Diogo Furtado*

*Sinusites crónicas* (Conhecimentos indispensáveis) — por *Carlos Larroudé*

*Observemos a pupila* — por *Lopes de Andrade*

*Peritonites biliares por transsudação* (Peritonites bilio-pancreáticas ou coleperitoneu pancreático) — por *Jaime Celestino da Costa*

*Aspectos clínicos das esplenomegalias* — por *R. Adolfo Coelho*

*Tratamento dietético da diabetes* — por *Ernesto Roma*

*A medicina do trabalho* — por *Heitor da Fonseca*

*Indicações e contra-indicações das transfusões de sangue e de plasma* — por *Her- culano Coutinho*

*Dor epigástrica aguda* — por *João Rafael Belo de Moraes*

*Pancreatites agudas* — por *Lopes da Costa*

*Tratamento das peritonites por perfuração das úlceras gastro-duodenais* — por *José Filipe Neto Rebelo*

*Dor epigástrica no enfarte do miocárdio* — por *Luis Abecasis*

*Colecistites agudas* (clínica e terapêutica com as necessárias considerações sobre etiopatogenia) — por *Vasconcelos Cairés*

*Indicações da radioterapia* — por *Carlos Santos*

*Infeções piogénicas da pele* — por *Juvenal Esteves*

Pêdidos para a Organização dos Cursos, Ordem dos Médicos, Lisboa, ou para a Administração de «O Médico», Av. dos Aliados, 41-4.º — Porto.



*Um produto original "Delta"*

# HIDROBIÓTICO—H

**Sulfato de Dihidroestreptomicina + Hidrazida do ácido Isonicotínico  
em associação sinérgica**

## COMPOSIÇÕES:

### **NORMAL**

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico . . . . .	0,10 Gr.
Água bidestilada apirogénica . . . . .	3 c. c.

### **FORTE**

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico . . . . .	0,20 Gr.
Água bidestilada apirogénica . . . . .	3 c. c.

## APRESENTAÇÃO:

<b>NORMAL</b>			<b>FORTE</b>		
1 Dose . . . . .	Esc.	15\$00	1 Dose . . . . .	Esc.	15\$50
3 Doses. . . . .	Esc.	43\$00	3 Doses. . . . .	Esc.	44\$50
5 Doses. . . . .	Esc.	70\$00	5 Doses. . . . .	Esc.	71\$50
10 Doses. . . . .	Esc.	138\$00	10 Doses. . . . .	Esc.	139\$00



**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*

renta e cinco dias a contar de 1 de Maio último.

— Dr. António Godinho Mónica, médico da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e da Federação de Caixas de Previdência — concedida equiparação a bolseiro fora do País de 1 a 30 de Maio último.

— Dr. Luís José Moreira Martins Raposo, segundo assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra — concedida uma bolsa de estudo fora do País durante oito meses, a contar de 1 de Maio último.

— Dr. António Manuel da Costa Quinta, médico otorrinolaringologista da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa — concedida equiparação a bolseiro fora do País de 30 de Maio último a 20 do corrente mês.

— Prof. Dr. Reinaldo dos Santos e Dr.

Armando Formigal Luzes — designados para fazerem parte da Comissão Organizadora do Congresso Internacional de Cirurgia, a realizar no corrente ano em Lisboa, respectivamente como presidente e secretário geral.

— A Câmara Municipal de Paredes declara que para o cargo de médico municipal do 2.º partido do referido concelho foi nomeado o Dr. António Augusto Mesquita Mendes Moreira, residente em Castellos de Cepeda, daquele concelho.

— A Câmara Municipal de Peniche declara que para o lugar de médico municipal das freguesias rurais do referido concelho com sede em Atouguia da Baleia, foi nomeado o Dr. José António Viegas Costa dos Santos Pires.

## Curso de Aperfeiçoamento de Radiologia

Organizado pela Sociedade Portuguesa de Radiologia, inaugurou-se no dia 5 de Março um Curso de Aperfeiçoamento de Radiologia. Na Faculdade de Medicina de Lisboa, realizou-se naquele dia a sessão inaugural, à qual presidiu o Dr. Medeiros de Gouveia, que representava o Instituto de Alta Cultura, ladeado pelos Profs. Adelino Padesca, Aleu Saldanha e Castro Freire e Dr. Fernandes Lopes.

Depois do Prof. Aleu Saldanha, presidente da Sociedade de Radiologia, ter dito das finalidades do Curso, ao mesmo tempo que fazia a apresentação dos preleccionadores, e de ter anunciado que, em 1954, se realizará um «simposium» sobre síndromes funcionais do estômago e do duodeno, iniciou-se a primeira lição do Curso, realizada pelo Dr. Robert Coliez, de Paris, que falou do «Valor da observação da fase funcional no decurso da urografia intravenosa».

O conferencista descreveu a técnica para se obterem radiografias dos rins e dos ureteres. O Prof. Carlos Santos, director dos Serviços de Radiologia dos H. C. L., fez a sua dissertação, intitulada «Estudo funcional da vesícula biliar pela colecistometria». O ilustre radiologista começou por mostrar a necessidade de encontrar métodos que permitam melhorar as condições de exame do doente com afecções biliares. Referiu-se, depois, aos métodos modernos de manometria, mostrando como todos eles tornam necessária uma intervenção cirúrgica. O Prof. Carlos Santos

ilustrou a sua interessante lição com a apresentação de aparelhos da sua invenção.

O segundo dia do Curso decorreu, no Instituto Português de Oncologia, onde se efectuaram três lições. De manhã, o Prof. Bénard Guedes, fez a primeira, intitulada «Técnicas de roentgenterapia e protecção dos tecidos sãos». Depois de recordar que desde os primeiros ensaios de aplicação dos raios X à terapêutica, houve sempre o cuidado de aperfeiçoar as técnicas, esclareceu como também se vão encontrando métodos radioterapêuticos modernos, que permitem atingir neoplasias malignas, situadas profundamente, com um mínimo de traumatismos das células tão atravessadas pelos feixes de radiações. Há já aparelhos de altíssimas voltagens — disse — que atingem algumas dezenas de milhões de voltios, confiados à experiência dos radiologistas, sendo necessário que os jovens radiologistas adquiram perfeito conhecimento dos métodos que permitem empregá-los na roentgenterapia do cancro. O conferencista expôs, depois, a sua opinião sobre os métodos ultimamente criados e afirmou que o método que maior segurança oferece na destruição dos tumores malignos profundos, sem prejudicar os órgãos sãos, é o rotatório, particularmente o convergente, que há já alguns anos funciona no Instituto Português de Oncologia.

À noite houve duas lições, uma das quais do Prof. Gil y Gil, de Madrid, que se ocupou do cancro da língua e da sua frequência no homem e na mulher, anali-

zando as várias predisposições e ocupou-se, por último, do tratamento e dos resultados obtidos, salientando o caminho já percorrido e o que ainda falta na terapêutica daquela grave localização cancerosa. A segunda lição da noite foi feita pelo Dr. De Tlaen, que falou do cancro da laringe, que mata mais de mil pessoas num país de oito milhões de habitantes. Todavia — disse — é possível curar de 20 a 80 por cento dos casos, sendo para isso necessário que os portadores de determinados sintomas, que descreveu, se deixem examinar precocemente.

Os trabalhos prosseguiram no dia 8, na Sociedade Médica dos H. C. L., onde, de manhã, o Dr. F. Arce, de Madrid, fez a sua lição sobre «Importância da Radiologia no diagnóstico das osteopatias não inflamatórias nem tumorais das crianças».

A segunda lição, feita logo a seguir, pelo Prof. De Witte, de Ganda, versou o tema «Formações quísticas e pseudo-quísticas dos ossos» e, como a anterior, foi escutada com muito interesse.

À noite o Prof. P. Cignolini, da Universidade de Génova, que dissertou sobre «Roentgenquimografia analítica e a sua aplicação na fisiopatologia cárdio-vascular», ilustrou a sua prelecção com numerosas radiografias.

O Curso encerrou-se no dia 9, tendo os trabalhos do último dia sido iniciados com uma demonstração prática, feita pelo Prof. Cignolini, do seu método de roentgenquimografia cárdio-vascular. Seguiu-se a última lição, feita pelo Prof. P. Lamarque, de Mompilher, que falou do «Tratamento de cancro rectal e do canal anal».

Terminada esta lição, o Prof. Aleu Saldanha congratulou-se com o êxito do Curso, para o que muito tinha contribuído o brilho das lições, agradecendo aos conferencistas e aos ouvintes a sua colaboração e assiduidade.

Anunciou, por último, que a Sociedade Portuguesa de Radiologia resolvera eleger seus sócios de honra os notáveis radiologistas Profs. Belot, de Paris; Ponzio, de Turim, e De Witte, de Ganda.

À tarde, na sua residência, o Prof. Aleu Saldanha ofereceu um «cocktail» em honra dos conferencistas, que decorreu muito animado.

Num dos restaurantes da capital, realizou-se à noite, o banquete de encerramento do Curso.

## FALECIMENTOS

**Dr. José Guilherme Pacheco de Miranda**

Faleceu em Lisboa, onde residia actualmente, o Dr. José Guilherme Pacheco de Miranda, conceituado clínico, formado pela Escola Médico-Cirúrgica do Porto e que, nesta cidade, se distinguiu pela sua actividade profissional e prestígio pessoal. O funeral realizou-se para o cemitério do Repouso, no Porto.

Faleceram:

— Em Lisboa, o sr. António Maria Leal, de 68 anos, pai do Dr. Fernando Leal.

**MARTINHO & CA.**

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

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

# 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 Bessa (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 Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomática do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio 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 Hosp. de S.º 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 (Deleg. de Saúde de Portalegre), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

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

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

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

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E 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.

# Intogine



ÓVULOS

COM INTERMÉDIO HIDROSSOLÚVEL

PENICILINA G POTÁSSICA 50.000 U. I.  
SULFANILAMIDA . . . . . 0,5 g.  
SULFATIAZOL . . . . . 0,5 g.

Por óvulo

Caixas de 6 e de 12

INFECCÕES GENITAIS FEMININAS  
VULVITES, VAGINITES, VULVO-VAGINITES  
CERVICITES, ULCERAÇÕES DA VAGINA  
ULCERAÇÕES DO COLO, LEUCORREIAS