

O MÉDICO

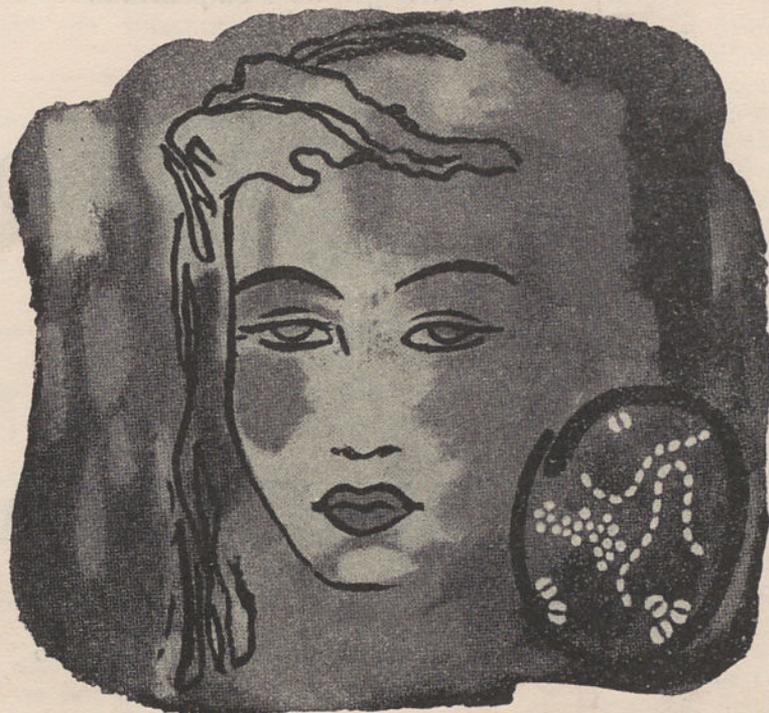
SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 170
2 de Dezembro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

NA LEUCORREIA E NA VAGINITE



DESULAN

- Normaliza o quimismo vaginal
- Activa o desenvolvimento dos lactobacilos acidófilos
- Melhora o trofismo da mucosa

VANTAGENS: Acção segura
Princípios anti-bacterianos
Aplicação fácil e simples



CILAG, -S. A. -SCHAFFHOUSE -SUÍÇA

Representantes exclusivos para Portugal: SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA—S. A. R. L.—LISBOA

SUMÁRIO

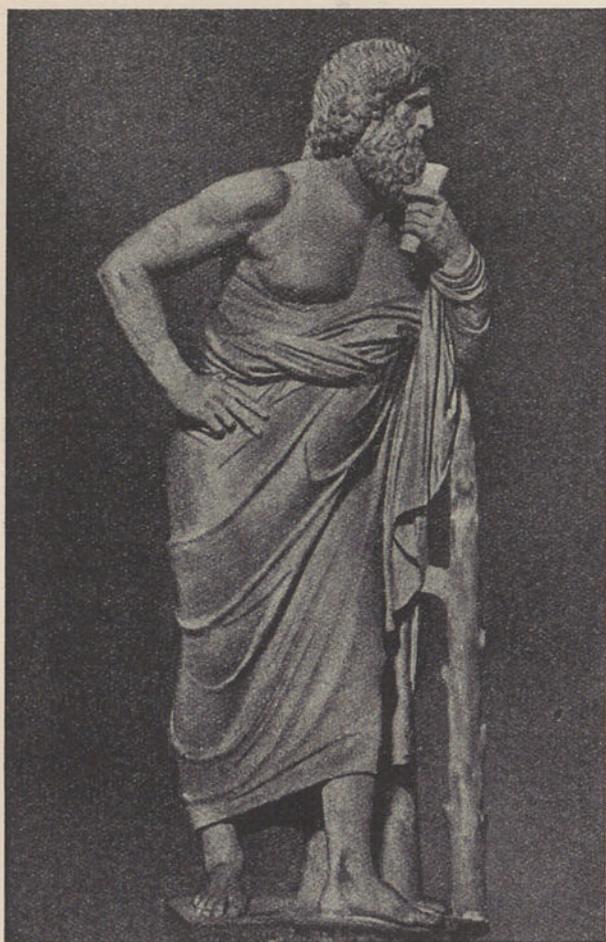
	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
NOVAIS E SOLISA—Sociedade Portuguesa de Obstetria e Ginecologia	1019	O Ensino Médico em Paris—Impressões duma visita de estudo J. M. PACHECO DE FIGUEIREDO	757
AMÍLCAR DA SILVA—Sobre hipertensão portal	1026	Mosaicos nortenhos—M. DA SILVA LEAL	759
MOVIMENTO MÉDICO—ACTUALIDADES CLINICAS E CIENTÍFICAS—Técnica, leitura e interpretação das vacinações B. C. G. por escarificação	1038	Ecos e Comentários	762
Como tratar e curar o doente nervoso	1040	1.ª reunião da Sociedade Portuguesa de Obstetria e Ginecologia	765
		Noticiário diverso.	

...na continuidade do pensamento de ASCLEPIVS o seu
Laboratório põe à disposição da Medicina

QUADRAMIDA

cápsulas

sinergia de 4 sulfamidas



PER-RINO

gotas nasais

ótima tolerância local

REUPIRINA

pomada e líquido

revulsivo de moderna concepção

ANTI-GRIPE-ASCLEPIVS

comprimidos

analgésico e anti-térmico

à base de fármacos consagrados

BRONCO-ASCLEPIVS

soluto não xaroposo

anti-séptico das vias respiratórias

calmante da tosse

LABORATÓRIOS ASCLEPIVS

Avenida Miguel Bombarda, 42-44
telefone 777135

LISBOA

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia (*)



Discurso inaugural do Prof. Novais e Sousa

Na pessoa de V. Ex.^a, Magnífico Reitor, que se dignou honrar com a sua presença esta sessão, eu saúdo Sua Exce-
lência o Ministro da Educação Nacional que V. Ex.^a representa.

Ao ser inaugurada a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia, as minhas primeiras palavras são de saudação a todos os ilustres Consócios que especialmente cultivam este importante ramo da Medicina; a todas as Sociedades Médicas. E nesta saudação eu englobo a prestigiosa, benemérita e humanitária classe médica portuguesa.

O projecto de organização da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia não é recente; nasceu quando do 1.º Congresso Luso-espanhol de Obstetrícia e Ginecologia em Madrid, a que assisti como Presidente do Comité Português.

Houve então quem pretendesse a organização de uma Sociedade mista Luso-espanhola que reuniria os tocólogos e ginecologistas dos 2 países. A discordância desta orientação, e embaraços de vária ordem, protelaram a resolução da proposta inicial que encontrou agora, finalmente, efectivação.

Conforme dispõe o art. I dos Estatutos, a nossa Sociedade destina-se ao estudo da Obstetrícia e da Ginecologia.

A Obstetrícia, tão velha como a Humanidade na arte de partear, é uma ciência relativamente recente. Com as primeiras bases científicas no declinar do século XVIII, só no século XIX surgiram os fundamentos dos nossos actuais conhecimentos.

Foi nessa época que em Portugal apareceram, oficialmente, na Faculdade e nas Escolas Médicas, as Cadeiras de Obstetrícia.

Em Coimbra foi com a importante obra reformadora de Passos Manuel em 1836 que apareceu a Cadeira de «Partos, Moléstias das Mulheres de Parto e dos recém-nascidos», ensino que até então se fazia na Cadeira de «Anatomia, Operações cirúrgicas e Arte Obstétrica» desde a Reforma pombalina em 1772. Em 1901, com a Reforma de Hintze Ribeiro, a Cadeira passou a denominar-se «Obstetrícia, Moléstias de puerperas e de recém-nascidos».

Só em 1911 o ensino da Ginecologia começou a ser feito como disciplina autónoma. Até então estava englobado na Cirurgia Geral. A própria cirurgia obstétrica era motivo de disputa entre obstetristas e cirurgiões desde que, no fim do século XIX, surgira a cirurgia pélvica. Os cirurgiões reclamavam não só a ginecologia (toda cirúrgica!), mas ainda a cirurgia obstétrica: as cesarianas, as reparações do períneo, etc.

Hoje reconhece-se dia a dia e cada vez mais, as íntimas relações entre a patologia obstétrica e a patologia ginecológica; a ginecologia ocupa-se do estado e funções normais dos órgãos femininos da reprodução, na mulher não grávida; a obstetrícia estuda as funções e o estado destes mesmos órgãos na grávida e na puerpera.

Anatomia e fisiologia comuns, perturbações patológicas em muitos casos idênticas, semeologia em muitas circunstâncias análoga ou concordante, necessidade para o obstetrista de conhecer essa sintomatologia semelhante para fazer um diagnóstico e poder instituir uma terapêutica; métodos de observação, os mesmos; técnicas operatórias muitas vezes iguais. Não pode admitir-se um bom tocólogo sem conhecimento vasto de ginecologia; da mesma forma que não se compreende

um ginecologista que não tenha conhecimentos suficientes de obstetrícia.

O desenvolvimento da endocrinologia obstétrica e da endocrinologia ginecológica intimamente relacionadas, e os processos terapêuticos da moderna ginecologia fizeram com que esta perdesse muito terreno no âmbito cirúrgico, cedendo-o ao campo médico.

Não é actualmente aceitável que a ginecologia seja considerada um ramo da cirurgia geral; mas devemos antes considerar as 2 disciplinas (obstetrícia e ginecologia) como especialidades gémeas intimamente ligadas e inseparáveis.

É talvez uma questão a rever no agrupamento de disciplinas, para constituírem grupos de especialidades, no quadro da Ordem dos Médicos.

Convém contudo acentuar que o vasto sector da Clínica Obstétrica nas suas múltiplas relações com a medicina interna, com a pediatria, a puericultura, a patologia e a cirurgia abdominais, a embriologia, a psiquiatria, a anatomia patológica, a bacteriologia, a farmacologia, a medicina legal e a medicina social; assim como o desenvolvimento que tomou a ginecologia com a mais perfeita compreensão das funções genitais e da patogenia dos vários síndromes ginecológicos pelo conhecimento das perturbações funcionais não só do próprio aparelho genital mas também de outros órgãos e aparelhos (tireóides, coração, fígado, etc.), e ainda com as actuais noções que a biologia nos oferece no campo da hormonologia, da vitamínologia e do metabolismo, — mostram-nos tão extensa e importante a textura de cada uma das duas disciplinas, que apesar das suas íntimas relações, tenho a opinião que deve manter-se autónomo o ensino de cada uma delas na sua parte clínica, e que esse ensino, para ser eficiente, devia ser precedido de um estudo semeótico constituindo um curso preparatório.

É meu convencimento, resultante da experiência fornecida pelo ensino, que muito haveria a lucrar, na preparação dos nossos médicos, se o ensino clínico das duas disciplinas fosse precedido de um Curso de «Propedêutica obstétrico-ginecológica».

Sob os pontos de vista científico, profissional e social, são múltiplos os problemas que se oferecem à nossa actividade. As dificuldades na resolução de certas situações de ordem clínica, a letalidade pesada de grávidas, parturientes, puerperas e recém-nascidos ou de doentes com afecções do foro ginecológico, não pode deixar de nos impressionar; e embora verifiquemos que, de há anos a esta parte, a mortalidade obstétrica esteja em declínio, a toxemia, a infecção puerperal, as hemorragias, os traumatismos operatórios, etc., constituem ainda não raras causas de morte.

Destas causas, pode dizer-se, é a infecção puerperal a que mais tem beneficiado com os actuais meios de tratamento de que dispomos e ainda com uma melhor metodização dos processos de asepsia. É legítimo esperar que, à parte os graves casos de infecção vascular, essa causa letal venha quase a desaparecer.

A toxemia gravídica constitui um problema ainda sem solução etiológica, e um factor de acentuada perda de mães

(*) Damos hoje, no «Suplemento», notícia detalhada sobre a 1.ª reunião, em Coimbra (25 de Outubro último), da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia; destacamos aqui a brilhante alocação do Presidente da Sociedade, Prof. Novais e Sousa.

e de crianças. Sendo dos capítulos da Obstetrícia talvez o mais discutido, embora se comece a lóbrigar uma explicação etio-patogénica com o estudo minucioso das disfunções hormonais, continua na sombra. Fica-nos o recurso, que é valioso, duma terapêutica sintomática e actuação antitóxica, quer dizer profiláctica, — profilaxia que nos compete realizar esclarecendo, ensinando, evidenciando as vantagens de uma gravidez bem orientada, vigiada e corrigida nas suas anomalias.

Todos conhecemos as situações embaraçosas que condicionam as hemorragias da gravidez. A placenta prévia ou o descolamento da placenta normalmente inserida de prognóstico tão reservado, a implantação do ovo fora do útero por motivos que nem sempre sabemos explicar, determinando acidentes graves que exigem do clínico socorro imediato; as roturas uterinas quantas vezes resultantes da falta de assistência esclarecida ou duma actuação inconveniente e nefasta; as hemorragias graves da dequitação que deviam desaparecer como causa obituária; a inversão uterina consequência quase sempre duma assistência clínica defeituosa; a hemorragia e complicações produzidas pelo abortamento (razão da perda de tantas vidas!), de causa nem sempre determinável mas de que 5/6 do número de casos pertence ao domínio do crime — o abortamento provocado, que não só é, como disse, pesada causa de morte mas também origem de muitas afecções do foro ginecológico: retenções placentares, endometrites agudas ou salpingites supuradas, pelviperitonites, fleimões, celulites pélvicas agudas, flebites, e ainda outras complicações também graves: pielonefrites, arterites agudas, encefalites, oftalmias supuradas, otites, pleurisas, abcesso subfrênico, parotidites gangrenosas, etc.; além daquelas que comprometem para sempre a saúde dessas mulheres que abortam: muitas ficam sofrendo permanentemente de metrites crónicas, salpingo-ovarites, ovarites esclero-quísticas, escleroses pélvicas residuais, atitudes viciosas e aderências dolorosas do útero, dismenorrea, amenorrea, frigidez sexual, esterilidade, gravidez ectópica, etc., etc.

E é bom acentuar: o abortamento provocado aparece nos Serviços de Obstetrícia como causa importante de mortalidade por choque, acidentes hemorrágicos ou traumáticos (nem sempre redutíveis pelas transfusões de sangue), mas principalmente por fenómenos infecciosos.

Senhores: O estudo destes problemas de ordem obstétrico-ginecológica que especialmente nos interessam e reclamam a nossa actividade, levaram-me a falar num dos maiores flagelos, numa das maiores chagas da Sociedade actual e cuja importância, entre nós, pode bem enfileirar ao lado da tuberculose e do cancro.

Outrora, não há muitos anos ainda, a interrupção voluntária da gravidez constituía uma excepção, um crime destinado a encobrir uma falta, a desonra. E este crime era, quando muito, suspeitado, nunca confessado. Hoje, é lamentabilíssimo e impressiona profundamente denunciando uma grave baixa do nível moral, ver a singeleza, a naturalidade, a tranquilidade com que é olhada a interrupção da gravidez, com que é praticada e confessada, em todas as classes sociais.

É uma indústria de organização regularmente perfeita. Na sua origem há da parte das mulheres que a elas se submetem, o egoísmo individual ou de família.

É a miséria económica em relação às exigências da vida moderna para as classes médias e pobres, o egoísmo de classe e a degradação para as classes abastadas. No conjunto, na essência, é a relegação dos princípios da sã moral e, porque não dizer, o enfraquecimento da disciplina religiosa. E a onda aumenta dia a dia avassaladoramente!

É necessário pôr-lhe um dique. A nossa agremiação não pode desinteressar-se de tão importante problema. É necessário opôr ao egoísmo que leva ao crime, outro egoísmo mais forte: o da própria conservação: a propaganda dos perigos e consequências funestas do abortamento que já referi: são os casos de morte que, como disse, excedem de muito, de muito mesmo, a mortalidade pos-parto. Por outro lado, a acção coercitiva necessária para sustar o desenvolvimento desta indústria: Vós sabeis, é preciso dizê-lo abertamente, são parteiras quem pratica a quase totalidade dos abortamentos. Repugna-me a ideia de que haja médicos que o façam. Se tal acontecesse, sobre esses médicos deviam incidir as mais pesadas sanções, sendo irradiados da classe; como diz Portes

«o médico que pratica o abortamento criminoso, denuncia um desprezo inaceitável pela vida, incompatível com o exercício da profissão médica».

Em geral, são parteiras. Há parteiras honestas, boas profissionais, incapazes da prática de actos atentatórios da lei e da moral; mas há outras que não hesitam perante o feticídio.

Creio que seria muito vantajosa a fiscalização policial dalguns pseudo-consultórios anunciados nos jornais, de «parteiras que recebem em sua casa onde fazem tratamentos»;

O cumprimento integral da disposição legal, já existente, que proíbe o anúncio e venda de produtos emmenagógicos;

A aplicação de sanções graves contra o abortamento provocado que devia ser considerado, não apenas crime contra pessoas, mas crime contra a integridade e sanidade da raça;

O estudo de disposições legais que, na sua estrutura facilitassem a punição destes delitos, sem obrigar à quebra do segredo profissional que deve ser respeitado. Embora difícil, creio que será realizável, contando ainda com o maior rigor quando do julgamento destes crimes nem sempre fáceis de provar objectivamente, razão porque estamos habituados a ver as arguidas escaparem-se pelas malhas da Lei;

E principalmente, a elevação do nível moral e da habilitação profissional das parteiras por meio de uma selecção rigorosa e cuidada, o que muito contribuiria para a solução deste problema. Nesta orientação, já fiz chegar às Instâncias Superiores, por intermédio da minha Faculdade, sugestões que reputo vantajosas.

A indústria do abortamento criminoso tende, entre nós, a intensificar-se de maneira tal, que é para desejar a bem da moral e social da nossa Pátria, que aqueles médicos e aquelas parteiras que sentem toda a dignificante responsabilidade da sua nobre missão e da sua profissão, se dêem mutuamente as mãos numa luta sem tréguas.

Ao lado destes meios para combater as causas da mortalidade materna e fetal que indiquei, outros se oferecem:

É necessário propalar, dar a conhecer os perigos possíveis da gravidez e do parto, fazendo com que a mulher grávida se habitue a consultar e procurar com frequência os conselhos do médico. É preciso abrir amplamente, onde for possível, consultas para grávidas, dispensários bem organizados que constituem o melhor e mais económico meio de assistência à gestante e de realizar a profilaxia obstétrica, permitindo fazer puericultura intrauterina.

A consulta externa que há muitos anos funciona na Maternidade, no meu Serviço — Consulta pré-natal — tem prestado relevantíssimos serviços sob o ponto de vista profiláctico e exercido, no centro do País, uma acção educativa tão apreciável que evidencia, como incalculável, o seu valioso rendimento social. Funciona desde 1911. Foi das primeiras, se não a primeira Consulta pré-natal funcionando em Portugal.

Necessário também intensificar e multiplicar os Cursos de Aperfeiçoamento e de Actualização de Conhecimentos onde os médicos possam habilitarem-se melhor em assuntos de Obstetrícia e Ginecologia adquirindo condições de renovação favoráveis à actuação clínica.

Sabemos que muitos dos acidentes e complicações em que falei estabelecem a indicação de hospitalização da parturiente e da grávida; isto requer duas palavras acerca do parto nas Maternidades:

É indiscutível que a hospitalização constitue o melhor meio de profilaxia dos acidentes e consequências da distócia, das hemorragias de variadas causas a que me tenho referido e principalmente da infecção puerperal que ainda hoje faz vítimas em mulheres que têm o parto fora das Maternidades. Contudo o internato é frequentemente rejeitado ou aceite apenas por imposição da indigência.

E nunca é possível improvisar, na assistência domiciliária, as condições perfeitas, tranquilizadoras e seguras duma Clínica, duma Maternidade. Se razões de ordem sentimental podem fazer preferir o parto domiciliário, estas nunca compensam as deficiências inevitáveis, irremediáveis e nefastas que de tal influência podem resultar.

Evidentemente que o problema nem sequer é discutível

nos casos distócicos ou complicados, naqueles em que, já durante a gravidez, é possível prever acidentes. É nestas condições de meio que o médico, cónscio das suas responsabilidades e firme na sua experiência, pode discernir claramente os casos que requerem os métodos cirúrgicos ou aqueles que são reservados exclusivamente à terapêutica obstétrica.

É necessário facilitar o internato, a hospitalização, oferecendo às mães, devidamente instruídas e preparadas, um número de leitos suficiente à realização desta profilaxia obstétrica, que deve ser amplamente aconselhada.

Mas porque a nossa Organização de Assistência e disposições legais consideram a assistência domiciliária, eu não posso deixar de atender também à situação de muitas mulheres pobres, casadas, que não querem ou a quem não convém abandonar a família, o marido, os filhos. Compreende-se. Para estas a assistência domiciliária, dispensando-lhes a atenção e os cuidados que exigem, tende a resolver simultaneamente o duplo problema social e médico: prestar à mulher socorros de higiene e médicos necessários, e obstar à sua separação da família. Embora não ofereça tão sérias garantias, melhora as condições do parto no domicílio, excepção feita, é claro, para os casos de distócia ou outras situações patológicas. Mas é preciso ver as coisas profundamente e no compo das realizações: o funcionamento da assistência obstétrica domiciliária, para ser eficiente, requiere uma organização perfeita, pessoal especializado, um avultado fundo de socorros; porque não basta assistência profissional, é necessária também a protecção material a compensar a insuficiência de recursos provocada pelo repouso, pelo abandono do trabalho. Se a muitas mulheres não falta o apoio moral no seio da família, as dificuldades económicas e a falta de assistência material produzem as mesmas consequências funestas. Só assim é possível pensar-se em Assistência domiciliária.

Meus Senhores: A obstetrícia e a ginecologia têm beneficiado de todos os progressos da medicina, da cirurgia e das várias especialidades. Aproveitaram-se de tudo o que lhes podia ser útil e necessário, de tudo o que podia completar, ampliar e esclarecer a maneira de interpretar os fenómenos fisiológicos e patológicos dentro da sua orientação para um objectivo especial. Contudo, não é raro constatar-mos que quanto mais estudamos um assunto do domínio da nossa especialidade, quanto mais analisamos os seus pormenores, mais insolúvel nos aparece, embora tenhamos, como disse, em todos os outros ramos da medicina fonte inexgotável, manancial rico a abastecer a soma de conhecimentos que possuímos. São incontestáveis os progressos da Obstetrícia e da Ginecologia. E se os apreciamos, se os admiramos, também não podemos contentar-nos com os resultados obtidos: deve ser possível fazer melhor, quer sob o ponto de vista propriamente científico, quer em diagnóstico, em profilaxia e em terapêutica. Porque são muitas as lacunas. Quantas coisas ignoramos ainda! Conhecemos e observamos os factos e os acidentes, mas a origem de muitos, a sua causa, as suas relações íntimas escapam-se-nos frequentemente.

Nós não conhecemos exactamente as causas da inserção viciosa da placenta embora conheçamos o seu prognóstico grave, as suas consequências desagradáveis apesar de todos os recursos da cirurgia de que dispomos.

Não sabemos a razão porque, às vezes, o descolamento do ovo se realiza prematuramente determinando a morte do feto e pondo em perigo a vida da mãe; se alterações vasculares de origem hormonal podem fazer englobar alguns desses acidentes no capítulo das toxémias, como a apoplexia útero-placentar, em muitos outros a causa permanece oculta ou hipotética.

Sabemos diagnosticar e tratar uma gravidez extra-uterina, mas não são raros os casos em que, fora do grupo das inflamações tubárias, infantilismo ou más conformações, não conseguimos determinar a causa da sua produção contentando-nos com hipóteses engenhosas, atribuindo-a a estados desendocrínicos ou disneurovegetativos de hipoplásicas ou picnicas. Problema de ordem clínica comum à obstetrícia e à ginecologia e que dá lugar a situações extremamente graves pelas suas complicações hemorrágicas.

São estas mesmas complicações que o clínico tem a tratar na mola vesicular. E aqui, a nossa surpresa é sempre com-

pleta, a nossa ignorância total. Conhecemos a mola vesicular pela sua sintomatologia, pela sua histologia patológica, pela sua biologia especial, pelas suas complicações. Mas é até hoje inexplicável na sua génese, enxertando-se às vezes entre 2 gestações normais. Potencialmente maligna, a sua evolução é variável e imprevisível.

Como explicar que pequenos fragmentos de tecido corial resultantes quer de uma mola, quer de um abortamento ou de um parto normal e a termo, possam, dentro de um curto período de tempo ou somente decorridos meses, anos, 5, 10, 15 anos, despertar para uma evolução maligna produzindo o corioepitelioma maligno, neoplasma heterogéneo com as suas metastases vasculares precocíssimas, constituindo às vezes o melhor de todos os neoplasmas, mas em regra o mais maligno e rapidamente mortal porque a sua evolução não pode terminar senão pela morte?

Se os recentes trabalhos de Hinglais et Hinglais estão certos e podemos explicar essa variabilidade de evolução maligna como resultante de uma luta de elementos agressivos contra meios de auto-defesa, idêntico ao que se observa no começo da gravidez com a acção inicialmente agressiva do ovo na sua acção lítica, (trofoblasto maligno) a que se opõe a propriedade antitriplica dos tecidos e humores (trofoblasto — cancro fisiológico de Bell), explicando desta forma a cura espontânea de localizações metastáticas do corioepitelioma em 65 % dos casos desde que seja eliminado o foco inicial, se realmente essa doutrina está certa, somos levados a suspeitar relação de causa para efeito com o que observamos noutras formas de cancro, cuja patogenia nos escapa inteiramente até hoje.

No estado actual dos nossos conhecimentos, não podemos firmar uma hipótese sobre a génese do cancro. Se nos últimos anos se tem acumulado uma série de dados experimentais e clínicos de impressionante evidência que nos permitem presumir a importância de determinados factores genéticos, todos esses factores apenas podem considerar-se como elementos coadjuvantes, e nenhum deles parece, por si só, ter uma acção carcinogénica. Nem a hereditariedade, nem os estrogénios, nem a carência vitamínica, nem as alterações locais podem ser julgadas suficientes para produzir o cancro. Surge da actividade anormal de certas células, «actividade em que intervêm acções cromosómicas, factores de carácter proteico, talvez vírus e circunstâncias humorais desencadeantes em face de factores de realização de natureza biocatalítica». Acção agressiva em face do enfraquecimento dos meios de auto-defesa? Nós não sabemos. Problema importantíssimo que a todos preocupa, que interessa não só os especialistas mas todos os clínicos, que constitue o problema n.º 1 da Biopatologia, o problema de maior interesse ginecológico.

Sabemos a importância que tem o diagnóstico precoce; mas todos os médicos que aqui se encontram conhecem as dificuldades em conseguir a generalização desse diagnóstico que exige uma propaganda incansável e um grau de receptividade de persuasão nem sempre existente.

É necessário não só um conhecimento exacto do cancro uterino e seu diagnóstico por toda a classe médica, mas também tenacidade na luta a que podemos chamar de «profilaxia da morte».

É ainda preciso que sejam criados meios de tratamento e de cura, e de ensino. O nosso País dispõe de um Instituto que suponho ser o melhor da Europa, fundado, organizado e dirigido por um muito ilustre Colega e consócio que honra a nossa classe, que honra a ciência médica portuguesa, que honra o País. Merecedor da nossa respeitosa admiração, tem também direito à gratidão de muitos milhares de doentes que lhe devem a saúde e a vida.

Mas se é já muito isso que temos, não basta, é muito pouco para a extensão do mal. Torna-se indispensável que sejam instaladas as delegações do Instituto de Oncologia, que estão previstas, no Centro e Norte do País, Coimbra e Porto. Este voto não carece de justificação; apenas carece de realização pronta.

A ginecologia dispõe hoje de um arsenal terapêutico abundante, mas complicado. Ao lado da fisioterapia e da cirurgia, a hormonoterapia tem uma enorme importância na ginecologia moderna. Para lançar as bases deste método tera-

pêutico foi preciso um conhecimento tão exacto quanto possível da fisiologia hormonal sexual isto é, o conhecimento das hormonas que governam a vida sexual da mulher, e depois a preparação de produtos hormonais puros e de alta concentração, o que só foi possível pela obtenção sintética das hormonas.

E estamos ainda longe da realização completa deste objectivo, principalmente em volta das hormonas sexuais que, pelas suas relações com os fenómenos da reprodução, oferecem o maior interesse para os trabalhos experimentais com aplicações fisiológica e clínica.

A utilização terapêutica das hormonas genitais põe uma série de problemas muito complexos. Para outras hormonas, que não as genitais, há mais segurança: a glicosúria, por exemplo, e sobretudo a glicémia constitue indicação ao emprego da insulina.

Em hormonologia genital não temos nada de semelhante; temos de actuar em face de dados muito menos precisos ou infinitamente mais obscuros. Na verdade, as perturbações da menstruação, ao contrário do que se pensa, não constituem guias suficientes porque podem ser devidas a causas independentes de acções hormonais. E o perigo está em que os Laboratórios que fornecem as hormonas procuram ajudar o clínico com esquemas bem apresentados em que se indica sempre um tratamento para cada caso.

Todos os que praticam a Especialidade conhecem casos que chegam até nós apresentando complicações lamentáveis da administração de uma ou mais hormonas, ou contra-indicadas ou já existentes em excesso, excesso de doses, administração prolongada, criando frequentemente grave desequilíbrio endócrino. É principalmente com a foliculina, a hormona mais frequentemente empregada mas também aquela com que se cometem mais frequentemente erros, dando lugar a menometrorragias, abortamentos, amenorreia, atrofia ovárica, fibromas, adenomas mamários, poliadenomatose hyperfoliculínica de localizações múltiplas (mamárias, tireóides, uterinas, etc.), como evidencia Herchberg na sua recentíssima comunicação à Soc. Franc. de Ginecologia. (Março de 1953); a administração intempestiva originando o aparecimento de anti-hormonas ou a neoplasmogénese de origem hormonal, etc. (Sabemos que os estrogéneos têm uma acção estimulante em face do metabolismo anormal da nutrição celular).

A medicação hormonal, resultante de estudos de fisiopatologia feitos nestes últimos 20 anos, está ainda cheia de incógnitas, de incertezas, de perigos e de dificuldades. E isto apesar do auxílio de exames laboratoriais cujo valor se afirma dia a dia: as dosagens de hormonas que começam a ser realizadas na prática clínica; a histocitologia, isto é, o aspecto particular que apresentam os esfregaços vaginais que, além do auxílio para diagnóstico de tumores, ocupam um importante lugar como meio diagnóstico em hormonologia obstétrica e ginecológica; as provas funcionais; o estudo da biologia vaginal (flora, avaliação do Ph e do glicogénio); o estudo do muco cervical, etc.

Noções ontem aceites, e práticas terapêuticas aplicadas sem hesitação, são hoje modificadas ou postas de parte: basta ver, por exemplo, o que acontece com o tratamento de duas situações clínicas muito frequentes em que a hormonoterapia tantas vezes está indicada: o abortamento espontâneo e a esterilidade.

Durante muito tempo a progesterona foi considerada como antiabortiva e preconizada para a mulher que ameaçava abortar. Pelo contrário a foliculina dizia-se ter propriedades abortivas absolutamente inegáveis. Experiências recentes evidenciaram abortamentos produzidos por fortes doses de progesterona, ao passo que deixou de reechar-se como abortiva a foliculina, antes constitui hoje um meio de grande eficácia para sustar a interrupção da gravidez. Afinal, é natural que assim seja, se nos lembrarmos das fortes doses de foliculina segregadas durante a gestação. Os trabalhos de Smith e Von Smith mostraram que substâncias estrogéneas sintéticas possuindo a propriedade de estimular a actividade placental — o diethylstilbestrol —, devem constituir a base do tratamento do abortamento espontâneo. É claro que a progesterona não deixa de ter indicação nos casos de insuficiência luteal grave e prolongada.

Pelo que respeita à esterilidade na mulher, devida a perturbações hormonais, sabemos que se pode julgar da fertilidade feminina explorando as diversas fases do ciclo catamenial. É fácil corrigir os estados patológicos resultantes das anomalias da fase proliferativa; conhecemos todo o interesse do tratamento das perturbações da fase premenstrual ou de nidação pelo emprego da hormona gonadotrópica coriônica (estimulando o funcionamento do corpo amarelo ou administrando progesterona); mas que, pelo que respeita às perturbações propriamente da ovulação que podemos apreciar pela prática de vários testes (ex.: histologia do endométrio, muco cervical, curva térmica basal, excreção do pregnandioli urinário, hemorragia intercíclica, crise dolorosa no meio do ciclo, etc.), a terapêutica usual, de prática corrente, pelos estrogéneos, deve ser posta de parte. Os recentes trabalhos de Bremont são demonstrativos; O tratamento deve consistir no emprego de hormonas gonadotrópicas hipofisárias e de androgéneos. Os estrogéneos que têm sido correntemente empregados, apenas conseguem, na maior parte dos casos, um bloqueio da ovulação.

Eu podia multiplicar os exemplos das hesitações e incertezas que a hormonoterapia nos oferece frequentemente. Por exemplo: no tratamento das amenorreias, amenorreia sintoma correspondendo a situações clínicas as mais diversas que levantam problemas patogénicos e portanto terapêuticos de difícil solução ou ainda obscuros. Sabemos que quase sempre essas amenorreias são motivo para um tratamento comum pelos estrogéneos (proginon, ovociclina, etc.) administrados sem dosagem determinada, sem ritmo, sem indicação terapêutica afinal! É de rotina a terapêutica baseada num conceito simplista que diz assim:

Para a amenorreia — foliculina (estrogéneos) — menstruação.

Para a hemorragia uterina — luteína e androgéneos — hemostáticos.

São frequentes os casos de insucesso da terapêutica anti-hemorrágica pela luteína e pelos androgéneos. Não ignoramos que o próprio tratamento intenso e prolongado com estrogéneos pode determinar amenorreia, pois é conhecida a sua acção inibitória sobre a hipófise; e a insuficiência hipofisária pode dar lugar a uma amenorreia duradoura. É o que observamos, por exemplo, numa mulher que durante um parto sofreu um choque obstétrico ou hemorrágico, realizando um síndrome extremamente grave: — Síndrome de Scheean; mal irá a essa amenorreia se for tratada com estrogéneos. São as gonadotropinas hipofisárias que, nas formas atenuadas, únicas compatíveis com longa sobrevivência, podem dar resultados favoráveis.

Até mesmo os elementos fornecidos pelas análises biológicas e dosagens hormonais, nem sempre são base suficiente para justificar uma terapêutica: servem de exemplo os trabalhos brasileiros da Escola Fluminense que, dentro do critério de que nas gestoses havia desequilíbrio hormonal e vitamínico em consequência da baixa de vitamina E e de foliculina, preconizou o tratamento das gestoses com altas doses de estrogénio e de vitamina E. A experiência não confirmou a previsão.

Mas não quero continuar nesta demonstração, aliás desnecessária para vós. A endocrinologia, a hormonoterapia em ginecologia e em obstetrícia, oferecem largos horizontes à nossa investigação e observação. Ao lado dos Biologistas e dos Endocrinologistas é a nós que compete esclarecer muitos problemas ainda não solucionados e oferecendo inúmeras dificuldades na sua interpretação e prática clínica.

E se atentarmos em que a hormonoterapia nos permite resolver quase toda a clínica das perturbações catameniais por carência e por excesso; nos facilita o tratamento de algumas modalidades de dismenorreia que constitue um dos mais complexos e confusos problemas da ginecologia; das insuficiências hipofisárias, insuficiências luteínicas e foliculínicas; do hiperluteísmo; das perturbações da puberdade e da menopausa; das carências da senectude; das hypermenorreias, das menometrorragias da premenopausa, do ovário escleroquístico e quistos foliculares; de todo o grupo das hemorragias hyperplásicas e das não hyperplásicas, das que são devidas a disfunção da thyreoide. A hyperfoliculinia com as suas compli-

P V R

Imunoterapia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÃO

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G.	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Soro imunizante não específico de antígenos lipo-proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas, à Quinina básica e às Vitaminas A + D q. b. para	1 Dose

SUPPOSITÓRIOS E INJECTÁVEL

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

DIESTREPTO

Sulfatos de estreptomina e dihidroestreptomina em associação sinérgica para anular os efeitos tóxicos e exaltar o valor antibiótico

COMPOSIÇÕES

ADULTO

Cada dose contém:

Estreptomina base (Sob a forma de sulfato)	0,5 Grs.
Dihidroestreptomina base (Sob a forma de sulfato)	0,5 »
Soro fisiológico apirogénico	5 c. c.

INFANTIL

Cada dose contém:

Estreptomina base (Sob a forma de sulfato)	0,25 Grs.
Dihidroestreptomina base (Sob a forma de sulfato)	0,25 »
Soro fisiológico apirogénico	3 c. c.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Todas as da estreptominaoterapia, sem efeitos secundários com o poder antibiótico exaltado.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMA-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE — Av. Duque Loulé, 108, 1.º — Lisboa—Telef. 42602
PROPAGANDA — Av. Duque Loulé, 108, 2.º — Lisboa—Telef. 42816
Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º — Telef. 4556

Mesmo para a insuficiência
cardíaca latente é necessário



— *elimina a discrepância entre a potência
tencionada do doente e a potência efectiva*

PANDIGAL é especialmente apropriado para este efeito por causa da sua eficácia bastante intensa e devido ainda a que o seu período de latência não é demasiadamente longo no organismo.

GOTAS

COMPRIMIDOS

AMPOLAS

Um produto de

P. BEIERSDORF & CO. A. G. — HAMBURGO (ALEMANHA)

Representante

Pestana & Fernandes, L.^{da}

Secção de Propaganda — R. Prata, 153 2.º Esq. — Lisboa

cações psíquicas, tumorais e esterilizantes; das formas de endometriose e dos síndromes androgénicos (puros, de Stein e de Cushing); da hipo e da hyperglactácia; da doença de Reclus e das metastases do cancro do seio, etc.

E se a este vastíssimo campo de acção terapêutica juntarmos o tratamento por electricidade (nas suas diversas modalidades, diatermia, ondas curtas, diatermo-coagulação), pelo calor, luz, emanações, kinesoterapia, isto é, agentes físicos e mecânicos, e ainda a seroterapia, as vacinas, os antibióticos e os bacteriostáticos, a proteinoterapia a röntgenterapia e a curieterapia, o tratamento pelas vitaminas, vemos flagrantemente evidenciado que, como há pouco disse, a ginecologia modificou em grande parte a sua orientação terapêutica no domínio da medicina operatória, para uma orientação essencialmente conservadora, tanto quanto possível médica, corrigindo funções perturbadas e lesões reversíveis, em vez de eliminar órgãos.

E porque este deve ser o lema a ter presente na prática da nossa Especialidade, torna-se indispensável que a educação clínica do especialista e do policlinico seja orientada nesta directriz. É necessário que o ensino possa ser feito em condições de conveniente eficiência. Para isso é preciso que os Serviços oficiais de ginecologia e de obstetricia disponham de instalação completa de fisioterapia; de um laboratório suficientemente preparado para a realização de todos os exames e análises impostas pela moderna clínica ginecológica. E ainda de pessoal idóneo, competente e apto para uma colaboração eficaz.

Creio que isto interessa à classe médica, à competência e prestígio profissional dos médicos que hão-de ser os futuros membros desta Sociedade, e que nos compete pugnar por esta realização.

A psicoterapia amplia os recursos terapêuticos do tocoginecologista. É frequente verificar-se que, mesmo nos casos em que há alterações orgânicas, é necessário ir procurar na psicopatologia a explicação de certos sintomas persistentes. E por outro lado a psicopatologia ginecológica dá lugar a uma série de sintomas subjectivos que não têm base orgânica a explicá-los.

Frequentes observações confirmam o conceito de Mayer quando nos diz que muitos doentes queixam-se de sintomas ginecológicos não estando ginecológicamente doentes. A causa dos seus sofrimentos tem origem em conflitos psíquicos que se traduzem sob a aparência dum sofrimento ginecológico.

Assim: é um facto que há disfunções menstruais consecutivas a factores emotivos. Pode até dizer-se que as perturbações hormonais que caracterizam os diversos tipos de transtornos do cataménio, têm uma etiologia psicológica que requer um tratamento psíquico.

Todas as fases principais da vida na Mulher: menstruação, puberdade, fecundação, gravidez, parto, puerpério, lactação, menopausa, velhice, estão sob a dependência das glândulas endócrinas. Sob esta mesma dependência estão as alterações patológicas que modificam a evolução normal de cada um dos elos desta cadeia por perturbações orgânicas ou funcionais deste mesmo sistema glandular, dependente, nas suas reacções, da coordenação entre o sistema nervoso central e o sistema neuro-vegetativo. Este facto coloca muitas das manifestações patológicas do fôro obstétrico e do fôro ginecológico sob a dependência do sistema vago-simpático.

É assim que, por exemplo: a evolução da puberdade e o aparecimento da menstruação podem ser influenciados por factores de ordem psicológica reagindo favoravelmente à psicoterapia.

Não há amenorreias curáveis pela persuasão?

A dismenorrea, todos sabemos, pode depender de causas psíquicas: são curiosos os trabalhos de Freed e Kroger relativos à cura de certas dismenorreias pela hipnose.

Certas formas de prurido vulvar, o vaginismo e a frigidez sexual estão sob a dependência de factores psíquicos e, como tais, podendo beneficiar com a psicoterapia.

É um facto verificado que certas mulheres estêreis, indiferentes perante uma terapêutica orgânica para curar a sua esterilidade, indiferentes perante uma terapêutica hormonal, cedem sob influências psíquicas nem sempre fáceis de determinar, às vezes apreciáveis apenas pelos seus efeitos.

Todos conhecemos a influência de um ambiente calmo, tranquilo, de confiança, na evolução da gravidez; e as perturbações de vária ordem a que podem dar lugar choques emocionais, traumatismos psíquicos, principalmente quando existe uma constituição psicopática.

Na etiopatogenia dos vômitos incoercíveis, do abortamento, do parto prematuro, do descolamento e da apoplexia útero-placentar, nas toxémias, na eclâmpsia, devemos contar com influências dessa ordem para estabelecer uma terapêutica profiláctica e curativa.

São de observação não rara os casos de pseudo-gravidez ou gravidez imaginária em que verificamos a plena evolução do estado psíquico emocional realizado por auto-sugestão resultante de uma ideia fixa, ou obsessiva ou delirante (Marchand).

E a psicopatologia do parto? Os recentes e notáveis trabalhos de Read e Browne sobre o «parto natural» são demonstrativos: Considerando a dor do parto, dor da contracção, como consequência de uma perturbação dinâmica produzida por disfunção contráctil entre fibras segmentares e corporais do útero, resultante de um conflito psico-emocional determinado pelo «medo ao parto», e em que a fadiga mental, a depressão e a perda de auto-domínio influem como causas amplificadoras, — a actuação psíquica por educação da vontade e supressão do estado emocional permitem obter um parto praticamente indolor!

Embora desconhecedores do mecanismo neuromuscular de influência psíquica sobre a motilidade uterina, a experiência clínica confirma a previsão.

Extraordinária terapêutica esta da supressão da dor no parto, com absoluta inocuidade para a evolução desse parto, para a mãe e para o filho!

Grande progresso que se vislumbra no campo da ciência obstétrica! Tão grande que representa uma das maiores conquistas da Medicina!

E se a prática do «parto natural» necessita de ambiente adequado em local, instalação e pessoal, creio que não devemos recuar perante as dificuldades de obtenção dessas condições, mas sim procurar a sua realização para que os novos médicos possam ser instruídos, e as mães das futuras gerações deixem de sofrer.

Compete-nos a luta, nesse trabalho de redenção. Afinal, é a nossa principal missão como médicos: evitar e combater a dor.

Meus Senhores: Não quero abusar da vossa atenção e paciência.

Foquei alguns dos muitos problemas que se oferecem à diligência da nossa Sociedade, no objectivo de contribuirmos para o progresso da ciência e para mais esclarecidas condições de actuação profissional em benefício da Mulher Mãe ou doente a quem devemos todo o nosso amparo, o nosso melhor esforço e solicita veneração.

Oxalá que este labor que hoje se inicia seja exuberante em realizações frutuosas e úteis.

Antes de terminar quero agradecer às Ex.mas Autoridades e representantes de Agremiações médicas e académicas, que honraram com a sua presença esta sessão inaugural.

E devo também agradecer a vossa generosa atenção em ouvir-me.

Por incumbência do digníssimo representante de Sua Excelência o Ministro da Educação Nacional, considero inaugurada a Sociedade Portuguesa de Obstetricia e Ginecologia.

Sobre hipertensão portal

II Parte

Aspectos fisiopatológicos

AMILCAR DA SILVA

(Ex-interno contratado de Clínica Cirúrgica dos Hospitais Civis de Lisboa)

§ I

Entender-se-á por hipertensão portal toda a elevação de tensão venosa com caracter permanente dentro de todo ou quase todo o lume do território portal.

Não se englobará neste conceito a hipertensão localizada a um só sector do território portal produzida por obstrução de qualquer ramo tributário.

Assim a obstrução da veia esplênica dará origem à hipertensão esplênica, termo na realidade mais conveniente e adequado.

A hipertensão portal não constitui uma entidade nosológica. É antes um estado fisiopatológico originado por causas patológicas múltiplas bem definidas.

Todavia só por si, este estado fisiopatológico é em relação à vida, extremamente mais grave muitas vezes que a própria entidade patológica que o origina, terminando com aquela frequentemente muito antes que esta o possa fazer. Daqui resulta a importância que modernamente toma o seu conhecimento precoce e preciso a ponto de se tentar corrigir esta situação com atitudes terapêuticas peculiares, colocando à falta de melhor, em plano inferior, a terapêutica da sua causa original.

A obstrução *intrinseca* ou *extrinseca* ao progresso sanguíneo ao nível do território portal dará origem a um estado de hipertensão portal.

A obstrução portal pode ser, quanto à localização *intra-hepática* e *extrahepática*.

A obstrução extrahepática pode estar localizada ou limitada a um ramo tributário — caso da hipertensão esplênica — ou, localizada no tronco da veia porta, no seu segmento prehepático, obstrução troncular.

As obstruções *tronculares*, e as obstruções *intrahepáticas* são as que mais nos interessam e que realizam conceitualmente o estado de hipertensão portal.

Os efeitos de qualquer obstrução do território portal far-se-ão sentir em toda a área distal à obstrução. Estes efeitos são variáveis consoante a maneira como se inicia a obstrução.

OBSTRUÇÃO SÚBITA

A obstrução súbita como ocorre por exemplo na trombose, bloqueando grande parte do leito de drenagem portal, leva à congestão intensa dos órgãos esplâncnicos arrastando com brevidade uma situação extremamente grave ou fatal.

OBSTRUÇÃO LENTA

A obstrução lenta e progressiva quer seja *completa* ou *parcial* leva:

- 1.º) à congestão da sua área distal, após falência do seu sistema valvular, começando imediatamente a surgir mecanismos de adaptação que evitarão um risco imediato para a vida.
- 2.º) à elevação da pressão venosa portal na área bloqueada.
- 3.º) ao desenvolvimento de uma circulação colateral suplementar.

Esta circulação colateral pode desenvolver-se no próprio nível da obstrução ou periféricamente.

Nela se podem reconhecer dois tipos de vasos. Um constituído por derivações anatómicas preexistentes, como a veia lombar ascendente, a veia diafragmática inferior e as veias suprarenais esquerdas, todas ligadas à veia renal esquerda e ainda os vasos curtos gástricos.

Todas estas veias se apresentam distendidas e hipertrofiadas com um aspecto tortuoso.

O outro tipo de vasos referido desta circulação colateral suplementar é constituído por veias neo-permeabilizadas ou neo-formadas no local em que as vísceras entram em contacto com os tecidos somáticos, estabelecendo-se assim uma comunicação com a circulação venosa sistémica.

Tais comunicações podem localizar-se:

- a) onde a veia umbilical obliterada atravesse a parede umbilical;
- b) onde haja uma aderência patológica ou anatómica da víscera à parede abdominal;
- c) onde a mucosa do tubo digestivo entre em contacto com os restantes epitélios de protecção e revestimento do mesmo.

Estas últimas relações encontram-se em dois lugares predilectos: área *cardio-esofágica* e região *anorectal*.

O principal problema da hipertensão portal é o que resulta todavia do desenvolvimento de *varizes* ao nível da junção *cardio-esofágica*.

As veias nesta região são curtas e largas e a pressão nelas é muito semelhante à que se apresenta ao nível da obstrução.

Estas varizes esofágicas são de parede fina e muito fracamente apoiadas pela membrana mucosa que as forra, ficando expostas a constantes movimentos de deglutição, à passagem de alimentos e à regurgitação gástrica.

Apesar disto é difícil de explicar porque é que estas veias varicosas são tão susceptíveis de rotura e quando esta ocorre ser tão grave a hemorragia.

Parece que pelo facto de no lume do esófago existir normalmente uma pressão baixa que lhe é transmitida pelas cavidades pleurais através da sua parede, as veias ficam mal apoiadas.

A úlcera péptica da mucosa esofágica também pode constituir um factor contribuinte que ultimamente se tem verificado ser frequente.

A hemorragia por rotura de varizes esofágicas é grave. E muitas vezes constitui o primeiro sinal de uma hipertensão portal.

Patek diz que nos casos de cirrose hepática 50 % dos que escapam da primeira hemorragia, dentro de um ano têm poucas probabilidades de estar vivos.

No canal anal as veias de circulação colateral apresentam-se-nos com o aspecto de hemorróidas internas.

Nos jovens este aspecto é raro mas em idades superiores é frequente.

É bom ter este facto presente porque então o tratamento destas hemorróidas está contra-indicado, tanto mais que a hemorragia por este lado raramente é perigosa e nunca constitui causa de morte.

CAUSAS DE HIPERTENSÃO PORTAL

O aumento da tensão venosa portal superior a 140 mm. de água será sempre a resultante de um conflito entre as forças provenientes dos fenómenos fisiológicos propulsores da corrente sanguínea — já estudados na I parte — e a resis-

Uma novidade do I. L. F.



VEÍCULO SUSPENSOR

ANTITÓXICO E ANTI-HISTAMÍNICO

**SINERGISMO DE ANTIBIÓTICOS DE ACÇÃO IMEDIATA E PROLONGADA
VASTO ESPECTRO ANTIBACTERIANO
ACÇÃO ANTIBIÓTICA SOBRE AS BACTÉRIAS GRAM-NEGATIVAS E GRAM-POSITIVAS
ACÇÃO ANTI-HISTAMINICA E ANTITÓXICA**

MULTIBIOTIC

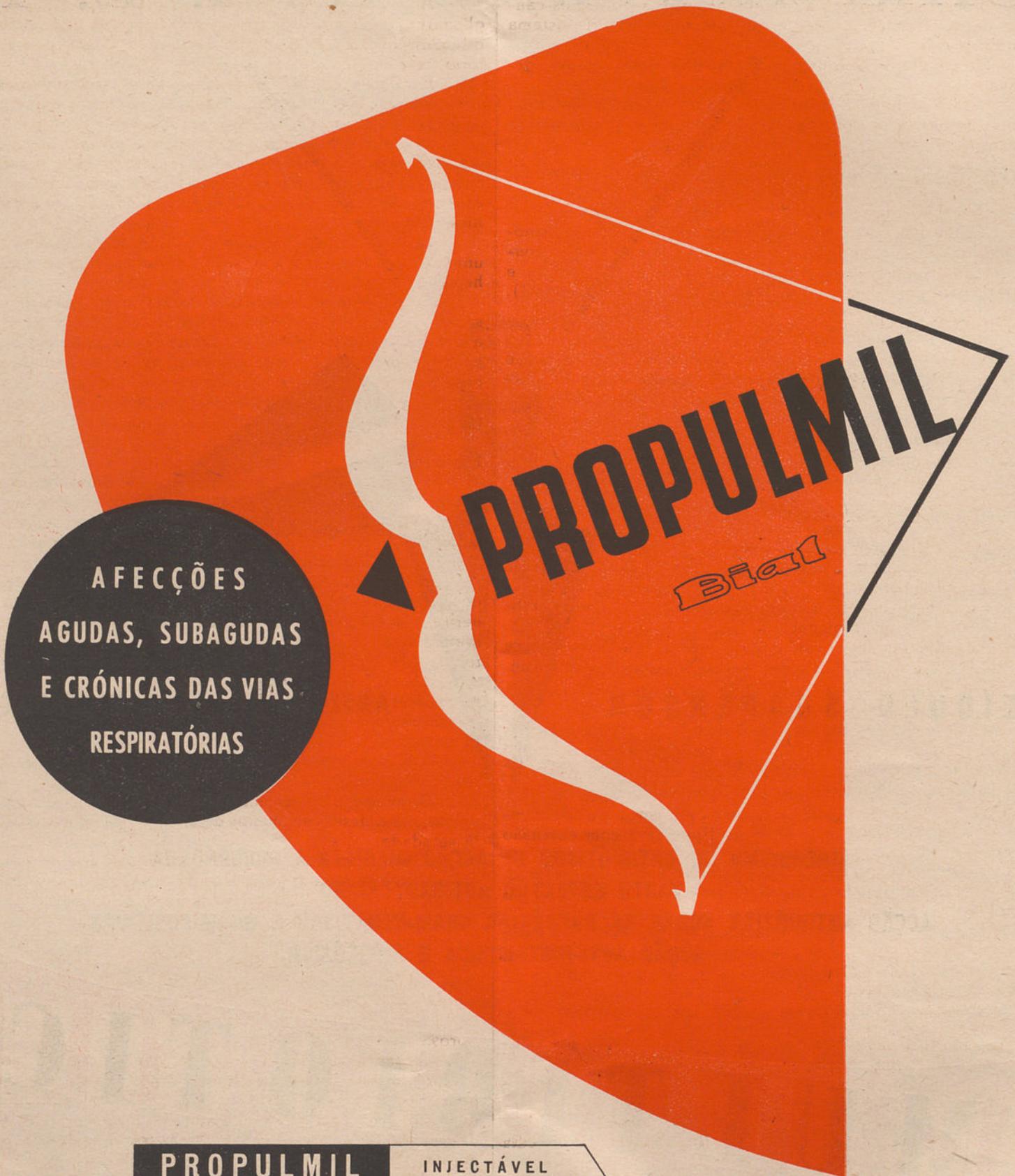
NORMAL — Frasco contendo:

N,N'-Dibenziletlenadiazina dipenicilina G	400.000 U.
Procaina-penicilina G	300.000 U.
Penicilina cristalizada G potássica	100.000 U.
Sulfato de Estreptomicina	0,25 gr. base
Sulfato de Dihidroestreptomicina	0,25 gr. base

Ampola contendo:

Maleato de 1-paraclorofenil-1-(2-piridil)-3-dimetilaminopropano	0,001 gr.
Polivinilpirrolidona	0,04 gr.

Além da forma **NORMAL**, o **MULTIBIOTIC** apresenta-se também na forma **FORTE**, contendo \diamond 0,5 gr. base de Sulfato de estreptomicina e \diamond 0,5 gr. base de Sulfato de Dihidroestreptomicina



AFECÇÕES
AGUDAS, SUBAGUDAS
E CRÓNICAS DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS

PROPULMIL INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I.
QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr.
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

PROPULMIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,1 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,2 gr. EUCALIPTOL 0,2 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por supositório.

PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D₂ 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.

tência periférica em que essas forças são aplicadas, como acontece sempre em qualquer sistema fechado.

Focaremos de seguida e rapidamente as principais causas dessa resistência periférica — *bloqueios* — do sistema venoso portal.

A circulação intrahepática constitui uma «etape» decisiva.

Assim quanto à localização, como já vimos anteriormente os bloqueios considerar-se-ão bloqueios *intrahepáticos* e *extrahepáticos*.

BLOQUEIOS INTRAHEPATICOS

À cabeça destes figuram as *cirroses hepáticas*.

Seguem-se outros tipos de *hepatites crônicas* como *hemocromatose*, *doença amilóide*, *fibrose consecutiva a atresia congénita dos canais biliares*, *endoflebite das veias hepáticas e suprahepáticas* — doença de Chiari (1899) e Hoover (1920).

BLOQUEIOS EXTRAHEPATICOS

Podem considerar-se ainda duas variedades: *portais* e *extra portais*, estes últimos relacionados com dificuldades circulatórias ao nível da veia cava torácica.

Na 1.^a temos:

anomalias congénitas da veia porta,
trombose da veia porta ou suas afecções,
obstrução por compressão extrínseca.

Trombose e afecções da veia porta:

- a) Fleboesclerose (calcificação da veia porta).
Transformação cavernosa da veia porta.
Pileflebite sifilitica.
Pileflebite secundária a qualquer causa inflamatória regional.
Pileflebite secundária a qualquer infecção (febre tifóide, malária, pneumonia, endocardite, piémia, sepsis puerperal).
Traumas abdominais.
Sequência de esplenectomias.

- b) Propagação de trombos de tributárias da veia porta:

- Tromboflebite primária da esplénica, (tumor tromboflebitico do baço de Eppinger) com extensão do coágulo à veia porta.
- Tromboflebite primária das veias mesentéricas.
- Invasão do lume da veia porta por carcinoma do fígado e dos canais biliares.
- Envolvimento das tributárias da veia porta por lesões malignas do estômago, pâncreas, colon, etc. com trombose secundária da veia porta.

Obstrução por compressão extrínseca:

- Tumefacção maligna ou inflamatória dos gânglios periportais.
- Carcinoma do estômago (10 % em 78 casos — Lissauer).
- Cancro do pâncreas, 3 de 48 casos.
- Inflamação, tumor maligno, cálculo da vesícula ou do colédoco.
- Aderências na fissura portal de origem inflamatória originadas por perfuração de úlcera péptica, pancreatite crónica e sequelas de operações.
- Peritonite crónica (Frerichs).

Na 2.^a variedade — *bloqueios extra portais* — podemos considerar os que resultam de todas as situações que aumentam a tensão venosa ao nível da veia cava torácica com a consequente dificuldade de drenagem pelas óstia cava, do sangue portal.

A congestão hepática produz-se e a hipertensão portal instala-se em maior ou menor grau.

A pericardite constitutiva crónica constitui uma destas causas primordiais (doença de Pick).

Talvez mesmo a própria insuficiência cardíaca com ou sem compromisso da válvula tricúspida leve a um certo grau

de hipertensão portal, facto ainda não esclarecido completamente.

A compressão por tumores ou quistos, metástases ganglionares, sobretudo por tumores suprarenais pode ocorrer e dificultar fortemente o escape do sangue portal para o território cava.

Está fora do âmbito destes artigos estudar em pormenor cada uma das causas acabadas de mencionar e que podem conduzir a um estado de hipertensão portal.

No entanto, dentro dos *bloqueios intrahepáticos* existe um que pela sua importância em clinica prática constitui a principal causa de hipertensão portal, destacando-se em vários aspectos, de todas as outras. Referimo-nos às hepatites crónicas tipo *cirrose*.

O lóbulo hepático deve hoje considerar-se como uma unidade vascular cujo eixo é central e constituído pela veia hepática.

Outrora considerava-se o fígado mais como um órgão secretor de bilis e descrevia-se então o canalículo biliar como a estrutura à volta do qual se dispunha o lóbulo. Tal conceito pertence ao passado e como vimos há fundamentos até de ordem embriológica para o contestar.

A hipertensão instala-se em seguida à *fibrose* que restringe a unidade vascular-lóbulo hepático.

Mas não é só a *fibrose* que dificulta a circulação intra-lobular.

Constatou-se muitas vezes em elevadas hipertensões portais que o grau de fibrose não era muito acentuado.

Em compensação a *destruição* dos lóbulos hepáticos resultante de um processo anatomopatológico típico da cirrose, actuava mecânicamente nas mesmas condições.

Esta *destruição* é por vezes também mais aparente do que real. Como há destruições celulares e vasculares, e a regeneração da célula hepática sobreleva a regeneração vascular, a arquitectura perde-se, apresentando-se o aspecto da *destruição*.

Muitos vasos são destruídos e não são mais substituídos. Começam a aparecer cada vez mais *anastomoses veno-arteriais* e a circulação venosa portal começa a suportar progressivamente o efeito da pressão arterial.

Tal facto começa hoje a considerar-se de enorme importância fisiopatológica.

A primeira defesa natural da hipertensão é numa primeira fase o desenvolvimento de circulações colaterais do tipo já estudado.

Quando a circulação colateral se faz através das veias coronárias estomáticas para as esofágicas com desenvolvimento de varizes, a terapêutica cirúrgica torna-se óbvia.

CAUSAS DE FIBROSE HEPÁTICA

O problema etiopatogénico da fibrose hepática é um dos mais apaixonantes da patologia hepática e de resolução ainda longínqua.

Como se sabe o fígado é envolvido por uma bainha fibrosa — cápsula de Glisson.

A sua importância reside na sua função de cobertura e envolvimento de todo o órgão. Envia prolongamentos que penetram no fígado pelo hilo hepático em conjunto com os vasos. Juntamente com os vasos o tecido conectivo subdivide-se para formar um suporte estrutural no qual as células se apoiam para constituírem os lóbulos hepáticos.

No homem este tecido arquitectural é muito delicado e delgado e só se distingue no centro dos lóbulos. Noutros animais como por exemplo no porco este tecido é muito nítido e acentuado.

Dadas as íntimas relações deste tecido conjuntivo com os vasos intrahepáticos é sugestivo que ele tenha algo que ver com a origem da fibrose que acaba por os restringir. A velha teoria patogénica da inflamação do tecido conectivo de Rokitsansk ou da hepatite intersticial primária volta a ter um certo interesse.

Ellis, Petty e Hopes trabalhando em cirroses experimentais utilizando a intoxicação pelo tetracloreto de carbono ou dietas deficientes em tioaminados e vitaminas, notaram que o tecido conectivo das trabéculas arrancava do centro do lóbulo.

Este tecido continha muitos vasos que podiam ser injectados através da veia hepática.

Estudando material humano de 9 fígados cirróticos restou-lhes a impressão de que pelo menos algumas das trabéculas fibróticas têm origem nos espaços porta e que portanto na cirrose humana o tecido trabecular tem origem central e periférica.

As trabéculas contêm vasos portais e hepáticos que constroem a circulação intrahepática, opondo-se à sua progressão.

A constrição vascular, o edema celular, a destorção trazem como consequência um certo déficit de oxigenação hepática.

Este arrastará a infiltração gorda, fenómeno anatomopatológico frequente quando existe um estado de hipóxia crónica. A infiltração gorda encontra-se quase sempre no processo anatomopatológico da cirrose hepática humana e acaba por agravar mais em ciclo vicioso o progresso circulatório, discutindo-se mesmo se a própria infiltração gorda só por si leva à cirrose.

Outras infiltrações, como a infiltração de colesteroína, de glicogênio (doença de Von Gierke), em certas doenças degenerativas e metabólicas, lipoidoses com todas as suas variedades: Gaucher, Wieman, Nieman Pick, Xantomatose, síndrome de Shuler Christian, hiperlipémia idiopática (Buerger Grutzs), doença amiloide, associam-se pela sua capacidade constritora vascular a um síndrome de hipertensão portal por vezes tão grave que constitui causa de morte antecipada. (Bockus).

Experimentalmente Wolviller trabalhando em cães conseguiu confirmar certos elementos de observação histológica e clínica.

Injectando sílica e pó de quartzo, seriadamente, através da veia porta obteve assim uma rápida fibrose por silicose do fígado muito intensa.

A pressão portal foi aumentando progressivamente, notando-se o aparecimento de uma enorme circulação colateral, com varizes esofágicas.

Rousselot e Thompson 18 meses após a obtenção de uma fibrose por sílica encontraram pressões venosas de 225, 230 e 290 mm. de água.

§ II

ASCITE E HIPERTENSÃO PORTAL

Frequentemente depara-se-nos na clínica a hipertensão portal associada a ascite.

A hipertensão portal só por si devemos dizer desde já não é causa de formação de ascite.

É certamente um factor adjuvante mas não, um factor etiológico.

Pressões portais colhidas durante intervenções operatórias por Rousselot (1940), Blakemore, Pattison, em doentes com varizes esofágicas variando de 33 a 60 cm. de água não se acompanhavam de ascite.

Rousselot fazendo a constrição progressiva da veia cava e do tronco principal da veia porta com fitas de celofane em cães obteve pressões de 27 cm. de água sem formação de ascite.

A própria hipertensão portal provocada pela anastomose em fístula aorto portal não levou ao aparecimento de ascite.

Mas, se cães com hipertensão portal experimental se tornarem hipoproteinémicos por plasmorforese a ascite produz-se sem aparecimento de edemas periféricos.

Quere dizer, a hipertensão teve um efeito de *localização* do derrame.

Mas o aparecimento de ascite e hipertensão portal, está ainda assim relacionado com factores de maior complexidade que melhor se anteverão com o conhecimento de alguns elementos de ordem fisiopatológica.

CIRCULAÇÃO DO LÍQUIDO ASCÍTICO

O peritoneu possui uma grande capacidade de absorção de líquidos, que por comodidade denominaremos refluxo.

Todo o volume ascítico constitui um saldo positivo do influxo sobre o refluxo do fluido peritoneal.

Quere dizer o aumento de um ou a diminuição do outro ou as suas combinações levam à acumulação de líquido na cavidade peritoneal. Se levarmos em consideração que a capacidade de reabsorção do peritoneu é considerável, concluiremos

que a formação de ascite implica sempre um aumento enorme da filtração ou influxo da área esplâncica e, por outro lado, uma absorção consideravelmente impedida.

Nesta última situação o líquido estagnar-se-á e a ascite clinicamente apreciável instalar-se-á.

O estudo da circulação do líquido ascítico simplificou-se recentemente com o manejo de isótopos radioactivos.

Whiple e Prentice introduzindo proteína plasmática rotulada com C^{14} na cavidade peritoneal de cães tornados ascíticos por laqueação da veia cava no torax e seguindo a taxa de equilíbrio entre o líquido ascítico e o sangue verificaram que este equilíbrio se estabelecia dentro de dois a cinco dias, portanto com um movimento circulante («turnover») de proteína muito elevado.

Em 6 doentes com ascite, 4 por cirrose e 2 por carcinose peritoneal nos quais injectaram água rotulada com *tritium*, tanto por via intravenosa como por via peritoneal e colhendo depois amostras, verificaram que o equilíbrio entre o líquido ascítico e o plasma era atingido no prazo de 8 a 10 horas.

Do estudo das respectivas curvas de equilíbrio calcularam que o volume total de líquido ascítico que entrava e saía da cavidade peritoneal (movimento), em cada hora oscilava entre 40 a 80 %.

Com um simples cálculo, para um doente com 6 litros de líquido ascítico, o que não é raro, verifica-se que o movimento circulante do líquido anda por 50 a 115 litros por dia!

A capacidade de absorção peritoneal é pois confirmada.

A diferença notada no movimento circulante da proteína e da água é sem dúvida uma questão de molécula. Whiple usando mais tarde albumina e globulina rotuladas, em cães ascíticos verificou que a taxa de transferência da albumina através do peritoneu era menor de cerca de três vezes, o que corresponde às respectivas diferenças de molécula.

Como Prentice demonstrou, com um movimento circulante superior a 100 L por dia o equilíbrio entre o influxo e o refluxo do líquido ascítico através da cavidade peritoneal deve ser delicadamente controlado.

Um déficit no refluxo de 1 % pode conduzir imediatamente a um grau de ascite clinicamente apreciável (Prentice).

É claro que quando esta se apresenta ela é provavelmente devida a um desequilíbrio a favor do influxo uma vez que a capacidade de absorção peritoneal não esteja impedida.

Prentice chega assim à concepção de um *limiar de reabsorção* que deve ser excedido antes de o líquido ascítico poder acumular-se.

Este limiar pode ser influenciado por vários factores como por exemplo *alterações na pressão oncótica das proteínas plasmáticas, retenção de sódio e água, factor antidiurético*, e que aliás também influem do mesmo modo na filtração.

Assim nas hipertensões de origem hepática à medida que a falência funcional do fígado se vai produzindo começam a tornar-se apreciáveis, alterações do metabolismo das proteínas, dos hidratos de carbono e outras ainda obscuras.

Por electroforese, alterações da constituição das albuminas podem ser precocemente despistadas.

As alterações da relação da concentração da sero-albumina e da globulina levam à baixa da tensão oncótica.

Poul Iverson apresentou mesmo uma equação linear empírica em que $3,5 \text{ albumina} + \text{globulina} = 14,2$.

Em certos casos como ele observou, de atrofia sub-crónica do fígado quando a soma de 3,5 albumina e globulina era inferior a 14,2 havia ascite.

Desta equação se deduz que a baixa da tensão oncótica pode ser produzida por hipoproteinémia e por alterações da relação albumina globulina. Esta relação pode nas cirroses chegar mesmo a inverter-se aproximando-se muito do síndrome nefrótico.

Mas a hipoproteinémia não contribui só por alteração da pressão oncótica para a libertação de água para a cavidade abdominal.

M. Kark observou o seguinte: «Nos indivíduos normais os capilares mesentéricos são constituídos por endotélios e paredes normais. A pressão é normal e a albumina não pode passar através da parede capilar.

Se a pressão se elevar a albumina e água ainda não poderá passar para a cavidade abdominal.



QUINOPIRINA

ANTIPIRÉTICO • ANALGÉSICO

GRIPE, CONSTIPAÇÕES, RESFRIAMENTOS, BRON-
QUITES, TRAQUEOBRONquite AGUDA, OUTRAS
AFECÇÕES DAS VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES,
REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO, CEFAL-
LEIAS, NEURALGIAS, ODONTALGIAS, ETC.

Boião - frasco de 40 grageias	28\$00
Tubo plástico de 10 grageias	10\$00

LABORATÓRIOS
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



Antitóxico

Extracto de fígado

(Fracção antitóxica)

1 C.C. CORRESPONDE A 50 GRs. DE FÍGADO

Lab

INDICAÇÕES:

AUTO-INTOXICAÇÕES

HETERO-INTOXICAÇÕES

(Envenenamentos acidentais e mordeduras por animais venenosos).

ESTADOS ALÉRGICOS

TOXEMIAS DAS DOENÇAS INFECCIOSAS

DOENÇAS HEPÁTICAS

PRÉ E POST-OPERATÓRIAS



DIRECÇÃO TÉCNICA DO PROF. COSTA SIMÕES

Num cirrótico existe hipertensão portal e os tecidos acabam por se despojar de proteínas. As células endoteliais capilares também se despojam de proteínas, alterando a constituição biológica da membrana. Nestas condições a albumina e água passam facilmente através dos capilares para a cavidade peritoneal.

No homem se apesar de a hipertensão portal continuar elevada restaurarmos por ingestão ou transfusão as proteínas tissulares, inclusivé as das células endoteliais a albumina deixará de passar e a ascite regressará.

Claro que isto é apenas mais um factor válido mas está longe de ser só assim.

Sabemos que na retenção de líquidos o sódio retido pelo rim é um factor de primeira ordem.

A relação entre hipoalbuminémia e retenção de sódio constitui um problema primacial ainda em investigação não só em doentes com nefrose mas também com cirrose.

A poupança de sódio é um fenómeno natural do organismo. Nas doenças crónicas do fígado sobretudo na cirrose pode haver perdas de sódio por várias causas; hemorragias, paracenteses, diarreia.

Mas além disso o metabolismo do sódio aparece alterado e parece seguir-se aos estados de hipoalbuminémia, vindo a constituir um factor de manutenção da ascite especialmente na ascite da chamada cirrose alcoólica. Nestes casos a retenção de sódio pelo rim é muito grande. E Eisenmenger demonstrou recentemente que apesar de larga ingestão de sódio pela boca a excreção pelo rim continua a ser baixa e os níveis de sódio no soro são também baixos, à medida que a quantidade de líquido ascítico aumenta proporcionalmente à quantidade ingerida.

A hemoconcentração determinada por valores de índice hematocrítico eleva-se à medida que a ascite aumenta e os níveis de sódio no soro caem.

Este sódio caminha para o líquido ascítico retendo enormes quantidades de água na cavidade abdominal.

Além disso parece haver um certo estímulo para reter sódio devido a um constante estado de desidratação.

A suprarenal parece ter neste caso um certo papel de mediação.

Luetscher, recentemente, separou na urina de cirróticos enormes quantidades de esteroides relacionados com as hormonas do sal e da água corticais.

É precisamente nos tipos de cirroses que se acompanham de maior alteração do metabolismo sódico que a resposta terapêutica à transfusão de albumina plasmática é pouco brilhante ou nula.

Na manutenção da ascite além dos factores já referidos um outro parece estar em causa. Uma substância com propriedades antidiuréticas foi encontrada nos doentes com ascite e cirrose que provavelmente não é inactivada quando existe um déficit hepático funcional e que foi descrita originalmente por Ralli como uma hormona andiurética do lobo posterior da hipófise. Mais tarde sugeriu-se que era idêntica à substância vaso dilatadora de Shorr.

A CIRCULAÇÃO LINFÁTICA E ASCITE

O papel da circulação linfática hepática na patogénia da ascite também não está suficientemente esclarecido.

A circulação linfática dentro do lóbulo hepático pouco se conhece. Charles Bolton confirma que os espaços de Disse são de facto espaços linfáticos.

Grindlay provocando em cães enorme congestão hepática e hipertensão portal por laqueação da cava inf. torácica conseguiu canular por tubos capilares plásticos o principal ramo eferente linfático do fígado.

Verificou um aumento de 10 a 12 o volume normal da linfa.

Em 24 horas obteve 5.000 cm.³, enquanto o normal era de 250 cm.³.

Não só os linfáticos intralobulares como também os linfáticos subcapsulares se engorgitam e deixam fluir linfa para a cavidade peritoneal. Esta linfa é constituída por água e proteínas com um conteúdo proteico de aproximadamente 80 % da concentração plasmática.

Parece pois concluir-se que a hipertensão portal constitui na realidade um mero factor de localização do derrame

na cavidade abdominal orientando um conjunto de factores muito complexos no aparecimento do síndrome ascítico, e em que cada um pode ter maior ou menor preponderância.

Aspectos terapêuticos

III Parte

Com excepção dos casos de certas obstruções por compressão extrínseca ou de obstrução congénita da veia porta, a terapêutica da hipertensão resultante é sempre paliativa.

Desde que Patek e Post em 1941 demonstraram que um tratamento médico adequado e rígido modifica consideravelmente quanto à capacidade hepática o prognóstico da cirrose, a cirurgia da hipertensão portal começou a ter maior interesse.

Na realidade uma terapêutica dietética e medicamentosa por melhor orientada que seja, se bem que arraste uma enorme melhoria funcional e consequentemente um melhor prognóstico, o que ela não interfere já é nada com o novo estado fisiopatológico criado pela fibrose e destorsão, já estabelecido definitivamente e inacessível a qualquer processo terapêutico médico conhecido. As circulações colaterais já formadas persistirão.

Se ao nível da área cardio-esofágica já existirem varizes a ameaça de hemorragia grave não desaparecerá. E esta aparece muitas vezes antes da derrocada hepática.

Em presença destes factos a medicina moderna foi obrigada a encarar o problema terapêutico da hipertensão denodadamente.

Todos os processos terapêuticos concebidos são cirúrgicos e exclusivamente destinados a obviar a morte por hemorragia.

Digo exclusivamente porque como Macphersén e T. C. Chalmers observam quase dogmáticamente a cirurgia não tem lugar no tratamento da ascite que se associa frequentemente à hipertensão.

Mesmo a paracentese não tem lugar no tratamento da ascite.

Uma vez que o doente se estabilise com uma ou duas paracenteses descompressoras, no início da sua admissão, a dieta adequada, o regime muito pobre de sódio, inferior a 0,6 gr. de sal nos casos que se acompanham de grande retenção de sal e, a correcção das proteínas plasmáticas por ingestão ou transfusão, constituirão as bases terapêuticas fundamentais da ascite.

Mas voltando ao assunto, deve-se ter em conta que nem todas as hemorragias do tracto intestinal num portador de hipertensão portal são devidas a rotura de varizes esofágicas. A discrasia sanguínea que por vezes acompanha déficits funcionais hepáticos associados a hipertensão pode dar origem a hemorragias graves.

TRATAMENTO DA HEMORRAGIA POR ROTURA DE VARIZES ESOFÁGICAS

A situação da hemorragia aguda por rotura de varizes esofágicas depara-se a qualquer clínico prático.

E este tem hoje meios de poder resolver com êxito esta grave situação e poder trazer assim para tratamento ulterior mais um caso a quem será dada uma probabilidade de melhoras.

Deve-se a Rowentree a técnica do processo. Além da correcção da anemia por transfusão de sangue, introduz-se um tubo com balão de borracha tipo Miller-Abott ou mesmo um destes, de tal maneira que o balão ocupe o terço inferior do esfago.

Enche-se de água o balão com uma pressão conveniente para fazer a compressão das veias. O tubo pode permanecer 3 ou 4 dias ao mesmo tempo que se podem administrar alimentos líquidos pelo lume duplo do tubo cuja extremidade estará no estômago.

A parede do balão pode mesmo ser embebida externamente na altura da introdução de trombina tópica e deve-se ter em conta que a distância dos incisivos superiores ao cardia anda à volta de 40 cm.

Como o tubo se introduz de preferência pelo nariz será de 45 cm. a referência aproximada.

CIRURGIA DA HIPERTENSÃO PORTAL

Os métodos cirúrgicos até agora concebidos visam três atitudes:

- 1.^a Baixar a pressão portal;
- 2.^a Promover a remoção ou tratamento directo das varizes esofágicas;
- 3.^a Diversão da circulação venosa portal para a circulação venosa geral.

Baixar a pressão portal:

Vimos ao estudar na I parte «aspectos fisiológicos da circulação portal» que esta está em equilíbrio com as suas fontes arteriais alimentadoras. E que dentro destas se destacavam a artéria hepática e artéria esplênica.

a) Laqueação da artéria esplênica.

Esta operação foi concebida originalmente por Mac Nee em 1931 e realizada por Watson em 1935.

Diz-se que a laqueação desta artéria, corta cerca de 25 a 40 % do sangue que entra na circulação venosa portal.

O aumento do baço reduz-se consideravelmente nuns casos, ainda que noutros não se verifique qualquer alteração.

O risco de necrose isquémica não existe.

Apesar disto em 9 casos operados 2 tiveram recorrência de hemorragia. A esplenectomia associada, preconizada por alguns autores não está indicada a não ser que o volume esplênico seja tão grande que haja risco permanente de sua rotura.

As veias do pólo superior do baço e as veias das aderências esplênicas à parede abdominal e ao rim constituem uma rede venosa colateral de descarga que a esplenectomia removerá.

Além disso como vimos, as funções fisiológicas do baço, são indispensáveis na regulação da tensão venosa sob múltiplos aspectos.

Nem mesmo no chamado síndrome de Banti a esplenectomia parece estar indicada.

Howell em 1938 num estudo de 94 casos de síndrome de Banti que tinham sido esplenectomizados, concluiu que não havia diferença quanto à sobrevida ao fazer a comparação com doentes não operados.

Nalguns casos referidos na literatura antiga, de melhoras a seguir a esplenectomias e que sofreram mais tarde nova intervenção, verificou-se que havia extensas aderências entre o epiplon e a loca esplênica que respondiam pelo sucesso aparente da intervenção.

b) Laqueação da artéria hepática:

A laqueação da artéria hepática por aneurisma foi entendida pela primeira vez por Kehr em 1905 para além da origem do ramo gastroduodenal. Sudeck em 1915, Rading em 1919, Colmers em 1921 também efectuaram com sucesso e pelo mesmo motivo, a operação, laqueando em pontos proximais os seus ramos.

É óbvio que em aneurismas uma circulação colateral de «suplência» tenha tempo de se estabelecer e o consequente perigo de necrose hepática não é grande.

Já em 1905 Haberer afirmou que no homem a laqueação da artéria hepática a montante do seu ramo gastroduodenal arrastava invariavelmente a morte por necrose maciça do fígado.

Nos animais de laboratório, cobaia, coelho, cão, a laqueação da artéria hepática é rapidamente mortal por necrose hepática.

Parece que nestes casos a morte rápida é devida a intoxicação dos produtos de autólise da víscera.

Todavia Berman em 1950, Berman e seus colaboradores em 1951 vieram confirmar observações anteriores de Markowitz, 1949, de que 75 % dos cães operados de laqueação da artéria hepática sobreviviam quando se lhes administravam grandes doses de penicilina e estreptomicina.

Verificaram os mesmos autores que a pressão portal baixava de 10 a 20 cm. de água e que a laqueação concomitante da artéria hepática e esplênica trazia uma baixa de 40 a 50 cm.

Em experiências seguintes de perfusão notaram que a

circulação intra hepática aumentava evidentemente à custa de melhor progressão do sangue venoso, o que não deixa de ser um ponto muito importante porque o sangue portal é necessário para a regeneração do parenquima hepático como já Mann e colaboradores verificaram em 1931.

Rienhoff em 1951, Mac Fadzean e Cook (Hong Kong) empreenderam no homem esta operação.

Estes últimos autores referem 7 casos de hipertensão portal por cirrose de várias etiologias todos com história de mais de duas hemorragias por varizes esofágicas graves.

Em 5 casos a artéria foi laqueada junto ao tronco celiaco e em dois em um ponto distal à origem da artéria gastroduodenal.

Associaram também a laqueação da esplênica. Houve uma morte três semanas após a operação. Em 6 casos com mais de 12 meses de sobrevida não tinham sobrevivido mais hemorragias, e em 4 as varizes esofágicas desapareceram e noutro tinham-se reduzido substancialmente.

Estes autores consideram a operação de eleição, laqueação da artéria hepática distal à gastroduodenal e laqueação da artéria esplênica concomitante. Em outra série de 8 casos observaram os seguintes resultados:

Em 2 casos com graves hematemese não houve mais hemorragias aos 12 meses. Nos 6 restantes houve 2 mortes por necrose maciça do fígado.

Berman, Muller, Fish, Martx, referem bons resultados com a laqueação da artéria hepática e esplênica junto ao tronco celiaco em casos de pacientes velhos com varizes e ascite. Todos os doentes melhoraram em força, apetite e estado geral.

A função hepática estudada não se alterou significativamente.

Têm aparecido mais referências demonstrativas da utilidade desta operação.

Todavia como diz Walker são necessários mais informes adicionais tanto clínicos como experimentais para demonstrarem cabalmente o valor do método.

Na opinião de Arthur Chenoveth, 1952, só deve ser utilizado em casos cuidadosamente seleccionados nos quais um estudo sequente muito minucioso possa ser levado a efeito.

REMOÇÃO OU TRATAMENTO DIRECTO DAS VARIZES ESOFÁGICAS

Phemister e Humphrey em 1947 trataram dois casos de varizes esofágicas *ressecando o terço inferior do esôfago e zona adjacente do estômago*.

Noutro caso fizeram uma *gastrectomia total*.

Na cirrose hepática não parece todavia muito indicada, pois agravará o estado de nutrição já por si periclitante. Além disso neste mesmo doente tiveram os autores conhecimento de que dois anos depois houve nova hemorragia.

Allison em 1950 fez a *excisão submucosa das veias* com laqueação possível de todos os vasos que entravam e saíam do esôfago numa extensão que ia do cardia ao brônquio esquerdo principal, preservando cuidadosamente as anastomoses vasculares que se dirigiam ao mediastino.

Gray e Whitessel em 1950 *desvascularizaram também o terço inferior do esôfago e cárdia associando uma vagotomia e gastroenterostomia* com o objectivo de baixarem a acidez gástrica que em sua opinião causava erosões esofágicas e desencadeava a rotura venosa.

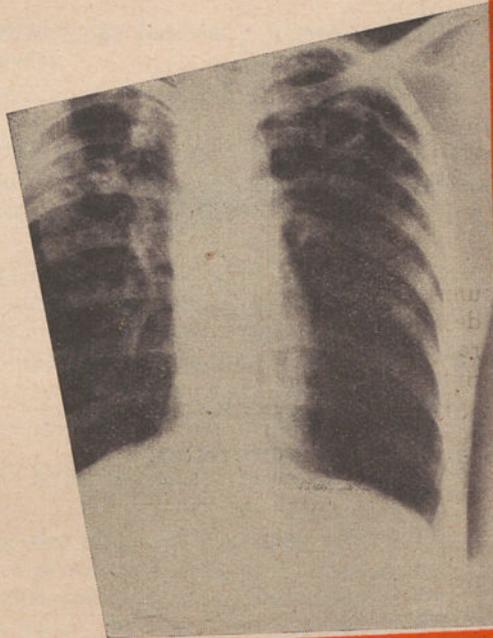
A *laqueação e ressecção da veia gástrica esquerda, dos vasos curtos e veias da parede do estômago*, visando o corte do sangue portal, também tem sido um processo utilizado.

Tanner, 1950 descreveu um processo que denominou *desconexão azigo-portal* que consiste na laqueação das veias acabadas de referir associada à transsecção do estômago seguida de sutura, do seu pólo superior.

Os resultados desta operação não são conhecidos em maior escala.

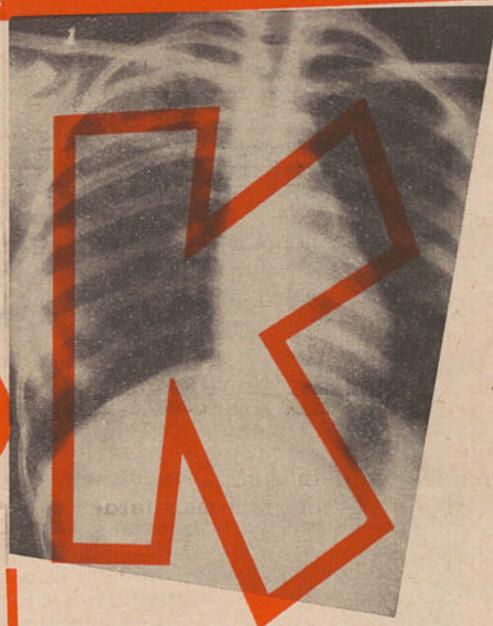
A injeção esclerosante de morruatos sob esofagoscopia foi um método usado aliás com pouco êxito por Crafoord e Frenker em 1939.

O tamponamento do mediastino posterior com gaze durante 12 a 14 dias visando a criação de anastomoses vasculares entre este e o esôfago foi uma operação empreendida por Garlock e Som com resultados pouco convincentes.



**UMA
NOVA
HIDRAZIDA**

B



D-GLUCURONOLACTONA ISONICOTIL-HIDRAZONA

ACTIVA CONTRA AS ESTIRPES DE B. K.
RESISTENTES À MEDICAÇÃO CONHECIDA

COMPRIMIDOS DE

Hidraglutone

MENOR TOXICIDADE
MAIOR ACTIVIDADE
ANTIBACILOSA

UMA NOVA ARMA CONTRA A TUBERCULOSE

INSTITUTO LUSO-FARMACO-LISBOA

Contra a tosse

para combater a irritação tussígena,
para favorecer a expectoração.

Xarope de Efetonina

Medicamento de sabor agradável

Embalagem original de cerca
de 170 gramas



DARMSTADT-ALEMANHA

Amostras e literatura:

Químico-Farmacêutica, Lda.
Rua das Pretas, 26-2.º
LISBOA

Eduardo de Almeida & Cia.
Rua do Cativo, 22-24
PORTO

DIVERSÃO DA CIRCULAÇÃO VENOSA PORTAL PARA A CIRCULAÇÃO VENOSA GERAL

As primeiras tentativas de anastomoses deste tipo foram concebidas por Whiple e empreendidas por Blakemore e Lord em 1945.

A diversão circulatória pode fazer-se por intermédio de três anastomoses ou «shunts».

- Anastomose entre a veia esplênica e a veia renal esquerda.
- Anastomose entre a veia mesentérica inferior e a veia cava inferior.
- Anastomose entre o tronco da veia porta e a veia cava inferior.

A indicação operatória terá de ser cuidadosamente posta após um satisfatório exame funcional do fígado.

Com níveis de albumina plasmática inferiores a dois gramas por 100 mililitros o risco cirúrgico é total.

Além do mais estas operações são tecnicamente difíceis e só devem ser empreendidas por cirurgiões experimentados em cirurgia vascular.

A decisão do tipo de anastomoses só pode ser feita após laparotomia.

Feita esta, ou se se tem ideia de fazer uma anastomose portocava a laparotomia terá de ser tóraco-abdominal através do 9.º ou 10.º espaço intercostal direito, determina-se por medição manométrica o valor da hipertensão portal. Para esta medição pode usar-se uma veia epiplóica.

Se se comprova um aumento de pressão, a tática operatória decidir-se-á depois de se verificar se o estado das veias em que se pretende intervir é compatível.

Frequentemente as veias encontram-se extremamente friáveis, aderentes, dificilmente individualizáveis e duplas.

Isto faz com que o cirurgião tenha em qualquer momento de mudar de tática e pôr à prova a sua destreza.

A anastomose do topo da veia esplênica ao lado da veia renal esquerda ou a divisão do tronco da veia porta seguida da sua implantação na veia cava inferior, empregando sempre uma sutura de eversão dos bordos (íntima com íntima) são técnicas que ultimamente melhor se consideram.

A anastomose troncocava é o tipo de operação deste género preferida.

O calibre dos vasos em causa garante uma boa permeabilidade que põe ao abrigo de obstrução por coágulo ou trombose, o shunt venoso, causas frequentes de iusuccessos nos primórdios destas operações sobretudo nos shunts esplenorenais.

A implantação dos topos (termino-laterais) trazendo maior velocidade circulatória dificulta assim a formação de trombos.

O tronco da veia porta pode encontrar-se obstruído por trombose total ou parcial, aderente, tornando-se difícil o seu isolamento e neste caso se tenta fazer outro tipo de anastomose venosa ter-se-á de se fazer nova laparotomia supra umbilical.

As anastomoses venosas esplenorenais têm um fundamento fisiológico mais nítido.

Frequentemente a friabilidade da veia esplênica ou o seu reduzido volume por trombose tornam quase impossível um resultado satisfatório.

É precisamente neste tipo de anastomoses que se registam mais fracassos. A obstrução do shunt sucede com certa frequência pouco tempo após a operação.

Porque se podem fazer anastomoses consideravelmente mais largas preferem-se os shunts portocavos. Além disso são tecnicamente mais fáceis pelo maior tamanho dos vasos, apresentando nas mãos de Blakemore uma taxa de mortalidade mais baixa, 16,2 %.

Como se irá comportar funcionalmente um fígado cirrótico que sofreu um shunt portocavo?

São de Blakemore os seguintes «tests» de função hepática, com mais de um ano de operação:

	Melhorada	Sem modificação	Piorada
Bromosulfaleína	8	20	4
Cefalina-floculação	6	20	11
Galactose	4	2	5
Esteres de colesterol em percentagem de total	3	14	2
Tempo de protrombina ...	3	12	1

Deste quadro conclui-se que cerca de 20 % dos doentes tratados mostram progressão da sua doença hepática. 20 % melhora. 60 % não mostram qualquer alteração.

Muitos destes quadros tinham no preoperatório provas hepáticas normais e nenhuma melhora nesse sentido se pôde verificar.

Quanto ao resultado obtido sobre os valores manométricos de pressão de água da hipertensão portal é o seguinte em valor médio:

Antes — 400 mm. de água.

Depois — 200 mm.

O valor mais alto encontrado foi de 600 mm.

O mais baixo no postoperatório 40 mm.

Durante um período de observação de vários casos, alguns anos depois, entre eles um de 10 anos de postoperatório, pode dizer-se que a pressão portal não mostrou tendência para aumentar nem para diminuir.

Parece poder concluir-se, comparando o risco operatório relativamente baixo, com o risco de morte por hemorragia de rotura de varizes esofágicas, que os shunts portocavos constituem uma importante ajuda no tratamento dos estados de hipertensão portal, levando ainda mesmo em conta o ligeiro prejuízo da função hepática resultante da derivação do sangue portal do fígado.

Todavia decorreu ainda pouco tempo para se ajuizar definitivamente do valor deste método operatório. Além disso é difícil avaliar o prognóstico destas intervenções a distância, pois não se pode deixar de considerar que se visa com elas corrigir um estado fisiopatológico resultante de uma afecção patológica por si mesmo de prognóstico relativamente reservado, como na cirrose hepática, e que portanto terá necessariamente de ser sobreposto à doença fundamental.

Na opinião de Walker que leva em conta o risco operatório e as consideráveis dificuldades técnicas com os seus impedimentos, a mais recente tendência para o tratamento cirúrgico das hipertensões portais consiste nos métodos que atacam directamente as varizes esofágicas.

REFERÊNCIAS

- Ailison — Ann. of Surgery, V. 132, 808, 1950.
 Berman — Arch. Surg., 63, 379, 1951.
 Berman e al. — Arch. Surg., 63, 623, 1951.
 Blakemore e Lord — Ann. of Surg., 122, 476, 1945.
 Blakemore — Advances in Surg., 1, 337, 1949. — Cit. por Gammeltoft. Liver Disease, Ciba Foundation Symposium.
 Bockus — Gastro-Entrology, Tomo II.
 Chenoveth — Ann. of Surg., V. 136, 6 Jun, 1952.
 Eisenmenger — J. Clin. Invest., 29, 149, 1950.
 Ellis, Petty, Hoppes — Cit. Liver. Disease. Ciba Found. Symp.
 Erikson — Cit. por Hans Ewerbeck em Ergbnise der Unneren Medizin und Kinder Heil Kunde. Vol. I, 1949.
 Galant, Guillery, Nach e Gorgajew — Cits. por Hans Ewerbeck em Ergbnise der Unneren Medizin. Vol. I, 1949.
 Garlock e Som — Jour. Thoracic Surg., 19, 572, 1950.
 Gray e Whitessel — Ann. of Surg., 132, 798, 1950.
 Hotz — Cit. por Hans Ewerbeck em Ergbnise der Unneren Medizin.
 Luetscher — J. Clin. Invest. 30, 1530-1541, 1951, Vol. I, 1949.
 Mac Fadzean e Cook — Lancet 28 of March, 1953, pg. 615.
 Macpherson e T. C. Chalmers — Liver Disease Ciba Found.
 Markowitz — Proc. Soc. Exper. Biologig & Med., 70, 305, 1949, n.º 7.
 Mac Nee — Lancet 1, 1069, 1931.
 Mall — Am. J. Anat., 5, 227, Jul., 1906.
 Mac Kark — Liver Disease Ciba Found.
 Olds e Stafford — Bull Johns Hopkins Hosp., 47, 176, Sept., 1930.
 Phemister e Humphrey — Ann. of Surg., 126, 397, 1947.
 Patek e Post — J. Clin. Investigation, 20, 481, Sep., 1941.
 Poul Iverson — Liver Disease Ciba Found.
 Prentice — Amer. J. Med., 13, 668, 1952.
 Ralli e Shorr — Medicine, 28, 301.
 Rousselot — Gastroentology, Journ., 14, 40, 1950.
 Rtenhoff — Bull. Jonh Hopkins Hosp., 88, 368.
 Rowentree — J. A. M. A., 185, 630, 1947.
 Tanner — Cit. por Walker em Modern Trends in Gastro-Enterology. Ed. Avery Jones, 1952.
 Usedel — Cit. por Hans Ewerbeck em Ergbnise der Unnuren Medizin.
 Walder — Lancet, 1, 162, 1950.
 Watson — Brit. Med. Jour., 1, 821, 1935.
 Walker, M. — Modern Trends in Gastro-Enterology Ed. Avery Jones, 1952.
 Wakim e Mann — Anat Rec., 82, 233.
 Wolviller — Liver Disease em Ciba Found.
 Wolviller e Gundaly — Gastroentology, 14, 40, 1950, Jour.
 Whiple — Amer. Surg., 122, 449, 1945.
 Whiple — J. Exp. Med., 13, 668, 1952.

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Técnica, leitura e interpretação das vacinações B. C. G. por escarificação

No momento em que se inicia a obrigatoriedade legal da vacina B. C. G. (França), julgámos útil aos nossos leitores reproduzir o essencial das regras muito precisas da técnica, leitura e interpretação deste acto vacinal, muito recentemente indicadas por Max Fourestier (Presse Méd., 23 Janv. 1954).

TÉCNICA DO ACTO VACINAL

a) Quadriculado vacinal de 8 escarificações em cruz (4 verticais e 4 horizontais), tendo cada escarificação o comprimento:

- de 1 cm. até ao ano de idade,
- de 2 cm. de 2 a 6 anos,
- de 3 cm. de 7 a 12 anos,
- de 4 cm. para idades superiores.

b) Qualquer que seja a idade do vacinado e o comprimento da escarificação, todo o conteúdo da ampola de B. C. G. (sejam 75 mg.) deve espalhar-se sobre a compressa estéril protectora depois de colocar algumas gotas sobre a região escarificada.

c) O penso protector não deve ser retirado senão no 6.º dia.

LEITURA NO 7.º DIA

Em um anérgico verdadeiro, a reacção cutânea não se amortece senão depois de um período de latência clínica de 10 dias pelo menos.

Mas existem indivíduos anteriormente tuberculizados e não estando «bacteriológicamente esterilizados», indivíduos cujos tests tuberculínicos são negativos e cujo estado é denominado «pseudo-anergia supra-tuberculínica» ou «alergia infra-tuberculínica». Em tais indivíduos, frequentemente vistos depois da puberdade, a reacção cutânea ao B. C. G. é muito precoce (é o B. C. G.-test vacinal). Importa pois praticar sistematicamente uma leitura pelo 7.º dia que mostrará, nestes casos, que se não praticou, na realidade, a primo-vacinação de um anérgico verdadeiro mas uma (super) sobrevacinação num alérgico ignorado. Segundo Fourestier, esta sobrevacinação é de resto a um tempo inofensiva e muito útil, levando por fim a um reforço da imunidade. Estas notas mostram que é inteiramente inútil exigir antes da vacinação um grande luxo de tests tuberculínicos com o fim de estar certo de não vacinar senão os anérgicos verdadeiros.

LEITURA NO 20.º DIA

a) *Caso normal* — Reacção cutânea de intensidade média. A cuti será positiva nos prazos normais (6 a 8 semanas). O indivíduo adquiriu uma alergia tuberculínica bovina e encontra-se, em princípio, prémunido contra a primo-infecção tuberculosa.

b) *Reacção negativa* — Pode tratar-se:

- quer de um terreno refractário («imunidade antituberculosa» espontânea ou adquirida com abundância de anticorpos protectores);
- quer de erros de técnica: escarificações insuficientes, álcool utilizado em vez de éter e não evaporado no momento da aplicação da vacina sobre a pele, utilização de bacilos de vitalidade insuficiente, etc. De qualquer modo é necessário repetir a vacinação dois meses depois, pelo menos.

c) *Reacção cutânea muito fortemente positiva* — Isso pode dever-se a causas múltiplas:

- sensibilidade particular do vacinado à tuberculinação bovina;
- utilização de B. C. G. de vitalidade particularmente forte (o que não tem inconvenientes práticos);
- acção de mínima sobre-infecção banal e de irritação pelo vestuário;
- carácter «hiperérgico geral» do indivíduo vacinado;
- enfim vacinação praticada no período pré-alérgico de uma primo-tuberculinação humana espontânea; produz-se uma exaltação de reacção vacinal, sempre benigna. Segundo Fourestier, a coincidência das duas tuberculizações é sempre inofensiva, e os receios manifestados a esse respeito como as precauções exageradas que determinam, não têm fundamento.

LEITURA NO 2.º MÊS

a) *Reacção normal medianamente positiva* — O certificado de «vacinação positiva» pode passar-se. De resto os tests tuberculínicos de comparação são necessariamente positivos.

b) *Reacção negativa* — Quer a reacção tenha sido sempre negativa ou quer tenham estado passageiramente vermelhas as escarificações durante algumas semanas: *é necessário praticar um test B. C. G.*

Se o test é negativo a vacinação falhou tecnicamente, ou o indivíduo é refractário, e é sempre necessário revacinar.

Se o test B. C. G. é positivo, a vacinação praticou-se correctamente mas o limiar de alergização obtido é muito fraco. A lei cumpre-se mas, segundo Fourestier, há vantagem em revacinar por escarificações ou por via bucal.

c) *Reacção ainda muito fortemente positiva* — As mesmas interpretações da leitura do 20.º dia são válidas. Os tests

tuberculínicos de contróle sempre positivos poderão, pela sua intensidade, orientar a interpretação a adoptar.

INTERPRETAÇÃO NO 6.º MÊS

Se a margem do quadriculado vacinal é ainda visível, pode-se afirmar que o indivíduo foi «alergizado» após a vacinação, como o confirmará de resto um test B. C. G. positivo.

INTERPRETAÇÃO NOS ANOS SEGUINTE À VACINAÇÃO

Esta interpretação pode impor-se num indivíduo visto ulteriormente, e para o qual se ignoram as condições da vacinação e evolução dos dois primeiros meses.

A alergia post-vacinal é muito fraca e pode não manifestar-se senão com a intradermo-reacção (a 10 u. na criança, a 50 u. no adulto):

- em caso de resposta positiva, não há motivo para revacinação, segundo as teorias oficiais;
- em caso de resposta negativa, é necessário praticar um test B. C. G.:
 - 1 — Se é positivo, o vacinado é portador de uma «pseudo anergia supra-tuberculínica» de outro modo, de uma alergia muito fraca, e não há motivo para a revacinação;
 - 2 — Se é negativo, pelo contrário (quer por primo-vacinação defeituosa, quer por imunidade espontânea ou adquirida muito forte, quer ainda por extinção da alergia post-vacinal) a revacinação é de aconselhar.

TÉCNICA DO TEST-B. C. G.

Colocar sobre uma escarificação com pelo menos 2 cm. de comprimento metade ou o terço de uma ampola de 75 mg. de vacina B. C. G.; aplicar uma compressa estéril que se deixará no local 4 dias (é na realidade uma micro-vacinação B.C.G.).

NOTAS SOLTAS SOBRE TUBERCULOSE

Vacinação indiscriminada.

Segundo F. van Deïnse (Sem. Hôp. Paris, 30 de Dezembro de 1953) a administração de B. C. G. por via oral — método brasileiro de vacinação antituberculosa de Arlindo de Assis — permite doses elevadas. Consiste a mais recente técnica na ingestão pelo lactante de uma dose única de 100 mgs., a repetir,

com intervalos de 15 dias a 1 mês, até ao total de 6 doses únicas iguais.

Os resultados estatísticos relativos à morbidade pela tuberculose nos lactantes mostram-se satisfatórios. Demais o método é também usado com proveito nos adultos, não se fazendo nestes como nas crianças testes prévios de sensibilidade à tuberculina. Chama-se a este comportamento a «vacinação indiscriminada», muito em voga no Estado de S. Paulo. Parece legítimo esperar também bons resultados na lepra.

Auxiliares da terapêutica.

A Butazolidina seria em alguns casos um meio auxiliar da terapêutica da T. P., já que se lhe reconhecem efeitos sintomáticos benéficos. Curchod, Chenet e Vielhauer (Schweiz. Ztschr. f. Tub., 1954, n.º 3) dizem da sua acção eficaz sobre a febre e a dor, bem como de favorecer o aumento de peso. Demais a Butazolidina aumentaria, em um terço do seu valor, o nível sanguíneo de P. A. S., quando associada a este, diminuindo assim a necessidade de altas doses nos doentes que têm dificuldade em tolerar o P. A. S.

Hereditariedade na tuberculose.

Nota-se concordância nítida nos tipos da tuberculose que ataca pais e filhos em 35,3 %, quer se trate de concordância na variedade clínica, concordância de sede anatómica, homotípica ou homotípica sincrónica, respectivamente de 32, 20,4 e 5,7 %. Se se comparar esta tuberculose à que se encontra em irmãos não gémeos então a concordância, entre a doença paterna e dos filhos, atinge proporção muito maior. É o que nos dizem Marconi e Mazini (Arch. Tisiol., Fev. 1954) em estudo que resulta da observação de 450 famílias.

Alergia e vacinação.

Nas Jornadas Médicas da França e da União Francesa realizadas em Paris, de 21 a 25 de Abril do corrente ano, realizadas sob a presidência do Prof. Lian, R. Amsler apresentou uma comunicação sobre as vantagens do test-B.C.G. em relação aos métodos clássicos de cuti-reacção tuberculínica. A matéria foi discutida por J. de Leobardy e por uma e outra pode-se concluir que as leis francesas vigentes sobre este assunto estão ultrapassadas, nomeadamente no que concerne as técnicas de exame, de vacinação e alergia. Concluiu-se que não nos devíamos prender com a alergia quando desejamos vacinar, dado que as antigas medidas além de inconvenientes são inúteis, pois a vacinação só tem vantagem mesmo nos alérgicos, como o demonstraram brasileiros e argentinos.

A. B.

IBÁLSAMO BIENGUIÉ

O ANALGÉSICO DE EFICIÊNCIA CONSTANTE PARA O TRATAMENTO
LOCAL DAS AFECÇÕES REUMÁTICAS E DAS NEURALGIAS

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Montelro, 142

LISBOA

Como tratar e curar o doente nervoso

HENRIQUE ROXO

(Prof. Emérito da Faculdade Nacional de Medicina do Brasil)

Para caracterizar uma pessoa nervosa, é preciso observá-la e ver o modo anormal, pelo qual o sistema nervoso reage a qualquer excitação que sobre ele actue.

É bem sabido que qualquer excitação provoca uma reacção proporcional. Tanto maior a excitação, tanto maior a reacção.

No nervoso, via de regra, a emotividade é exagerada. O tremor é difuso, há um estado de inquietação cardíaca. A cenestesia mostra-se perturbada.

Aquele que se chama simplesmente *um nervoso*, não é *um alienado*.

Não há uma doença do raciocínio, não há modificações na conduta, não há alterações da personalidade.

O *nervoso* é uma pessoa que se sente mal, que tem crises de *acentuada aflição*. Muitas vezes não há dor e, sim, mal-estar.

O *nervoso* é sempre um *cenestopata*.

É preciso distinguir bem o que é uma *neurose* e o que é uma *psico-neurose*.

O professor Austregésilo em seu excelente livro «Patologia Mental» diz «que a palavra *neurose* deve ser reservada para as alterações funcionais, dinâmicas do sistema vegetativo.

Cita, como exemplo, as simpatoses cutâneas ou digestivas, ou de qualquer órgão ou sistema, a vagotonia e a simpaticotonia, simples ou mista, *sem causa emocional ou angustiosa*.

As manifestações circulatórias, cutâneas e viscerais vasomotoras ou secretoras entram no quadro clínico das neuroses. Como exemplos, cita simpatalgias, acroparestesias, visceropatias funcionais, em que se não nos deparam radicais causantes psíquicos».

Estas são palavras textuais do Prof. Austregésilo, cujo conhecimento muito importa ao perfeito entendimento do assunto.

No Dicionário do muito competente Professor Pedro Pinto, lê-se «*Psiconeurose*» — perturbação nervosa de origem mental.

No clássico trabalho de Dubois, vê-se que no conceito de *psico-neurose*, ele considera essencial a intervenção do espírito de representações mentais. Elas são justificáveis da psicoterapia.

Entre as *psico-neuroses*, eu coloco a *neurastenia*, com suas modalidades clínicas *psicastenia* e *nervosismo*, e a *histeria*.

Dubois diz que a *neurastenia* é a mais benigna das *psiconeuroses*. É a que mais se aproxima do estado normal.

Friso sempre bem que *neurose* e *psico-neurose* nada têm a ver com *alienação mental*.

Estou de acordo com o notável Professor Austregésilo no seu conceito de *neurose*. Deve esta ser tida como uma *alteração funcional do sistema vegetativo, sem causa emocional ou angustiosa*.

No conceito de *psico-neurose*, penso como o Professor Dubois, com modificações impressas pelo meu modo de pensar e pelo tempo decorrido desde o trabalho dele. Há então a intervenção do espírito e representações mentais, *sempre com motividade exagerada, com crises de angústia ou de ansiedade, com distúrbios da cenestesia e desequilíbrio vago-simpático*.

Há muito mais *psico-neuróticos* do que *neuróticos* propriamente ditos. É que o mais comum quando há distúrbios múltiplos da cenestesia, é que o pensamento se preocupa com a sensação e o estado emotivo acarreta ansiedade.

Quer no *neurótico*, quer no *psico-neurótico*, há perturbações múltiplas da *cenestesia*. Esta, no dizer de Grassset, deve ser tida como o eu físico, como o registo no cérebro do que se passa no corpo, o que muito depende do sistema vegetativo. São sensações que vêm de todo o corpo, e são levadas por

vias diversas até o cérebro. O simpático é o que representa papel mais importante no caso. Temos, por este meio, uma percepção vaga do nosso corpo, independente dos órgãos dos sentidos. Tem-se a noção da *personalidade*.

O P. Roy define a *cenestesia* como a consciência vegetativa, a consciência do grande simpático.

O Professor Austregésilo acentua que «o mesencéfalo ou melhor a região hipotalâmica constitue a encruzilhada anátomo fisiológica das funções cerebrais e corporais».

Assinalou, outrossim, que «o hipotálamo, ou melhor a região infundíbulo-tubérica forma a ponte de união de entrecruzamento da psique e do corpo, pelos centros vegetativos, hormonais e metabólicos».

Aquilo que na clínica se chama, em geral, um *doente nervoso*, pode ser um *neurótico* ou um *psico-neurótico*. Claro está que qualquer pessoa que sofra de uma doença orgânica do sistema nervoso, será um doente nervoso, como, por exemplo, nos casos de tabes, heredo-ataxia cerebelar, etc., mas nos casos a que se refere o presente trabalho, há apenas perturbações funcionais.

No conceito de *neurose*, deve ser tida a alteração dinâmica, funcional do sistema nervoso, sem causa emocional ou angustiosa.

Os *neuróticos* são *desequilibrados do sistema neuro-vegetativo, isto é, vagotônicos ou simpaticotônicos*.

Brock e Kay fazem uma síntese muito bem feita de caracteres simpaticotônicos e vagotônicos.

São *caracteres simpaticotônicos*: midriase, paralisia da acomodação, secura do globo ocular, das mãos e dos pés, raro pestanejar, secura da boca, hipoacidez gástrica aumento da secreção gástrica, atonia, gastroptose, diminuição do tônus intestinal, prisão de ventre, defeituosa convergência dos olhos, dilatação da fenda palpebral, taquicardia, aumento da pressão arterial, vaso constrição, relaxamento do esfíncter vesical, urticária, aumento do dermatografismo, amídalas pequenas, eosinopenia, taquipneia, inversão do reflexo óculo-cardíaco, esteatorrea, diminuição na tolerância pelos hidratos de carbono, falta de salvação pela pilocarpina, teste de Lobin positivo, reacção à adrenalina e à ergotina.

São *caracteres vagotônicos*: — miose, hiperhidrose, epiphora, frequência do piscar, salivação, hiperacidez gástrica, hipertânea, vômitos, espasmos do colon, diarreia, colite mucosa, ataques de asma, sensação de opressão, exoftalmia, bradicardia, baixa pressão sanguínea, pulso irregular que se modifica com a atropina, priapismo, estado típico linfático, eosinofilia, reacção à atropina, reflexo de Dagnini Aschner, elemento de tolerância pelas gorduras e pelos hidratos de carbono, salivação exagerada pela pilocarpina.

Emprego, preferentemente na clínica, por ser muito simples e prático, a *pesquisa do reflexo óculo-cardíaco*.

Conta-se, durante meio minuto, o número de pulsações e, depois, faz-se uma ligeira compressão dos globos oculares e conta-se de novo. O *reflexo óculo-cardíaco* é dito *normal* quando pela compressão ocular há uma diminuição de 4 a 12 pulsações por minuto.

O reflexo é *positivo* quando a diminuição é de mais de 12 por minuto. O reflexo é *nulo*, quando não há diminuição ou é ele inferior a 4 pulsações por minuto.

O reflexo é dito *invertido* quando sem que tenha havido emoção ou dor, em vez de haver diminuição, houver aumento do número de pulsações.

Quando o reflexo é *positivo*, diz-se que há *vagotonia*; quando *nulo* ou *invertido*, *simpaticotonia*.

Separo assim facilmente um vagotônico de um simpaticotônico.

Em conferência que fiz em Paris em 1936, mostrei como se comporta o reflexo óculo-cardíaco em diversas doenças,

servindo assim para seu diagnóstico, sendo que na *histeria* e na *neurastenia*, há comumente inversão do reflexo óculo-cardíaco.

Laignel-Lavastine fez em 1924 uma síntese bem feita dos tipos vagotónico e simpaticotónico.

O tipo *vagotónico* é representado por um indivíduo muito magro, pálido, que vive a se queixar de fraqueza, do estômago, do intestino e do coração.

Transpira com facilidade, costuma ter as mãos frias e cianosadas. Cresce a saliva que com o ar é constantemente deglutida. Há uma sensação de opressão atrás do sternum.

Há a sensação de nariz entupido, respiração com a boca aberta. São frequentes ptoses. Há arrotos ácidos, pirois, abaulamento do estômago, urinas ricas em ácido oxalico e fosfatos. O exame de sangue revela eosinofilia. O reflexo óculo-cardíaco ou de Ashner é positivo.

O tipo *simpaticotónico* é essencialmente emotivo, com acentuados distúrbios vaso-motores. Há instabilidade psíquica, inquietação interior, timidez exagerada. Treme com facilidade, é sugestível e se mostra inclinado a actos impulsivos.

Há uma tumefacção ligeira e difusa da tireóide. Há grande eretismo cárdio-vascular. São comuns palpitações e angústia precordial, batimentos violentos no peito e na cabeça, havendo ondas de calor e vermelhidão para o lado do rosto. Há miniatura de basedowismo. São comuns crises diarreicas, reacções cólicas e poliúria com polaquiúria.

Há frequentemente taquicardia.

Diz Montier que os síndromos vagotónicos são frequentemente acompanhados de dores, ao passo que os simpaticotónicos se acompanham de mal-estar.

Sendo os *neuróticos simples desequilibrados do sistema neuro-vegetativo*, para os curar deve-se dar remédios a este fim destinados.

Não enunciarei todos eles, mas apenas aqueles que na minha prática têm sido preferidos.

Como inibidores do vago, prefiro o *gardenal*, a *beladona*, a *Datura Stramonium*; o *meimendo*, a *hioscamina*. Como depressores do simpático, prefiro a *eserina*, a *papaverina*, o *brometo*, a *valeriana*, a *cratoegus*, a *Passiflora Incarnata*, o *nitrito de sódio*, a *insulina*.

Receito, com muito bom resultado, fórmulas em que associo dois a três remédios destes.

Na *psico-neurose* há sempre *emotividade exagerada*, com *crises de angústia* ou de *ansiedade*, com *distúrbios da cenestesia* e *desequilíbrio vago simpático*.

Na característica do Prof. Pedro Pinto, a *psico-neurose* é uma *perturbação nervosa de origem mental*.

Os doentes mais contraditórios na clínica são os *psico-neuróticos*.

Entre eles, devem ser englobados os *neurasténicos*, em seus dois feitios clínicos: *psicastenia* e *nervosismo*, e os *hísticos*.

O *neurasténico* é um exgotado do sistema nervoso, sempre *emotivo*, sempre *cenestopata*.

Na *psicastenia*, há *obsessões*, *fobias* e *impulsos*. Há uma estafa nervosa, o pensamento fica fixo a uma ideia e há sempre emoção e distúrbios da cenestesia.

Citando alguns casos dos mais contraditórios, lembrarei a *psicastenia* com *agorafobia*, em que o doente tem medo de atravessar uma praça e se sente mal, logo que o tenta fazer.

Há o medo acompanhado de mal-estar e estado emotivo intenso.

Não adianta aconselhar que o indivíduo reaja. Ele não o poderá fazer, porque se sente mal. A primeira coisa que se deve fazer é tirar o mal-estar e a emoção. Esta é muitas vezes provocada por um exagero de função da tireóide, por um basedowismo frusto e por este motivo tenho obtido óptimo resultado com injeções de *ultrapeptonas de tireóide*. Outro remédio que emprego frequentemente, é a *geneserine* que tira a excitação do simpático.

Receito um xarope, em que associo *Leptolobium elegans*, brometo de sódio, extractos fluídos de alface, mulungú, maracujá, hortelã e extracto mole de beladona. Doso de modo que

LABORATÓRIO ULZURRUN, LIMITADA

Na tosse convulsa, bronquites, asma, etc.:

Aetina
xarope

para tratamento da anorexia infantil, etc.:

Anoretrate
tabletes

nas asmas:

Asmotrat
comprimidos

na anemia perniciosa - post partum - etc.:

Hepatrat
com arsénico, com Vit., líquido,
injet. = 1 % - 2 % - 3 % - 5 %

na epilepsia:

Luhical
comprimidos

no glaucoma agudo e crónico:

Mioticol
em gotas

para tratamento do crescimento,
raquitismo, etc.:

Omnival
líquido

na tuberculose, especialmente pulmonar:

Pasidrazida
comprimidos granulado

na fragilidade dos vasos capilares:

Rutinotrat
comprimidos

nos vómitos:

Vomipax
comprimidos

Amstras e literaturas à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica

ZONA INDUSTRIAL DOS OLIVAIS
TELEF. 399051 LISBOA

Há mais de 50 anos que os

Laboratórios Sherman

investigam no sentido de
criar novos medicamentos

PROTAMIDE

(Solução coloidal de Enzima Proteolítico desnaturado)

apresentado em 1947 é um dos
resultados dessas investigações

as suas acções
terapêuticas nas

N E V R I T E S
HERPES ZOSTER
TABES DORSALIS
V A R I C E L A

são seguras e eficientes

Todos os dias vão surgindo
novas indicações para

PROTAMIDE

★

REPRESENTANTES E DISTRIBUIDORES

Soc. Com. CROCKER, DELAFORCE & CIA., S. A. R. L.

Rua D. João V, 2 - 2.º — LISBOA

em cada colher de sopa haja uma grama de brometo. Mando dar uma dose antes do indivíduo sair de casa e o doente leva no bolso duas doses em vidro pequenos com uma grama de brometo em cada um. Na rua quando ele começar a se sentir mal, tomará o conteúdo de um frasco e pouco depois o do outro. Teimará em atravessar a praça e tornado calmo pelo remédio, conseguirá fazê-lo.

A quarta dose tomará quando chegar a casa.

Sempre se deve insistir em que o doente teime em fazer o acto, de que se arreceia. Sempre se deve tornar o doente calmo.

A *psicoterapia* é indispensável em toda e qualquer hipótese.

Medicina psico-somática deve ser sempre praticada.

Nos casos de psicastenia com impotência psíquica muito frequentes, em que o doente tem impotência sexual, mormente quando vai realizar o acto sexual com pessoa com que não tenha uma certa liberdade ou o enoje, dou remédio que tire a emoção, e, ao mesmo tempo estimule a capacidade sexual. Mostro ao doente que o reflexo cremasterino está normal, o que prova que não há impotência sexual orgânica. O pensamento de que a impotência exista, é que inibe a realização do acto. Se o indivíduo convencido pela constacção do reflexo cremasterino e melhorado pelo remédio, no seu estado emotivo, encontrar pelo estímulo sexual maior facilidade no acto, sentir-se-á bom mais depressa.

Dou *passiflorina* associada a extractos fluídos de *catuaba*, *muirapauana* e *Echinacea angustifolia*.

Aconselho que tenha a prática sexual com pessoa com que tenha uma certa liberdade, ou cuja opinião, a seu respeito lhe não importe.

É muito comum a *psicopatofobia*, isto é, o medo de ficar louco. Mostro ao indivíduo que jamais, alguém, ficou louco, só por pensar nisto.

Tiro, pelo remédio, a sensação anormal que possa haver na cabeça, faço psicoterapia e tudo passa.

Se o indivíduo tiver *fobia de vertigens* e medo de cair na rua, dou *extracto fluído de alface e hortelã*, e tudo passará.

Na *claustrofobia*, em que há o medo de ficar em espaços fechados, dou sempre remédio que tire a emoção e o mal-estar, e teimo em que a pessoa faça aquilo, de que tem medo.

Entre as fobias que mais têm sido encontradas na clínica, devo referir: a *misofobia* ou *medo de poeiras*, a *rupofobia* ou *medo de sujeira*, de *cumes* ou *acrofobia*, de *casa* ou *iocofobia*, de *andar de trem* ou *sidero dromofobia*, *talassofobia* ou *do mar*, de *relâmpagos* ou *astrepofobia*, de *escuro* ou *keronau-fobia*, de *correntes de ar* ou *aneemofobia*, *nosofobia* ou *medo de doenças*, *cardiopatofobia* ou *de ter doença do coração*, *tisiofobia* ou *medo de ter síscia*, *sifilofobia* ou *medo de ter sífilis*, *tremofobia* ou *de tremem em público*; *ereutofobia* ou *medo de ficar vermelho em público*, *apopatofobia* ou *medo de ter vontade de evacuar na rua*; *efidrofobia* ou *de suar nas mãos*, *cancerofobia* ou *de estar com câncer*; *cinofobia* ou *medo exagerado de cães*, etc.

Em todo e qualquer caso da *psicastenia* com *fobias*, o tratamento é sempre o mesmo. *Tirar a emoção*, *remover as perturbações da cenestesia*, *fazer psicoterapia* e *curar o desequilíbrio neuro-vegetativo*.

Renato Kehl descreveu o *medo de engordar*, como uma das fobias mais comuns. Vive a doente a verificar o peso, com receio de ter aumentado cada dia alguns quilos.

Pierre Janet divide as *obsessões* em *obsessões de sacrificio*, de *crime*, de *vergonha*, de *eu moral*, de *eu físico* e de *moléstia*.

O impulso que é também uma modalidade da *psicastenia*, consiste na tendência irresistível na realização de um acto.

Entre os impulsos que mais tenho observado, há o a realizar actos, ou gestos, os tiques, a *dromomania* ou a *caminhar*, a *poriomania* ou a *viajar*, *Kleptomania* ou impulso ao roubo, *piromania* ou a *incendiar*, *clastomania* ou a *destruição*, às *perversões sexuais*, às *bebidas alcoólicas*, às *mutilações*, etc.

Em todos os casos de *obsessões* e *impulsos*, é sempre

necessário dar um sedativo do sistema nervoso, que não de-
prima de mais.

A modalidade de *neurastenia* que eu chamo *nervosismo*, encontra-se naqueles indivíduos que tendo os predicados essenciais da *neurastenia*, têm, a mais, *mal-estar*, *ansiedade*, *perturbações múltiplas da cenestesia*.

Considero várias modalidades de nervosismo: *cefálico*, *gástrico*, *intestinal*, *cardíaco*, *pulmonar* e *sexual*.

No *nervosismo cefálico*, o mal-estar localiza-se de modo mais acentuado na cabeça.

O doente queixa-se de dormência na cabeça, peso, formigamento, líquido quente a escorrer, vertigens, dificuldade na formação do pensamento, turvação nas ideias. Pela sensação desagradável que a cenestopia determina, vem o medo de ficar louco e por isto, ao nervosismo se junta a psicastenia, com seu aspecto de *psicopatofobia*. Para tirar a sensação anormal, dou a *geneserine* ou a *passiflorine* acrescida de um preparado com *fosfato* e *cálcio*.

No *nervosismo gástrico* há aquilo que geralmente se chama *dispepsia nervosa*. Quando o indivíduo acaba de comer, sente-se mal, fica tonto, tem necessidade de arrotar, tem dor de estômago, a que se juntam palpitações, dores no coração. É que ao *nervosismo gástrico* se junta muitas vezes o *nervosismo cardíaco*.

No nervosismo gástrico deve-se dar um digestivo, *nunca se devendo empregar tintura de noz vômica* ou qualquer preparado, em que entre estriquinina. Emprego preferentemente *coacculos da Flora Medicinal*, *passicarbone* ou *aerophagyl*.

No *nervosismo intestinal* há flatulência abdominal, dores no ventre, alternativas de diarreia e prisão de ventre, vertigens. Dou *lungaciba da Flora Medicinal* se houver diarreia, *lanciba da Flora*, se houver prisão de ventre, *abdosedan* para as dores, *passiflorina* com *extractos líquidos de hortelã e alface*, para as vertigens e flatulência.

O *nervosismo cardíaco* é um dos mais frequentes. Aquele indivíduo que mais se queixa do coração, não é aquele que tem lesão no coração. É aquele que tem perturbação na função do coração. Isto ocorre preferentemente nos nervosos que têm desequilíbrio neuro-vegetativo.

Pode haver grande excitabilidade do simpático e o coração começar a bater apressadamente. O indivíduo tem a ideia de que tenha alguma coisa grave no coração e com isto muito se impressiona. Se tirar o electrocardiograma, este nada revelará de anormal.

Em outros casos, há vagotonia, o coração começa a bater mais devagar e o indivíduo fica com medo de que ele possa parar.

Podem ocorrer extrasístoles, falsos passos do coração que muito afligem o doente.

Pode haver hipertensão arterial que muitas vezes depende apenas de um estado emotivo e não de uma lesão orgânica. O *gardenal* ou o *brometo* dão, às vezes, acção mais eficiente no estado hipertensivo, do que os remédios hipotensores. Quanto mais se impressiona o doente, mais sofre.

A *ansiedade* que representa um fenómeno simpático cortical, e a *angústia* que representa um fenómeno bulbar, são comuns no *nervosismo cardíaco*.

A *acidose* pode gerar a *ansiedade* e há também uma *alcalose de angústia*.

Há uma perturbação da cenestesia na região precordial e pode haver palpitações, opressão na região do coração, aperto, sensação de enchimento no hemitorax esquerdo.

No *nervosismo cardíaco* dou preferentemente extracto líquido de *Veratrum viride* ou de *Crataegus Oxyocantha* ou de *Passiflora Incarnata* ou pequenas doses de *gardenal*.

No *nervosismo pulmonar* há a sensação de impossibilidade de respirar. Parece que a pessoa está com asma, mas faltam os outros caracteres desta. A sensação predominante é de aperto do pulmão e de que o ar não mais vai poder entrar. Os remédios que na minha clínica mais aproveitam, são os extractos líquidos de *Lobelia inflata* de *quebracho*, de *Euphorbia pilulifera*, de *Passiflora Incarnata*.

O *nervosismo sexual* é dos mais frequentes. Coexiste frequentemente com a *psicastenia*, esta sob a forma de *impotência psíquica*.

Há perturbações da *cenestesia* que se localizam para o lado da esfera sexual. O doente sente o membro viril, como frio, dormente, enrugado, com a sensação de um líquido gelatinoso a escorrer o qual não existe, sentindo o testículo diminuído de volume, amolecido.

O mal estar que o indivíduo sente no aparelho genital, dá-lhe a impressão de que ficou impotente, nada havendo, na realidade, por este lado e estando sempre normal o reflexo do cremaster.

Tiro a sensação anormal pela *geneserine*, tiro o exagero da emotividade pelas injeções de *ultrapeptonas de tireóide* e estímulo o acto sexual pela *yohimbina* e *perandren*, de 25 miligramas ou outro equivalente.

Outra *psico-neurose* que é hoje muito pouco frequente, é a *histeria*.

Nela só se podem conter aqueles casos que são gerados pela *sugestão* e removíveis pela influência exclusiva da persuasão. Na *histeria*, há sempre abolição do *reflexo faríngeo* e do *corneo-conjuntival*.

Desde 1907, estudando no 6.º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, o psiquismo na *histeria*, assinalei que ele não depende desta e sim do desequilíbrio mental, ou da psicose maníaco-depressiva ou da demência precoce. Feito o diagnóstico com acerto, nada há a temer.

Antigamente curava-se a *histeria*, com os fedorentos, como, por exemplo a *valeriana*. Hoje, nem mesmo isto é preciso. Basta a persuasão. Deve-se fazer sempre *psicoterapia*.

A *medicina psico-somática* é indispensável.

Pode-se empregar o extracto líquido de *simulo*, de *mulungú*, de *valeriana*, de *Leptolobium elegans*.

Sintetizando-se, pode-se bem dizer que feito com acerto o diagnóstico de uma pessoa nervosa, interpretando-se racionalmente os sintomas que nela se encontram, pode-se afirmar com segurança que se curará o doente.

(«Jornal Brasileiro de Psiquiatria» — N.º 1 de 1954).

DIGITALINA MIALHE

(SOLUÇÃO MILESIMAL DE DIGITALINA CRISTALIZADA)

SUPERIORIDADE INCONTESTÁVEL SOBRE TODAS AS PREPARAÇÕES
DE DIGITALIS PURPÚREA

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

PROPANIODO

Iodoterápia injectável e oral

O Propaniodo é uma solução aquosa de a-iododihidroxiopropano ($\text{CH}_2\text{I}-\text{CHOH}-\text{CH}_2\text{OH}$) a 10 %.

Este sal orgânico de nossa preparação contém 62,87 % de iodo metalóide e é muito bem suportado, podendo dizer-se indolor, quando injectado, não provocando acidentes de iodismo.

Indicações terapêuticas

Todas as do iodo, podendo ser injectado por via hipodérmica, intramuscular e endovenosa.

Apresentação

Frasco conta-gotas de 20 c. c.
Caixa com 5 ampolas de 2 c. c.

HEPATONELBA

Composto vitamino-mineralizado de extracto super-concentrado de fígado altamente activo (segundo a técnica de Subbarow e Jacobson).

Composição

Extracto de fígado super-concentrado equivalente a 10 microgrs. de Vitamina B ₁₂	
Vitamina B ₁	0,002 Grs.
Vitamina B ₂	0,0005 >
Vitamina B ₆	0,001 >
Vitamina PP	0,010 >
Pantotenato de cálcio	0,001 >
Citrato de ferro	0,005 >
Glicerofosfato de sódio	0,20 >

Apresentação

Frasco de 300 gramas de xarope
Caixa com 5 ampolas de 2 c. c.

POR VIA ORAL E INTRAMUSCULAR



Instituto de Biologia Aplicada

Zona Norte

R. dos Mártires da Liberdade, 87
Telefone, 25069 PORTO

Serviços Centrais

Rua Eça de Queiroz, 4
Telefone, 42639 LISBOA

Zona Centro

Av. Fernão de Magalhães, D-3.º-E
Telefone, 4842 COIMBRA

SUPLEMENTO

O ENSINO MÉDICO EM PARIS ⁽¹⁾

Impressões duma visita de estudo

J. M. PACHECO DE FIGUEIREDO

(Bolsheiro da O. M. S.)

I

Desde os primórdios da fundação da Escola Médico-Cirúrgica de Goa, em 1842, sente-se a influência da cultura médica francesa. Um ano após a sua instalação encontram-se entre os livros adoptados: Medicina Operatória por Malgaigne, Patologia Geral por Chommel, Patologia Interna por Andral e Medicina Legal por Sedillot. Em 1849 ensina-se a Anatomia por Bichat e Blandin, a Operatória por Ambroise Paré, a Obstetria por Vulpian e a Toxicologia por Orfila e, em 1866, a Matéria Médica por Bouchardat, a Patologia Interna por Grisolles e a Clínica Médica por Bretonneau. Merece registo a lista de livros adoptados em 1883:

1.º ANO

Anatomie par Beaunis et Bouchard
Atlas de Anatomie par Massé
Histologie Humaine (Traité élémentaire) par Morel
Chimie médicale (Nouveaux éléments) par Engel

2.º ANO

Physiologie par Béclard
Biologie par Letorneau
Hygiène par Michel Levy
Matiere Médicale (Eléments) par Nothnagel e Rossbach
Thérapeutique (Cours) par Gubler
Pharmacie (Aide-mémoire) par Ferrand

3.º ANO

Pathologie générale par Bouchut
Pathologie chirurgicale par Fort
Pathologie interne par Jaccoud
Pathologie exotique par Niley
Maladies des pays chauds par Dutrouleau

4.º ANO

Médecine opératoire par Sedillot
Operations de chirurgie (Précis) par Chauvel
Médecine légale par Briand et Chaude
Guide des accouchements par Pinard

5.º ANO

Chirurgie antiseptique par Lucas-Championnière
Traité pratique des maladies vénériennes par Jullien
Traité pratique des maladies des femmes par Churchill et Blond
Traité pratique des maladies des nouveaux-nés par Bouchut
Nouveaux éléments de hygiène par J. Ar-nould

Todos estes factos demonstram quão profunda tem sido no decorrer do tempo a influência da cultura francesa na formação clínica de nossos médicos. De então para os nossos dias, é certo que horizontes novos se abriram na bibliografia médica, mas na Biblioteca da nossa Escola é incontestável o predomínio de livros franceses. Não foi, pois, sem emoção, que visitei a Faculdade de Medicina de Paris, entrei no seu pátio dominado pelo busto de Bichat, percorri a bela sala de Passos Perdidos onde se admira a galeria de bustos de eminentes Mestres de Medicina e Cirurgia e, em companhia do seu gentilíssimo Decano, o Prof. Léon Binet, visitei e admirei o grande anfiteatro Clamart, a rica biblioteca com as suas bem rasgadas janelas separadas por colunas jónicas e a monumental escadaria, a sala do Conselho, a sala de teses, e tantas obras de arte — o mármore de Barrias, a tela de André Brouillet o baixo relevo de Bartholomé — que fazem da velha e gloriosa Faculdade não só um templo da Ciência, mas também um verdadeiro museu, que merece admiração dos visitantes. Mas a minha emoção foi grande quando, a convite do Prof. Jacques Tréfouel, visitei o Instituto Pasteur e, numa pequena cripta, curvei-me reverente diante de modestos túmulos de Luís Pasteur e de Maria, sua inseparável companheira, e mais além, no jardim, contemplei a singela pedra que cobre as cinzas de Emílio Roux. Se Paris e França celebram nos seus museus, nas suas praças e nos Inválidos as vitórias de Napoleão, há já muito envoltas nas brumas do Passado, a Humanidade inteira, em uníssono, proclama alto, pela boca de tantas vidas que se salvaram, a grandeza, a sublimidade, a imortalidade da obra de Pasteur e de Roux. França foi e será sempre o maior centro do humanismo médico.

ORGANIZAÇÃO DO ENSINO MÉDICO

O ensino médico em França tem a duração de 7 anos, dos quais um, o primeiro, pode ser considerado como o ano preparatório, no decurso do qual se ensina Física, Química, Biologia animal e vegetal (P. C. B.). Pondo de parte este primeiro ano preliminar, ministrado na

Faculdade de Ciências, a organização de restantes 6 anos tem uma feição absolutamente característica. É o ensino clínico com a obrigatoriedade do estágio hospitalar que acompanha, desde o início do curso, o ensino laboratorial.

Eis o esquema:

ENSINO TEÓRICO E PRÁTICO

- 1.º e 2.º anos—Anatomia, Histologia e Embriologia, Fisiologia, Física Médica e Química Médica.
3.º ano —Patologia Médica, Patologia Cirúrgica, Anatomia Cirúrgica e Medicina Operatória.
5.º ano —Higiene, Medicina Legal e Deontologia, Terapêutica e Hidrologia, Farmacologia (esta cadeira pode ser dada no 4.º ano).

ENSINO CLÍNICO (Estágio)

- 1.º e 2.º anos—Medicina geral e Cirurgia geral.
3.º ano —Medicina geral e Cirurgia geral—Pediatria (4 meses).
4.º ano —Medicina geral e Cirurgia geral—Obstetria (3 meses), Doenças infecciosas (2 meses), Dermatologia (2 meses), Neurologia (2 meses).
5.º ano —Medicina geral e Cirurgia geral—Psiquiatria (1 mês), Urologia (2 meses), Oftalmologia (2 meses), O.R.L. (2 meses), Estomatologia (6 sessões).
6.º ano —Estágio prático com internato obrigatório.

O ENSINO LABORATORIAL

Visitei na Velha Faculdade os laboratórios de Anatomia (Prof. Cordier), Histologia (Prof. Champy), Fisiologia (Prof. Léon Binet), Anatomia Patológica (Prof. Delarue), Bacteriologia (Prof. Gastinel), Técnica Operatória (Prof. Moulanguet) e Farmacologia (Prof. Hazard). Vi as salas de trabalhos práticos, os anfiteatros e os museus, entre eles o célebre museu Dupuytren. Tive o prazer de trocar impressões com os professores, todos eles duma amabilidade cativante. É porém forçoso confessar que as instalações laboratoriais são

(1) As ideias expendidas neste trabalho não envolvem a responsabilidade da O. M. S.

insuficientes e em parte deficientes para um centro de educação médica tão notável e com elevada frequência. O número total de alunos previstos em 1900 era de 1.500; antes da última guerra já ele ultrapassava 5.000 e finalmente em 1951 estavam inscritos 7.500 estudantes, sem entrar em linha de conta os que tinham deixado temporariamente a Escola por causa do serviço militar ou outros motivos. Só em Anatomia e Histologia estavam inscritos no ano findo 1.500 estudantes, os quais nesta última disciplina, por exemplo, faziam trabalhos práticos em turmas de 250! É realmente para admirar a tenacidade e o amor à investigação científica dos mestres franceses e a notável obra por eles realizada, trabalhando em condições nem sempre satisfatórias. Mas o problema do ensino laboratorial teve já a solução há muito desejada. Graças à incansável actividade do architecto-chefe Madeline e ao esforço persistente do Decano, Léon Binet, é uma realidade o grande sonho do Decano Gustave Roussy. Foi inaugurada em 3 de Dezembro do ano findo a nova Faculdade de Medicina, admiravelmente delineada por Roussy, onde se ministrará o ensino das disciplinas dos primeiros dois anos: Anatomia, Histologia e Embriologia, Fisiologia, Física Médica, Química Médica e Radiologia Médica. Todos os restantes laboratórios, devidamente ampliados e totalmente remodelados, continuarão a funcionar na Velha Faculdade, à Rue de l'École de Medecine.

O architecto-chefe Madeline teve a gentileza de me acompanhar na visita que fiz à nova Faculdade. Situada na modesta Rue des Saints-Pères, estreita demais para um edifício tão majestoso—mas que a tradição académica parisiense assim o quis, por estar perto do *Quartier Latin*—a nova Faculdade satisfaz plenamente todos os requisitos modernos de pedagogia e de investigação. Já do velho Hospital da Charité de grandes tradições clínicas, nada mais resta além da capela e enfermarias onde trabalham Corvisart e Laennec, piedosamente conservadas como homenagem ao Passado. A escadaria que dá acesso a estas últimas dependências é a mesma que Laennec, o Pai de auscultação, tantas vezes teria subido muitas décadas de anos atrás.

O aspecto da fachada é sóbrio e a sua monotonia é quebrada pelo monumental portão de bronze (Porta da Ciência), pela saliência de linhas verticais e por 45 artísticos medalhões que evocam toda a História de Medicina. No interior, um amplo vestíbulo, a sala de Passos Perdidos de 40 metros de comprimento e a grande escadaria que separa cada andar em duas alas, uma reservada para trabalhos práticos de estudantes e a outra para a investigação científica. Além de grande anfiteatro destinado a aulas comuns para os dois anos, às conferências e sessões solenes, existem 4 anfiteatros com 300 lugares e outros menores para cursos teóricos e demonstrações práticas, entre estes o anfiteatro para demonstrações de fisiologia, muitíssimo original na sua disposição (*amphithéâtre Iorgnette*). No rés-do-chão do edifício ficam os laboratórios de Física,

no 1.º andar a Química, no 2.º e no 3.º andar a Fisiologia e Histologia e finalmente no 4.º e 5.º e uma parte do 6.º a Anatomia com 16 salas de disseções, tendo cada uma 24 mesas. A câmara frigorífica é grande e com prateleiras para 500 cadáveres. Estão também previstos 10 laboratórios para Embriologia. As salas de trabalhos práticos de Fisiologia têm capacidade por turmas de 300 alunos. Tal é nas suas linhas gerais a nova Faculdade de Medicina de Paris, montada com todo o esmero mas cuja instalação se completará certamente daqui a algum tempo.

No que diz respeito a trabalhos práticos é a seguinte a organização:



**COLIBACILOSES
das vias urinárias**

Sulfametil-tiodiazol

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

- Acção especial sobre o colibacilo
- Alta concentração no aparelho urinário
- Doses muito baixas
- Perfeita tolerância

**LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

TRABALHOS PRÁTICOS

1.º ANO

1.º Semestre

Osteologia — 5 sessões por semana
Histologia — 1 sessão por semana

2.º Semestre

Química — 5 sessões
Fisiologia — 6 sessões mais 6 conferências práticas obrigatórias

2.º ANO

1.º Semestre

Anatomia — 5 sessões por semana
Química — 1 sessão por semana

2.º Semestre

Física — 8 sessões
Histologia — 11 sessões
Fisiologia — 6 sessões mais 6 conferências práticas obrigatórias

3.º ANO

2 Semestres

Anatomia Patológica — 16 sessões
Bacteriologia — 10 sessões
Parasitologia — 12 sessões
Manobras obstétricas — 5 sessões

4.º ANO

2 Semestres

Farmacologia — 14 sessões
Medicina Operatória — 14 sessões

5.º ANO

2 Semestres

Autópsias — 5 sessões
Medicina Legal — 5 sessões
Medicina de trabalho — 1 sessão
Toxicologia — 3 sessões
Higiene — 10 sessões no anfiteatro e 4 no laboratório

Do exposto vê-se que o número de sessões de trabalhos práticos é insuficiente, menor que na Suíça. Este facto explica-se pela falta de espaço com que a Faculdade está a lutar para uma população escolar tão elevada. No laboratório de Anatomia Patológica o ensino Prático limita-se à Histologia Patológica e ao exame de órgãos. As autópsias fazem-se nos hospitais sob a direcção dos respectivos assistentes, internos ou externos, nem sempre técnicos, portanto sem a supervisão do professor de Anatomia Patológica, sistema de aprendizagem pouco eficiente que mereceu este justo e incisivo reparo do Prof. Delarue, na sua lição inaugural: *Les anatomo-pathologistes n'ont pas de cadavres; les cadavres n'ont pas d'anatomo-pathologistes.*

O Prof. Delarue espera em breve ter em cada Hospital Escolar o serviço de autópsias devidamente organizado sob a sua direcção.

(Notas extraídas do relatório apresentado à O. M. S.).

MOSAICOS NORTENHOS

LXI

Estâncias de águas — Estâncias de repouso — Estâncias de turismo

Não é recente o propósito de abordar problemas respeitantes às nossas *Estâncias termais*; há muito que venho observando o que se passa em muitas dessas terreolas e que lastimo a decadência crescente que em muitas se nota. O adiamento — confesso — tem sido mais por falta de decisão, que por carência de argumentos; estes, infelizmente, há muito se radicaram no meu espírito e julgo que alguma utilidade haverá em exteriorizá-los.

É rico o nosso solo em águas mineiras e a iniciativa particular — quase sempre esta e não a oficial — tem procurado valorizar as terras onde existem esses mananciais, promovendo a construção de Hoteis e Pensões, à sombra dos quais se foram erguendo vivendas que vão enriquecendo o meio.

A anarquia com que tudo se tem feito, está longe do são critério que seria desejável e que evitaria, em muitos casos, iniciativas ruinosas, ou atentados às normas do mais elementar urbanismo; os exemplos são tantos que nem me dou ao trabalho de enumerá-los para me encher de razão. Creio que presentemente esta norma de tudo fazer ao acaso ou segundo o capricho de cada um, já está um pouco dificultada.

Mas se tudo isto nos parece lastimável, mais chocante é a decadência em que caíram muitas das nossas *Estâncias Termas* e o estado antiquado de outras que ainda se mantêm com um razoável movimento durante um ou dois meses no ano.

Permitam, porém, que mantenha estas considerações no campo genérico, aduzindo razões e apontando motivos que sirvam para compreender a asfixia notória de algumas dessas *Termas*. O vácuo que se está a estabelecer nesses preciosos *centros* é cada vez maior e são muitos os que patenteiam já uma vida erçada de dificuldades. No entanto, os erros persistem, donde se pode prever

que dentro de mais alguns anos, a situação será ainda mais crítica.

Quanto a mim, os médicos das *Termas* estão a interpretar a sua função de modo um pouco bizarro, contribuindo, embora parcelarmente, para esse vácuo aumentar. É frequente esquecerem o médico-assistente do doente que se apresenta para uma *cura de águas*; não é rara uma opinião formal, ao fim de meia hora de observação, nem sempre concordante com o diagnóstico do médico que há muito estuda o doente e segue a evolução da sua doença; não é também raro que o doente receba instruções diferentes das que leva, sendo então posto na posição de não saber em quem acreditar e a quem obedecer.

Esta independência que os médicos-hidrologistas estão a adoptar, não tendo, em muitos casos, um mínimo de atenção com os médicos que lhe enviam doentes para uma *cura de águas*, estabelece um mal-estar surdo que prejudica os *centros termas* e os próprios doentes.

Se a actuação daqueles médicos for de franca e leal cooperação com os médicos-assistentes, seguindo, tanto quanto possível, a sua orientação e prestando ao doente uma assistência inteligente, de vigilância atenta e correctiva, quando as necessidades imponham a sua intervenção — os médicos-hidrologistas contribuirão de maneira evidente para o progresso das *Estâncias* em que trabalham e esse trabalho valerá mais que os repastos que se ofereçam, quando aparece uma caravana de médicos que, por convite, visita a *Estância*.

Não se enveredando por esta senda, as *Termas* só terão desafogo enquanto durar a fama ou enquanto estiverem na moda e esta, como aquela, bem depressa pode passar...

É inegável que as *curas de águas* prestam bons e reais serviços, mas o seu empirismo exige tacto e senso por parte

dos hidrologistas, que só no campo da leal colaboração poderão actuar eficazmente e ser prestáveis ao doente.

A labuta de muitos anos cimênta estas ideias, enquadradas dentro da mais pura deontologia e ditadas pelo melhor desejo de ver essas terras bafejadas por uma rajada de progresso. Estas duas razões me levam a sugerir que se reate uma colaboração que se vai esvaindo, mas que será mais actuante do que qualquer espécie de publicidade que, em muitos casos, tem sido já tentada.

Mas a decadência das nossas *Estâncias Termas* tem ainda como causa o atraso das unidades hoteleiras que servem esses *centros* e a sua cozinha, nem sempre capaz de se classificar como sofrível.

Não se concebe hoje a falta de água corrente nos quartos, quente e fria; em muitos dos Hoteis o arcaico dueto do «jarro e bacia» — por vezes esbotenado — é ainda habitual; e a mobília condiz, quase sempre, com o ar de velharia que se respira por todos os cantos. No entanto, pagam-se diárias como se ocupássemos a dependência de um Hotel de boa categoria.

Além disto, se um doente é mandado pelo seu médico para uma *cura de águas* e se faz acompanhar da sua família, surge a dificuldade do banho, porque nos Hoteis os quartos de banho são, quase sempre simbólicos — para vista e não para uso — e nos Balneários o banho diário só é possível com a inscrição; é bem conhecido que numas *Estâncias* se concede um banho de limpeza por semana e noutras se vai até aos dois. Sob este aspecto da higiene, evoluiu-se muito, mas nas *Estâncias Termas* continuam a vigorar as normas de 1900.

Também a mesa dos Hoteis é causa de muitas reclamações, dietas mal feitas e aos que não são doentes ou se serve uma comida adietada, ou se envereda

IODALOSE GALBRUN

IODO FISIOLÓGICO, SOLÚVEL E ASSIMILÁVEL

O PRODUTO CLÁSSICO PARA A IÓDOTERAPIA, CONSAGRADO
PELA EXPERIÊNCIA DE LONGOS ANOS

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

pelos repastos pesados, fora de todas as regras de uma alimentação sadia.

Não se compreende que vivendo esses Hoteis das águas que brotam nessas terras e estando aí a maioria dos seus hóspedes para fazer um tratamento, o médico da *Estância* não tenha autoridade para orientar e vigiar as dietas dos doentes que, transitóriamente, estão entregues aos seus cuidados.

São estas as objecções que muitos doentes formulam quando lhes é proposta uma *cura de águas*, não faltando a insistente referência aos preços exagerados que se cobram nos Hoteis que primam pelo desconforto.

Se estes inconvenientes se não verificassem, as nossas *Termas* poderiam ser aproveitadas como *Estâncias de repouso* para muitos doentes que não precisando das *águas*, careçam de uma convalescença ou de um descanso em meio diferente daquele em que vivem.

Este filão não tem sido aproveitado, nem o poderá ser enquanto persistirem estas razões que venho apontando e que poderiam ser remediadas, se houvesse uma noção clara das realidades actuais.

Modificados estes inconvenientes, também desaparecerão os queixumes pelas alcavalas cobradas para o *Turismo* nessas terras, onde não há as condições mínimas exigíveis para que se classifiquem como *Estâncias de turismo*.

Mas quando se pensar em aproveitar as *Termas* como *Centros de turismo*, não se esqueçam as diversões, que são

indispensáveis, tanto para os sãos, como para os doentes e que, nestes últimos anos, têm sido eliminadas quase por completo, transformando os *centros termas* em *Estâncias do silêncio e do tédio*.

Ao passar por muitas dessas terras, outrora tão animadas nos meses de verão, os que ultrapassaram os 50 anos não podem deixar de lastimar que se tivesse deixado fugir a gente nova, que de forma alguma se aclimata a uma vida morta, que nem aos velhos agrada e que só por necessidade pode ser suportada.

Não deixar estiolar as nossas *Estâncias Termas* e pô-las a servir também como *Estâncias de repouso e de turismo* — é a finalidade destas considerações que hoje aqui deixo despreziosamente e com o melhor interesse de ser útil. Por bem traduzo neste escrito o que há muito tempo penso sobre este assunto.

M. DA SILVA LEAL

Hospitais Civis de Lisboa

Concurso para assistentes de ortopedia e fracturas

Iniciou-se no Hospital de S. José, com a prova de Patologia Cirúrgica Geral, o concurso para o preenchimento de três vagas de assistentes de ortopedia e fracturas dos H. C. L., lugares criados pela recente reforma dos serviços daqueles Hospitais.

O Júri é constituído pelos cirurgiões

Drs. José Paredes, que preside; Baptista de Sousa, Ramos Dias, Celestino da Costa e Leopoldo Laires. São concorrentes os Drs. Silva Ramos, major Fernando Magalhães, Pais Chaves, Jorge Mineiro, José Botelho, Borja Araújo, Luís Alpoim, Manuel de Azevedo Gomes e Pedro Pais de Vasconcelos.

Movimento de Médicos

Por conveniência de serviço, o Enfermeiro-mor dos H. C. L., Dr. Emílio Faro, ordenou as seguintes transferências: do Dr. João Fraga de Azevedo, colocado no Serviço de Análises Clínicas do Hospital Estefânia, para o mesmo Serviço do Hospital Curry Cabral; da Dr.^a Alda Pamplona, colocada no Serviço de Análises Clínicas do Hospital de S. José, para o mesmo Serviço do Hospital Estefânia; do Dr. Brás Nogueira, que dirigia o Serviço de Fisioterapia do Hospital de S. José, para o mesmo Serviço do Hospital dos Capuchos, cabendo-lhe, também, a direcção dos Serviços de Fisioterapia dos Hospitais Estefânia e Arroios; do Dr. Mário Jaquet, assistente fisioterapeuta, do Hospital dos Capuchos para o Serviço de Fisioterapia do de S. José

A direcção do Serviço de Fisioterapia do Hospital de S. José passa a caber ao Dr. Alfredo Luazes Meyer, agora nomeado director de serviço da especialidade.

Na
anemia perniciosa
anemia macrocitária
anemia secundária
e como
preparado de protecção do fígado

Campolon e Campolon «forte»

O preparado hepático injectável que contém todos os elementos activos do fígado e uma elevada percentagem em vitamina B₁₂

Embalagens originais

Campolon: 5 ampolas de 2 cm³ com 12 γ de vitamina B₁₂

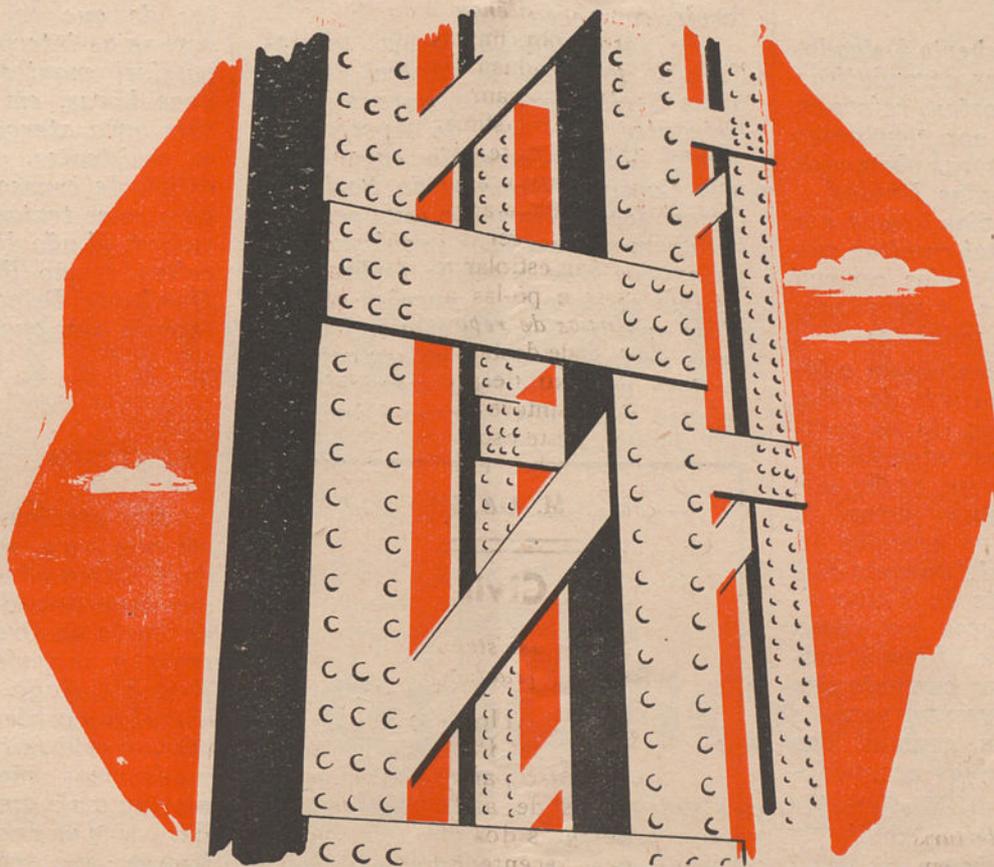
Campolon «forte»: 5 ampolas de 2 cm³ com 20 γ de vitamina B₁₂

Emb. hospitalar: 100 ampolas de 2 cm³ de vitamina B₁₂



»Bayer«
Leverkusen
Alemanha

Representação para Portugal: BAYER, LIMITADA
Largo do Barão de Quintela 11, 2.^o LISBOA



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

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

Por drageia
ou

Por colher das de sobremesa = 10 g.

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

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

ECOS E COMENTÁRIOS

A VELHA CONFERÊNCIA

O Sr. General Humberto Delgado, numa das suas crónicas aeronáuticas de «O Comércio do Porto», refere-se à grande actividade, aos constantes treinos a que são, agora, obrigados os aviadores dos Estados Unidos — o que os leva a ausências longas e a convocações súbitas. Daí resultou que a percentagem de divórcios cresceu nalgumas bases aéreas. A propósito, o ilustre oficial diz o seguinte:

«País prático, eficiente, sem a lágrima profissional ao canto do olho, pronta a cair, mas com ela no coração, o caso mereceu logo atenção oficial concreta. Desta forma, acabo, por exemplo, de ler notícia no jornal de que o meu ex-colega no conselho da ICAO, Tenente-general Laurence Kuter, agora Comandante da Universidade Aérea, estabeleceu um curso para as mulheres dos oficiais, tendente a pô-las mais ao corrente das generalidades dos diversos porquês justificativos da vida especial dos maridos, consequência das necessidades do serviço que os atira, constantemente, além-mar, nas grandes naves do Céu.

O curso consta de catorze horas de conferência. Claro que não são conferências do tipo português, essa monstruosa coisa que tem dado acesso à vida a tanto imbecil e inútil copador, escondido e perigoso, dos pensamentos dos outros, sob a protecção de um político ou de um doutor tipo «conselheiro Pacheco», mais idoso. Não. É a lecture anglo-saxónica, em casaca simples, com muitas perguntas no fim, em que não há doutores em cima e escravos em baixo, mas, sim, uma sociedade de mão dada em progresso».

Não há dúvida de que, em Portugal, se tem abusado muito da chamada conferência — até em cursos, que, pela sua natureza, deviam ser essencialmente práticos — que, como diz o Sr. General, na sua pitoresca mas sempre desempoeirada e sincera linguagem, há «doutores em cima e escravos em baixo». Esse género de «conferências» — com a dispersão por muitas coisas inúteis, pouco sumo e pouco espírito prático — são, em geral, inúteis, e esse panorama reflecte-se, sobretudo, na medicina — aliás, de todas as actividades culturais e científicas profissionais, de longe, aquela que se apresenta, entre nós, com mais larga projecção e eficiência. De resto, apesar destes e de outros defeitos, a verdade é que são os médicos aqueles que mais se entregam a actividades intelectuais no nosso país.

As conferências, como agora se usam em Portugal — e tantos são os médicos que as realizam — deveriam, em geral, ser substituídas por pequenas palestras, que provoquem dis-

cussão e levem os assistentes a intervir, com perguntas.

Foi isso o que, há pouco, se realizou no Dispensário Central de Higiene Social do Porto, para os participantes do Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário organizado pelo Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos. Em duas sessões, trataram-se de vários problemas relacionados com a sífilis (sobretudo, no que se refere às reacções serológicas quantitativas) e com as leucorreias (principalmente, no seu aspecto de luta anti-venérea); convidei seis colegas que trabalham no Dispensá-

rio a exporem, sucintamente, assuntos de que os encarreguei; seguiram-se as interpelações — e assim foi possível manter, durante cerca de duas horas, em cada uma das sessões, uma atenção da parte de todos os assistentes, que, certamente, era difícil de conseguir durante uma só hora se se tratasse duma conferência vulgar, já não digo «essa monstruosa coisa» (como lhe chama o General Humberto Delgado), mas dum conferente com qualidades de expositor.

M. C.

PRESTÍGIO

Em prefácio ao volume em que, em boa hora, se reuniram as lições do V Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário do Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos, escreve o seu vice-presidente, nosso ilustre colega Dr. Eugénio Corte-Real, a propósito destes cursos: — «O que está feito é bem pouco, sabemos-lo, mas não deixa por isso de atestar mais um nada levado a cabo. Eis o que se destaca, pois são as realizações que prestigiam, que o prestígio não se afirma, conquista-se. E a Ordem não o conquistará, nem junto dos seus membros nem fora, por benefícios, vantagens ou direitos que porventura obtenha ou deseje conseguir; o caminho é perfeitamente inverso: do prestígio que alcance lhe virão os direitos a que tenha jus».

Palavras incisivas, a demarcar a rota que uma nova geração vem apontando à Ordem, perante a indiferença e a incompreensão de alguns, a malquerença e a superior fatuidade de uns tantos.

Abúlicos, iluminados, cépticos, juntam-se para fechar a única rota que é possível seguir. Negativistas por sistema, por doutrina ou por oportunidade, associam-se aos extremistas do tudo ou nada, que da obtenção de um código de privilégios fazem condição essencial para alcançar tudo o mais que a Classe deseja e a que tem jus.

O caminho é perfeitamente inverso: de pequenos nadas, que juntos muito fazem, se há-de partir para firmar posições que, com o prestígio que suscitem ao alcançar-se, hão-de trazer, logicamente, o reconhecimento dos direitos que pouco importa afirmar se não se conquistarem previamente.

E o prestígio melhor se afirma numa disciplina interior que nos torne melhores e mais bem dotados, do que na liça por benefícios materiais imediatos ou nas escaramuças de falíveis preponderâncias e precedências.

Afirmar os princípios, atingir, sem calcá-los, o que as realidades consintam, fazer dos erros confissão



COMPLEXO B

	Tubo de 25 comprimidos	12\$50
Série fraca —		
	Caixa de 12 ampolas	22\$50
	Boião de 50 comprimidos	28\$00
Série forte —		
	Caixa de 6 ampolas de 2cc.	32\$00
Xarope —	Frasco de 170cc.	27\$00
Reforçado —	Boião de 20 cápsulas	35\$00



LABORATÓRIOS

DO

**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

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

IMUNOBIÓTICO-E

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

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

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

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

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

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

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

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

DEPÓSITO EM ANGOLA: JALBER, L.P.A. - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

autêntica que, como tal, implica contração e emenda, expurgar-se dos lapsos, castigar os que erram, cercear exibicionismos publicitários, cultivar o espírito, dilatar os conhecimentos, divulgar as técnicas profissionais, e, mais ainda, a cultura, promover a união e o entendimento dos núcleos de investigação e ensino com os centros de assistência e todos abrir aos clínicos que queiram crescer seus conhecimentos ou melhorar sua preparação, são tarefas que não implicam mais do que vontade firme, congregação de esforços, disciplina interior.

Disciplina interior que está na base da obra de reforma que se impõe e constitui alicerce indispensável do prestígio que a Ordem tem de alcançar, para que afirmá-lo não resulte ser, como até hoje, tarefa vã.

M. M.

PRÉMIOS DR. BLANCO SOLER

A Associação Espanhola de Médicos Escritores e Artistas, distribuiu, há pouco, os «Prêmios Blanco Soler», destinados a galardoar os melhores trabalhos sobre arte, história, literatura e filosofia em relação com a medicina, com livre escolha de tema, extensão e número de gravuras. Os trabalhos que aspirem a estes prêmios deverão ser remetidos em duplicado, em carta com um lema e acompanhado duma carta fechada na qual se indique o nome correspondente do autor, ao Secretário daquela Associação, Dr. Juan Fernandez Perez, calle Fuencarral, 113, Madrid, até ao dia 30 de Abril de 1955. O 1.º prémio é de 5.000 pesetas, medalha de ouro e diploma de membro ordinário da Associação; ao 2.º corresponde a importância de 2.500 pesetas, medalha de prata e diploma de membro ordinário; haverá ainda menções honoríficas para outros trabalhos, com medalhas de bronze e diplomas de membros correspondentes. A Associação reserva-se o direito de editar os trabalhos premiados.

Foram atribuídos os seguintes prêmios «Blanco Soler» referentes ao ano académico de 1953-54 (foram apresentados 24 trabalhos, entre os quais 3 alemães e 3 em inglês):

O primeiro prémio foi outorgado ao Dr. Leopoldo Cortejo, de Valladolid, cujo trabalho se intitula: «O poeta e o seu segredo; psicologia da lírica romântica»; o segundo ao trabalho intitulado «Retalhos de História e Medicina sobre a vida de Sancho el Fuerte de Navarro», da autoria do Dr. Luís del Campo Jesus, de Pamplona. Menções honoríficas foram atribuídas aos Drs. Eliseo Subiza Martín, de Madrid («A vida patológica de Filipe II»), Carlos Rico Avello, de Madrid («Médicos árabes na região de Tormir»), José Miguel Martínez, de Barcelona e Ricardo

Vela Diaz, de Madrid («Contribuição espanhola para a história do curare»), Gumercindo Diaz Lopez, de Madrid («A medicina no sistema filosófico de Platão»), António S. Santamaria, de Madrid («Biografia do Dr. Cardenal»), Felix Weisenfeld, da Alemanha («Artistas e obra artística»), Juluis Buscher, de St. Cloud, Minnesota, Estados Unidos («Uma última mensagem do médico»).

Este concurso constituiu, como se vê, um grande sucesso, e por em relevo, mais uma vez, o valor dos médicos escritores espanhóis, pelo que felicitamos a Associação Espanhola de Médicos Escritores e Artistas, a que pertencem, entre outros portugueses, os Profs. Egas Moniz e Reynaldo dos Santos e o nosso director, Dr. Mário Cardia.

Estão em moda os «Prêmios» para galardoar a actividade dos médicos publicistas e Portugal também segue estas tentativas de estímulo, o que há pouco salientamos, nesta mesma secção, a propósito dos prêmios criados pelos Laboratórios Vitória e Ciba. Dentro em breve, também «O Médico» anunciará «Prêmios» que esta revista resolveu conceder.

CONGRESSOS MÉDICOS EM S. PAULO

Durante o ano corrente, como parte das comemorações do centenário da cidade de S. Paulo, realizaram-se 50 Congressos culturais e científicos, de carácter nacional, pan-americano e internacional, entre os quais os seguintes ligados à medicina:

3.º Congresso Internacional da Associação Pan-Americana de oftalmologia, conjuntamente com o 8.º Congresso brasileiro de oftalmologia (temas oficiais: profilaxia da cegueira e progresso da terapêutica ocular); 19.º Congresso Internacional de Oto-neuro-oftalmologia (temas: perturbações metabólicas e avitaminoses do sistema oto-neuro-ocular); 2.º Congresso Brasileiro de Cardiologia; 2.º Congresso Latino-Americano de Ginecologia e Obstetrícia, conjuntamente com o 4.º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (temas: fisiopatologia de contracção uterina e suas aplicações à clínica, bases fisiológicas e resultados da cirurgia conservadora em ginecologia, estado actual da hormonologia placentária); 4.º Congresso Pan-Americano de Puericultura e Pediatria, conjuntamente com o 4.º Congresso Sul-Americano e com as 8.ªs Jornadas Brasileiras de Puericultura e Pediatria (temas: neuranoses e complicações encefálicas das doenças infecciosas, o problema do bócio endémico, o problema da desnutrição nos países latino-americanos, natalidade infantil na América do Sul, factores que determinam o baixo índice ponderal da criança americana, cirroses hepáticas na criança, mortalidade infantil); 1.º Congresso Latino-Ameri-

ricano de Saúde Mental (temas: aspectos psiquiátricos nos emigrados, psicogénese das úlceras pépticas, estado mental dos leucotomizados, psico-dinamismo do processo analítico); 5.º Pan-Americano de Gastroenterologia; 6.º Congresso Internacional do Cancro; 3.ª Reunião da Sociedade Brasileira de Crenologia e Climatologia; 1.º Congresso Brasileiro de Antropologia Física.

NASCEU UMA CRIANÇA COM A DENTADURA COMPLETA

Na cidade britânica de Glasgow, acaba de nascer uma criança do sexo masculino que apresenta esta particularidade notável: nasceu com a dentadura completa!

Na alvoraçada discussão que o assunto suscitou através dos jornais, um médico afirmou que, embora raro, o fenómeno não pode ser considerado único. E recordou o caso do Rei Ricardo III. Antes que este fosse apunhalado pelo Rei Henrique — tal como a cena é repetida no drama de Shakespeare — a sua vítima diz-lhe: «Dentes tinhas na tua boca quando nasceste, para dares a entender que vinhas morder o mundo!».

Estará certa a interpretação?

Para já, porém, sendo caso único ou não, o que é certo é que em Glasgow nasceu uma criança com todos os dentes no seu devido lugar...

(Do «Diário do Norte» — 5-XI-1954).

A INVESTIGAÇÃO MÉDICA NOS E. U.

O Dr. Gunnar Gundersen, membro do Conselho Geral da Associação Médica Americana, dizia, recentemente, no órgão da Associação Médica Mundial, que a investigação médica nos Estados Unidos custa, por ano, cerca de 200.000.000 de dólares, isto é, mais do que o actual orçamento geral do Estado português; quase metade desta importância é gasta pelas firmas farmacêuticas.

A investigação médica americana actual, agora, sobretudo contra o cancro, as doenças cardíacas, as doenças mentais, as artrites e as neuropatias. Os progressos realizados pela investigação médica durante as últimas décadas são avaliados pela salvação de vidas humanas. O «New York Times» disse recentemente que no período entre 1937 e 1950 a proporção de mortes nos Estados Unidos baixou 15 por cento, o que foi devido principalmente às descobertas das drogas sulfa e dos antibióticos. Esta diminuição representa 1.763.347 vidas salvas. Esta diminuição, calcula o «Times», significa que o poder de ganho das pessoas dos Estados Unidos aumentou quase 3 biliões de dólares; isto é, o Governo, ganhou mais de 447 milhões de dólares em impostos, pelo que se refere apenas a um ano.

1.ª REUNIÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

EM COIMBRA

No dia 25 de Outubro passado, realizou-se em Coimbra, no Salão Nobre dos Hospitais da Universidade, sob a presidência do Reitor da Universidade, Prof. Maximino Correia, a 1.ª reunião da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e de Ginecologia.

O Estatuto da recém-constituída Sociedade estabelece que, de dois em dois anos, se deve realizar uma sessão plenária e sessões ordinárias, em datas a determinar pela Direcção. A reunião de Coimbra deve ser considerada como plenária e constituiu um grande sucesso, já pela grande concorrência que se verificou, já pela grande quantidade de comunicações que apresentara o programa. Não houve, porém, tempo de apresentar todos os trabalhos, muitos dos quais serão tratados em reuniões futuras.

A sessão solene da inauguração, com a sala cheia, realizou-se de manhã; os trabalhos foram apresentados à tarde. Na sessão inaugural da Sociedade, ladeavam o presidente: Profs. Cerqueira Gomes (Presidente da Ordem dos Médicos), Novais e Sousa (Presidente da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e de Ginecologia), Francisco Gentil (Director do Instituto Português de Oncologia), João Porto (Director dos Hospitais da Universidade de Coimbra), Freitas Simões (vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e de Ginecologia) e Drs. Moura Relvas (Presidente do Conselho Regional de Coimbra da O. dos M.) e Sanches da Gama (Delegado de Saúde de Coimbra).

Falou, em primeiro lugar, o Prof. Novais e Sousa, cuja conferência publicamos na parte geral deste mesmo número de «O Médico».

A seguir, o Prof. Dr. Pedro da Cunha (Secretário da Sociedade) disse o seguinte:

As minhas primeiras palavras são de cumprimento e homenagem — que rendidamente presto ao Governo da Nação, permitindo-me destacar S. Ex.^ª o Senhor Ministro da Educação Nacional, que saúdo na pessoa do Magnífico Reitor da Universidade, que nos honra com a sua presença; aos Professores e aos Colegas; e a todos V. Ex.^{as}, meus Senhores, que

estão tendo a bondade e a paciência de me escutar.

É de festa, o dia de hoje, para a tocoginecologia portuguesa.

E é de festa, porque vamos inaugurar, oficialmente, nesta sessão solene, a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia.



Sessão inaugural da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia

Velha aspiração de todos os médicos que cultivam a especialidade, é compreensível que a sua realização e concretização nos encham o coração de alegria.

Nas rápidas palavras com que me propuz celebrar o acontecimento, deliberadamente puz de parte a recordação dos obstáculos que nos mortificaram, durante anos e anos de luta, até conseguirmos ver convertido em realidade o nosso antigo desejo.

Neste momento, pretendo apenas recordar, com emoção, aquele dia de Fevereiro do corrente ano, precisamente o dia 10 de Fevereiro de 1954, não me posso esquecer, em que, no anfiteatro da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, no qual se encontravam reunidos cerca de 30 dos nossos confrades, sob a presidência do distinto professor Freitas Simões, nos foi comunicado por Sua Ex.^ª que os Esta-

tutos da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia tinham sido aprovados por despacho ministerial de 19 do mês anterior.

Procedeu-se, depois, à eleição da Comissão Central da nossa Sociedade, o que se fez por aclamação.

Como era de justiça, foi eleito para

Presidente da Comissão o ilustre Professor Novais e Sousa.

Honrando este Mestre insigne, honramos também a velha Universidade, a cujo Corpo Docente pertence, e também esta adorável cidade de Coimbra, tão intimamente ligada à sua vida de trabalho e que o conta como um dos seus filhos adoptivos mais queridos.

O professor Novais e Sousa bem merece esta pública e maciça consagração, em especial por parte daqueles que, no nosso País, trabalham neste ramo da medicina.

O meu desejo era traçar, com precisão e para edificação e aproveitamento de todos, o perfil intelectual do Professor Novais, mas, como, para tal, não posso deixar de reconhecer a insuficiência dos meus méritos, limitar-me-ei a

COMBISTREP*

(SULFATOS DE ESTREPTOMICINA E DIHIDROSTREPTOMICINA)

REDUZ A OTOTOXICIDADE

Pfizer

À VENDA EM TODAS AS FARMÁCIAS, EM FRASCOS DE 1 GRAMA

* Marca registada de Chas. Pfizer & C.^o, Inc.

sublinhar os traços mais característicos da sua notável personalidade.

O Professor Álvaro Fernando de Novais e Sousa, Lente Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e seu Director, licenciou-se em 1912, com a classificação de 20 valores.

Professor ordinário de medicina operatória e pequena cirurgia em 1920, passou a Professor Catedrático de Clínica Obstétrica em 1921.

De 1926 a 1930, foi Director dos Hospitais da Universidade.

Director da Maternidade Dr. Daniel de Matos, Professor ilustre a cuja memória rendo o meu preito, o Professor Novais e Sousa prosseguiu com brilho a obra científica do seu Mestre, de quem foi sempre Discípulo querido

Em todos os sectores em que tem trabalhado o Professor Novais e Sousa tem demonstrado possuir apurado espírito de investigador, permanentemente atento aos progressos da sua especialidade.

Desempenhando com o maior brilho e distinção todos os cargos a que, por força da sua inteligência e saber, tem ascendido, parece-me difícil e talvez arrojado procurar especializar qualquer faceta da sua múltipla actividade.

Em todo o caso, permitam-me V. Ex.^{as} que ponha particularmente em foco a sua actuação como professor.

Dominado pela preocupação de habilitar óptimamente os seus discípulos e de os preparar eficientemente para a vida prática, o professor Novais nunca se poupou a quaisquer esforços, tendo sempre mantido a sua criteriosa orientação, com persistência e boa vontade jamais desmentidas, através da sua longa carreira de Mestre.

As suas lições, seja qual for a natureza dos assuntos tratados, são sempre claras, elegantes e atraentes.

Por estas razões, também se pode afirmar, sem receio de contradita, que todos aqueles que receberam o seu ensino lhe conferem um lugar de especial consideração e destaque entre os que foram seus professores.

E esta paga, permita-se a expressão, estou certo de que há-de constituir carinhoso consolo para o humaníssimo espírito do ilustre Catedrático.

Com simplicidade e, infelizmente, sem brilho, procurei esquiçar rapidamente a figura do professor Novais e Sousa, passando em claro muitos passos importantes da sua vida e notas que interessam

para o conhecimento da sua personalidade, como sejam os congressos em que tomou parte, as missões de estudo que efectuou, outros cargos que exemplarmente exerceu e exerce, as Sociedades de que é sócio, as condecorações com que justamente foi galardoado, os livros, monografias e artigos que tem escrito—mas, como disse, o meu desejo era apenas vincar e pôr em relevo algumas das feições mentais mais predominantes do nosso ilustre Presidente e, ao mesmo tempo, prestar-lhe, em meu nome e no de todos os presentes, a mais calorosa e sincera homenagem.

Comecei por afirmar que o dia de hoje era de festa para a tocoginecologia portuguesa.

Volto agora a repeti-lo, ao terminar as minhas considerações, fazendo votos para que a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia possa vir realmente a desempenhar uma missão de alto nível na vida da Medicina Portuguesa.

Finalmente, o Prof. Maximino Correia, apresentou em seu nome e em nome do Snr. Ministro da Educação Nacional (que representava), saudações à nova Sociedade. Bordando diversas considerações sobre os discursos que acabava de ouvir e a respeito das actividades da Sociedade cuja sessão inaugural decorria, o Snr. Reitor da Universidade de Coimbra deseja à Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e de Ginecologia as maiores felicidades.

A seguir, num dos restaurantes de Coimbra, realizou-se, sob a presidência do Prof. Novais e Sousa, um almoço, que reuniu uma grande parte dos assistentes a esta memorável reunião, com parte de representação, não só de ginecologistas e obstetricistas dos três principais centros do País, mas também da província.

À tarde, decorreu, com larga concorrência e animação, a sessão cujo programa era o seguinte:

Conferência pelo Prof. Francisco Gentil sobre «Aspectos cirúrgicos dos miomas uterinos».

Comunicações:

De LISBOA:

- 1—A propósito dum caso de cório-angioma, pelo Prof. Pedro da Cunha.
- 2—Estudo da contracção uterina após a dequitação—Primeiros ensaios com várias substâncias de acção contráctil sobre a fibra muscular, pelos Drs. E. Montargil, Maria do Rosário do Carmo, Luís Vicente e Rosa Machado.

- 3—O segmento inferior e o cérvix na dilatação — Unidade ou dualidade anatómica e funcional?, pelo Dr. Tibério Antunes.
- 4—Sobre tratamento das mastites puerperais, pelos Drs. J. Braz e A. Farinha.
- 5—Nova orientação no parto dirigido — Resultados dos primeiros casos, pelo Dr. A. Vaz Caldas.
- 6—Desencadeamento do trabalho de parto com o cateter de Drews—Apresentação de alguns casos, pelo Dr. Shearman de Macedo.
- 7—Algumas considerações sobre os casos de rotura uterina na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, de 1946 a 1953, pelo Dr. A. Rocha.
- 8—Histerectomia total nas afecções ginecológicas benignas, pelo Dr. António Mendes Ferreira.

Do PORTO:

- 9—Contribuição para o estudo da invasão microbiana do líquido amniótico durante o trabalho.
- 10—Um caso de estenose esofágica fetal associada a hidrâmnio, pelo Prof. Gonçalves de Azevedo.
- 11—Ultra-sons em ginecologia, pelos Drs. Mário Cardia e Alberto Vieira da Cruz.
- 12—A colpocérvico-citologia no diagnóstico do cancro uterino, pelos Drs. Mário Cardia e Albino Aroso.
- 13—Um caso de gravidez tubária a termo.
- 14—Um caso de roturas do útero em gestações consecutivas, pelo Dr. Carlos Ramos Fernandes.

De COIMBRA:

- 15—Alguns aspectos da fisiopatologia da eclampsia.
- 16—Gravidez ectópica — Frequência, diagnóstico e resultados terapêuticos dos casos tratados na Maternidade Dr. Daniel de Matos, pelo Dr. Ibérico Nogueira.
- 17—O «Trilene» em obstetrícia.
- 18—Um caso de inundação peritoneal provocada por rotura tubária, sem gravidez.
- 19—Tuberculose e endometriose da trompa com inundação peritoneal, simulando gravidez ectópica.
- 20—Amolgamento do parietal provocado pelo promontório, pelo Dr. Albertino Barros.
- 21—Algumas considerações sobre miomas calcificados.
- 22—Histoterapia nas anexites e cervicites, pelo Dr. Moreno Pinheiro.
- 23—O forceps, na clínica Dr. Daniel de Matos, nos últimos dez anos, pelo Dr. Freitas Pereira.
- 24—Reacção de mainini mais rápida, usando hialuronidase.
- 25—Parto espontâneo após comissurotomia mitral, pelo Dr. Mário Luís Mendes.

Dr. Henrique Gomes de Araújo (Filho)

Um grupo de médicos amigos do Dr. Gomes de Araújo (Filho) reuniu-se à sua volta, num jantar de homenagem e congratulação, pela sua viagem de estudo aos centros psiquiátricos da América do Sul. O jantar teve um carácter íntimo, tendo sido evitada a sua divulgação, por vontade expressa do homenageado. «O Médico» felicita o Dr. Gomes de Araújo (Filho) pelos seus êxitos científicos e salienta os dotes de carácter que tanto o distinguem.



E. TOSSE & C.^a
HAMBURGO

Bismogenol

O MAIS PODEROSO ADJUVANTE DOS ANTIBIÓTICOS MODERNOS

A aplicação combinada de BISMOGENOL e Penicilina provoca uma multiplicação do efeito total, o que se torna vantajoso não sómente no tratamento da LUES mas também nitidamente em todas as infecções STREPTOCÓCICAS (Heite e outros). O BISMOGENOL e a Penicilina podem ser administrados em seringa mixta; a vantagem especial que isso permite está na possibilidade de um ajustamento exacto das doses individuais.

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

SUB AGENTE: A. G. GALVAN — R. da Madalena, 66-2.º — LISBOA

HOSPITAL DO ULTRAMAR

Realizou-se no dia 27 de Outubro passado, a sessão inaugural do novo ano académico das actividades científicas do corpo clínico do Hospital do Ultramar, a que presidiu o Sr. Ministro do Ultramar, Comandante Sarmiento Rodrigues, ladeado pelos Srs. Ministro do Interior, Dr. Trigo de Negreiros, e Subsecretário de Estado do Ultramar, Prof. Raul Ventura.

Aberta a sessão, o Director do Hospital, Dr. João Pedro de Faria, começou por cumprimentar os membros do Governo ali presentes, aos quais agradeceu o interesse que têm demonstrado pelo Hospital do Ultramar, após o que exaltou os benefícios do intercâmbio mantido entre os médicos da Metrópole e do Ultramar, pondo, a propósito, em evidência, o importante papel que aquele hospital desempenha naquele campo. Afirmou, depois, as vantagens recíprocas daquela colaboração, tanto para os clínicos metropolitanos, como para os ultramarinos.

Prosseguindo, disse que o Hospital do Ultramar conta, hoje, também, no seu corpo clínico, um importante escol de profissionais dos estabelecimentos de ensino e hospitalares metropolitanos: muitas têm sido as missões que lhes têm sido conferidas em serviço do Ministério do Ultramar. Por outro lado, os Hospitais Civis têm franqueado as suas clínicas ao aperfeiçoamento técnico de médicos do Ultramar, de tudo resultando um melhor conhecimento em proveito de ambas as instituições.

Falou, ainda, do que tem sido feito em prol dos doentes pobres dos bairros confinantes e que representa a contribuição do Ultramar na obra de assistência social da Metrópole.

Por fim, historiou a actividade científica do corpo clínico no último ano e apresentou o conferencista da noite, o Dr. Almerindo Lessa, director dos Serviços de Sangue dos H. C. L. e do Hospital do Ultramar, que falou de «Centro de Sangue do Hospital do Ultramar; suas relações e importância na rede assistencial das Províncias Ultramarinas».

O orador começou por se referir à importância dos últimos congressos do sangue, que se realizaram em Paris, explicando, em seguida, por que razão a hematologia, a hemoterapia e a reanimação são, hoje, disciplinas médicas que tanto interessam o clínico como a investigação, como o próprio Estado, que é forçado a ocupar-se do seu aspecto médico-social. O conferencista, que fez, a traços largos, a história crítica daquelas disciplinas científicas, descrevendo os passos mais importantes da história de cada uma, procurou, sobretudo, sublinhar quais os problemas que ainda se encontram em estudo e que possibilidades oferecem, para a sua solução, os adiantamentos técnicos actuais.

Fez, ainda, um breve resumo da história da transfusão de sangue em Por-

tugal, pôs em paralelo as organizações metropolitanas com as ultramarinas e enunciou as dificuldades que se torna necessário e urgente resolver. No plano de organização do Ultramar, destacou, por fim, o papel de relevo que cabe ao Hospital do Ultramar de Lisboa, que, além de um centro assistencial, deve desempenhar o papel de preparação e aperfeiçoamento do pessoal técnico daqueles territórios.

O Sr. Ministro do Ultramar felicitou, em seguida, o Dr. Almerindo Lessa, cuja lição classificou de magistral, dizendo que ele conseguira dar a ideia

do que se tem feito. Felicitou também o Director do Hospital, pelos progressos conseguidos, a propósito do que fez o elogio do corpo clínico, constituído por elementos valiosíssimos, que honram a ciência que servem e o Hospital do Ultramar.

O Sr. Comandante Sarmiento Rodrigues agradeceu, depois, ao seu colega da pasta do Interior, o ter ali ido. Este Hospital — disse — funciona com a valiosa colaboração de muitos elementos metropolitanos, e não só serve os funcionários do Ultramar, como também é um elemento de valor no conjunto dos hospitais de Lisboa. V. Ex.^ª, com a sensibilidade que o distingue, não lhe passou despercebido esse as-

SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»
DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-KAPA

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-TIAZOL

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

pecto, e por isso quis dar-nos a honra da sua presença nesta sessão.

No final, foram projectados dois filmes sonoros, em francês, sobre os Serviços de Sangue dos Hospitais Cívicos de Lisboa, e dos hospitais de Lourenço Marques e da Índia.

*

No dia 3 realizou-se no mesmo hospital, sob a presidência do seu director, a segunda reunião do presente ano académico, na qual os Drs. Pedro Monjardino e Seabra Dinis apresentaram um trabalho intitulado «Parto sem dor?; Parto sem medo?; Parto natural?».

Abriu a sessão o Dr. João Pedro de Faria, que, depois de se referir à sessão inaugural, efectuada uma semana antes, disse que esta sessão constituía mais uma manifestação do salutar espírito de intercâmbio e colaboração.

Seguidamente, o Dr. Pedro Monjardino, director do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia daquele hospital, começou por fazer um resumo histórico da luta contra a dor, durante o parto, através os tempos. Expôs, depois, o método psico-profiláctico do parto sem dor, seguido pelo Dr. Fernand Lamaze, em Paris, do qual já beneficiaram mais de 3.000 mulheres. Neste método, em que se não empregam drogas, apenas se ensina à mulher o que é o parto, qual o seu mecanismo, o que se passa durante a gravidez, acabando com a ignorância e com o medo do parto.

Seguidamente leu passagens de relatórios de parturientes que, entre nós, já beneficiaram do método e, finalmente, apresentou a estatística referente aos casos do Serviço.

Seguiu-se-lhe o Dr. Seabra Dinis, chefe de clínica do Hospital Júlio de Matos, que explicou as bases teóricas daquele método.

Começou por referir que, desde há muito, se multiplicam as tentativas, nem sempre de maneira científica e inofensiva, para atenuar as dores do parto. Nesse sentido, há pouco mais de um século, passou a utilizar-se, também, a anestesia, logo após a sua descoberta. Todavia, os inconvenientes dos métodos aplicados, quer pelo seu custo ou complexidade de técnica, quer, sobretudo, pelas consequências negativas do agente anestésico, no que respeita à saúde da mãe, do filho e ao próprio acto do parto, não têm satisfeito completamente os parteiros, que continuam em busca de algo mais aperfeiçoado.

Era sabido, desde há muito, que há certas mulheres, sobretudo nos meios mais primitivos, que, espontaneamente, têm partos sem dor. Isso levou a supor que o parto, função fisiológica por excelência, não terá de ser, forçosamente, doloroso, tanto mais que possuímos no nosso corpo outros órgãos (intestinos, bexiga, vesícula biliar, etc.) que, semelhantemente ao útero, se contraem para

expulsar o seu conteúdo e, nem por isso, costumam ser dolorosos.

Com tal linha de raciocínio, o parteiro inglês Grantly Read começou, há mais de 20 anos, uma campanha tenaz para o sofrimento da mulher durante o parto, mostrando que, nas nossas sociedades, ela está habitualmente preparada para ter um parto doloroso, por sempre ter ouvido dizer que esse constitui um dos momentos mais cruciantes da vida feminina. Todavia, Read não conseguiu ser devidamente acolhido e compreendido. É que, entre mais, a falta de uma sólida estruturação teórica dificultava a aceitação e difusão das novas ideias.

Mas o aprofundamento das descobertas de Pavlov, desde o princípio do século, sobre a actividade nervosa superior, os numerosos trabalhos experimentais sobre a dor e os reflexos condicionados, bem como sobre estes e a sensibilidade interoceptiva, em especial a respeitante ao útero, permitiram dar um decisivo passo em frente e estruturar a teoria e a prática do verdadeiro parto sem dor e sem droga. É de acordo com estes trabalhos, que, na União Soviética e, depois, em múltiplos países (actualmente já em mais de 16), se pratica o método psico-profiláctico das dores do parto, o que permite às mulheres, sem qualquer droga medicamentosa, sentirem a verdadeira alegria da maternidade, que definitivamente deixou de ser para elas uma função dolorosa e mesmo cruciante, tão amargamente suportada.

Em Portugal, o método igualmente começou a ser empregado desde Junho no Hospital do Ultramar e os resultados já obtidos confirmam plenamente que, também entre nós, é possível obter êxito semelhante.

No final da sessão, foi exibido um filme-documentário, realizado no Centro Policlínico do Dr. Pièrre Rouqués, de Paris.

Prof. Vítor Fontes

Foi conferido ao Prof. Vítor Fontes, director do Instituto Aurélio da Costa Ferreira, o Prémio da Fundação Mundial «Pestalozzi». Por ocasião da entrega daquele prémio, efectuada no «Pestalozzianum», de Zurique, o Prof. Stettbacher, director da Fundação, pôs em relevo os méritos do Prof. Fontes, que — disse — reorganizou notavelmente o Instituto Aurélio da Costa Ferreira e conquistou renome mundial. Concluiu por fazer o elogio das suas obras sobre o «desenvolvimento da criança».

HOMENAGENS

Ao Dr. Jaime Moreira

Redundou em significativa homenagem ao Dr. Jaime Moreira, de Carreço, uma festa realizada naquela freguesia, em benefício do Posto de Assistência Médica. O homenageado exerce a sua profissão naquela freguesia há mais de 40 anos, com proficiência e dedicados serviços àquele posto.

Na Sociedade Instrução e Recreio realizou-se uma sessão solene, a que presidiu o Governador Civil do distrito e a que assistiram o Presidente da Câmara, o reitor, professores, corpos gerentes da Sociedade e muitas outras pessoas. Discursaram, pondo em relevo as invulgares qualidades do Dr. Jaime Moreira, os srs. professor Aurélio do Vale, Mário Jácome, presidente da direcção, Presidente da Câmara municipal e Governador Civil. Depois foi descerrado o retrato do homenageado, o qual agradeceu as provas de consideração e estima de que fora objecto. Na biblioteca da Sociedade foi oferecido um copo-de-água, que deu ensejo à troca de brindes a que se seguiu baile. A recolha de oferendas a favor do Posto de Assistência Médica teve apreciável êxito.

Ao Dr. Cipriano Mendes Dórdio

Em Setúbal no liceu local, realizou-se no dia 6 do mês findo uma homenagem ao Dr. Cipriano Mendes Dórdio, director do Sanatório Marítimo do Outão e professor daquele estabelecimento de ensino, onde exerceu o magistério durante 30 anos, desempenhando por duas vezes, durante largos períodos de tempo, as funções de reitor, que, ultimamente, exercia. Num dos anfiteatros do liceu, o Dr. Mendes Dórdio deu a sua última lição, à qual assistiram muitos dos seus actuais e antigos alunos e pessoas de relevo social. Depois, no salão de festas, que estava repleto, vendo-se entre a assistência muitas senhoras, realizou-se uma sessão solene de homenagem ao professor que se despedia. Presidiu o vice-reitor, Dr. Mendonça e Costa, ladeado pelo Dr. Mendes Dórdio e major Marques, representante do Ministério da Educação Nacional, tendo sido lidas algumas mensagens dirigidas ao homenageado. Foi-lhe entregue, em seguida, uma lembrança dos seus alunos e, depois de vários discursos, nos quais foram postas em evidência as qualidades de mestre, médico ilustre e cidadão exemplar do Dr. Mendes Dórdio, sendo, no final descerrado o seu retrato, na reitoria do liceu.

A VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 21 a 28 de Novembro)

Dia 21 — Realizam-se Cortejos de Oferendas na Régua, em Espinho e Paços de Ferreira, todos destinados aos hospitais das Misericórdias locais. O da Régua rende mais de 400 contos, 200 o de Espinho e cerca de 30 o de Paços, que é muito prejudicado pelas chuvas. O primeiro destina-se na sua totalidade a cobrir parte da comparticipação que cabe à Misericórdia nos encargos da construção do novo hospital. Este tem as obras orçadas em 2.400 contos, dos quais o Estado comparticipa com cinquenta por cento.

22 — Inicia-se a 24.^a Semana da Tuberculose. Em Lisboa assinala-se o primeiro dia com exames radiográficos pulmonares gratuitos.

O Dr. Carvalho Dias, profere no acto inaugural, aos microfones da Emissora, uma palestra divulgando a atenção e o cuidado permanentes que o I. N. A. T., dedica à sua actividade em prol da saúde física do País. Promovendo a afixação de conselhos profiláticos e elementos estatísticos, destinados a divulgar os meios através dos quais é possível atenuar, combater e evitar um dos males mais vastos da nossa época; levando a efeito uma campanha de «slogans» e conferências que visam o mesmo fim, o I. N. A. T., no decorrer desta semana, vai assim intensificar, com a colaboração da Imprensa, da Rádio e do Cinema, a sua humanitária e patriótica actividade.

Uma das unidades móveis de radiostreio do tórax, do I. N. A. T., foi colocada em pleno Rossio. Durante toda esta semana a população de Lisboa pode ser ali observada gratuitamente, na moderna aparelhagem com capacidade para proceder a uma centena de exames por dia, revelando no prazo de 24 horas o estado do doente.

A unidade móvel instalada no Rossio — e junto à qual foi erguida uma barraca de serviços de campanha da Cruz Vermelha para efeitos burocráticos — é muito visitada durante o dia tendo afluído muitas pessoas que são observadas e radiografadas.

Intensifica-se assim a interessante campanha do combate à tuberculose, a que têm dedicado o melhor da sua existência o Dr. Casanova Alves, chefe dos serviços do I. N. A. T. e o Dr. Dinis Sampaio, seu assistente.

Na próxima quarta-feira, nas ruas da capital começará o peditório para o I.N.A.T.

— Em Coimbra, com uma sessão na Escola Normal Social, principia a II Semana da Tuberculose. Abre a sessão o Dr. José dos Santos Bessa, que fala sobre os objectivos da campanha contra a peste branca, referindo-se ao que foi a I Semana, realizada o ano passado e fez algumas considerações sobre o programa da Semana agora iniciada. Em seguida, o Dr. João Carlos Moura Marques, assistente do Centro de Profilaxia e Diagnóstico da Zona Centro, profere uma conferência subordinada ao título «O valor do B.C.G. na profilaxia da tuberculose». No final, os oradores foram ovacionados pela numerosa assistência, que se encontrava na sala.

— Pela Direcção Geral de Assistência foi concedido um subsídio de duzentos mil escudos à Santa Casa da Misericórdia e Hospital de S. Marcos, de Braga.

— Em Aveiro, o Governo Civil dá posse à comissão administrativa da Santa Casa da Misericórdia desta cidade, que fica constituída pelos: Dr. Fernando Moreira, presidente; Dr. Francisco de Matos Chaves, Dr. Arménio Martins, Dr. Euclides Simões de Araújo, Dr. José Gomes Bento, Dr. An-

tónio Rocha, José Maria Vilarinho, João Nunes da Rocha, Armindo Neves Deus, Manuel Reis Baptista, Manuel Marques Mostardinha e Jerónimo Mascarenhas Júnior. Esta comissão substitui a Mesa da mesma instituição, que, por despacho do Subsecretário de Estado da Assistência, de 13 deste mês, foi dissolvida com base num inquérito, feito em Outubro último, que concluiu pela nulidade da reeleição da mesma Mesa, realizada, há quase dois anos — em Dezembro de 1952.

— Na sua reunião a mesa da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães toma conhecimento, dentre outros assuntos, duma circular, referente ao despacho do Subsecretário de Estado da Assistência Social, de 28 de Setembro, a qual estabelece novos escalões respeitantes à respectiva

capitação individual, para efeito de internamento de doentes.

23 — É nomeado o 1.^o tenente Fernando Dinis, secretário-tesoureiro do Conselho Administrativo do Instituto de Biologia Marítima.

— São aprovados os estatutos da «Obra de Assistência à Criança Mirandesa», de Miranda do Douro.

— O Dr. Abel Varzim profere na Maternidade do Dr. Alfredo da Costa, em Lisboa, uma conferência sobre «As questões sociais perante a doutrina da Igreja».

— Nos termos do Código Administrativo são apresentadas ao Governo as listas dos novos vereadores. São muitos os médicos que ocupam esses cargos nos diversos municípios do País. Em Lisboa, como efectivos os Drs. Eduardo Neves e



LEUKOPLAST

O ADESIVO DE CONFIANÇA

Graças a intensas e perseverantes investigações, LEUKOPLAST, mantém-se sempre na vanguarda do progresso. Novas matérias obtidas por síntese ou descobertas na natureza, entram na sua composição, e o equipamento técnico que as elabora, e produz o LEUKOPLAST, é o mais perfeito e moderno.

UM PRODUTO DE:

P. BEIERSDORF & CO. A. - G. — HAMBURGO — ALEMANHA

REPRESENTANTES:

PESTANA & FERNANDES, LDA.
Rua da Prata, 153-2.^o Lisboa

Manuel Vicente Moreira. No Porto os Drs. José Frazão Nazareth, Paulo Sarmento de Carvalho e o Prof. Correia da Silva.

— Noticiam de Vila do Conde que acaba de ser nomeado médico do posto da Federação das Caixas de Previdência, instalado nesta vila, o Dr. José Maria de Sousa Pereira, a quem a população vilandense já manifestou a sua simpatia e a sua gratidão, oferecendo-lhe, por subscrição pública, um automóvel.

24 — Em Viana, no salão nobre da Câmara Municipal, profere uma conferência integrada na Semana da Tuberculose, o Dr. Napoleão Mesquita da Silva, director do Sanatório Marítimo da Gelfa. O director do Dispensário Antituberculoso desta cidade, Dr. Elío de Vasconcelos Dias, profere igualmente uma palestra.

— Em Coimbra, na Escola de Enfermagem Rainha Santa Isabel, o Dr. Jorge B'scaia da Silva Pinto, fala sobre «O valor do rádio-rastreo na profilaxia da Tuberculose». É ouvido por numeroso público, entre o qual muitos médicos e enfermeiros.

— Pelo Ministro das Obras Públicas, são concedidas, entre outras, as seguintes comparticipações: às Santas Casas da Misericórdia de: Cabeceiras de Basto, para construção do Hospital sub-regional, reforço, 396.718\$80; e Guimarães, para adaptação de umas dependências a lavanderia, no seu hospital, 465.580\$80; às Santas Casas da Misericórdia de: Fundão, para construção de um posto de transformação no seu hospital, 30.225\$50; e Sertã, para aquisição de mobiliário e equipamento destinado ao seu hospital, 108.470\$00; às Santas Casas da Misericórdia de: Matosinhos, para aquisição de equipamento de estomatologia, 12.330\$00 e Porto, para aquisição de aparelhagem destinada aos serviços de radiologia e de fisioterapia do seu hospital, esc. 683.000\$00; às Santas Casas da Misericórdia de: Ponte do Lima, para construção do novo hospital sub-regional, reforço, esc. 166.307\$70, e aquisição de uma mesa de operações para grande cirurgia, 8.000\$00, e Viana do Castelo, para beneficiação geral do edificio do seu hospital, 26.400\$00; e ainda ao Centro de Assistência Social de Vila Nova de Tazem, 17.000\$00; à Santa Casa da Misericórdia de Freixo de Espada-à-Cinta, para adaptação do edificio do velho hospital a asilo, 134.000\$00; à comissão administrativa da Misericórdia de Viseu para reparações no Asilo de Inválidos Viscondessa de S. Caetano, reforço, esc. 30.000\$00.

25 — Dizem de Macedo de Cavaleiros que o serviço do Hospital da Santa Casa da Misericórdia está, enfim, entregue, desde o passado dia 11, às Irmãs Franciscanas Hospitaleiras, velha aspiração de quantos, têm vivido as horas boas e más da prestimosa e benemérita instituição de bem-fazer.

— No salão dos Bombeiros Voluntários de Vila Praia de Ancora, e também integrada na «Semana da Tuberculose», faz uma conferência o Dr. Luís dos Santos Guerreiro.

— No Porto, no Hospital Geral de Santo António, tem lugar a 2.ª conferência do «Symposium sobre Geriatria», organizado pelo Dr. Veiga Pires. É conferente o Dr. Castro Alves, que fala sobre «Perturbações mentais do climatério e da senilidade».

26 — Prosseguem, com o maior êxito, todas as actividades integradas na «II Semana da Tuberculose», em Coimbra, que está a decorrer. O Dr. António José de Aguiar profere, na Escola de Enfermagem «Dr. Ângelo da Fonseca» uma conferência em que fala sobre «O profissional de enfermagem perante a luta antituberculosa», que tem a assistência de professores e alunos daquela escola, além de muitas outras pessoas. Até à esta data, foram já feitas, gratuitamente, mais de mil e quinhentas micro-radiografias, nos postos instalados na B. C. G. e F. N. A. T.

— Em Caminha, realiza-se, no salão nobre dos Paços do Concelho, uma conferência integrada na «Semana da Tuberculose». É conferente o médico de Viana

do Castelo e director do Dispensário Tiago de Almeida, Dr. Elío de Vasconcelos D'as.

27 — Reúne-se, pelas 22 horas, na sala da Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa no Hospital dos Capuchos, a Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia com a seguinte ordem de trabalhos: apreciação do relatório e contas da gerência finda: «O Dr. Sainz de Aja», pelo Dr. Sá Penela, e «Hiertiocitomas cutâneos», pelo Dr. Renato Trincão, de Coimbra.

— O Dr. Melo e Castro, Subsecretário da Assistência visita o Sanatório de Monte Alto, da Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal. Acompanham-no os Dr. Braga da Cruz, Prof. Lopes Rodrigues, director da instituição, Dr. António Emílio de Magalhães, e muitas outras individualidades. Discursa o Prof. Lopes Rodrigues e o Dr. José Guilherme de Melo e Castro, afirmando o interesse que esta visita lhe mereceu, louvou a acção da Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal, salientando que a sua obra vinda já do tempo em que o Estado não se tinha ainda empenhado a fundo na campanha antituberculosa, não podia deixar de ser acarinhada pelo Governo da Nação. Expressou, também, os seus votos para que em breve se inicie uma nova fase das realidades. Acentuou que, logo após haver tomado posse do seu cargo, tendo tomado conhecimento da obra realizada pela A.N.T.P., sentiu o maior interesse em solucionar o problema da conclusão do Sanatório de Monte Alto, para o que logo estabeleceu contacto com o Sr. Ministro das Obras Públicas, o qual mostrou, igualmente, o desejo de auxiliar tão belo empreendimento. Podia informar, já, que o estudo mandado fazer por aquele membro do Governo se encontra já concluído, e que o Sr. Ministro das Obras Públicas vai conceder todo o auxílio necessário para a rápida conclusão do Sanatório, para que este possa entrar em funcionamento no mais curto prazo possível.

Isto — acentuou o ilustre membro do Governo — sem se tocar, ainda que de leve, na autonomia da simpática instituição que é a Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal, cujo espírito de colaboração, na grande campanha nacional contra a tuberculose, se afirmou, já, em mais de uma iniciativa.

— Chega a Braga em visita a estabelecimentos de Assistência o Subsecretário de Estado da Assistência, Dr. Melo e Castro. Recebe no Governo Civil cumprimentos das direcções daquelas instituições.

28 — Realizam-se Cortejos de Oferendas em Faro e na Maia a favor, respectivamente, do Hospital da Misericórdia e da Comissão Municipal de Assistência.

AGENDA Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para habilitação ao provimento do lugar de anestesista do Sanatório Dr. João de Almada de Funchal.

— Para provimento de um lugar de médico-cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da provincia de Macau.

— Para habilitação ao provimento de lugares de médicos assistentes e visitantes para os estabelecimentos de tuberculose pulmonar da zona norte.

— Para o provimento de um lugar de assistente anátomo-patologista dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Para o provimento de uma vaga de médico radiologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da provincia de Angola.

Realiza-se hoje, no Hospital de Santo António (Porto), uma sessão, às 21 horas e meia, falando os Drs. Pereira Leite e

Gonçalves Moreira sobre «Aspectos das cardiopatias nas idades avançadas».

— Amanhã, 3, às 21 horas e meia, a Sociedade Portuguesa de Obstetricia e Ginecologia, organiza uma sessão na Maternidade Magalhães Coutinho, com a seguinte ordem:

«Ultra-sons em Ginecologia», pelos Drs. Mário Cardia e Alberto Vieira da Cruz; «Tuberculose e endometriose da trompa com inundação peritoneal, simulando gravidez ectópica», pelo Dr. Albertino Barros; «A propósito dum caso de cório-angioma», pelo Prof. Pedro da Cunha; «O segmento inferior e o cervice na dilatação — Unidade ou dualidade anatómica e funcional?», pelo Dr. Tibério Antunes; «Sobre tratamento das mastites puerperais», pelos Drs. J. Braz e A. Farinha.

— No dia 5 do corrente, promovida pela Ordem dos Médicos, no Hospital Escolar de Santa Maria, realiza-se, com a presença do Sr. Presidente da República, do Sr. Cardeal Patriarca e de outras individualidades do maior destaque, uma sessão de homenagem aos velhos médicos dos meios rurais. Foram escolhidos três colegas, que vão ser condecorados pelo Governo, os Drs. Lúcio Pais de Abranches, do Luso, João Álvares Pereira Carneiro Leal, do Marco de Canaveses, e Alberto Martins dos Santos, do Bombarral; o primeiro tem 86 anos, o segundo 77 e o terceiro 81. Durante a sessão, tomarão a palavra, além do Bastonário, Prof. Cerqueira Gomes, os Profs. Gregório Marañon e Pasteur Valery-Radot.

— No dia 3, realiza-se a sessão inaugural do ano académico de 1954-1955 da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, na sala das sessões dos H. C. L.

NOTICIARIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 18/XI a 27/XI/1954)

18/XI

Dr.ª Maria de Matos Fa'a, adjunto dos chefes dos serviços, contratado, do quadro do pessoal técnico do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge — nomeada definitivamente adjunto dos chefes dos serviços do mesmo quadro.

— Dr. Leopoldo Mayor — médico fisioterapeuta do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da provincia de Angola — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Dr. Alfredo Manuel Amaro Nogueira — médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Moçambique — reconduzido pelo período de 3 anos no referido lugar.

20/XI

Dr. Armando Augusto Nunes Pinto Reis — contratado como médico do serviço eventual da Junta de Emigração.

23/XI

Dr. José Maria dos Santos, interno graduado de análises clínicas, dos H. C. L. — contratado como interno graduado de análises clínicas daqueles Hospitais.

FALECIMENTOS

Dr. António Morbey Affonso

Em Lisboa, faleceu o Dr. António Alberto Ferreira Pereira d'Eça Morbey Affonso, médico-cirurgião, natural de Mindelo (S. Vicente de Cabo Verde).

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meloço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Moraes Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos 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, Alesu 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 Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de 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 Sarmiento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrocarnatosa do Disp. de Higiene Social), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.º António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.º António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Outros países: um ano — 200\$00

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

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$00

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

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

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

BISMUCILINA

Bial

BISMUCILINA

INJECTÁVEL

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

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g
Por ampola de 3 c. c.

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

BISMUCILINA

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g
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 g
Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS