

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 144
3 de Junho de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

NOVO!

COBENAL

AZEVEDOS

FOSFATO DE ADENINA + ANEURINA ACTIVADA* + VITAMINA B₁₂

* Aneurina activada pelo ião-pirofosfórico, em meio adenosino-fosfórico glicosado

INDICAÇÕES

Adinamia neuro-muscular e cardíaca • Convalescenças • Astenia consecutiva ao uso de antibióticos • Neurastenia, nervosidade, instabilidade psíquica • Estados de desnutrição • Deficiências de crescimento e desenvolvimento das crianças e lactentes • Anorexia e astenia dos velhos e crianças • Dermatoses seborreicas • Neurodermites e certos eczemas • Dermatites de contacto • Urticária crónica • Lupus • Zona • Esclerose em placas • Nevrites • Nevralgias do trigémio • Polinevrites diversas • Osteoartrite e osteoporose • Hemicrânia • Hepatopatias • Perturbações da gravidez: vómitos, hiperestésias, etc.

APRESENTAÇÃO

Injectável:

- NORMAL 5x2,2
- FORTE 3x3,3
- FORTÍSSIMO 3x3,3

Oral:

- XAROPE — Frascos de 100 cm³ para uso oral.

LITERATURA DETALHADA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS EX.MOS CLÍNICOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.
JOSÉ DE MENDONÇA DA CRUZ — Gota — Conceitos fisiopatológicos e terapêuticos actuais	453
CASANOVA ALVES — A vacinação pelo B. C. G.	464
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Setenta e cinco anos de progressos no tratamento do cancro mamário	472

SUPLEMENTO

	Pág.
A responsabilidade da enfermagem no dia de hoje — FRAZÃO NAZARETH	397
Ecos e Comentários	402
Terras do Carvalhal — CONSTANTINO DE ALMEIDA CARNEIRO	404
X Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegado de Saúde	410
Posse do novo Subsecretário de Estado da Assistência Social	412
Noticiário diverso.	

VITAMINAS



A+D

A Q U O S A

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

1 cc de soluto 35 gotas = 50.000 U. I. vit. A + 5.000 U. I. vit. D (calciferol)

1 ampola bebível = 400.000 U. I. vit. A + 600.000 U. I. vit. D (calciferol)

Frasco de 10 cc

Caixa de 1 ampola bebível (3 cc)

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

Gota



Conceitos fisiopatológicos e terapêuticos actuais

JOSÉ DE MENDONÇA DA CRUZ

(Interno de Medicina dos H. C. L.)

Resident in Rheumatic Diseases—Hospital for Special Surgery—Cornell Medical College—New-York

Bolseiro do Instituto de Alta Cultura)

Propomo-nos divulgar os progressos do conhecimento médico nesta doença, focando sobretudo os benefícios que estas novas aquisições trouxeram para o tratamento da gota.

Na última revisão de conjunto publicada em revista médica portuguesa, salvo erro pelo Dr. Manuel Ribeiro do Rosário na Gazeta Médica Portuguesa em 1948, ainda as drogas cuja aplicação descreveremos eram desconhecidas.

É curioso acentuar que o Atofan, descoberto em 1908, fora a última droga com que o arsenal terapêutico da gota fora enriquecido; desde então e até há muito poucos anos — cerca de 1950 — o tratamento do indivíduo gotoso guiava-se pelas mesmas linhas gerais do princípio do século, tratamento já satisfatório — divemos dizer — quando bem delineado e bem obedecido.

Com os novos medicamentos de que agora dispomos — fenilbutazona, Irgapyrine, cortisona, A.C.T.H., Benemid, anti-histamínicos, etc. — a gota é, de todas as «doenças reumáticas», aquela susceptível de tratamento mais satisfatório. Esta afirmação permite concluir que, se se verifica invalidez crónica, incapacidade parcial ou crises agudas articulares repetidas num caso recente de gota — a culpa cabe ao médico porque o tratamento é inadequado, ou ao doente por deficiente colaboração no caso do conselho médico ser correcto; a explicação do insucesso terapêutico dum gotoso não pode hoje basear-se numa falsa interpretação da insuficiência dos medicamentos de que dispomos.

Seja qual for o grau de severidade da doença, o defeito constitucional básico do gotoso permanece até à morte — é uma doença rigorosamente crónica e, como tal, carecendo de tratamento permanente mesmo nos períodos sem manifestações clínicas. Sob este aspecto gota e diabetes assemelham-se, pois embora doenças crónicas, quando tratadas adequadamente, quando «compensadas», permitem uma vida activa, sem queixas, igualando o indivíduo «compensado» a um indivíduo são.

Por razão do optimismo que a terapêutica anti-gotosa justifica, é facto de lamentar a frequência com que se esquece o seu diagnóstico talvez porque o falso conceito de doença rara apenas leva a pensar em gota nos casos de longa evolução, com tofos evidentes e lesões articulares graves e já irreversíveis.

A gota não é uma doença rara, é uma doença que não se diagnostica. Os dados sobre a sua frequência diferem muito em relação com o autor, a classe social dos doentes, o meio — de clínica privada ou hospitalar — em que se baseiam as estatísticas, os países, a data das observações — levando a menores percentagens nos períodos de crise económica ou alimentar, o rigor das investigações, etc. Um baixo nível de vida não é, seguramente, uma protecção contra a doença.

Assim, e esta ideia é hoje aceite por todos os autores, a gota é muito mais frequente do que se supõe e a falsa noção de raridade resulta sobretudo de insuficiência de diagnóstico; nas clínicas especializadas de reumatologia os gotosos avaliam-se entre 5 a 10 % de todos os artríticos.

Este preâmbulo que vimos de fazer, advoga pois favoravelmente sobre a oportunidade e interesse do assunto

a que nos vamos limitar — conceitos fisiopatológicos e terapêuticos actuais da gota.

A gota é uma doença com acentuado carácter hereditário, em que se evidencia um metabolismo alterado das purinas; acompanha-se geralmente de manifestações articulares, de uricémia aumentada e de tofos de uratos nos tecidos.

O ácido úrico do organismo procede das nucleoproteínas dos alimentos (ácido úrico exógeno) e dos núcleos das células do próprio organismo (ácido úrico endógeno).

A doença tem uma predominância masculina de cerca de 95 %. Esta maior percentagem masculina merece que nos detenhamos um pouco:

Parece muito sugestiva a ideia de que a gota com manifestações clínicas apareça apenas naquelas pessoas predispostas por hiperuricémia hereditária que, concomitantemente, desenvolvem uma disfunção endócrina caracterizada por uma produção insuficiente dos 11-oxysteróides do cortex-suprarrenal.

Freyberg e colab. por um lado e Stecher, Hersch e Solomon por outro, em estudos muito minuciosos sobre hereditariedade na gota, verificam que nas famílias gotosas a hiperuricémia herdada é devida a um gene simples, dominante, não ligado ao sexo.

Nestes estudos, que não detalharemos, se verifica que a concentração plasmática média de ácido úrico no indivíduo normal, é mais elevada no homem do que na mulher. Ainda um outro factor afecta a uricémia — a idade; nas crianças não existe diferença entre as uricémias masculinas e femininas, mas com a puberdade começa a acentuar-se progressivamente o aumento do ácido úrico sanguíneo nos indivíduos masculinos.

Talvez que uma explicação da maior percentagem de gota nos homens se possa encontrar no facto de haver uma tendência para que a doença se manifeste clinicamente nas pessoas de qualquer sexo cujos níveis sanguíneos médios de ácido úrico excedam um certo valor por um determinado período; ora, desde que os homens hiperuricémicos tendem a apresentar valores absolutos mais elevados que as mulheres hiperuricémicas, não repugna compreender que mais homens do que mulheres tem gota.

Vários factos confirmam a existência dum factor endócrino, como atrás dissemos, na explicação fisiopatológica da gota; parecem evidenciar esta afirmação:

- a) A existência de valores normais de ácido úrico mais elevados no homem do que na mulher, diferença sexual que se não manifesta geralmente até à puberdade no macho e até à menopausa na fêmea.
- b) A baixa excreção de 17 cetoesteróides urinários nos gotosos.
- c) A acção das hormonas ACTH e cortisona, ambas capazes de terminar ou, em certas condições, desencadear um acesso gotoso agudo.

No decurso da nossa exposição voltaremos ainda a aduzir razões de valorização do factor endócrino na gota.

Estas são as ideias gerais necessárias para uma cabal compreensão do que nos propomos expor.

FISIOPATOLOGIA DA GOTA

Com a descoberta da hiperuricémia dos gotosos por Garrod em 1848, aparentemente resultante duma hipouricúria, o problema podia interpretar-se culpando o rim desta alteração, seguindo este lógico raciocínio — insuficiência renal de eliminação urática, hiperuricémia, precipitação urática articular e consequente crise aguda de gota. Embora sugestiva, esta hipótese tem contudo tantas objecções que não pode considerar-se válida:

Assim, fica-nos por explicar porque razão são gotosos indivíduos com todas as provas de função renal inteiramente normais e, por outro lado, porque não são gotosos indivíduos com nefropatias graves, até mesmo com insuficiências renais que se acompanham de ácido úrico sanguíneo aumentado? Porque razão pode haver ataques típicos de gota em presença de uricémias normais, embora esta possibilidade seja rara? Como explicar ainda que certas situações que decorrem com hiperuricémia (leucémias, anemias perniciosas após hepatoterapia, nefrites crónicas, acromegalias, etc.) não condicionem uma crise gotosa? Porque razão um indivíduo gotoso, com hiperuricémia crónica, apenas acessualmente desencadeia crises articulares agudas?

Estas poucas objecções bastam pois para nos intrigar e não satisfazer com uma simples explicação «quantitativa» de causa renal como patogenia suficiente da gota. Verificamos mesmo que, à medida que o conhecimento sobre esta doença tem sido enriquecido, em contra partida e duma maneira paradoxal, maior número de incógnitas se vão também revelando; este facto, que acontece com outras entidades nosológicas, é particularmente marcado na gota e dele decorre o interesse apaixonado de tantos autores pela sua solução.

Embora não pareça desempenhar um papel exclusivo, o rim comporta-se de maneira diferente em face do ácido úrico no indivíduo normal e no gotoso; é facto constatado que a curva de eliminação urinária de ácido úrico, evidencia uma nítida diminuição e um «atraso» na maioria — não na totalidade — dos gotosos.

Também a depuração (clearance) úrica se apresenta, com frequência, diferente no gotoso e no normal: geralmente a prova de sobrecarga purínica eleva imediatamente a clarificação úrica de 60 a 180 % do seu valor normal no indivíduo são, ao passo que no gotoso esta depuração não se eleva ou eleva-se menos de 50 %.

É porém de referir que, embora numa pequena percentagem de cerca de 14 % dos gotosos, a depuração eleva-se tanto como nas testemunhas não gotosas.

Esta limitação diminui lógicamente o valor da anomalia renal na gota pois ela apenas é válida e revelável na grande maioria mas não na totalidade dos gotosos.

Talvez que entrando em jogo com outros factores, encontrássemos explicação para estas excepções:

Admitindo, por exemplo, que uma parte das purinas introduzidas na prova de sobrecarga purínica é fixada pelos tecidos gotosos, e assim roubada à sua eliminação urinária, não custa conceber que, se houver prévia «saturação» dos tecidos pelo ácido úrico, já pode a eliminação das purinas de sobrecarga fazer-se à maneira do que se passa no indivíduo normal.

Outras hipóteses — como supor que nos gotosos o ácido úrico se encontra numa forma físico-química especial e dificilmente eliminável pelo rim — por ex. ligado às proteínas séricas e portanto não filtrável pelo glomérulo — são menos sugestivas, não constatados experimentalmente e actualmente abandonadas.

Normalmente o ácido úrico sofre ao nível dos tubos renais uma importante reabsorção de cerca de 90 %; na gota parece haver um aumento da reabsorção tubular do ácido úrico por razões enzimáticas ou hormonais desconhecidas, facto equivalente a uma elevação do limiar de eliminação. A ser assim, esta anomalia explicaria facilmente

a hiperuricémia e a retenção urática tissular e, verdadeira ou não, nela se fundamenta o uso de drogas que limitam ou freiam a reabsorção tubular (aspirina em altas doses, Benemid) drogas que condicionam extraordinárias diminuições do ácido úrico do sangue ou dos tecidos. Mais uma vez se verifica o facto paradoxal, mas tão repetido na medicina do nosso tempo, duma mera hipótese de trabalho recheada de numerosas incógnitas basear uma valiosa e real aquisição terapêutica.

Deixemos agora o rim de cuja valorização patogénica na gota, embora não formalmente provada, resultou o útil emprego da Benemid e vejamos outros factores conhecidos apenas há pouco tempo:

O metabolismo do ácido úrico é normalmente diferente no homem e nos animais e daqui resulta ser impossível o estudo experimental deste metabolismo.

Segundo a opinião até há poucos anos considerada como assente o ácido úrico é, no homem, um produto terminal ao contrário do que sucede nos animais; em breve veremos que experiências recentes parecem demonstrar ser o ácido úrico, no homem, catabolizado parcialmente em ureia e amoníaco. Seja como for, a impossibilidade de analogia do metabolismo úrico humano com o do animal de laboratório é razão da escassez de fundamento para muitas teorias da gota.

Podem para a gota incriminar-se um excesso de produção de ácido úrico?

O estudo da «uricúria de base» ou seja a eliminação úrica obtida ao fim de alguns dias de dieta apurínica, elucida-nos da produção endógena resultante das destruições celulares fisiológicas e do processo de síntese a partir de substâncias não purínicas.

Segundo Benedict $\frac{1}{3}$ a $\frac{1}{2}$ do ácido úrico endógeno provém da eritropoiese no indivíduo normal; no gotoso parece formar-se uma maior quantidade de ácido úrico a partir dos seus precursores azotados e sobretudo da glicocola, do que no são.

Fiessinger e, mais recentemente, A. e M. Östrom incriminam para a gota uma alteração no metabolismo intermediário das purinas estranhando o facto de se atribuir ao ácido úrico — composto inofensivo e bem tolerado quando administrado até por via intrarticular — a causa de artrites tão agudas como as gotosas. Esta hipótese, que situa entre a glutamina e a hipoxantina a perturbação metabólica, aguarda comprovação mas tem interesse que justifica a breve citação.

Esta teoria tem também o mérito de procurar uma razão «qualitativa» para um problema que não se esclarece apenas em termos de quantidade — o grande aumento de ácido úrico, incapaz de explicar o acesso agudo num indivíduo com uma hiperuricémia de longa data.

Admitia-se que, na gota, haveria uma predisposição especial, uma apetência dos tecidos para o ácido úrico — hipótese que nenhum facto válido parece demonstrar. Hoje, o papel patogénico dos tecidos interpreta-se doutra maneira: o ácido úrico só se precipita no tecido à custa duma alteração prévia deste tecido; seria necessário haver alteração degenerativa prévia do colagénio — uma necrose fibrinóide envolvida por uma reacção retículo-endotelial. Este aspecto lesional é o que se verifica ao nível da cartilagem e no centro do tofo e parece identificar-se mais com uma reacção não específica do tecido colagénico submetido às noxas mais variadas, do que com uma lesão típica da gota. O papel que possivelmente desempenhem nestas modificações as disfunções hormonais, sobretudo córtico-suprarrenais, parece começar a esclarecer-se com as modernas ideias sobre doenças de adaptação à maneira de Selye e sobre doenças do colagénio.

Em boa verdade, os dois fenómenos capitais da gota — a artrite e o tofo — tem lugar em estruturas conjuntivas a partir duma alteração em que os vasos parecem implicados, traduzível em hiperpulsatibilidade arterial, dilatação venosa, hiperémia local, exsudação edematosa, etc.

Ainda como reflexo da dificuldade de interpretar a gota baseando-nos exclusivamente na hiperuricémia, outras noções com valor patogénico tem sido apresentadas e muitas delas geralmente aceites:

O ácido úrico não é a única substância aumentada no sangue e a única a precipitar — o colesterol acompanha-o habitualmente. A precipitação urática é inconstante, tardia e não é alteração obrigatória para a assinatura de gota; nada prova que o acesso agudo de gota seja provocado por uma precipitação urática local, nem existe relação entre este acesso e o grau da uricémia. O grau de hiperuricémia não permite considerações prognósticas nem a gravidade da gota lhe é proporcional. Confirmam ainda estas considerações ser o ácido úrico muito pouco tóxico para o homem e não determinar, como dissemos, mesmo injectado intra-articularmente qualquer reacção patológica nos sãos ou nos gotosos.

O papel das purinas no deflagrar da crise aguda parece ser também de menosprezar; Bröechner-Mortensen fazendo ingerir a vários gotosos grandes quantidades de vísceras animais ricas em purinas, apenas uma vez conseguiu obter um acesso agudo. Gimenez-Diaz pretende uma frequência de crise aguda muito maior, a tal ponto que considera a sobrecarga purínica um test diagnóstico seguro para a gota, baseando-se na regularidade com que esta sobrecarga desencadeia o ataque. Nem a nossa leitura nem a nossa experiência permitem confirmar esta grande frequência que Gimenez-Diaz pretende.

Ao contrário do que se poderia concluir destas ideias, cada vez mais se verifica a tendência de permitir ao gotoso uma dieta livre, desde que faça um tratamento permanente com Benemid. A restrição da alimentação do gotoso incide hoje mais sobre as gorduras que sobre as purinas pois as primeiras parecem, juntamente com certos alimentos ou bebidas não purínicas, ter um papel de facilitação ou de desencadeamento de fenómenos de tipo alérgico a que tanto se assemelha a artrite aguda gotosa.

Esta semelhança por um lado e razões de ordem neuro-vegetativa e hormonal por outro, tem sido recentemente evocadas para a fisiopatologia da gota, embora a sua validade se estabeleça sobretudo por considerações teóricas.

Elas são suficientemente aliciantes, todavia, para merecerem citação:

O início brusco, a «restitutio ad integrum» tão absoluta que se descreve a história dum famoso bailarino capaz de executar os seus bailes, horas após uma crise articular dos pés, a expressão vascular, etc., da crise aguda, traduzindo uma falência do equilíbrio neuro-vegetativo por causas mínimas e tão variadas como emoção, fadiga, alterações barométricas, alimentos, etc., assemelham de facto a gota à enxaqueca, por exemplo. No dizer de Braun «a especificidade da gota não reside no agente irritante mas sim na irritabilidade particular do sistema nervoso».

A hipersensibilidade, muito típica do gotoso, para certos alimentos ou bebidas não purínicas e até não proteicas, cuja ingestão em quantidade mínima basta para desencadear uma crise aguda — um doente nosso tem, com a regularidade dum experiência segura, um quadro articular agudo quando bebe um cálice de vinho do Porto — assemelha muito a gota a uma doença alérgica, semelhança ainda mais notável quando é certo que as drogas anti-histamínicas e a colchicina (que hoje se sabe ter também propriedades anti-histamínicas) resolvem ou melhoram as crises do gotoso, sobretudo as crises iniciais. Nestes casos, a semelhança da gota com as queixas articulares da doença do soro, com o reumatismo anafiláctico, não aparece forçada.

Por último, com o aparecimento da cortisona e da ACTH, drogas eficazes em tantas situações alérgicas, reforçam-se as ideias que viam na génese da gota uma disfunção hipofiso-suprarrenal.

As variações da uricémia com o sexo e a idade, a nítida diminuição da eliminação urinária dos 17-cetosteróides — factos a que já aludimos — e o aumento da uricémia após injeções de androgénios, obrigam-nos a não menosprezar os factores endócrinos da gota.

Os glucocorticóides aumentam a depuração úrica e baixam a uricémia. Talvez que uma queda momentânea na produção dos glucocorticóides, condicionando uma hipouricúria, fosse o «primum movens» do acesso gotoso.

Se, como resposta a uma sobrecarga de qualquer natureza, a um «stress», houvesse uma produção insuficiente de ACTH e portanto uma consequente e súbita baixa de glucocorticóides — teríamos as condições necessárias para se instalar uma crise gotosa. Esta interpretação é muito sugestiva e, além disso, explica um facto muito frequente no tratamento do gotoso com ACTH e menos frequente com cortisona:

A supressão hipofisária provocada por ACTH injectada seria causadora, logo que se para a ACTH terapêutica, dum baixa da ACTH endógena com paralela falência da secreção dos glucocorticóides — condições explicativas da crise aguda.

O fim do acesso, frequentemente coincidindo com uma eliminação maciça de ácido úrico, seria devido para Thorn e Forsham a um reequilíbrio na produção dos glucocorticóides, elevando a depuração úrica e exercendo-se por outro lado uma acção anti-inflamatória e anti-alérgica, como é próprio dos 11-oxysteróides ou glucocorticóides.

Chama a atenção o facto de as hormonas em causa terem uma acção sobre o metabolismo do ácido úrico, sobre a sua eliminação renal e sobre as reacções do tecido conjuntivo — isto é, sobre os 3 componentes essenciais da gota. Abala contudo esta teoria hormonal tão compreensível esta constatação: — Nenhum dos tests de actividade córtico-suprarrenal como dosagem dos 11-oxysteróides, baixa dos eosinófilos, etc., mostra diferenças entre o período latente assintomático e o acesso agudo declarado, quer este seja espontâneo quer induzido por ACTH.

Antes de iniciarmos a descrição das drogas actualmente empregadas na gota, descreveremos o método que permitiu medir a quantidade total de ácido úrico no organismo, a sua repartição e a sua rapidez de mobilização; com estes conhecimentos o esquema de tratamento dum gotoso aparecerá completamente lógico e compreensível.

Os fundamentos do método são extremamente complexos e requerem profundos conhecimentos de química e matemática — que não possuímos. Os ensinamentos fornecidos por estes recentes trabalhos para um melhor conhecimento da fisio-patologia gotosa, encorajam-nos porém a tentar a sua divulgação nos termos em que os compreendemos e interpretamos.

O ácido úrico atravessa facilmente a parede dos capilares, difundindo-se no humor intersticial; nos transudados, exsudados e no humor intersticial tem-se verificado quase a mesma concentração que no soro (Myers e Fine, Grigant). Injectando ácido úrico por via endovenosa, estabelece-se rapidamente o equilíbrio entre o sangue e o humor tissular, penetrando o ácido úrico em muita pequena quantidade nas células, se é que o faz. Ao contrário do que se passa com a parede dos capilares sanguíneos, a membrana celular é muito pouco permeável ao ácido úrico embora se tenha de admitir uma certa permeabilidade desta visto que o ácido úrico representa o produto final do metabolismo nuclear e, como tal, há-de eliminar-se pela parede celular.

Ora bem, com o auxílio de ácido úrico radioactivo, Benedict, Forsham e De Witt Stetten primeiro e Bishop, Talbott e Royden alguns meses depois, propuseram-se estudar o metabolismo úrico no homem normal e gotoso.

Durante a experiência com cada indivíduo, o ácido úrico era repetidamente isolado em amostras seriadas de urina e, com base na concentração em ácido úrico isotópico encontrado, calculava-se a quantidade de ácido úrico rapidamente miscível no organismo (miscible-pool) e a taxa de mobilização desta «miscible-pool» em determinado tempo ou «turnover rate». De passagem diremos que os termos «miscible-pool» e «turnover rate» serão usados sempre com este significado respectivo e porque, uma vez compreendidos, aqueles termos ingleses facilitam a descrição.

O fundamento do método é o seguinte:

Em determinado indivíduo, mantido em condições de dieta constantes, injecta-se por via endovenosa 25 a 100 mgs. de ácido úrico marcado por azoto pesado — N^{15} — nas posições 1 e 3.

Este isótopo foi o escolhido por ser aquele que me-

Estas são as ideias gerais necessárias para uma cabal compreensão do que nos propomos expor.

FISIOPATOLOGIA DA GOTA

Com a descoberta da hiperuricémia dos gotosos por Garrod em 1848, aparentemente resultante duma hipouricúria, o problema podia interpretar-se culpando o rim desta alteração, seguindo este lógico raciocínio — insuficiência renal de eliminação urática, hiperuricémia, precipitação urática articular e conseqüente crise aguda de gota. Embora sugestiva, esta hipótese tem contudo tantas objecções que não pode considerar-se válida:

Assim, fica-nos por explicar porque razão são gotosos indivíduos com todas as provas de função renal inteiramente normais e, por outro lado, porque não são gotosos indivíduos com nefropatias graves, até mesmo com insuficiências renais que se acompanham de ácido úrico sanguíneo aumentado? Porque razão pode haver ataques típicos de gota em presença de uricémias normais, embora esta possibilidade seja rara? Como explicar ainda que certas situações que decorrem com hiperuricémia (leucémias, anemias perniciosas após hepatoterapia, nefrites crônicas, acromegalias, etc.) não condicionem uma crise gotosa? Porque razão um indivíduo gotoso, com hiperuricémia crônica, apenas acessualmente desencadeia crises articulares agudas?

Estas poucas objecções bastam pois para nos intrigar e não satisfazer com uma simples explicação «quantitativa» de causa renal como patogenia suficiente da gota. Verificamos mesmo que, à medida que o conhecimento sobre esta doença tem sido enriquecido, em contra partida e duma maneira paradoxal, maior número de incógnitas se vão também revelando; este facto, que acontece com outras entidades nosológicas, é particularmente marcado na gota e dele decorre o interesse apaixonado de tantos autores pela sua solução.

Embora não pareça desempenhar um papel exclusivo, o rim comporta-se de maneira diferente em face do ácido úrico no indivíduo normal e no gotoso; é facto constatado que a curva de eliminação urinária de ácido úrico, evidencia uma nítida diminuição e um «atraso» na maioria — não na totalidade — dos gotosos.

Também a depuração (clearance) úrica se apresenta, com frequência, diferente no gotoso e no normal: geralmente a prova de sobrecarga purínica eleva imediatamente a clarificação úrica de 60 a 180 % do seu valor normal no indivíduo são, ao passo que no gotoso esta depuração não se eleva ou eleva-se menos de 50 %.

É porém de referir que, embora numa pequena percentagem de cerca de 14 % dos gotosos, a depuração eleva-se tanto como nas testemunhas não gotosas.

Esta limitação diminui logicamente o valor da anomalia renal na gota pois ela apenas é válida e revelável na grande maioria mas não na totalidade dos gotosos.

Talvez que entrando em jogo com outros factores, encontrássemos explicação para estas excepções:

Admitindo, por exemplo, que uma parte das purinas introduzidas na prova de sobrecarga purínica é fixada pelos tecidos gotosos, e assim roubada à sua eliminação urinária, não custa conceber que, se houver prévia «saturação» dos tecidos pelo ácido úrico, já pode a eliminação das purinas de sobrecarga fazer-se à maneira do que se passa no indivíduo normal.

Outras hipóteses — como supor que nos gotosos o ácido úrico se encontra numa forma físico-química especial e dificilmente eliminável pelo rim — por ex. ligado às proteínas séricas e portanto não filtrável pelo glomérulo — são menos sugestivas, não constatados experimentalmente e actualmente abandonadas.

Normalmente o ácido úrico sofre ao nível dos tubos renais uma importante reabsorção de cerca de 90 %; na gota parece haver um aumento da reabsorção tubular do ácido úrico por razões enzimáticas ou hormonais desconhecidas, facto equivalente a uma elevação do limiar de eliminação. A ser assim, esta anomalia explicaria facilmente

a hiperuricémia e a retenção urática tissular e, verdadeira ou não, nela se fundamenta o uso de drogas que limitam ou frenam a reabsorção tubular (aspirina em altas doses, Benemid) drogas que condicionam extraordinárias diminuições do ácido úrico do sangue ou dos tecidos. Mais uma vez se verifica o facto paradoxal, mas tão repetido na medicina do nosso tempo, duma mera hipótese de trabalho recheada de numerosas incógnitas basear uma valiosa e real aquisição terapêutica.

Deixemos agora o rim de cuja valorização patogénica na gota, embora não formalmente provada, resultou o útil emprego da Benemid e vejamos outros factores conhecidos apenas há pouco tempo:

O metabolismo do ácido úrico é normalmente diferente no homem e nos animais e daqui resulta ser impossível o estudo experimental deste metabolismo.

Segundo a opinião até há poucos anos considerada como assente o ácido úrico é, no homem, um produto terminal ao contrário do que sucede nos animais; em breve veremos que experiências recentes parecem demonstrar ser o ácido úrico, no homem, catabolizado parcialmente em ureia e amoníaco. Seja como for, a impossibilidade de analogia do metabolismo úrico humano com o do animal de laboratório é razão da escassez de fundamento para muitas teorias da gota.

Pode para a gota incriminar-se um excesso de produção de ácido úrico?

O estudo da «uricúria de base» ou seja a eliminação úrica obtida ao fim de alguns dias de dieta apurínica, elucida-nos da produção endógena resultante das destruições celulares fisiológicas e do processo de síntese a partir de substâncias não purínicas.

Segundo Benedict $\frac{1}{3}$ a $\frac{1}{2}$ do ácido úrico endógeno provém da eritropoiese no indivíduo normal; no gotoso parece formar-se uma maior quantidade de ácido úrico a partir dos seus precursores azotados e sobretudo da glicocola, do que no são.

Fiessinger e, mais recentemente, A. e M. Östrom incriminam para a gota uma alteração no metabolismo intermediário das purinas estranhando o facto de se atribuir ao ácido úrico — composto inofensivo e bem tolerado quando administrado até por via intrarticular — a causa de artrites tão agudas como as gotosas. Esta hipótese, que situa entre a glutamina e a hipoxantina a perturbação metabólica, aguarda comprovação mas tem interesse que justifica a breve citação.

Esta teoria tem também o mérito de procurar uma razão «qualitativa» para um problema que não se esclarece apenas em termos de quantidade — o grande aumento de ácido úrico, incapaz de explicar o acesso agudo num indivíduo com uma hiperuricémia de longa data.

Admitia-se que, na gota, haveria uma predisposição especial, uma apetência dos tecidos para o ácido úrico — hipótese que nenhum facto válido parece demonstrar. Hoje, o papel patogénico dos tecidos interpreta-se doutra maneira: o ácido úrico só se precipita no tecido à custa duma alteração prévia deste tecido; seria necessário haver alteração degenerativa prévia do colagénio — uma necrose fibrinóide envolvida por uma reacção retículo-endotelial. Este aspecto lesional é o que se verifica ao nível da cartilagem e no centro do tofo e parece identificar-se mais com uma reacção não específica do tecido colagénico submetido às noxas mais variadas, do que com uma lesão típica da gota. O papel que possivelmente desempenhem nestas modificações as disfunções hormonais, sobretudo córtico-suprarrenais, parece começar a esclarecer-se com as modernas ideias sobre doenças de adaptação à maneira de Selye e sobre doenças do colagénico.

Em boa verdade, os dois fenómenos capitais da gota — a artrite e o tofo — tem lugar em estruturas conjuntivas a partir duma alteração em que os vasos parecem implicados, traduzível em hiperpulsatibilidade arterial, dilatação venosa, hiperémia local, exsudação edematosa, etc.

Ainda como reflexo da dificuldade de interpretar a gota baseando-nos exclusivamente na hiperuricémia, outras noções com valor patogénico tem sido apresentadas e muitas delas geralmente aceites:

O ácido úrico não é a única substância aumentada no sangue e a única a precipitar — o colesterol acompanha-o habitualmente. A precipitação urática é inconstante, tardia e não é alteração obrigatória para a assinatura de gota; nada prova que o acesso agudo de gota seja provocado por uma precipitação urática local, nem existe relação entre este acesso e o grau da uricémia. O grau de hiperuricémia não permite considerações prognósticas nem a gravidade da gota lhe é proporcional. Confirmam ainda estas considerações ser o ácido úrico muito pouco tóxico para o homem e não determinar, como dissemos, mesmo injectado intra-articularmente qualquer reacção patológica nos sãos ou nos gotosos.

O papel das purinas no deflagrar da crise aguda parece ser também de menosprezar; Bröechner-Mortensen fazendo ingerir a vários gotosos grandes quantidades de vísceras animais ricas em purinas, apenas uma vez conseguiu obter um acesso agudo. Gimenez-Diaz pretende uma frequência de crise aguda muito maior, a tal ponto que considera a sobrecarga purínica um test diagnóstico seguro para a gota, baseando-se na regularidade com que esta sobrecarga desencadeia o ataque. Nem a nossa leitura nem a nossa experiência permitem confirmar esta grande frequência que Gimenez-Diaz pretende.

Ao contrário do que se poderia concluir destas ideias, cada vez mais se verifica a tendência de permitir ao gotoso uma dieta livre, desde que faça um tratamento permanente com Benemid. A restrição da alimentação do gotoso incide hoje mais sobre as gorduras que sobre as purinas pois as primeiras parecem, juntamente com certos alimentos ou bebidas não purínicas, ter um papel de facilitação ou de desencadeamento de fenómenos de tipo alérgico a que tanto se assemelha a artrite aguda gotosa.

Esta semelhança por um lado e razões de ordem neuro-vegetativa e hormonal por outro, tem sido recentemente evocadas para a fisiopatologia da gota, embora a sua validade se estabeleça sobretudo por considerações teóricas.

Elas são suficientemente aliciantes, todavia, para merecerem citação:

O início brusco, a «restitutio ad integrum» tão absoluta que se descreve a história dum famoso bailarino capaz de executar os seus bailes, horas após uma crise articular dos pés, a expressão vascular, etc., da crise aguda, traduzindo uma falência do equilíbrio neuro-vegetativo por causas mínimas e tão variadas como emoção, fadiga, alterações barométricas, alimentos, etc., assemelham de facto a gota à enxaqueca, por exemplo. No dizer de Braun «a especificidade da gota não reside no agente irritante mas sim na irritabilidade particular do sistema nervoso».

A hipersensibilidade, muito típica do gotoso, para certos alimentos ou bebidas não purínicas e até não proteicas, cuja ingestão em quantidade mínima basta para desencadear uma crise aguda — um doente nosso tem, com a regularidade dum experiência segura, um quadro articular agudo quando bebe um cálice de vinho do Porto — assemelha muito a gota a uma doença alérgica, semelhança ainda mais notável quando é certo que as drogas anti-histamínicas e a colchicina (que hoje se sabe ter também propriedades anti-histamínicas) resolvem ou melhoram as crises do gotoso, sobretudo as crises iniciais. Nestes casos, a semelhança da gota com as queixas articulares da doença do soro, com o reumatismo anafiláctico, não aparece forçada.

Por último, com o aparecimento da cortisona e da ACTH, drogas eficazes em tantas situações alérgicas, reforçam-se as ideias que viam na génese da gota uma disfunção hipófiso-suprarrenal.

As variações da uricémia com o sexo e a idade, a nítida diminuição da eliminação urinária dos 17-cetoesteróides — factos a que já aludimos — e o aumento da uricémia após injeções de androgénios, obrigam-nos a não menosprezar os factores endócrinos da gota.

Os glucocorticóides aumentam a depuração úrica e baixam a uricémia. Talvez que uma queda momentânea na produção dos glucocorticóides, condicionando uma hipouricúria, fosse o «primum movens» do acesso gotoso.

Se, como resposta a uma sobrecarga de qualquer natureza, a um «stress», houvesse uma produção insuficiente de ACTH e portanto uma consequente e súbita baixa de glucocorticóides — teríamos as condições necessárias para se instalar uma crise gotosa. Esta interpretação é muito sugestiva e, além disso, explica um facto muito frequente no tratamento do gotoso com ACTH e menos frequente com cortisona:

A supressão hipofisária provocada por ACTH injectada seria causadora, logo que se para a ACTH terapêutica, dum baixa da ACTH endógena com paralela falência da secreção dos glucocorticóides — condições explicativas da crise aguda.

O fim do acesso, frequentemente coincidindo com uma eliminação maciça de ácido úrico, seria devido para Thorn e Forsham a um reequilíbrio na produção dos glucocorticóides, elevando a depuração úrica e exercendo-se por outro lado uma acção anti-inflamatória e anti-alérgica, como é próprio dos 11-oxysteróides ou glucocorticóides.

Chama a atenção o facto de as hormonas em causa terem uma acção sobre o metabolismo do ácido úrico, sobre a sua eliminação renal e sobre as reacções do tecido conjuntivo — isto é, sobre os 3 componentes essenciais da gota. Abala contudo esta teoria hormonal tão compreensível esta constatação: — Nenhum dos tests de actividade córtico-suprarrenal como dosagem dos 11-oxysteróides, baixa dos eosinófilos, etc., mostra diferenças entre o período latente assintomático e o acesso agudo declarado, quer este seja espontâneo quer induzido por ACTH.

Antes de iniciarmos a descrição das drogas actualmente empregadas na gota, descreveremos o método que permitiu medir a quantidade total de ácido úrico no organismo, a sua repartição e a sua rapidez de mobilização; com estes conhecimentos o esquema de tratamento dum gotoso aparecerá completamente lógico e compreensível.

Os fundamentos do método são extremamente complexos e requerem profundos conhecimentos de química e matemática — que não possuímos. Os ensinamentos fornecidos por estes recentes trabalhos para um melhor conhecimento da fisio-patologia gotosa, encorajam-nos porém a tentar a sua divulgação nos termos em que os compreendemos e interpretamos.

O ácido úrico atravessa facilmente a parede dos capilares, difundindo-se no humor intersticial; nos transudados, exsudados e no humor intersticial tem-se verificado quase a mesma concentração que no soro (Myers e Fine, Grigant). Injectando ácido úrico por via endovenosa, estabelece-se rapidamente o equilíbrio entre o sangue e o humor tissular, penetrando o ácido úrico em muita pequena quantidade nas células, se é que o faz. Ao contrário do que se passa com a parede dos capilares sanguíneos, a membrana celular é muito pouco permeável ao ácido úrico embora se tenha de admitir uma certa permeabilidade desta visto que o ácido úrico representa o produto final do metabolismo nuclear e, como tal, há-de eliminar-se pela parede celular.

Ora bem, com o auxílio de ácido úrico radioactivo, Benedict, Forsham e De Witt Stetten primeiro e Bishop, Talbott e Royden alguns meses depois, propuseram-se estudar o metabolismo úrico no homem normal e gotoso.

Durante a experiência com cada indivíduo, o ácido úrico era repetidamente isolado em amostras seriadas de urina e, com base na concentração em ácido úrico isotópico encontrado, calculava-se a quantidade de ácido úrico rapidamente miscível no organismo (miscible-pool) e a taxa de mobilização desta «miscible-pool» em determinado tempo ou «turnover rate». De passagem diremos que os termos «miscible-pool» e «turnover rate» serão usados sempre com este significado respectivo e porque, uma vez compreendidos, aqueles termos ingleses facilitam a descrição.

O fundamento do método é o seguinte:

Em determinado indivíduo, mantido em condições de dieta constantes, injecta-se por via endovenosa 25 a 100 mgs. de ácido úrico marcado por azoto pesado — N¹⁵ — nas posições 1 e 3.

Este isótopo foi o escolhido por ser aquele que me-

lhora preenchia as condições de manter as doses necessárias de ácido úrico isotópico injectado tão pequenas quanto possível, a fim de minimizar não só o insulto possível do método como também a mudança no metabolismo de ácido úrico, mudança que presumivelmente seguiria a injecção de isótopo.

O ácido úrico isotópico que se elimina na urina é doseado em intervalos determinados.

O débito urinário total de cada indivíduo é colectado em porções de 12 horas e cada amostra analisada para ácido úrico. Cada amostra de ácido úrico urinário era datada como provindo da metade, ou melhor, do meio do intervalo de tempo a que correspondia a sua emissão. As determinações eram feitas durante 5 a 8 dias após a injecção do isótopo, mantendo-se para isso na enfermaria os indivíduos em experiência, num balanço azotado ligeiramente positivo e numa dieta constante hipopurínica; verificou-se que um período preexperimental de pelo menos 3 dias nesta dieta era necessário para conseguir um débito urinário de ácido úrico razoavelmente constante.

Gráficamente, colocando em abcissas o tempo e em ordenadas as concentrações de N^{15} no ácido úrico urinário, é possível concluir que a totalidade de ácido úrico em solução no plasma e nos líquidos intersticiais se misturou muito rapidamente com o ácido úrico isotópico injectado; é esta totalidade que se chama «miscible-pool» ou seja a quantidade de ácido úrico do organismo, em solução e entrando em jogo nos processos de metabolismo e excreção. Além disso, nos gotosos, uma parte do ácido úrico em depósito sólido nos tofos parece capaz de se redissolver e incorporar na «miscible-pool».

Se se recolhem as amostras de urina em intervalos aproximados, o ácido isotópico nelas presentes é excretado numa taxa constante; a concentração em ácido úrico isotópico é, em todo o momento, a mesma que a concentração da «miscible-pool». Estas leis permitem assim calcular a quantidade de ácido úrico com que se misturou o ácido úrico injectado, ou seja a «miscible-pool».

À medida que as moléculas isotópicas injectadas são eliminadas, vão sendo substituídas por moléculas não isotópicas formadas por síntese; as concentrações isotópicas do ácido úrico urinário em função do tempo, irão pois indicando a proporção da «miscible-pool» substituída por ácido úrico recém-formado — ou seja a «turnover rate» ou taxa de renovamento ou de mobilização da «miscible-pool» em determinado tempo.

Estas complexas investigações permitem verificar que no homem normal se forma aparentemente mais ácido úrico do que aparece na urina e levantar a pergunta do destino deste excesso. Embora nestas experiências se não tenha explorado a possível perda de ácido úrico pelas fezes e suor, a verosimilhança de que uma parte do ácido úrico sofra degradação ulterior em derivados catabólicos é indicada pela presença de pequenas embora significantes concentrações de azoto pesado, isotópico, em muitas das amostras de ureia e amónia da urina. Sugere-se assim, pela primeira vez, a existência dum catabolismo, embora limitado, do ácido úrico no homem. De facto, existem normalmente cerca de 1.200 mgs. de ácido úrico miscível e entre 50 a 75 % desta «miscible-pool» são cada dia substituídos por ácido úrico neoformado; uma vez que esta última quantidade excede a quantidade excretada diariamente na urina, confirma-se a afirmação de que o ácido úrico não é um produto terminal, mas um produto ainda catabolizável.

Nos «grandes gotosos» o tamanho da «miscible-pool» excede os valores normais tanto como até 30 vezes! Tão grande é a quantidade de ácido úrico rapidamente miscível que é de supor, evidentemente, que uma parte pelo menos deste material deve corresponder ao contido nos tofos do gotoso e não exclusivamente ao ácido úrico em solução nos líquidos do organismo.

Multiplicando a «miscible-pool» pela água do corpo (que se avalia, aproximadamente, multiplicando pelo factor 0,7 o peso do indivíduo) obtem-se a concentração média de ácido úrico na água total do organismo.

No indivíduo normal tal cálculo deu, nestas expe-

riências, valores de cerca de metade da concentração do ácido úrico sérico. No gotoso não tratado este valor está muito acima do nível sérico, até mesmo em vários casos observados muito acima da esperada solubilidade do ácido úrico em solução fisiológica saturada. No indivíduo normal concluiu-se que o ácido úrico miscível está presente em alguns fluidos orgânicos em concentração bastante inferior à do plasma, enquanto que no gotoso não tratado deve ser admitida a existência dum grande reservatório de ácido úrico miscível; a maior parte deste reservatório, por virtude do seu tamanho e da relativa insolubilidade do ácido úrico em soluções fisiológicas, tem de estar na fase sólida.

Não se deve supor que todos os uratos dos gotosos com tofos estão obrigatoriamente incluídos na «miscible-pool», mas pode-se admitir — em face destas experiências — que as camadas mais periféricas dos tofos, compreendendo uratos recém-precipitados que ainda estão em contacto com os fluidos do organismo, são susceptíveis de rápida redissolução e estão incluídos na «miscible-pool»; pelo contrário as camadas tofáceas mais profundas, as mais antigas e sem contacto com a água do corpo, não se redissolvem e são excluídas portanto da «miscible-pool».

O tamanho da «miscible-pool» de ácido úrico dum gotoso grave, determinado pela medição da diluição do ácido úrico isotópico labelado com azoto pesado N^{15} , pode ter valores até 30 vezes maiores que o normal e cair a valores tão baixos como 2 vezes o normal com terapêutica adequada.

Estas interessantes e engenhosas experiências de que vimos de dar as conclusões, foram conduzidas por diversas escolas; como argumento favorável do método, podemos dizer que em todos os indivíduos normais os trabalhos da escola de Benedict como os das escolas de Talbott e de Geren, avaliaram a «miscible-pool» entre 944 mgs. e 1.300 mgs. com taxas de mobilização ou «turnover rates» entre 0.533 e 0.830 «pools» por dia. Nos gotosos as «pools» de ácido úrico oscilaram entre 4.742 até 30.000 mgs. e as suas «turnover rates» eram sempre abaixo do valor normal de 0.533 «pools» por dia.

Esta concordância de resultados é excelente argumento para o fundamento do método.

Dos doentes estudados por Talbott e colaboradores, apenas os gotosos e um sofrendo de leucémia mielóide mostraram franca alteração da «miscible-pool» de ácido úrico e da «turnover rate». Todos os outros indivíduos — que incluíam pessoas normais e sem hiperuricémia idiopática, artrites reumatóides e policitémias — eram iguais no que respeitava ao seu metabolismo de ácido úrico.

Dois indivíduos normais, sem gota clínica, mas com hiperuricémia — um sem história familiar de gota e outro com um irmão gotoso — mostraram: o primeiro, uma «miscible-pool» e uma «turnover rate» ligeiramente abaixo do normal e o segundo, uma «miscible-pool» francamente grande e uma «turnover rate» semelhante à dos gotosos. Daqui se parece inferir que existem vários tipos de hiperuricémia e que a dos parentes de gotosos é bem uma transição entre o metabolismo úrico normal e a grande «miscible-pool» — pequena «turnover rate» do metabolismo úrico da gota.

Se a incapacidade da «turnover rate» aumentar homeostaticamente com um tamanho crescente da «pool» pode explicar que a «pool» aumente progressivamente ou, outra possibilidade, se uma «turnover rate» diminuída é a consequência duma «pool» aumentada — continuam ainda incógnitas a esclarecer na patogenia da gota.

Passemos agora ao tratamento desta doença, cotejando as investigações que vimos de descrever para melhor entendimento do modo de acção das diversas drogas anti-gotosas.

TRATAMENTO

A gota é uma doença em cuja evolução se podem estabelecer, clinicamente, dois períodos:

O 1.º corresponde às manifestações articulares agudas com completa «restitutio ad integrum» entre os acessos;

O 2.º, tardio, à gota tofácea com lesões articulares crónicas, acessualmente agravadas por um surto gotoso agudo.

Acentuamos a necessidade de ter bem presente esta evolução para uma perfeita compreensão da doença.

À custa dum diagnóstico precoce e duma terapêutica adequada, deve esforçar-se o clínico por evitar a repetição das crises gotosas pois é desta repetição em cada articulação que resultam as alterações irreversíveis; as principais achegas diagnósticas devem ser procuradas na clínica, no laboratório e até nos resultados ex-juvantibus da terapêutica. No início da doença a radiologia é muito pouco útil, pois as alterações osteoarticulares reveláveis aos R.X. só se manifestam após um número variável, mas grande, de crises gotosas, dando só tarde a assinatura duma lesão já irreversível.

Uma vez feito o diagnóstico, o doente deve ter tratamento permanente pois se a gota é uma doença incurável, a sua artrite é também — de todas as artrites — a mais dócil à terapêutica.

No período agudo deve o clínico aconselhar repouso absoluto no leito, que só deverá cessar com a franca remissão da dor e dos sinais inflamatórios articulares; os doentes ficam muito gratos pelo uso de medidas que evitem o peso das roupas da cama sobre a articulação atingida.

Na dietética do gotoso, os alimentos permitidos terão baixo teor purínico de modo a evitar uma sobrecarga da hiperuricémia de que já são portadores. Contudo, sabe-se que o cumprimento dum regimen absolutamente apurínico não impede só por si, nem mesmo diminui, a frequência ou a intensidade dos ataques agudos nem as lesões crónicas da gota; conhecido, em contra-partida, que se excreta tanto menos ácido úrico na urina quanto menos purinas se fornecem na alimentação, é lógico propor ao gotoso uma dieta pobre em purinas.

Assim, ser-lhe-á vedado comer fígado e todas as vísceras animais, bem como carne de animais jovens porque o seu elevado metabolismo implica numerosas mitoses celulares e conseqüente excesso de nucleoproteínas resultantes dos restos nucleares; as sardinhas e os extractos de carne também devem ser proibidas pelo seu alto valor purínico.

Recentes experiências com glicina e carbono isotópicos, que mostram poder o ácido úrico sintetizar-se dos mais simples compostos de carbono e azoto, mostram o escasso valor da restrição de purinas na prevenção da formação de ácido úrico e do desencadear das crises gotosas.

É também de aconselhar uma diminuição na ingestão de gorduras, pois tem-se provado que a excreção de uratos é inversamente proporcional à ingestão de gorduras.

Evidentemente, a possível obesidade do gotoso deve ser corrigida à custa duma dieta hipocalórica, de modo a atenuar a carga a que estão sujeitas as articulações suportando o peso do corpo e que são as mais frequentemente afectas na gota.

A abstinência de bebidas alcoólicas de alta graduação e de cerveja deve ser formal, pela possibilidade de se desencadear uma crise com o seu uso. Contudo, a permissão de vinho de pasto em quantidade moderada às refeições, nos indivíduos não sensíveis à sua ingestão, não parece influir no curso ou frequência dos surtos articulares.

Certos exercícios como as grandes caminhadas e alguns desportos, como a caça e a pesca, pela fadiga e pelo trauma que representam sobretudo para os pés, tíbio-társicas e joelhos, convém serem desencorajados. Todos os hemolíticos ou hemopoiéticos devem ser usados cautelosamente na gota, pois a destruição maciça de glóbulos ou a perda dos núcleos dos normoblastos podem condicionar o ataque pela hiperprodução de ácido úrico.

Dado o carácter hereditário da doença é útil instruir os descendentes do gotoso sobre a possibilidade de terem uma gota «larvada», não clínica, assintomática; assim, feito o estudo das suas uricémias, e sobretudo se estas forem elevadas, devem os parentes do gotoso ser aconselhados a evitar a obesidade, o exercício muscular excessivo, a sujeição a temperaturas extremas, os traumatismos arti-

culares, a exagerada ingestão de alimentos com elevado teor purínico e, duma maneira geral, todos os provocativos potenciais dum acesso gotoso agudo.

Dentre os medicamentos frequentemente prescritos na gota, e por razões que expomos de seguida, existem três cujo uso não tem justificação: a morfina, o atofan e os «dissolventes do ácido úrico».

A morfina tem sido empregada na gota por representar a sua artrite aguda um dos quadros mais altamente dolorosos de toda a patologia; o seu uso é perigoso e absurdo numa doença crónica, incurável, capaz de acessos repetidos e portanto do perigo de habituação inerente, doença que se pode tratar, por outro lado, com fármacos «específicos» extrema e rapidamente activos.

O atofan, outra droga condenada, ainda hoje tem grande voga mas a possibilidade de atrofia amarela que o seu emprego representa para o fígado, obrigam a correr um risco que as suas virtudes não justificam. Pode dizer-se, bem sabemos, que os casos de atrofia aguda hepática relatados são desproporcionados ao largo uso que se fez, e ainda se faz, da droga. Dado porém que existem fármacos com as mesmas acções, mas de manejo muito mais seguro, o uso do Atofan representa um perigo que não tem justificação.

Por último, os chamados «dissolventes do ácido úrico» representam um logro; a propaganda das suas falsas virtudes é o único argumento, completamente infundado, do seu emprego. É absoluta utopia esperar que os tofos não se formem ou se dissolvam com o seu uso.

Passemos agora, e para terminar o nosso artigo, à descrição das drogas a usar na gota; elas tem a sua escolha condicionada por se tratar dum ataque agudo ou dum período entre duas crises.

TRATAMENTO DA CRISE GOTOSA AGUDA

Colchicina — Esta substância parece não modificar a excreção de ácido úrico pela urina; influi decisivamente na divisão celular, exercendo uma acção frenadora sobre as mitoses — bloqueando-as — mesmo em diluições tão consideráveis como de 1 para 100.000.000.

Sabido que o ácido úrico representa no homem o principal produto do metabolismo nuclear, o benefício da colchicina parece pois explicar-se através da sua acção sobre as mitoses.

Os órgãos com mais exaltada divisão celular são, como se sabe, a medula óssea, o sistema linfático, as glândulas sexuais masculinas, etc., e com efeito tem-se verificado depois da administração de colchicina um aumento das metafases entre as mitoses eritroblásticas no produto da função esternal. A administração de colchicina deveria pois diminuir a eliminação de ácido úrico à custa da sua menor produção.

Por outro lado, tem-se agora verificado que o colchico tem propriedades anti-alérgicas (Bardley, Mugler, etc.) e provoca como a ACTH queda de eosinófilos, involução linfóide, hiperplasia suprarrenal, embora se admita que esta estimulação suprarrenal não seja suficiente para explicar a acção terapêutica.

Em indivíduos estudados por meio do ácido úrico radioactivo, a colchicina provocou num indivíduo gotoso uma descida enorme na grandeza da «miscible-pool» de ácido úrico e também uma diminuição na «turnover rate»; noutro gotoso o efeito da droga foi equívoco, pouco claro. Assim, a colchicina pode conduzir a uma diminuição da «pool» dos gotosos, revelando provavelmente uma diminuição da síntese de ácido úrico, com ou sem uma descida paralela da «turnover rate» que quer permanece constante quer diminui, conforme os casos estudados.

Em conclusão, a colchicina não altera substancialmente a uricémia nem a uricúria mas diminui a «miscible-pool», facto este de acordo com a sua acção sobre as mitoses celulares.

A colchicina deve ser administrada em presença dos primeiros sintomas sugestivos duma crise gotosa aguda, e este é o segredo da sua maior actividade. Usa-se em doses

parciais de meio ou um miligrama; deve administrar-se um grânulo de duas em duas horas até se verificar uma das três seguintes possibilidades:

a) remissão dramática dos sintomas b) aparecimento de sinais de intoxicação (diarreia, cólicas abdominais) que devem, se muito intensos, tratar-se com elixir paregórico c) atingir a dose total de 5 mg.

Um doente bem instruído sobre o uso da droga conseguirá tirar dela o máximo benefício (cerca de 95 % das crises gotosas melhoram substancialmente com colchicina) sem atingir a toxicidade, por conhecimento, de anteriores crises, do número óptimo de grânulos a tomar.

A repetição duma segunda cura de colchicina não se deve fazer antes de três dias depois da primeira, sob perigo de se precipitar a toxicidade com pequeno número de grânulos.

Alguns reumatologistas, sobretudo antes da divulgação da Benemid, advogaram o uso quotidiano de pequenas doses de colchicina (0,5 a 1 mg. diário) na gota crónica; esta terapêutica mostra-se bem tolerada em todos os doentes e razoavelmente eficaz quanto à prevenção de crises agudas, mas não suprime o aparecimento de tofos.

O uso da colchicina com butazolidina representa uma associação extremamente eficaz nos grandes acessos gotosos e o clínico avisado não deve hesitar no seu uso concomitante sempre que a colchicina isolada não resolve a crise prontamente.

BUTAZOLIDINA E IRGAPYRINE — A fenilbutazona ou butazolidina, que é um novo derivado pirazólico sintético, foi primeiro utilizada como dissolvente da relativamente insolúvel aminopirina; o seu uso clínico em reumatologia, que data de 1951, iniciou-se em combinação com a aminopirina sob o nome de «Irgapyrine». Mais recentemente ainda tem-se verificado que a eficácia da «Irgapyrine» se deve quase exclusivamente ao dissolvente — a butazolidina — e por isso esta droga passou agora a usar-se isolada.

A resposta da gota aguda à «Irgapyrine» ou à «Butazolidina» é excelente em geral, e ainda mais pronta quando associada à colchicina, como dissemos.

A baixa da uricémia é acompanhada dum aumento correspondente da excreção urática. Esta baixa da uricémia até ao normal ou quase normal verifica-se em poucos dias de terapêutica, sendo a melhoria articular iniciada dentro de 24 horas em geral; deve usar-se na dose diária de 600 a 800 mgs.

Tanto a Butazolidina como a Irgapyrine tem acções acessórias que incluem dermatites, edema, náuseas, cólicas abdominais, vertigens, nervosismo, estomatites, etc.; outras manifestações mais graves de hipersensibilidade se podem manifestar como anemia, trombocitopénia, agranulocitose, nefropatia.

Estas acções acessórias de toxicidade são menos susceptíveis de aparecer ingerindo nos dias da terapêutica com Butazolidina abundantes líquidos e uma dieta hipocloretada e regridem, usualmente, com a suspensão do medicamento.

O clínico deve contudo ter sempre em mente esta possível toxicidade e saber que ela é tanto menos provável quanto menor for o número de dias da terapêutica.

O seu uso deve ser proibido aos cardíacos, ulcerados gastro-duodenais e nefríticos.

ACTH, CORTISONA E HIDROCORTISONA — A estreita relação entre artrite gotosa e função adrenocortical foi exemplificada logo que apareceram a cortisona e a ACTH; talvez mesmo que o maior benefício para o gotoso, tenha resultado dos conhecimentos adquiridos sobre a doença com o uso destas hormonas.

Os gotosos excretam quantidades menores de 17-cetosteróides, em regra cerca de $\frac{1}{3}$ menos que o valor mínimo normal para o adulto são. Também recentemente se tem verificado uma alteração da taxa de excreção dos 11-oxysteróides. Ainda esta relação entre gota e doença endócrina se evidencia pelas alterações bioquímicas e pelos

efeitos clínicos que seguem a terapêutica do gotoso com cortisona e ACTH, levando a encarar o acesso agudo como uma verdadeira insuficiência suprarrenal.

Factos reconhecidos como capazes de provocar a crise aguda — como traumatismo, infecções, intervenções cirúrgicas, etc. — podem pois interpretar-se à luz destes conceitos como actuando através da actividade hipofiso-suprarrenal, dada a semelhança entre os balanços hidro-salinos da crise aguda espontânea e da crise provocada, num período quiescente, por ACTH.

Tanto a cortisona como a ACTH, são capazes de provocar crises de artrite gotosa aguda em doentes com gota quiescente e também causar rápidas melhoras na artrite gotosa aguda. Depois de fazerem ceder o acesso agudo, elas provocam geralmente uma recaída pouco depois de cessar a sua administração, recaída violenta com ACTH e mais benigna com cortisona. Para evitar este «withdrawal syndrome», é sempre aconselhável associar a colchicina a estas duas hormonas, administrando-a logo após a hormonoterapia.

O resultado, aparentemente paradoxal, do uso destas hormonas explica-se da seguinte forma: — depois de cessar a administração de ACTH verifica-se uma insuficiência de 11-oxysteróides, que no indivíduo normal é seguida em breve por um curto período de produção excessiva de 11-oxysteróides, a que os americanos chamam «rebound effect»; no gotoso este «rebound effect» é deficiente e a crise aguda ocorre durante este período de insuficiência relativa em 11-oxysteróides condicionada pelo tratamento.

Com o auxílio dos isótopos podemos apreciar também o modo de acção destas hormonas.

A administração de ACTH em dose que provoque satisfatória resposta suprarrenal medida pela baixa dos eosinófilos circulantes, acompanha-se duma eliminação urinária aumentada de ácido úrico e concomitante baixa do ácido úrico sérico.

A cortisona também provoca um aumento da uricúria, mas não há relação directa entre esta e o resultado clínico.

A ACTH parece tornar maior a «miscible-pool» por virtude de aumentar a taxa de síntese de ácido úrico relativamente mais do que a uricúria; pelo contrário, a cortisona diminui a «miscible-pool» por que o aumento da excreção urática não se acompanha dum aumento paralelo da quantidade de ácido úrico entrando nesta «pool». Em resumo, ambas aumentam a «turnover rate» mas a «pool» tende a aumentar com ACTH e a diminuir com cortisona — ambas as drogas são uricosúricas, mas a ACTH deve aumentar muito a taxa de síntese do ácido úrico endógeno.

Estas considerações, com mais valor para um melhor conhecimento da doença que para a terapêutica, resultam de experiências muito recentes e portanto ainda não discutidas por outras escolas; devem pois ser aceites com lógico condicionalismo.

Para Levin, a explicação mais plausível do benefício destas hormonas seria devida a um efeito anti-inflamatório inespecífico.

As doses habituais destas hormonas, variáveis de acordo com a situação a encarar, fornecem resultados eficazes na gota.

A frequência do «withdrawal syndrome», a necessidade da sua associação com colchicina, o elevado custo das hormonas e a delicadeza do seu manejo, tornam o seu uso apenas aconselhável aos médicos treinados com esta terapêutica que é actualmente a mais eficaz e a mais rápida — os benefícios estabelecem-se ao cabo de 3-4 horas após a primeira dose administrada — de todas as da artrite gotosa aguda.

A hidrocortisona usada intrarticularmente na dose parcial de 25 a 50 mg., sobretudo nos casos de gota monoarticular aguda duma grande articulação (joelho, por ex.), fornece os efeitos benéficos de prever, uma vez que este esteróide adrenocortical é capaz de corrigir a falta local de 11-oxysteróides — defeito metabólico básico do



Extracto hepático altamente purificado
e
indolor

PERNAEMON

Com um teor constante de Vitamina B₁₂ proveniente do próprio fígado

PERNAEMON FORTE

(ACTIVIDADE CLÍNICA EQUIVALENTE A 30 U. S. P. POR AMPOLA
COM BASE NO AUMENTO DO NÚMERO DE ERITRÓCITOS)

20 microgramas de Vitamina B₁₂ por ampola

Caixa de 3 ampolas de 2 c. c.

PERNAEMON SIMPLES

(ACTIVIDADE CLÍNICA EQUIVALENTE A 6 U. S. P. POR AMPOLA
COM BASE NO AUMENTO DO NÚMERO DE ERITRÓCITOS)

4 microgramas de Vitamina B₁₂ por ampola

Caixa de 3 ampolas de 2 c. c.

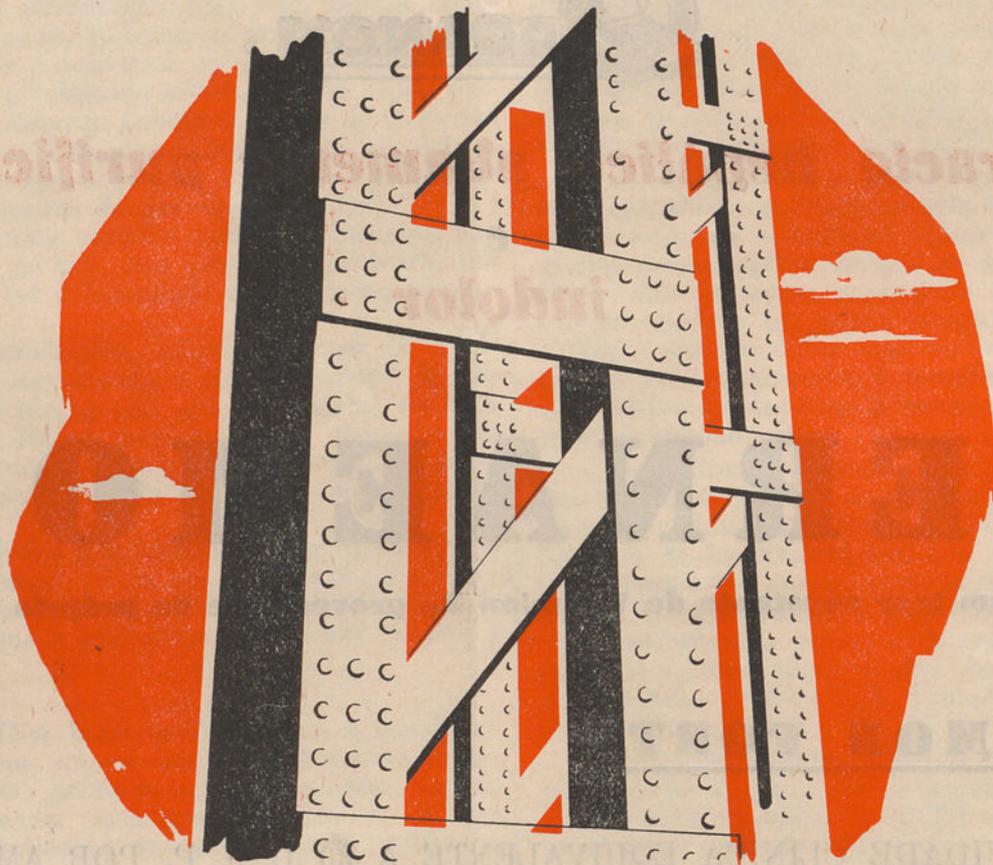
**Contém todos os elementos antianémicos
e tónicos do fígado incluindo a Vitamina B₁₂**

NOTA — Ainda que o Pernaemon possa ser injectado por via endovenosa, a prática tem demonstrado que, esta via não apresenta qualquer vantagem clínica sobre a intramuscular.

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

Rua da Prata, 250-2.º — Lisboa / R. Alexandre Braga, 138 — Porto



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 INTELCTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÓNICAS, CONVALESCENÇAS

gotoso com sintomas agudos; a vantagem de não ultrapassar aquelas doses, baseia-se em evitar a acção sistémica deste corticóide.

TRATAMENTO DA GOTA ENTRE AS CRISES AGUDAS

Além dos cuidados de dieta e de regimen de vida que expusemos noutro lugar, o gotoso é particularmente susceptível às doenças degenerativas cardio-vasculares, à hipertensão arterial, às cólicas renais litiásicas (por cálculos de uratos) e à esclerose renal; o tratamento destas situações no gotoso, não é diferente do habitual e por isso não merecerão aqui a nossa atenção.

Os cuidados a ter com as lesões articulares irreversíveis da gota são semelhantes aos das artroses degenerativas graves e, por isso, o auxílio da fisioterapia, da reabilitação, da cirurgia ortopédica tem as mesmas indicações e os mesmos benefícios.

Se por razões estéticas ou funcionais os tofos uráticos interferem com o psiquismo, com o aspecto do doente ou com a sua função articular, a remoção cirúrgica pode ser tentada; lembraremos porém o risco de cicatrizes residuais muito irregulares, o seu difícil encerramento e a grande dificuldade técnica geralmente inerente a esta cirurgia.

O uso dos potentes úrico-eliminadores de que dispomos, seguramente óbvia à formação de tofos; a sua prolongada administração, por anos, afirma-se potencialmente capaz de diminuir os tofos mais antigos, tornando obsoleta a sua extirpação operatória.

Benemid: — Esta droga, registada entre nós com os nomes de «Prolongin» e «Inibitol», é quimicamente o p-(di-n-propilsulfamil) — ácido benzóico.

Estudos farmacológicos indicaram que a «Benemid» é lentamente metabolizada no organismo; quando administrada em grandes quantidades é excretada numa forma conjugada, dando este conjugado lugar ao aparecimento dum substância redutora na urina. Tem-se verificado que esta substância redutora é um glucoronido.

A «Benemid» inibe a excreção daqueles compostos que são eliminados por um mecanismo tubular análogo ao que rege a secreção da penicilina. Assim, tem-se demonstrado que a «Benemid» inibe a secreção tubular renal de substâncias como o p-amino hipurato, vermelho-fenol e certas piridonas.

No entanto esta droga não inibe toda a secreção tubular. Tem sido determinado, por ex., que a «Benemid» não afecta a capacidade de reabsorção máxima dos túbulos para a glucose e arginina e não influencia as clarificações (clearances) de sulfatiazol, ureia ou creatinina quando administrada em concentrações que são suficiente para inibir completamente a secreção tubular da penicilina. Desta forma a «Benemid» usa-se também para manter mais longos e mais elevados níveis de penicilémia, porque diminuindo a taxa de excreção de penicilina aumenta portanto a concentração plasmática e a duração do nível sanguíneo deste antibiótico. Razões análogas justificam o emprego da «Benemid» para manter mais úteis níveis de ácido paramino-salicílico (PAS).

Estas acções que primeiro justificaram o uso da droga não nos interessarão porém nesta descrição.

A introdução da «Benemid» como agente terapêutico na gota baseia-se nos trabalhos de Wolfson e associados que verificaram que a «carinamida» aumenta a excreção de ácido úrico em indivíduos normais e gotosos; porém, as doses usadas tinham de ser tão altas que se acompanhavam de fenómenos de intolerância.

A «Benemid», composto a fim da «carinamida», era muito melhor tolerada.

Esta droga tem-se mostrado um agente uricosúrico extremamente valioso, que modificou em absoluto o prognóstico da gota; podemos comparar o seu valor com o da insulina na diabetes mellitus.

Inicialmente produzida pelos fabricantes americanos «Sharp and Dome» para usar conjuntamente com peni-

lina ou PAS, verificou-se depois que a «Benemid» inibe marcadamente a reabsorção tubular dos uratos, diminuindo a hiperuricémia, e isto frequentemente até ao normal, bem como o número e a acuidade dos ataques gotosos. Assim a incapacidade da gota diminui numa larga medida e os tofos não se formam ou tornam-se mais pequenos; as restrições dietéticas podem portanto ser muito menos rígidas.

A alta dose de salicilatos necessária para aumentar substancialmente a eliminação de ácido úrico, não pode infelizmente ser mantida por mais que poucos dias porque os doentes referem zumbidos, confusão mental, surdez, queixas gastro-intestinais e outras indicações de salicilismo; mais pequenas doses de aspirina ou salicilatos não tem efeito uricosúrico significante.

Nas experiências efectuadas com ácido úrico isotópico verificou-se, depois da administração de «Benemid» e devido à resultante inibição de reabsorção tubular dos uratos, uma uricúria aumentada, uma diminuição das reservas mobilizáveis de ácido úrico («miscible-pool») e um aumento da taxa de ácido úrico substituído cada dia («turnover rate»).

A dose mais eficaz é de 0,5 a 2 gramas diários, dose em que se obtém geralmente um aumento de 50 % na excreção de ácido úrico urinário e uma queda média de 24 % nos níveis da uricémia na primeira semana de administração.

A droga é praticamente atóxica e não tem acção nociva sobre o rim mesmo em casos seguidos durante 3 anos, que é o seu tempo de existência. A sua acção é fisiológica e reversível, desaparecendo 24 a 72 horas após a supressão da medicação.

Reacções da droga, como perturbações gastro-intestinais ou exantemas, são raras com as doses em que se usa. Há contudo tendência para provocar ataques agudos de gota, precocemente no início do tratamento, requerendo doses preventivas de colchicina ou de butazolidina segundo o critério usado num doente não recebendo «Benemid». Para evitar estas crises as doses iniciais devem ser pequenas, cerca de 0,5 gr. diário.

Não é demais repetir que a «Benemid» não tem acção analgésica e não tem qualquer valor no tratamento da gota aguda.

Nos primeiros dias da sua administração é conveniente a ingestão abundante de líquidos e de bicarbonatos de sódio de modo a prevenir a precipitação dos uratos eliminados em massa.

A associação com aspirina, anula a acção de qualquer das drogas, suprimindo-se o efeito uricúrico por um fenómeno de interferência sobre a função tubular.

A «Benemid» é actualmente o melhor urato-eliminador conhecido e os benefícios sobre os tofos e a invalidez ulterior do gotoso justificam a importância desta brilhante aquisição.

BIBLIOGRAFIA DO ARTIGO SOBRE GOTA

- 1 — Le diagnostic de la goutte — Pierre Uhry (Paris) et Jacques Sérane (Vittel) La Semaine des Hopitaux — 29.º Ano, N.º 5, 18-IV-53. pg. 1268.
- 2 — Le traitement de la goutte — Pierre Uhry (Paris) et Jacques Sérane (Vittel) La Semaine des Hopitaux — 29.º ano, N.º 5, 18-IV-53. pg. 1271.
- 3 — Notions actuelles sur la physio-pathologie de la goutte — Pierre Uhry (Paris) et Jacques Sérane (Vittel) La Semaine des Hopitaux 29.º ano, N.º 5, 18-IV-53. pg. 1274.
- 4 — Action urico-éliminatrice du probenecid (Benemide) dans 12 cas de gotte — F. Coste, J. Chabot et L. Canet (Paris). Revue du Rhumatisme — XX ano, N.º 8-9 — Ag. Set., 1953. pg. 632.
- 5 — Tratamiento del reumatismo por los esteroides — Rapports du VIIIe Congrès Intern. des Mal. Rhumatismales, pg. 130 — A. Ruiz-Moreno.
- 6 — Les hormones stéroïdes dans le traitement des rhumatismes — F. Coste. Rapports du VIIIe Congrès Intern. des Mal. Rhumatismales. pg. 71.
- 7 — Effects of cortisone and corticotropin on rheumatic distases. — Phillip Hench. Rapports du VIIIe Congrès Intern. des Mal. Rhumatismales — pg. 66.
- 8 — Gota — W. Löffler e F. Koller — Zurich — Tratado de Medicina Interna de Bergmann, Stahelin y Salle — VI volume, pg. 926.
- 9 — The metabolism of uric acid in the normal and gouty human studied with the aid of isotopic uric acid — Benedict, Forsham and De

- Witt Stetten. The Journ. of Biologic. Chem. — Vol. 181-1949 — pg. 183.
- 10 — Current therapy of Gout — Charley Smyth. J. A. M. A. Vol. 152, N.º 12 — July 18, 1953 — pg. 1106.
- 11 — Pool Rise, turnover rate and rapidity of equilibration of injected isotopic uric acid in normal and pathological subjects — Bishop, Gamer and Talbott — The Journ. of Clin. Invest. — Vol. XXX, 2, 1951 — pg. 879.
- 12 — The effect of Benemid on uric acid metabolism in one normal and one gouty patient—Bishop, Gamer and Talbott—The Journ. of Clin. Invest. — Vol. XXX, 2, 1951 — pg. 889.
- 13 — The effect of salicylates and ACTH upon the miscible pool of uric acid in gout — Benedict, Forsham, Roche, Soloway and De Witt Stetten. The Journ. of Clin. Invest. — 2, 1950, pg. 1104.
- 14 — Metabolic studies on patients with gout. Talbott and Coombs. J. A. M. A. — Vol. 110 — N.º 24 — 11, Junho, 1938 — pg. 1977.
- 15 — Gout — Bauer, Walter and Klemperer, Friedrich. Diseases of metabolism — Duncan — 2nd edition 1947 — pg. 611.
- 16 — Smyth, Cotterman and Freyberg — 1948 — J. Clin. Invest., 27, 749.
- 17 — Genetic and endocrine aspects of Gout — Charley J. Smyth — The Practitioner — Vol. 1 — 1951, pg. 62.
- 18 — Benemid in Gout — Smith, Mc. Quire and Herman — Summary of the Communications of VIII International Congress of R. Diseases, pg. 108.
- 19 — Clinical and biochemical effects of Benemid in 50 cases of gout. Nowitz and Sougin — Mibachan — Capetown Summary of the Comunicatores of VIII Int. Cong. of R. D. — pg. 109
- 20 — Intermediary metabolism of uric acid by isotope studies. Lockie, Bishops and Talbott — Summary of the Comunications of VIII Int. Cong. of R. D. — pg. 110.
- 21 — Gota — M. Ribeiro do Rosário — Gazeta Méd. Portug. — Vol. 1 — 2.º trimestre de 1948, N.º 2 — pg. 44.
- 22 — Tratamiento actual de los reumatismos Rotis — Quérol — 1954 — pg. 98.

A vacinação pelo B. C. G.

CASANOVA ALVES

(Chefe dos Serviços de Vacinação e Recenseamento
Torácico do Instituto de Assistência Nacional aos
Tuberculosos)

No 1.º Congresso Internacional do B. C. G. realizado em Paris em 23 de Junho de 1948, foram votadas por unanimidade na sua sessão de encerramento, as seguintes resoluções:

- O estudo de mais de dez milhões de vacinações efectua-
das em todo o mundo, confirma a *inocuidade absoluta*
da vacinação pelo B. C. G. na espécie humana;
- A vacinação pelo B. C. G. é o meio de prevenção mais
eficaz contra a tuberculose;
- A estirpe vacinal utilizada em todos os Países do mundo,
deve provir do Instituto Pasteur de Paris;
- A técnica seguida no Instituto Pasteur de Paris asse-
gura à vacina a sua vitalidade e fixação da avirulência
da estirpe;
- Reconhece-se como bom, todo o método de vacinação
com o B. C. G. que provoque a curtos prazos uma
alergia nítida e durável;
- Recomenda-se a introdução da vacina pela pele, intro-
dução cujas modalidades de aplicação são variadas;
- Não se exclui a utilização da via oral, por razões de
ordem prática;
- Se a vacinação dos recém-nascidos se impõe em pri-
meiro lugar, a dos adolescentes e jovens adultos com
tuberculino-reacção negativa deve ocupar um lugar pri-
mordial para as categorias de pessoas mais expostas,
como por exemplo, os aprendizes, estudantes, pessoal
médico e hospitalar, recrutas, etc.;
- Recomenda-se praticar a revacinação dos indivíduos
vacinados cuja sensibilidade cutânea à tuberculina,
desapareceu;
- Considera-se de interesse urgente, a mais larga difusão
possível da vacinação pelo B. C. G.;
- Recomenda-se a manutenção de todas as outras medi-
das profilácticas em uso, na luta contra a tuberculose;
- Considera-se fundamentada a vacinação da espécie
bovina com o B. C. G. e chama-se a atenção dos poderes
públicos para certas disposições regulamentares que, de
certo modo, contrariam a sua difusão.

Prezados colegas:

Por estranho que vos pareça e tenho razões para o afir-
mar, a vacinação pelo B. C. G. é um meio de prevenção da

tuberculose, de que entre nós muito temos a esperar; mercê
de um conjunto de circunstâncias, das quais destacaremos a
multiplicidade de aspectos e problemas que se relacionam com a
sua solução, a tuberculose radicou como uma doença social e,
como tal, sob o ponto de vista sanitário, só impressionável nos
momentos em que verificamos o poder da sua destruição; sabe-
mos que é uma doença transmissível por contágio e conhecemos,
ainda que de longe, o número de vítimas e os prejuízos morais
e materiais que causa no seio das famílias e na colectividade;
não ignoramos que a tuberculose evolui, as mais das vezes, num
estado de saúde aparente e que, quando tardiamente diagnosti-
cada, a despeito de todos os recursos terapêuticos, chega a com-
prometer a própria vida!

Pois apesar de tudo, o problema da solução da tuberculose
objectiva-se, ainda, para muitos pela disponibilidade do número
de leitos, com desprezo pelas medidas de higiene e profilaxia
em geral, cepticismo pela prevenção pelo B. C. G. e dúvidas no
interesse do diagnóstico precoce pela rádio-fotografia! Mais do
que nunca se torna necessário esclarecermo-nos que todas estas
medidas que vos acabo de apontar, estão sendo intensamente
seguidas em toda a parte com os mais benéficos resultados e
que a sanatorização tem tendência a reservar-se, simultânea-
mente, à melhoria das condições de vida dos povos, não para
os casos tardiamente diagnosticados, mas antes, para os que,
diagnosticados precocemente, constituam, pelas condições de
coabitação e como fontes de contágio um perigo para a sociedade.
Ao diagnóstico precoce, segue-se assim, no dispensário, no domi-
cílio ou no sanatório o tratamento precoce, oportuno, económico,
recuperador e consequentemente social do tuberculoso. Com o
advento da vacinação, da rádio-fotografia e dos antibióticos e
quimioterápicos, a tuberculose deixou de ser uma doença inso-
lúvel e economicamente incomportável, para tornar-se compreen-
sivelmente, como qualquer outra de etiopatogenia conhecida e
de uma maneira geral, evitável e de prometedoras esperanças
nos domínios da terapêutica e da recuperação. Lamentamo-nos
porque não dispomos de um leito para cada tuberculoso tardia-
mente declarado, mas permitimo-nos menosprezar pelo futuro
dos coabitantes dos focos de contágio e discutir o valor de factos
comuns a todas as doenças infecto-contagiosas: prevenção, diag-
nóstico precoce, tratamento precoce.

Sem desmerecimento por quaisquer dos meios postos ao
nosso alcance, tão necessários ao combate do terrível flagelo,

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, MICROCOCS
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.^{DA} - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA



TIFOCLOR

O Tifoclor preparado com palmitato de cloranfenicol, é um medicamento de agradável paladar e portanto fácil ministração. Tendo toda a actividade terapêutica do cloranfenicol e portanto as mesmas indicações, tem sobre ele a vantagem da fácil e agradável utilização que o torna preferível particularmente em pediatria.



NEO-ESTREPTOMICINA

A Neo-Estreptomicina associa em partes iguais a estreptomicina e a dihidroestreptomicina. Mantém-se nesta associação toda a actividade do antibiótico e diminui-se consideravelmente o risco de reacções secundárias desagradáveis a um e outro dos dois sais. Com efeito porque os dois sais têm acção tóxica preponderante em pontos diferentes, diminuindo de metade a dose de cada um deles, simultaneamente reduzimos a probabilidade de consequências tóxicas.



NEO-ESTREPTOCAÍNA

A Neo-Estreptocaína associa a penicilina procaína a uma mistura de sais de estreptomicina. Assim reduz a probabilidade de consequências tóxicas da estreptomicina, mantendo toda a eficiência do sinergismo penicilina-estreptomicina com alargamento do espectro terapêutico e retardamento ou inibição de resistência medicamentosa.



PENI-14

Com o Peni-14 utiliza-se a N-N'-dibenziletilenadiazina-dipenicilina G associada à Penicilina-Procaína. Resulta assim um medicamento que a par da acção rápida tem uma acção muito prolongada que permite reduzir o número de injeções. Porque o Peni-14 é activo per os prepara-se também em comprimidos e em suspensão de agradável paladar e fácil ministração.



ANTIBIÓTICOS

penso ter chegado o momento oportuno de acordarmos do letargo em que, por deficiência de meios, temos vivido, e, reconhecer que vale mais prevenir do que remediar. É esta a doutrina dos modernos conceitos em tisiologia; foi esta a doutrina exposta por Sua Excelência o Sr. Presidente do Conselho, na sessão solene de abertura da X Conferência da União Internacional contra a Tuberculose, realizada em Lisboa em Setembro de 1937!

*

Voltando agora ao assunto da nossa lição, devo recordar-lhes que as tentativas de vacinação e criação específica de imunidades antituberculosa, fracassaram e, muitas até, quando preparadas com bacilos de Koch vivos e virulentos e com bacilos mortos e seus derivados, não ultrapassaram a fase de experimentação animal. O mesmo não aconteceu à vacina preparada com bacilos vivos, de virulência atenuada, de que o B. C. G., até à data, é a mais prometedora na imunização antituberculosa.

Data de 1903 a famosa teoria de Behring sobre a infecção tuberculosa por via intestinal. Para Behring a tuberculose do adulto nunca era primitiva, mas sempre secundária à tuberculose adquirida na infância por via digestiva. Esta teoria, verdadeiramente revolucionária, porque se opunha à inalatória, só até então admitida, mobilizou os investigadores da época para a sua comprovação e dentre estes surgiram, no campo da tisiologia experimental, os nomes de Calmette e Guérin. Verificaram estes investigadores que os bacilos tuberculosos atravessam efectivamente a parede intestinal, detendo-se porém nos gânglios mesentéricos dos animais jovens, para passar com maior facilidade nos seios que existem entre as células ganglionares, que entram na constituição dos gânglios dos animais adultos. Nas experiências que fizeram sobre a infecção por via digestiva, mais verificaram que os animais que ingeriam pequenas quantidades de bacilos, resistiam às re-infecções, com doses, que os animais testemunhas, virgens de contaminação, não toleravam. Se a infecção por bacilos virulentos pudesse ser precedida pela administração de uma raça de bacilos inofensiva — vacinação — era muito natural, pensaram, que aquela fosse suportada. Estava já comprovado que a adaptação dos bacilos tuberculosos a espécies animais diferentes lhes atenuava a virulência. No prosseguimento das suas experiências, conseguiram em 1908 atenuar a virulência de um bacilo de tipo bovino, isolado por Nocard em 1902, mediante passagens por batata biliada, e a atenuação era tal, que após a 15.^a passagem os vitelos, resistiam a 100 miligramas deste germe administrado por via endovenosa e as cobaias, apesar da sua grande sensibilidade, não sofriam de tuberculose grave. Depois de 33 passagens pelo meio de cultura conseguiram atenuar ainda mais a referida virulência, de tal forma que os vitelos injectados se tornavam resistentes à inoculação virulenta, com doses, suficientes para matar em quatro ou cinco semanas, outros vitelos, virgens de contaminação, tomados como testemunhas. Às 42.^a passagem o bacilo atenuado por Calmette e Guérin ainda era nocivo para a cobaia. Por fim, já no ano de 1920 e depois de duzentas e trinta e cinco passagens, estava tornado não só completamente avirulento para os bovinos, mas também absolutamente inofensivo para as cobaias, coelhos e outros animais inoculados. O poder tuberculigénico desta estirpe foi extinto de uma maneira definitiva, conservando contudo as propriedades antigénicas e imunitárias que devem caracterizar uma vacina. A estirpe avirulenta de bacilos de Koch bovino, assim obtida por Calmette e Guérin, por homenagem aos dois sábios investigadores franceses, é universalmente conhecida por B. C. G.

A morfologia do bacilo avirulento, pela longa permanência artificial nos meios de cultura, modificou-se em relação ao bacilo

de origem virulento, para tornar-se mais longo e fino e apresentar um maior número de granulações. Conservando, muito embora menos pronunciados, os caracteres tintoriais de ácido-resistência, pode distinguir-se dos bacilos bovinos virulentos e do humano pela impregnação argêntica, segundo o método de Levaditi modificado por Fontana-Tribondeau.

Quero ainda dizer-lhes que o B. C. G. produz tuberculina de escassa actividade, anticorpos que não influenciam, de qualquer forma a evolução da tuberculose, e que na sua composição química Chargaff encontrou aproximadamente o dobro de lípidos e substâncias cêreas, do que as que entram na constituição dos bacilos tuberculosos de tipos humano e bovino.

A aplicação da vacina B. C. G. na espécie humana, data de 1 de Julho de 1921 e foi Weill-Hollé quem pela primeira vez a administrou por via oral, a um recém-nascido, em imminente perigo de contágio tuberculoso. Em três anos estavam vacinados com todo o êxito 317 indivíduos e em 1930, duzentos e dez mil. As estatísticas de 1932 revelam-nos exceder já de um milhão o número de indivíduos vacinados em todo o mundo e, em 1948 o Congresso Internacional do B. C. G., cujas conclusões vos apresentei, baseava o seu parecer nos resultados obtidos em mais de 10 milhões de indivíduos vacinados.

A inocuidade do B. C. G. está de há muito fora de qualquer discussão, não só por cuidadosas, repetidas e numerosas experiências biológicas, mas também pela progressividade dos números que vos acabo de apontar. Para aqueles que vivam longe do laboratório, posso aconselhar-lhes uma comprovação tão simples quanto concludente: Inoculai por via hipodérmica um coelho comum, com o conteúdo total de um tubo de vacina B. C. G. com uma suspensão fresca para administrar por escarificação. Uma dose igual de bacilos virulentos seria bastante para matar mil e quatrocentos milhões de coelhos! Pois bem: o animal da vossa experiência não apresentará qualquer alteração, a menos que, passados uns dias, surja no local da inoculação um pequeno nódulo que pode ulcerar-se e finalmente curar sem deixar qualquer rastro.

Quanto ao retorno da virulência da estirpe B. C. G., posso assegurar-lhes também que estão concluídas todas as experiências levadas a efeito por investigadores de alguns países que admitiram a sua possibilidade e que os resultados a que chegaram são sobejamente concludentes para que o assunto tivesse sido posto fora de qualquer discussão, a partir de 1930.

Conforme preceituaram Calmette e Guérin, a estirpe usada em todos os laboratórios para a preparação da vacina B. C. G. é oriunda do Instituto Pasteur de Paris e para que aquela possa estar absoluta e indiscutivelmente inacessível a quaisquer críticas ou eventualidades é indispensável que os técnicos dela encarregados, além de idóneos, sejam sãos e periodicamente vigiados sob o ponto de vista pulmonar, que não se entreguem a quaisquer outros trabalhos ou manipulações de laboratório, e que este, por sua vez, seja construído de raiz ou adaptado exclusivamente para aquele fim.

Estas condições foram totalmente reunidas entre nós, mercê de uma colaboração a todos os títulos notável, no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, que semanalmente a prepara e envia para o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, organismo encarregado de promover e orientar em todo o País a vacinação antituberculosa.

Quanto à preparação da vacina, dir-lhes-ei que a estirpe B. C. G. é conservada por passagens sucessivas em meio de batata-Sauton, intercalando-se uma ou duas vezes por ano, uma passagem por meio de batata biliada e que a técnica é resumidamente como segue:

Da cultura em tubos de batata-Sauton, com uma ansa espiralada, toma-se uma pequena parcela da película e deposita-se à

superfície do meio líquido de Sauton. O bacilo desenvolve-se, formando ao fim de oito dias, uma película espessa. Desta, faz-se uma segunda passagem para meio líquido de Sauton, e a nova cultura é aproveitada para a preparação da vacina. A massa bacilar é recolhida num aparelho de Birkaugh onde se comprime, para depois ser pesada e triturada em agitador especial. Por fim, os bacilos suspendem-se em meio de Sauton diluído, até que fiquem na concentração desejada. Pronta a vacina, é então submetida a uma série de provas no sentido de se verificar a sua esterilidade, inocuidade, homogeneidade, viabilidade e virulência para a cobaia.

A vacina assim preparada deve aplicar-se na espécie humana dentro dos dez dias que se seguem à sua preparação. Para obviar a este inconveniente, já que dois dias são perdidos nos laboratórios, para verificação dos resultados das sementinhas de controlo, recorre-se em muitos países à preparação da vacina B. C. G. pelo processo de congelação-dissecação. Bretey, van Deinse e M.elle Sénécál do Instituto Pasteur de Paris, servindo-se da técnica de Leshchinskaya e Vakengut — congelação e dissecação do B. C. G. em suspensão, na glucose a 50 % — verificaram que são poucos os bacilos mortos no decurso daquele processo e que a vacina seca, à temperatura do laboratório (18 a 20°) cinco meses após a sua preparação, tinha somente 60 % de bacilos vivos. Verificaram ainda os dois últimos destes autores, que a vacina seca com dois meses de preparação determinava na cobaia, ainda que um pouco mais tardiamente, a mesma alergia tuberculínica que a vacina fresca. Estes trabalhos, vieram abrir novas perspectivas à vacinação pelo B. C. G. e, para nós, o campo da sua aplicação às Ilhas Adjacentes e Províncias Ultramarinas.

Um outro aspecto da vacinação que vos quero focar, é o da administração do B. C. G. estar condicionada à negatividade das provas de pesquisa de sensibilidade à tuberculina e o dos resultados da sua aplicação serem apreciados pelas mesmas provas. É este o critério por nós seguido e é este o preconizado pela Organização Mundial de Saúde e pela Unicef.

Quanto aos métodos e técnicas de provas de pesquisa de sensibilidade e vacinação considerados oficiais, abstenho-me de descrevê-los; na separata do último número da revista do Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos, «Tuberculose e Doenças Torácicas», que gostosamente vos oferecerei, encontrareis em «Algumas das normas que regulamentam a Campanha de Vacinação pelo B. C. G. e Rádio-rastreio do tórax» tudo quanto vos poderia dizer; na sessão prática que se seguirá a esta lição, no Centro de Profilaxia e Diagnóstico do I.A.N.T. que ides também visitar, tereis oportunidade de as conhecer nos seus aspectos de aplicação e apreciação de resultados.

No que se refere ao poder protector da vacina B. C. G., todos os médicos dos vários países que a têm utilizado, verificaram uma diminuição marcada dos casos de tuberculose, simultânea e paralelamente ao emprego da vacina; nos indivíduos largamente expostos ao contágio, pela natureza das profissões escolhidas, tais como enfermeiras, estudantes de medicina, visitadoras e assistentes sociais, a actividade da vacina traduz-se pela redução da morbidade e mortalidade tuberculosa nos indivíduos vacinados, em relação aos não vacinados, tomados por testemunhas. Quando correctamente praticada nos indivíduos fortemente expostos, permite reduzir de um modo sensível o número de casos de tuberculose-doença, bem como o número de óbitos, o que permite pensar que nas condições correntes de contágio, o resultado poderá ainda ser melhorado.

Para demonstrar a eficácia no homem da vacinação pelo B. C. G., seria necessário em teoria reunir um certo número de pessoas, igualmente anérgicas à prova intradérmica de Mantoux, pertencentes ao mesmo sexo, raça e grupo de idade; depois de

um cuidadoso exame físico tornaríamos positivos à reacção de Mantoux por inoculação do B. C. G., metade dos indivíduos que constituem o referido grupo. Supõe-se todo o grupo em condições desfavoráveis de habitação, ventilação e luminosidade, na comunidade assim artificialmente criada, e em convívio com tuberculose aberta. Desde a data do aparecimento de alguns casos de tuberculose clínica, observaríamos todo o grupo para assim determinarmos entre os vacinados e não vacinados a frequência dos indivíduos contagiados. O acidente publicado por Hyge, ocorrido há cerca de dez anos numa escola da Dinamarca, poderá servir-nos de exemplo para, qualquer um de nós, comprovarmos em qualquer aglomerado cuja assistência nos esteja entregue, o valor protector da vacina B. C. G.

Em Outubro de 1941, numa escola frequentada por raparigas de 12 aos 18 anos, surgiu o caso de uma aluna com hemoptises por tuberculose pulmonar. Observadas todas as alunas da escola, descobriu-se que duas companheiras de classe, sofriam de tuberculose. Os três casos foram imediatamente retirados da escola.

Em Fevereiro de 1942, isto é, pouco mais de um ano passado sobre o que vos acabo de relatar, procedeu-se a um novo exame de todas as alunas e verificou-se que todas estavam sãs. Nas provas de pesquisa de sensibilidade a que todas foram submetidas, 133 reagiram positivamente e 200 não reagiram ao Mantoux com P.P.D. seco, de 100 U. T. A percentagem de anérgicas encontradas correspondia sensivelmente à média encontrada da população escolar do mesmo condado. Insistiu-se para que as alunas com Mantoux negativo fossem vacinadas com o B.C.G. e 144 tornaram-se positivas com a vacinação.

Em Dezembro do mesmo ano (1942) tendo a escola uma população de 368 alunas, procedeu-se novamente às provas de pesquisa de sensibilidade; 130 tiveram uma reacção de Mantoux positiva natural, 133 uma reacção positiva consequente à vacinação pelo B. C. G. e 105 uma reacção de Mantoux negativa; entre estas últimas, 59 tinham matrícula recente. O estado sanitário geral das alunas não permitiu desta vez que se insistisse na vacinação.

Por esta época, um professor de física, que leccionava em diferentes classes, adoeceu com uma forte gripe e nas suas aulas tossia e espirrava frequentemente. Estavam em plena segunda guerra mundial e as condições de luminosidade e arejamento da aulas eram simplesmente péssimas, em cumprimento das instruções determinadas para a defesa civil do território.

Em Janeiro de 1943, desencadeou-se em toda a população escolar uma epidemia de gripe. Alguns casos de eritema nodoso, chamaram a atenção do Dispensário antituberculoso local. Sob a direcção de Hyge foram rigorosamente observadas todas as alunas, corpo docente, empregados e alguns fornecedores diários de géneros alimentícios. O professor de física, que em Dezembro tinha adoecido com manifestações de um síndrome gripal, apresentava duas pequenas cavernas no vértice esquerdo.

Os resultados do inquérito epidemiológico a que se procedeu, deu como resultado:

1.º — A maioria dos casos de infecção tuberculosa deu-se nas classes que seguiram os cursos do professor de física; 46 das 56 alunas com Mantoux negativo, pertencentes a estas classes, tornaram-se positivas. O porteiro que frequentemente prestava serviços ao professor, teve uma pleurisia.

2.º — Houve igualmente casos de infecção nas alunas que assistiram a outras aulas, nas salas em que o professor deu as suas lições.

3.º — Nenhum caso de tuberculose, nem mesmo de viragem tuberculínica se revelou em duas classes de outras salas, o mesmo acontecendo às alunas que frequentavam a escola, com aulas na sala onde leccionava o professor de física, antes da sua

ATOXIMICINA

associação de antibióticos

Sulfato de Dihidroestreptomicina — Sulfato de Estreptomicina
Procaína - penicilina G — Penicilina G potássica

**SINERGISMO DE ACÇÃO SEM EFEITOS SECUNDÁRIOS
NEUROTOXICIDADE PRÁTICAMENTE NULA**

ATOXIMICINA

NORMAL

Sulfato de Dihidroestreptomicina 0,25 gr.

Sulfato de Estreptomicina 0,25 gr.

Procaína - penicilina G 300.000 U.

Penicilina cristalizada G potássica 100.000 U.

Caixas de 1, 3, 5 e 10 frs.

ATOXIMICINA

INFANTIL

Sulfato de Dihidroestreptomicina 0,125 gr.

Sulfato de Estreptomicina 0,125 gr.

Procaína - penicilina G 150.000 U.

Penicilina cristalizada G potássica

Caixas com 1 e 3 frascos

ATOXIMICINA

FORTE

Sulfato de Dihidroestreptomicina 0,5 gr.

Sulfato de Estreptomicina 0,5 gr.

Procaína - penicilina G 300.000 U.

Penicilina cristalizada G potássica 100.000 U.

Caixa com 1 frasco



INSTITUTO LUSO-FARMACO-LISBOA



C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H.

MANNHEIM

apresentam

SEDARAUPINA

Novo sedativo à base de **RESERPINA**

UM DOS alcalóides puros da Rauwolfia Serpentina

Tubos de 20 comprimidos de 0,2 mg.

AGENTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL:

FERRAZ, LYNCE, LDA.

TRAV. DA GLÓRIA, 6-2.º — LISBOA

A **SEDARAUPINA** exerce um efeito satisfatório na **hipertensão** desde que esta possa ser considerada como **sintoma** dos estados simpaticotónicos e de hipertiroidismo que constituem as suas indicações, podendo até, em certos casos, o seu efeito exceder o dos alcalóides totais. **Em todas as outras formas de hipertensão** deve empregar-se a droga total **RAUPINA** devido ao seu duplo ponto de acção (periférico e central).

chegada, e no primeiro tempo da manhã; na sua totalidade 63 alunas, de que 11 com Mantoux negativo.

4.º — *Entre 94 negativas à tuberculina, expostas à infecção, deram-se 70 viragens, por primo-infecção (74,5 %) e destas, 41 revelaram-se com tuberculose pulmonar evolutiva (58,6 %); 37 revelaram bacilos nos produtos de lavagem gástrica.*

5.º — *Entre 106 alunas vacinadas com o B. C. G. e expostas à infecção virulenta, houve somente dois casos de tuberculose pulmonar (1,9 %); ambas revelaram bacilos tuberculosos nos produtos de lavagem gástrica.*

6.º — *Entre 105 alunas originariamente positivas à tuberculina e expostas à infecção, quatro adoeceram com tuberculose, mas somente duas consideradas por reactivação exógena.*

7.º — *As alunas mais atingidas foram as de idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos.*

8.º — *As alunas vacinadas e infectadas não tiveram lesões primárias.*

9.º — *As análises à expectoração das alunas doentes, incluindo os casos previamente vacinados com o B. C. G. revelaram bacilos de Koch de tipo humano.*

Deste incidente concluiu-se que o B. C. G. produziu resistência antituberculosa em 96 % das alunas vacinadas.

Se em Dezembro de 1942 e simultaneamente aos contágios, tivessem sido vacinadas as alunas (em pleno período pré-alérgico), negativas às provas de pesquisa de sensibilidade, não teria sido possível a Hyge dar-nos conta dos benéficos resultados da vacinação, sem que os derrotistas atribuissem a esta, os casos de infecção por contágio.

Para não entrar em repetições, abstenho-me de vos relatar algumas experiências largamente difundidas na literatura mundial, já expostas em revistas portuguesas, consideradas clássicas e bem demonstrativas do valor da vacinação pelo B. C. G. na luta contra a peste branca. Satisfazendo, porém, quanto possível, as exigências estatísticas, quero citar-vos as experiências de *Ferguson* e *Simes* em Índios da América do Norte. Estes autores vacinaram após o nascimento 306 recém-nascidos e mantiveram como testemunhas 303 não vacinados; nenhuma criança dos dois grupos, foi separada dos focos de contágio, antes ou depois da vacinação. Esta fez-se por via bucal em 21 recém-nascidos, mas todos os outros receberam B. C. G. por via intradérmica, a maior parte na dose de 0,2 mgr. e alguns com 0,3 mgr. Constituíram-se então pares de famílias, em iguais condições de habitação, de origem, e de factores económicos e sociais, e vacinaram-se os recém-nascidos de uma, escolhida ao acaso, para não vacinar as da outra, mantida como testemunha. Doze meses depois, inverteu-se a situação, isto é, os recém-nascidos na família que serviu de testemunha foram vacinados, e os das famílias não vacinadas, serviram de testemunhas; estas mudanças fizeram-se todos os anos, durante 12 anos consecutivos. A taxa de mortalidade nos Índios deste País, era de 800 por 100.000 e 68,7 % em média, as crianças com idade de 9 anos que reagem positivamente à tuberculina.

Comparando as crianças vacinadas com as testemunhas, verificou-se que as taxas de morbilidade tuberculosa por mil pessoas-anos, foram de 2,95 e 15,7, respectivamente, e as de mortalidade por tuberculose 0,99 e 4,9. Os casos de tuberculose que surgiram entre as testemunhas foram mais graves e as lesões mais generalizadas do que as do grupo dos vacinados. Esta experiência mostra que, apesar da ausência do isolamento, as taxas de morbilidade e mortalidade por tuberculose baixaram de 81 e 80 % respectivamente, nos indivíduos vacinados com o B. C. G.

Na XI Conferência da União Internacional contra a Tuberculose, realizada em Copenhague em Setembro de 1950, foi incluído no seu programa, como tema social, a *ordem de urgência das medidas a tomar para a luta antituberculosa nos Países em que esta, mercê de numerosos factores económicos e sociais, está praticamente no seu início.* Dentre estas medidas, a vacinação pelo B. C. G. mereceu de todos os médicos, dos Países nela representados, a melhor das atenções.

Na Suécia a vacinação é obrigatória para os recrutas tuberculino-negativos no acto da incorporação. Na Noruega é exigida a todo o pessoal médico e de enfermagem que não reaja às provas tuberculínicas. Na Rússia tornou-se obrigatória, ao verificar-se que durante os anos de guerra, a recrudescência da tuberculose incidiu muito particularmente sobre os indivíduos não vacinados. Na România já em 1945 tinham sido vacinados com o B. C. G. mais de 1 milhão e 500 mil crianças. Na Polónia a

vacinação é obrigatória para o exército. Na França, mediante o parecer favorável da Academia de Medicina, a vacinação tornou-se obrigatória para o exército e tempo depois foi extensiva à população civil.

No Brasil, Uruguai, Argentina e noutras Repúblicas sul-americanas, a vacinação está sendo praticada em larga escala. Na vizinha Espanha, pratica-se intensamente a imunização anti-tuberculosa.

Já em 1945 a Sociedade das Nações, numa publicação que fez divulgar, concluiu nos seguintes termos o seu parecer sobre a inocuidade e eficácia da vacinação B. C. G.: «A mortalidade tuberculosa, que é no primeiro ano da vida de 5 a 25 % nas crianças que coabitam em meio tuberculoso, foi reduzida nas crianças vacinadas a números que variam de 1/5 a 1/10 das referidas taxas».

A Secção Médica de Tuberculose da Sociedade Americana *Trudeau*, recomendou em 1949 a vacinação pelo B. C. G. aos seguintes grupos de indivíduos, mais vulneráveis à tuberculose, que não reajam às provas de pesquisa de sensibilidade à tuberculina:

- 1 — Médicos, estudantes de medicina e enfermeiras que estejam expostos à tuberculose;
- 2 — Todo o pessoal hospitalar cujo trabalho o exponha ao contacto com o bacilo da tuberculose;
- 3 — Os indivíduos que estão inevitavelmente expostos à tuberculose contagiosa, em suas casas;
- 4 — Os doentes e empregados dos hospitais de alienados, prisões e outras instituições prisionais onde a incidência da tuberculose é elevada;
- 5 — As crianças e adultos considerados com fraca resistência e vivendo em comunidade, onde a mortalidade por tuberculose é alta.

Para terminar, quero ainda dizer-vos que sob os auspícios da UNICEF tem sido realizada uma larga campanha de vacinação na Polónia, Checoslováquia, Áustria, Jugoslávia, Tunísia, Malta, Israel, Marrocos e Tânger, Equador, Síria Grécia, Turquia e Egipto e que os circunstanciados relatórios elaborados, nos fazem antever para todos estes países, apreciáveis baixas das taxas de morbilidade e mortalidade por tuberculose.

Portugal, não alheio a todo este movimento, elaborou a sua legislação em 1950 e a orientação da campanha foi entregue ao Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos. Como sempre atravessada a fase de dúvidas para uns e de inércia para outros, tudo concorre para que possamos dentro em breve divulgar os resultados do nosso esforço e, com a colaboração de todos, pois só assim atingiremos os nossos objectivos, esperamos ver intensificada a prática desta importante medida de prevenção em defesa da saúde pública.

BIBLIOGRAFIA

- American Trudeau Society*, Medical Section of the National Tuberculosis Association. Statment on B. C. G. Am. Rev. Tubc: 60; 681, 1949.
- Assis, Arlindo de* — Relative importance of measures required in countries where the control of tuberculosis is still in its earlier stages. *Nyt Nordisk Forlag*, Arnold Busck, Kobenhavn, 1950.
- Guérin* — La vaccination par le B. C. G. — Extrait de la Revue Belge de la Tuberculose. Établissements d'Imprimerie Saey — Bruxelles — 5 Décembre 1946.
- Ickert, Franz* — Alergia y Tuberculosis. Ediciones Pegaso. Madrid 1942.
- Irvine, K. Neville* — Théorie et Pratique de la Vaccination par le B. C. G. Masson, Editeurs, 1950.
- Olveira, Cândido de* — A Vacinação contra a tuberculose no Continente e nas Colónias. Anais do Instituto de Medicina Tropical. Vol. VII. Setembro 1950.
- Pardo, Justiniano Perez y Gutierrez, Rafael Navarro* — La vacunación antituberculosa con el B. C. G., Madrid 1949.
- UNICEF* — The International Tuberculosis Campaign care of. Mass B. C. G. vaccination in Czechoslovakia 1948-49; in Israel 1949-50; in Malta 1950; in Poland 1948-49; in Syria 1950; in Equador 1950-51; in Marroco and Tanager 1949-51; in Tunisia 1949-51; in Yugoslavia 1948-51; in Austria 1948-50; in Greece 1948-51; in Egypto 1949-52.

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

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Setenta e cinco anos de progressos no tratamento do cancro mamário

CHARLES HUGGINS

(do *Ben May Laboratory* — secção de Investigações sobre o Cancro — da Universidade de Chicago)

Nos Estados Unidos, entre todas as formas de doenças neoplásicas do homem e da mulher, o cancro do seio apresenta nas mulheres a mais elevada percentagem. Estabeleceu-se que a percentagem geral era de 119 por mil doentes. Contudo, esta doença verifica-se especialmente nos indivíduos que atingiram 46 a 48 anos, e cerca de um terço dos casos apresentam-se entre os quarenta e cinco e os cinquenta e cinco anos.

O cancro do seio não se apresenta antes da época da puberdade. Encontram-se cerca de 1% dos casos no homem e estabeleceu-se que nos seres humanos e nos dois sexos, o curso da doença não apresentava diferenças essenciais.

No decurso dos últimos 75 anos, realizaram-se numerosos progressos no tratamento do cancro mamário, tanto no cancro precoce como no cancro em fase avançada.

Tratamento do cancro mamário precoce

O melhor tratamento do cancro do seio é a intervenção cirúrgica que se opera em planos de dissecação meticulosa dos nódulos linfoides. Todavia, esta concepção tem-se desenvolvido lentamente. A terapêutica da intervenção funda-se no princípio de que a lesão maligna se encontra localizada desde o início.

Mais tarde, no decurso da evolução da doença, esta lesão atinge outros tecidos, primeiramente pela hemolinfa, permanecendo aí localizada. A invasão do sistema linfático, em especial dos vasos e dos gânglios mamários, opera-se geralmente mais cedo que a dos vasos sanguíneos.

Os detalhes relativos à mastectomia, tal como se praticava outrora, foram apontados por várias vezes. Volkmann descobriu que as células do cancro penetravam frequentemente a aponevrose, recobrando os grandes peitorais, e recomendou que a ablação deste tecido fibroso se faça como uma dissecação vulgar. Heidenhain fez a ablação das fibras superficiais deste músculo. Halstead fez a ablação de todo o músculo, deixando na maior parte dos casos, as fibras clavculares. Willy Meyer recomendou, também, a ablação dos pequenos peitorais. O método de Halstead tem sido geralmente adoptado pelo Corpo Clínico. O seio e tecidos circunvizinhos deveriam ser objecto duma ablação única «com limpeza meticulosa da axilla e das suas ramificações». Se bem que Halstead preconise a dissecação dos cavados infra-clavculares e supra-clavculares, este método é empregado raramente.

A duração média dum indivíduo que sofre de cancro mamário ignorado é de cerca de 2 anos e meio a partir do aparecimento do mal. Uma dissecação cuidadosa do seio, efectuada segundo os princípios de Halstead dá os melhores resultados. Os resultados obtidos nos grandes centros cirúrgicos são essencialmente os mesmos. Demonstram que

as probabilidades de cura revelam melhor a natureza biológica do mal do que os métodos técnicos mais aperfeiçoados. Quando os gânglios das axilas são atingidos nas mulheres tratadas pela mastectomia radical, cerca de 25 por cento têm probabilidades de sobreviver durante cinco anos ou mesmo mais; quando não há metástases nas axilas, cerca de 75 por cento sobrevivem durante cinco anos.

Tratamento do Cancro Mamário avançado

Enquanto que a medicina é capaz de obter bons resultados no tratamento de certos casos avançados do cancro mamário, ela torna-se impotente noutros casos.

São úteis dois métodos terapêuticos principais: a irradiação é extremamente importante se bem que ela não constitua, essencialmente, mais do que uma forma local do tratamento. O alívio obtido é sintomático e paliativo mas não há nenhuma certeza quanto ao prolongamento da vida pela terapêutica da radiação.

No tratamento das metástases — que se apresentam em diversos pontos — o radiologista está longe de oferecer um alívio bastante considerável. Contudo, no tratamento, novos focos desenvolvem-se sem cessar e, cedo ou tarde, aparecem complicações acompanhando o tratamento pela irradiação:

a) O limite de tolerância dos tecidos normais que recobrem a lesão é atingido ou ultrapassado; b) a destruição duma grande quantidade da medula óssea produz uma agranulocitose ou uma anemia perniciosa; c) a coagulação do sangue é irregular parecendo produzir-se uma baba sanguínea. Estes resultados funestos têm obrigado a renunciar ao método de irradiação.

Quanto ao tratamento endócrino do cancro mamário disseminado, é mais geral e em certos casos em que está especialmente indicado, verifica-se a regressão do neoplasma durante períodos mais ou menos longos.

Este método funda-se em trocas que marcam as relações do tumor com o foco principal da doença. Estas modificações constituem um factor crítico na determinação da evolução do cancro. Os métodos empregados são: 1) excisão ou irradiação das gónadas; 2) administração dos androgéneos; 3) tratamento pelas substâncias estrogénicas; 4) outros esteróides; 5) adrenalectomia. Esta comunicação apresenta resumidamente a história destes métodos e os resultados que se podem obter.

Ovarietomia

Sir George Thomas Beatson foi o primeiro a demonstrar que a evolução regressiva do cancro mamário podia obter-se pela ablação dos ovários. Esta ideia surgiu-lhe quando vivia na Escócia Ocidental. Residia numa proprie-

**AFECCÕES
AGUDAS, SUBAGUDAS
E CRÓNICAS DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS**

PROPULMIL
Bial

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

SUPPOSITÓRIOS

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

SUPPOSITÓRIOS

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.

TONO CÁLCIO

D I T I O N A T O D E C Á L C I O

DITONATO DE CÁLCIO
A 5%

DITONATO DE CÁLCIO
A 5%

ÁCIDO ASCÓRBICO
A 10%

DITONATO DE CÁLCIO
A 5%

ÁCIDO ASCÓRBICO
A 5%

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

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

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

INJECTÁVEL

C-INJECTÁVEL

C-INFANTIL-INJ.

RECTAL-ADULT.

RECTAL-INFANT.

PÓ (SOLÚVEL)



DIRECÇÃO TÉCNICA DO PROF COSTA SIMÕES

dade pertencente a um indivíduo atingido de doença mental de que era médico. Ele declara: «As minhas ocupações, se bem que por vezes sejam absorventes, não eram nunca excessivas, e deixavam-me muito tempo livre».

Fazemos algumas considerações que levaram Beatson a praticar a ovariectomia: a) a secreção do leite não é de modo nenhum afectada pela secção dos nervos simpáticos ou da espinha dorsal; b) o processo de lactação é, em certa medida, quase idêntico ao que se apresenta no cancro mamário; c) a extracção dos ovários das vacas leiteiras prolonga indefinidamente a produção de leite. Estes factos convergiam para um só órgão «o qual na falta de todo o controle nervoso, controlava um outro órgão isolado». Desde então, surgiu no seu espírito uma interrogação: «O cancro mamário terá como origem alguma irritação do ovário?»

Beatson praticou primeiramente a ooforectomia numa mulher de trinta e três anos atingida dum carcinoma que tinha recidivado numa cicatriz e noutra mulher de quarenta anos atingida por um extenso tumor primário. Os dois casos apresentavam metástases ou nódulos linfóides. Em cada caso, os cancros diminuam em volume e em cor.

Efectuada a biópsia dum nódulo canceroso dois meses após a ovariectomia demonstrou-se que as células cancerosas tinham degenerado em gordura e apresentavam um acréscimo de estroma.

A ovariectomia produz a regressão de cerca de vinte por cento de cancros mamários. A melhoria, que é notável em certos casos, manifesta-se nos casos primários, nas metástases e na saúde em geral. Quando se obtém êxito com a ovariectomia, produz-se o alívio da dor, a diminuição ou a supressão do tumor primário, a cura das úlceras, a melhoria do processo digestivo e o prolongamento da existência. Os melhores resultados são assinalados nos cancros de evolução lenta.

Os nódulos linfóides das axilas e dos supra-claviculares cedem menos rapidamente e menos intensamente que o tumor primário. Todavia, pode-se observar que diminuem de volume. Sicard tem observado que a ovariectomia levava a uma melhoria considerável das metástases espinais sem contudo haver nenhuma modificação no exame radiológico. Tem sido impossível determinar antecipadamente, os casos que responderiam favoravelmente à intervenção.

A maior parte dos resultados felizes parecem manifestar-se nas mulheres antes do período da menopausa, sendo a idade mais focável entre os quarenta e cinco e os cinquenta anos. Verifica-se que a intervenção nas mulheres que ultrapassaram os cinquenta anos, é quase inútil, se bem que se verifiquem resultados bons no período post-menopáusico em casos excepcionais. Thomson era de opinião que o período menopáusico não se opunha de modo nenhum à intervenção, embora admitisse que se registavam os melhores resultados nas mulheres mais jovens. Na maior parte dos casos, os resultados são transitórios não durando senão 6 a 12 meses, mas a melhoria pode prolongar-se por 3 a 5 anos.

As estatísticas de Thomson estabelecem que em 80 indivíduos, 28 melhoraram com a ovariectomia e que sobreviveram cerca de 20 meses. Em 1905, a ooforectomia caía em desuso, só se efectuando raras vezes, se bem que certos casos, pouco consideráveis, tenham sido referidos depois.

O facto da ovariectomia, introduzida há mais de 50 anos, não ter recebido geral acolhimento, é uma prova de que é relativamente ineficaz.

Os Horsley associaram a ooforectomia à mastectomia radical para obter o tratamento primário do cancro mamário. Em 26 casos, assim tratados, 20 mulheres (76,9%) não apresentavam nenhuma recidiva após um período de três anos. Em 97 mulheres tratadas pela mastectomia sem ovariectomia, 53 delas (45,6%) não sofreram nenhuma recidiva após três anos.

Irradiação ovárica

A introdução da ovariectomia no tratamento clínico do cancro mamário disseminado desenvolvia-se paralelamente ao da irradiação efectuada a título de agente terapêutico.

Courmelles foi o primeiro a sugerir a irradiação externa da pelve a fim de eliminar a função ovárica. Contudo, poucos estudos têm aparecido a este propósito, antes de 1930.

É difícil estabelecer estatísticas exactas sobre o efeito da irradiação ovárica porque, de numerosos casos, os ovários e as metástases eram tratadas pela irradiação.

Além disso, certos indivíduos não apresentavam nenhuma metástase na época da irradiação.

Thayssen tem tratado pela irradiação os ovários e as metástases de 99 casos de cancros mamários em estado avançado enquanto que 100 mulheres atingidas pelo mesmo mal não foram tratadas pelos Raios Roentgen. Em 11% de controle, 40% dos casos, que receberam o tratamento da irradiação, sobreviveram durante dois anos. A esterilização pelo R. X. pode dar bons resultados mesmo em presença duma pequena quantidade de estrogéneo na urina.

Os resultados da irradiação ovárica algumas vezes são notáveis pelo alívio pronto e eficaz da dor, a melhoria do estado geral, o prolongamento das forças físicas, a regressão parcial ou completa das lesões ósseas. A irradiação ovárica, contudo, não pode prevenir novas lesões metastáticas.

Halberstaedter e Hochman observaram que as metástases ósseas (69% de melhoria) e as lesões pulmonares e pleurais (50% de melhoria) reagem mais intensamente que as outras metástases. As lesões osteolíticas tomam, muitas vezes, o aspecto de lesões osteoscleróticas, ou então formam-se e desaparecem.

As melhores reacções operam-se nas mulheres que estão na pre-menopausa, se bem que Douglas tenha notado dois casos em que a irradiação ovárica foi eficaz, após a época da menopausa.

A duração da melhoria é, em geral, inferior a um ano, se bem que, em certos casos, se possa observar uma regressão de dois a três anos.

Androgéneos

Os androgéneos revelam-se eficazes em certos casos de cancros mamários avançados mas o mecanismo de acção é incerto. Reconhece-se que a testosterona favorece a síntese das proteínas.

Em 1939, Ulrich e Loeser chamaram a atenção para a possível utilidade dos androgéneos no tratamento do cancro mamário na mulher. Em 1942, Farrow e Woodard observaram uma melhoria subjectiva mas não objectiva em 15 mulheres, de 33 a quem se tinha administrado androgéneos. Em três casos descritos por Fels em 1944, observava-se uma regressão absoluta do mal numa mulher.

Isto aconteceu em 1946, quando os trabalhos de Adair e Herrmann — os quais confirmavam que nos cancros mamários avançados se verificava frequentemente uma melhoria — que esta questão foi estudada duma maneira aprofundada. O cancro mamário foi muito frequente e houve muita testosterona no decurso do ano de 1940. Antes da demonstração de Adair, o número de mulheres tratadas por esta hormona era pequeno.

A comunicação de Adair e Herrmann teve como resultado aumentar consideravelmente a aplicação da testosterona e desde então, este tratamento foi administrado com sucesso a milhares de mulheres.

Se bem que a terapêutica dos androgéneos nos cancros mamários avançados não constitua mais do que um tratamento temporário e paliativo é, muitas vezes, notável. Obtem-se, muitas vezes, um alívio sintomático no

intervalo de duas a três semanas e manifesta-se no indivíduo pelo aumento do apetite e do peso, pela diminuição da dor, o recurso menos frequente aos narcóticos e um resto de vitalidade. De certo modo a melhoria associa-se aos efeitos gerais da testosterona que favorece a síntese da proteína. A metil testosterona administrada *per os* parece ser também, eficaz como o propionato de testosterona, administrada em inj. intramusculares. Experimenta-se um alívio sintomático em cerca de 62 % dos indivíduos; verifica-se uma certa melhoria dos tecidos medulares e das metástases ósseas em cerca de 20 % dos casos. Acontece, por vezes, que o tratamento do cancro mamário pela testosterona opera uma reacção favorável sobre uma anemia refractária. Quando o mal se associa às metástases, a duração da sobrevivência dos indivíduos *melhorados* pelo tratamento dos androgéneos é a seguinte: tecidos moles, 11 meses; lesões ósseas, 13 meses e 6 dias; pulmões, 8 meses e 7 dias. Referindo estes dados aos doentes não melhorados pelo tratamento dos androgéneos, observou-se que a terapêutica não prolongava a vida mais de alguns meses. Contudo, estes poucos meses de alívio não são menos apreciáveis.

O efeito notável da testosterona sobre as metástases ósseas é a cicatrização das lesões osteolíticas assim como o aumento da densidade óssea; a reacção osteoblástica está associada a um aumento das fosfatases alcalinas no soro, e em hipercalcemia.

A administração da testosterona às mulheres produz efeitos secundários muito comuns. O mais perigoso é o edema que aparece pela retenção do sal e da água. A testosterona deve ser administrada com grande prudência nos indivíduos idosos, sofrendo de hipertensão. As complicações que são menos graves compreendem: o hirsutismo, o ensurdecimento da voz, o acne, a queda do cabelo, e as baforadas de calor. O aumento do líbido pode ser dos mais desagradáveis.

A testosterona causa, geralmente, um aumento dos 17-cetosteroides e uma diminuição da gonadotropina na urina das mulheres.

Estrogéneos

A administração dos estrogéneos provoca uma melhoria em certas pessoas atingidas de cancro mamário avançado. O mecanismo da sua acção é desconhecido, porque a sua aplicação é de origem essencialmente empírica. O efeito é surpreendente sendo certo que o estrogéneo é um carcinogéneo no que diz respeito às glândulas mamárias.

Farrow e Woodard observaram que, no cancro mamário associado a metástases ósseas, a estrona causava um aumento da concentração do soro em cálcio e da excreção do cálcio na urina, como a que se produz com o propionato de testosterona. Hadow e colab. admitindo que vários hidrocarbonados carcinogénicos possuíam a propriedade de retardar o desenvolvimento dos tecidos normais e dos tecidos nocivos, têm tratado um grupo de cancerosos com três compostos de estrogéneos. Se bem que os autores não façam menção deles, permite-se acreditar que os doentes têm experimentado um certo alívio com a ideia que era um facto conhecido que os estrogéneos são capazes de dar um alívio intenso em certos indivíduos atingidos de cancro da próstata. Hadow e Al foram os primeiros a descobrir que os estrogéneos possuíam em alto grau a propriedade de retardar o desenvolvimento de certos cancros do seio.

Podem observar-se as seguintes modificações observadas nos indivíduos atingidos de cancro do seio avançado e tratados pelos estrogéneos: as ulcerações do tumor primário podem decrescer em extensão e mesmo curar; os nódulos cutâneos de recidivas podem desaparecer ou tornar-se mais pequenos; o edema e o rubor da pele podem diminuir de intensidade, os nódulos linfóides desenvolvidos podem diminuir de volume; pode produzir-se a regressão das metástases pulmonares ou ósseas. Além disso,

pode observar-se uma melhoria do estado geral do doente com um aumento de apetite e de peso e um aumento da actividade hemopoiética. Quanto à regressão das lesões pulmonares e ósseas, aparece raramente antes que se tenha realizado um tratamento de 6 meses.

A administração dos estrogéneos é tão eficaz como a da testosterona no tratamento das lesões ósseas. As metástases cutâneas e linfáticas reagem mais frequentemente que as outras lesões dos tecidos menos resistentes.

A administração de diversos estrogéneos não tem modificado os resultados obtidos. Desde então, nenhum estrogéneo tem tido a preferência.

Nos indivíduos que experimentam algumas melhoras, a duração máxima da sobrevivência tem sido de 13 meses e 7 dias a 16 meses e 5 dias. Naqueles em que os estrogéneos têm fracassado, a duração da sobrevivência foi de 7 meses e 4 dias a 8 meses e 4 dias. Os estrogéneos têm operado uma melhoria subjectiva em 60 % dos casos, enquanto que se tem observado a melhoria objectiva em 25 % dos casos e mais vezes no período que se segue à menopausa. Em certos casos, os estrogéneos têm acelerado o decurso do mal e certos autores têm aconselhado que o tratamento estrogénico não seja empregado em mulheres senão 5 anos ou mais após a menopausa.

Os efeitos secundários do tratamento estrogénico são: o edema, o fluxo de sangue vaginal, as náuseas e os vómitos, a pigmentação da aréola e da axila, a hipercalcemia e a incontinência.

Androstenediol e Progesterona

Em virtude da acção renotrófica, observada nos ratos, semelhante à do propionato de testosterona, Howburger e Al têm administrado, em cada dia, a 7 mulheres atingidas pelo cancro mamário avançado, 25 a 100 mgr. de metilandrostenediol.

Nenhuma das mulheres apresentou sintomas de virilização. Em 4 delas, observou-se uma evidência objectiva de regressão do neoplasma. Estendendo este teste a quarenta e quatro mulheres verificou-se que nove dos casos apresentavam uma evidência objectiva de regressão. Contudo, em vários casos notava-se a masculinização, indicando que a acção androgénica do composto era fraca nos seres humanos. Outras experiências ulteriores realizadas com este composto têm falhado. Segaloff observou que, em 24 doentes tratados, o metilandrostenediol não tinha operado nenhuma melhoria em dois doentes.

Não havia a melhoria subjectiva observada no tratamento pela testosterona. Em numerosos casos, verificava-se uma reacção local bastante grave e mesmo a formação de abcesso. Segaloff não obteve nenhum resultado favorável depois de ter tratado 21 casos pelo androstenediol.

Observou-se que o tratamento pela progesterona (100 mgr. três vezes por semana) administrado a vinte doentes não operava uma regressão objectiva senão em dois indivíduos. Tem-se notado, também, a presença de abscessos e de irritação local sobre a superfície injectada. Um teste de anidrosil-progesterona, efectuado em 7 indivíduos, permaneceu sem resultado.

Adrenalectomia

É estabelecido que, em certas condições, as glândulas suprarrenais humanas podem produzir esteroides, tendo propriedades androgénicas e estrogénicas.

Como se tinha constatado que uma certa quantidade de androgéneo podia provocar o desenvolvimento do cancro da próstata, tem-se procurado o efeito da adrenalectomia sobre os neoplasmas mamários em estado avançado.

Tem-se chamado, a atenção para um método de substituição esteroidal a fim de permitir a adrenalectomia bila-

teral simultânea de maneira relativamente segura. Tem sido empregada numa série de trinta e oito casos consecutivos sem que nenhum acidente fatal tenha sido referido.

Contudo, para manter o justo equilíbrio, a cortisona e o DOCA são empregados. O indivíduo adrenalectomizado, a quem é aplicada de maneira adequada a terapêutica de substituição da hormona — apresenta o quadro metabólico duma excelente saúde embora a insuficiência adrenalínica possa desenvolver-se rapidamente quando a substituição é insuficiente.

A adrenalectomia no cancro mamário está ainda no estado de evolução e nenhuma estatística final pode ser estabelecida. Num grupo de 5 mulheres-privadas da função gonadal (ovariectomia ou menopausa) — em que o mal evolue rapidamente em intensidade e em gravidade, tem-se notado uma regressão bastante pronunciada em três deles. Estes doentes continuam a experimentar um verdadeiro alívio para além de 16 meses. Num estudo anterior feito sobre a adrenalectomia, West e colab. verificaram uma melhoria tanto objectiva como subjectiva do cancro mamário — se bem que de carácter temporário.

Cancro do seio no homem

A percentagem do cancro do seio no homem é de cerca de 1 % de todos os cancros mamários e o seu curso

— tanto patológico como clínico — evolue como o da mulher. Os efeitos da modificação da hormona pela orquidectomia e adrenalectomia são muitas vezes notáveis.

Farrow e Adair assinalaram que a testosterona parecia estimular o desenvolvimento do tumor, se bem que num só caso, a orquidectomia tinha sido seguida duma certa regressão do mal. Num grupo de 6 indivíduos tratados, a castração tinha provocado em 3 a regressão do tumor e das suas metástases.

O alívio da dor e a melhoria clínica eram, em certos casos, espectaculares. Além disso, foi assinalado que neste grupo de 6, dois tinham sobrevivido mais de 5 anos sem alguma aparência de recidiva.

Os doentes atingidos por metástases ósseas e pulmonares parecem ter mais probabilidades de melhoria do seu estado que aqueles que sofrem de afecções hepáticas.

Observamos os resultados da adrenalectomia no cancro mamário em duas doentes em que a doença evoluía rapidamente a despeito da orquidectomia efectuada anteriormente. Nestes dois doentes, têm-se verificado uma regressão rápida das metástases pulmonares após a ablação das glândulas suprarrenais. Num dos casos, a melhoria não tem mais de 5 meses.

(Comunicação apresentada à Primeira Conferência da Associação Médica Mundial no Ocidente, Richmond — Virgínia — Abril, 1953).

O antihistamínico com qualidades excepcionais

- Potência sem igual
- Duração de acção sem precedentes
- Toxicidade muito fraca



COMPRIMIDOS:

Carteira de 12 compr. a 25 mg.

XAROPE

Frasco de 150 cc a 1 mg. / cc

POMADA

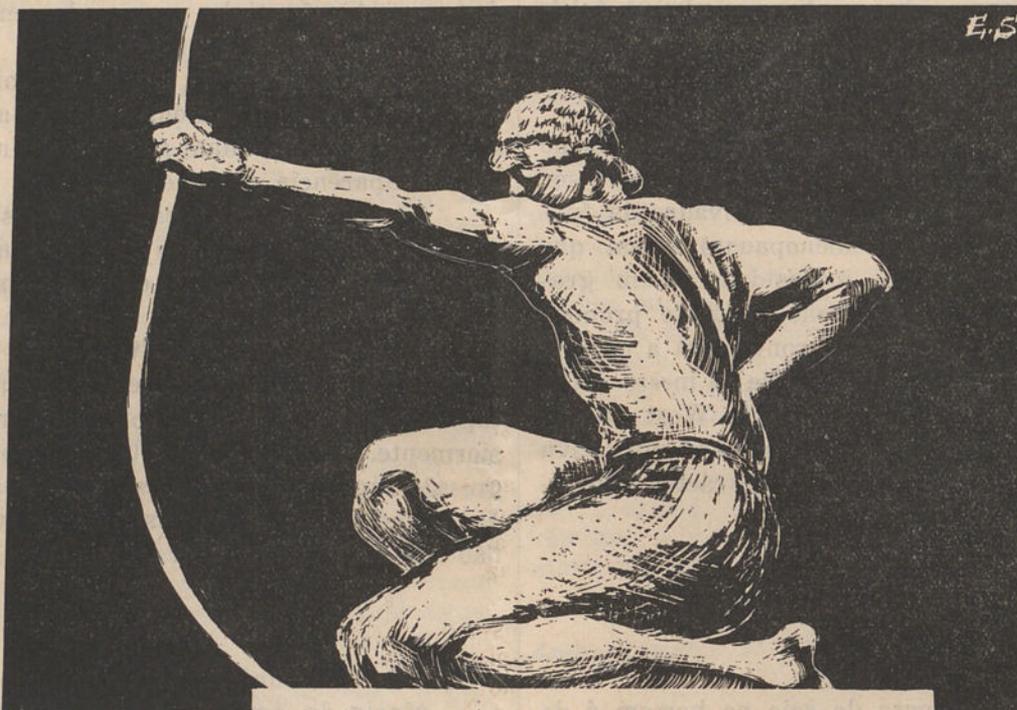
Tubo de 15 g a 2 %

Representantes:

● UNION CHIMIQUE BELGE, S. A.
● Divisão Farmacêutica
● BRUXELAS BÉLGICA

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE
Rossio 59-2.º Esq.º
LISBOA

FADIGA PRIMAVERIL, ASTENIA?



Vitona-B

tônico nervino vitaminado

A VITONA-B une à terapêutica estimulante a terapêutica fortificante. Em face da sua criteriosa composição (Vit. B., lecitina, glicerofosfato de cálcio, Kola, extracto de noz vômica, sulfato de cobre e peptonato de ferro e manganésio) assegura os melhores resultados no tratamento de *astenia, excesso de trabalho intelectual ou físico, depressão e convalescença.*

VITONA-B

TUBO DE 40 PILULAS

DR. A. WANDER S. A. — BERNA — SUIÇA

S U P L E M E N T O

A RESPONSABILIDADE DA ENFERMAGEM NO DIA DE HOJE

FRAZÃO NAZARETH

Para além da disciplina com que aceitei a ordem, aliás amável, de estar hoje aqui a maçar V. Ex.as com uma conferência, vai mais longe o entusiasmo com que o fiz, pelo carinho que me merecem os problemas da enfermagem.

E tanto, que nem sequer reflecti nos fraquíssimos recursos com que o poderia fazer, sobretudo perante um auditório que os vive com um entusiasmo igual ao meu.

Não trago nada de novo para V. Ex.as; apenas o desejo de colaborar nesse esforço que há anos se vem mantendo para elevar, cada vez mais, o nível da nossa enfermagem.

Dirijo, no Porto, uma Escola de Enfermagem que há quase sessenta anos, em trabalho contínuo, tem procurado semear os melhores ensinamentos que sabe e que pode. Árdua tarefa que preocupa todos os que a ela se dedicam porque sentem a terra ingrata que cultivam. É esta que precisamos de melhorar para que a semente frutifique nos resultados que todos ambicionamos.

São do Prof. Pinto Coelho, Ilustre Reitor da nossa Universidade Clássica, as seguintes palavras:

«Hoje em dia, em todos os países que atingiram um alto grau de civilização, se atribue a maior importância à preparação dos enfermeiros reconhecendo-se que lhes estão confiados serviços da maior responsabilidade».

E assim, bem o compreendeu a Organização Mundial de Saúde que aproveitando o centenário de Florence Nightingale, propulcionadora do ensino para a enfermagem moderna, marcou este ano, na comemoração do chamado Dia Mundial da Saúde, a sua glorificação e, com ela, a da profissão do enfermeiro.

Trabalha-se, neste momento, no nosso País no plano alto da assistência.

Vivemos a necessidade de vencer o atraso de tantos sectores da vida nacional que circunstâncias, de sobra conhecidas, deixaram parados pela impossibilidade de meios para os fazer andar.

Resolvendo os problemas do nosso tempo temos ainda aque-

les que, por herança, recebemos dos nossos pais. Mas, quando vemos que por toda a parte uma onda febril de reorganização de sistemas e de planos se levanta persistente aos nossos olhos, em realizações que jamais julgariamos poder contemplar, acreditamos que a geração de hoje aceitou, com entusiasmo, o pesado sacrifício da sua solução demonstrando que também é capaz de progredir a trabalhar.

E, se demoramos a nossa atenção na assistência hospitalar, quedamo-nos a meditar como foi possível fazer tanto do muito que não havíamos feito.

Ninguém poderá hoje passar indiferente junto de uma Leprosaria Rovisco Pais, dum hospital escolar de Lisboa ou do Porto, dessa rede interminável de hospitais regionais e sub-regionais que se levanta de norte a sul do País, superiormente integrada num plano nacional.

São padrões que marcam uma época de renascimento, definindo concretizações que nos encham de alegria e de satisfação.

Por isso estamos num plano alto da nossa assistência.

Acompanhando com atenção este progresso material há que cuidar dos seus elementos de vida, sem os quais tudo ficaria como corpo sem alma.

Reportando-nos à enfermagem, problema sobre o qual nos debruçamos nesta semana de estudos, tem ela o seu valor positivo no conjunto cada vez mais complicado que presta assistência na doença.

Merece todo o esforço da nossa atenção no sentido de a tornar sempre melhor na ciência da sua preparação e no amor da sua dedicação.

Em Janeiro de 1886 uma portaria do Ministério do Reino funda, no hospital de S. José, a primeira Escola de Enfermagem.

A ela ficou ligado e conhecido o nome do cirurgião Artur Ravara, hoje consagrado por uma escola oficial que tem o seu nome.

Efémora duração lhe estava reservada pois acabava ao fim de três anos.

Em 1896, no Porto, a Santa Casa da Misericórdia institue no seu Hos-

pital de Santo António uma Escola de Enfermeiros cuja frequência era obrigatória para todo o pessoal em serviço no hospital e facultativa para aqueles que quisessem interessar-se por essa aprendizagem.

Edita-se até, um compêndio de enfermagem que julgo ser o primeiro que existiu no País.

Em sucessivas remodelações, já em 1935 passava para três anos a duração do seu curso em cujos programas incluía a disciplina de Deontologia Profissional, separando a enfermagem médica da cirúrgica, com a obrigação de estágios em todos os serviços de especialidades.

Em 1901, o Diário do Governo publica um Decreto reorganizando, de novo, no Hospital de S. José a Escola Profissional de Enfermeiros, destinada aos dois sexos e em 1919 surge, em Coimbra, a Escola Dr. Angelo da Fonseca integrada nos Hospitais da Universidade.

Ao aparecer o Decreto de Abril de 1947 que reorganiza o ensino da enfermagem, quantas escolas já se haviam somado a estas, numa compreensão nítida da sua necessidade.

Podemos afirmar que a enfermagem nasceu nas comunidades religiosas tomando raízes fundas no conceito da caridade como virtude cristã.

É a prática das Obras de Misericórdia que encanta o coração da nossa Rainha Santa Isabel, que aquece o esforço do nosso S. João de Deus, a mesma que faz erguer, pela mão da Rainha D. Leonor, essa maravilhosa obra das Misericórdias a que orgulhosamente devemos a assistência dos últimos séculos.

Mas, se queremos ainda recordar uma figura dominante da história da enfermagem, recuemos a 1633 e encontramos, em Paris, a Companhia das Irmãs de Caridade, admirável fundação de S. Vicente de Paulo.

Com a mais clara visão, marca os princípios a que deve obedecer a formação dessas enfermeiras que ele quer:

«boas, modestas, generosas e capazes duma dedicação heróica».

Enquadra-as em regras como esta:

«deveis actuar com respeito e obediência aos médicos, guardando-vos

de discutir as suas receitas que executareis fielmente, sem nunca vos permitirdes fazer tratamentos ou modificá-los pela vossa própria iniciativa; lembrai-vos que se trata da vida de uma pessoa. Respeitai os médicos que estão em plano superior e são mais esclarecidos do que vós; o facto de eles vos falarem com certa familiaridade não significa que esse respeito diminua. Também só a ignorância é que não reconhece que eles podem seguir métodos diferentes em doenças que vos pareçam ser as mesmas».

Dizia ainda:

«as Irmãs de Caridade terão por mosteiro, a casa do doente; por cela um quarto de aluguer; por capela a igreja da freguesia, por claustro as ruas da cidade ou as salas dos hospitais; por votos, a obediência; por clausura, o temor de Deus e por véu a santa modéstia.

Quero-vos livres sempre prontas a tudo deixar, mesmo os mais suaves exercícios de piedade, mesmo a oração, pelo serviço dos pobres».

Tanto tempo depois quanta actualidade nestes princípios!

No começo do século passado, com Florence Nightingale, nova era se abre para a enfermagem.

Nascida da aristocracia inglesa, senhora de grandes recursos intelectuais e materiais, bem depressa junta à sua roda o que de melhor podia aproveitar para a missão a que com tanto entusiasmo se entrega.

A guerra da Crimeia serve-lhe de campo aberto para as suas realizações e de tal maneira, que rapidamente se impõe levando o sentido das suas ideias a toda a parte.

Forma a Escola de S. Tomás, no hospital do mesmo nome, em Londres, que fica como exemplo marcante do seu sistema de ensino.

Encontrámo-nos assim, em frente de uma profissão que se individualiza como ciência própria fundamentada em conhecimentos clínicos e técnicos.

Elevou-se o nível cultural do enfermeiro a quem se exige prática consciente nos actos que executa com a compreensão verdadeira da sua acção.

É o enfermeiro técnico a sobrepor-se ao práctico quase analfabeto que no uso de processos mais ou menos habilidosos procura na arte o pão nosso de cada dia, excepção feita para aqueles que em desejo de perfeição espiritual a ela se dedicaram como dádiva total de si mesmos em favor do próximo, por amor de Deus.

Auxiliar indispensável do médico tem de ser a ligação perfeita entre este e o doente. Assegura pelo seu cuidado e pelo seu zelo o cumprimento exacto de tudo quanto lhe é determinado.

Dever de consciência que não admite faltas nem descuidos.

Mas, não se pense que ao enfermeiro basta a sua preparação técnica.

Não, o enfermeiro tem de ir mais longe.

Na frente de um doente com corpo e alma tem de cuidar, ao mesmo tempo, os seus males corporais e espirituais, porque, quantas vezes, estes dominam aqueles.

No seu contacto demorado com o doente, sentindo as suas inquietações e sofrendo as suas dores não pode esquecer o verdadeiro conceito da psicossomática.

No especial momento da vida de hoje, há que proclamar teimosamente o respeito aos direitos e valor da pes-

soa humana considerando-a, no princípio Tomista, como conjunto unitário: corpo e alma.

Fugimos do positivismo materialista de Comte e do evolucionismo biológico de Spencer para encontrar o doente pessoa que sofre conforme as dores do seu corpo, o sentir do seu coração e o pensar do seu cérebro.

É o indivíduo a pedir um tratamento para si, particular, individualizado.

Por isso, o enfermeiro tem de enriquecer a sua preparação técnica fazendo-a assentar numa bem sólida formação moral.

São os valores do espírito a dominar a sua actividade e assim, ele melhor compreende a realização, em plano superior, do destino da sua profissão que se torna, naturalmente, cada vez mais exigente nos recursos de que se serve para o conseguir.

Qualquer que seja a nossa profissão temos sempre que responder pelos actos que praticamos e suportar as suas consequências; assim se traduz a responsabilidade.

Esta, estabelece-se em duas condições: a liberdade dos nossos actos e o superior perante o qual respondemos.

O enfermeiro, no cumprimento dos seus deveres, obedece às ordens que recebe mas, por que tem a liberdade de as executar, responde por elas ao seu superior.

Afastada a ideia de o transformar numa peça mecanizada, ele age em plena consciência da sua personalidade. É a sua própria maneira de ser que caminha de encontro às funções que lhe são confiadas.

Senhor da responsabilidade que lhe cabe, sente a liberdade dos seus movimentos que ele enquadra no conhecimento seguro dos seus deveres.

Neste acondicionamento usa as virtudes da sua formação e, por isso, o vemos diferenciado nos múltiplos aspectos das suas actividades, longe daquele modelo uniforme, igual, que se desobriga, sem espírito, dos actos que lhe são determinados.

Assim, conscientemente cumpridor, não precisa ser vigiado e aproxima-se do seu superior com a certeza das responsabilidades que assumiu.

Cada vez sentimos mais em nós as necessidades dos outros.

É bem verdade que quando caminhamos no sentido da nossa vocação o fazemos cheios de fé e de entusiasmo. Vamos com ela e só chegamos onde ela chega. É uma jornada que nos encanta porque nos enche a alma.

Trabalha-se para servir os outros, mas é como se trabalhássemos para servir a Deus. Sabemos que a melhor maneira de servir a Deus é bem servir os outros.

Movimentam-se as obrigações do enfermeiro à volta do doente: um ser semelhante a nós, que sofre, a quem

Rufol

COLIBACILOSES
das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

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

LABORATÓRIOS
DO
**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**



rápida ... persistente ... constante

Penicilina Potássica	Penicilina DBED	Penicilina Procainica
-------------------------	--------------------	--------------------------

PRONAPEN PLUS

Uma Preparação Tripla de Penicilina...

Combinando — numa única injeção intramuscular de 600.000 Unidades —
as vantagens dos seus três componentes

Penicilina G Potássica Cristalina — 100.000 Unidades

Penicilina G Procainica Cristalina — 300.000 Unidades

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G — 200.000 Unidades

Únicos Distribuidores:

NÉO-FARMACÊUTICA, LIMITADA
AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21, R/C. — TEL. 51830
LISBOA

Representantes de:

Pfizer

FUNDADA EM 1849

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo

a doença inferiorizou desgraçando-o no seu conjunto físico, e até nas suas possibilidades materiais e recursos espirituais. Todas as suas esperanças se erguem no desejo de se curar. Confiante no médico que o trata ele tem a necessidade de se encontrar amparado e, quase egoístamente, chama para si as atenções de quem o atenda, de quem o acompanhe em todas as suas inquietações.

Torna-se exigente na ânsia em que vive o evoluir da sua doença. Sofre por si e quantas vezes, sofre pelos que deixou.

Que mundo de problemas se levanta sobre a cama de um doente!

Admirável o papel do enfermeiro que carinhosamente sabe compreender-lo e no hora a hora de todos os dias o pode recolher nas inquietantes incertezas que o afligem.

Cuidando dos seus males físicos, por isso é técnico, ele dá-lhe também alguma coisa de si em conforto moral, criando um ambiente de confiança no qual o doente se possa apoiar e entregar sem reservas, sem medo, seguro de que tudo será feito para ele, pelo melhor.

Sabendo respeitar-se com firmeza para que lhe obedeam na disciplina que necessariamente tem de impor, com quanto de paciência se debruça sobre as mais estranhas reacções que o doente apresenta.

Cansado pelo sofrimento, ora se revolta contra o destino que o fere, ora se deixa cair apático, esgotado, sem confiança no amanhã da sua cura.

É neste complexo de situações que o enfermeiro tem de viver a sua profissão.

Mas ele sai do ambiente hospitalar, caminha para o seu trabalho como unidade isolada e a situação apresenta outros aspectos não menos complexos.

Pede-se muito mais à sua iniciativa.

São as resoluções imediatas a tomar relativas aos diferentes proble-

mas que lhe surgem, são atitudes a definir no momento em que é preciso fazê-lo; e o enfermeiro, consciente da sua preparação, usando dos seus recursos, não se furta a responder pelas resoluções que tomou, pelas atitudes que definiu. Podem, até, os resultados não corresponder às suas intenções mas nem por isso deixará de os apresentar com verdade perante aqueles a quem tem o dever de o fazer.

Quanto mais se projecta a actividade do indivíduo no desenrolar da sua vida profissional, maiores são as responsabilidades que assume.

Não há dúvida que o enfermeiro no desempenho de uma missão que o engrandece tem, na hora que passa, voltadas para si, todas as atenções.

Guarda das almas e dos corpos, verdadeiro apóstolo da caridade, a sua presença inspira respeito e confiança.

Quando o vemos passar firme nos seus passos, discreto nas suas atitudes, não o separamos da dignidade das suas funções.

Daí, as sérias responsabilidades que pesam sobre si.

No aspecto moral pelo que ele deve a si mesmo, à sua consciência; no aspecto profissional pelo valor da sua formação.

Cumpra com cuidado as ordens dos seus superiores obedecendo, sem discutir, às prescrições que lhe são indicadas; nos casos de emergência, nos imprevistos, não exita tomar as providências que entender; considera sempre em primeiro lugar o interesse do doente.

Pode, em determinado momento, cometer um erro, mas não foge às suas consequências, antes o enfrenta corajosamente explicando as razões que o determinaram.

Sempre verdadeiro tem de merecer a confiança dos seus superiores. Nas suas afirmações não pode existir o sentido da dúvida.

O enfermeiro só diz a verdade.

Como se podia ter a certeza duma

esterilização, duma terapêutica, de qualquer acto técnico, sem a existência duma verdade perfeita?

Autêntica responsabilidade moral a que o enfermeiro não pode subtrair-se.

É a sua própria consciência que o julga e, no dizer do nosso Padre António Vieira, nós responsabilizamo-nos, perante ela, pelos actos maus que praticamos e, mais ainda, pelos bons que deixamos de praticar.

Se o enfermeiro não se afastar deste acondicionamento, certo de que confia ao seu foro íntimo o julgamento das suas actividades profissionais, viverá a tranquilidade de uma vida sã sem os rebates duma consciência preocupada.

Ele não vai para a prática de processos de que possa inferiorizar-se perante si próprio. Por isso, o enfermeiro ao pensar nas suas responsabilidades, cuida especialmente daquelas que se desenvolvem nos limites sérios da sua consciência.

São essas, as de carácter moral, que mais dificilmente se definem por se referirem a actos nem sempre perfeitamente classificados de bons ou de maus.

Aqueles que são fixados pela autoridade duma lei moral estabelecida não dão preocupações porque se aceitam como dever a cumprir. Mas, há outros que se definem pelo nosso raciocínio. O sentido do bem ou do mal tem sempre de ser tomado em relação aos outros e ele vive dentro de nós, na estrutura da nossa formação moral. São as nossas possibilidades de reacção espiritual que melhor o concretizam mas é sempre esclarecido pelo julgamento da nossa consciência.

Vivemos o ambiente do nosso meio social e no desejo de o tornar cada vez melhor a ele devemos dar, mesmo com sacrifício do nosso, todo o bem que podemos.

Também perante ele nos responsabilizamos pelo que nos pede de sério e de honesto quando o servimos.

Tem o enfermeiro a necessidade de compreender as exigências do meio onde trabalha. E é preciso que todos o sintam de maneira a não desmerecerem no conceito da perfeição que ele lhe exige. Não o poderão conseguir se cada um, por si, não se souber colocar na altura da sua missão.

Perseverante no seu esforço, tem de trabalhar com convicção e com vontade, resolutivo na posição que livremente tomou.

Na sua vida de sacrifício e de abnegação o enfermeiro deve juntar todas as suas qualidades para que possa ser um modelo de competência profissional, fiel aos seus deveres e às suas responsabilidades.

Disponará, então, duma força irresistível que lhe vem do exemplo, força que o impõe ao respeito e à consideração dos outros.

Há que caminhar na conquista

MARTINHO & C. Lda.

Tudo o que interessa a medicina e cirurgia

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

desse meio a que o enfermeiro tanto dá de esforço dedicado e de trabalho desinteressado.

Ele tem de perder em egoísmo o que pode ganhar em amor.

É ainda o enfermeiro que, pelas responsabilidades que assume perante ele, na projecção dignificante da sua profissão, o pode levar a abrir-se em generosidade dando-nos aquela mocidade sã, culta, preparada, capaz de se transformar em verdadeiros obreiros do bem.

Será então o exemplo a frutificar despertando vocações que venham até nós, que sentimos a necessidade dessas almas vivas que têm de animar o plano alto da nossa assistência.

Nunca, como agora, se compreende a necessidade de pessoas bem preparadas para auxiliarem esse movimento e continuar os esforços que se vem realizando.

A quem compete essa missão senão à juventude de boa estrutura moral que tem na sua frente um futuro cheio de grandeza?

É, com certeza, pezada a responsabilidade daqueles a quem compete a sua orientação, às escolas que os preparam, mas sentir-se-ão sobejamente compensados quando puderem alegrar-se por terem contribuído para a formação de enfermeiros que levaram a sua profissão ao nível mais elevado.

Quem poderá limitar as possibilidades do enfermeiro?

Que satisfação pode comparar-se ao sentimento de segurança que se cria no enfermeiro à medida que ele vai melhorando o seu trabalho diário, vencendo dificuldades, resolvendo problemas, que são outros tantos degraus que ele sobe na escada que o leva à mais alta valorização profissional?

Também ninguém ficará indiferente ao reconhecimento dum enfermeiro que se curva agradecido perante aqueles que generosamente lhes facilitaram os êxitos da sua formação.

Na linha fiel da nossa tradição, devemos cultivar com carinhoso cuidado essa virtude cristã que mais afina a sensibilidade humana — a caridade.

Essa caridade que é espírito de amor e de desinteresse, que é fonte de generosidade, que supõe a justiça mas se não contenta apenas com ela, antes a ultrapassa e sobe até ao Céu, essa caridade que sendo fruto da bondade Divina derrama sobre nós os tesouros da Sua misericórdia infinita.

Vou acabar. Aflige-me a ideia de não ter sabido dar-vos um pouco do muito que sinto, dentro de mim, quando penso neste momentoso problema da enfermagem.

Perdido no entusiasmo com que aceitei a ordem de vir até junto de vós, repito, esqueci-me dos riquíssimos recursos com que o podia fazer.

Deixo-vos o final duma lição de William Osler, aos seus alunos de enfermagem:

«Vidas felizes são as vossas por serem ocupadas e úteis. Compreendendo o grande segredo de seguir na vida a vocação que vos enche a alma, aqui estais para dar à vida tudo o que puderdes sem cuidar do que a vida vos pode dar».

(Conferência realizada na Maternidade Alfredo da Costa, sob a presidência do Director Geral de Assistência Dr. Agostinho Pires — integrada na Semana da Enfermagem organizada pela Organização Mundial de Saúde).

Prof. Francisco Gentil

Foi escolhido para presidente de honra do VI Congresso Internacional do Cancro, a realizar em S. Paulo, no mês de Julho, o Prof. Francisco Gentil, que, nesse Congresso, será o relator oficial dos trabalhos referentes ao cancro da mama.

O Prof. Francisco Gentil foi, ainda, convidado pela Universidade de Buenos Aires, como hóspede oficial, para participar no curso de graduados, no qual proferirá lições à sua escolha, tendo a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Rosário feito, também, convite ao ilustre professor para proferir algumas conferências naquela cidade.

GELDIAZINA

NO TRATAMENTO
DAS DIARREIAS
DE ORIGEM
INFECCIOSA



GELEIA AGRADÁVEL AO PALADAR

FÁCIL E PRÁTICO CONTROLE DE
ADMINISTRAÇÃO DA SULFADIAZINA
ESPECIALMENTE NAS CRIANÇAS

Sulfadiazina 5 grs. — Pectina — Vitaminas
do Complexo B — Pantotenato de cálcio —
Extracto de banana — Excipiente açucarado
não fermentescível — q b para 100 grs.

Uma colher das de chá raze equivale a 0,20 grs. de Sulfadiazina

Laboratório



Farmacológico

J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

ECOS E COMENTÁRIOS

TRÂNSITO E ESTACIONAMENTO

Fala-se em modificar o regulamento do trânsito na cidade do Porto. Bem necessário é. O regulamento actual não satisfaz. Foi concebido tendo-se apenas a preocupação de melhorar o trânsito — problema, aliás, que não existia, praticamente. O que havia, sim, era um problema de estacionamento de automóveis, e esse foi muito agravado — escusadamente agravado — com as medidas que então se tomaram. Exagerou-se, proibindo-se o estacionamento onde muito bem se poderia deixá-lo. Melhorou o trânsito? Sem dúvida. Mas que vantagens há em que uma rua larga não tenha veículos estacionados? Para fazer dela pista onde se ande a 100 quilómetros à hora?

Impõe-se a revisão do regulamento do trânsito na cidade do Porto, acabando com exageros que proibem estacionamentos, proibição que não se justifica; também não se deve permitir, nalguns locais, estacionamentos demasiadamente demorados, como agora sucede. O Porto, assim, é a cidade dos carros parados. Há automóveis que estacionam, no mesmo local, um dia inteiro e até dias seguidos!

Na nova regulamentação do trânsito, é necessário atender, sobretudo, ao problema do estacionamento de veículos; esse, sim, que é um problema capital. Aquelas pessoas, como os médicos que não têm carros para luxos, e que precisam deles para constantemente circularem, devem dispor dum regime especial, porque não seriam, eles apenas os que lucrariam com maiores possibilidades de estacionamentos para visitarem os seus doentes, embora esse estacionamento se limitasse a períodos reduzidos. O Auto Clube Médico tem procurado levar quem manda nestes assuntos a encarar estes e outros justos aspectos da circulação; eu mesmo, como presidente da Delegação do Norte, tentei conseguir, sem obter qualquer êxito, que se atendessem justas reclamações. Nada conseguimos, até agora. Seria justo que, na próxima remodelação dos serviços de trânsito, fossem encarados os problemas que, como os da circulação de médicos, são de interesse geral.

M. C.

POUPANÇA DE VIDAS

Importa-nos a vida pela vida, pelo que representa e pressupõe no campo espiritual e afectivo. Mas não podemos ignorar-lhe o valor material, nem o rendi-

mento de que é capaz, menos ainda devemos deixar de indagar, no plano das cifras, o que representa para a economia da Nação, a perda de cada vida. Outros o fazem, sem que por isso menoscabem o sentido humano e cristão dessa vida, que só desejamos melhor avaliar para melhor defender.

Por isso nos importa a perda de cada vida. Mais ainda cada perda evitável de vidas, como as que refere o Prof. Gentil no último número do Boletim do Instituto que dirige.



SEPTICARBONE
ANTISSÉPTICO E ADSORVENTE
INTESTINAL

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

Tubo de 20 comprimidos



**LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

Apontado, entre nós como além fronteiras, por ser um dos melhores Institutos do género (com que saudade recordamos o Hospital das Clínicas de S. Paulo, onde ouvimos, há anos já, fazer ao I. P. O. de Lisboa as mais encomiásticas referências), ninguém ignora o que se lhe deve no campo de luta específica contra as neoplasias, como no plano do ensino, da preparação técnica, da investigação, da ordenação dos problemas que em tantos outros centros nem equacionados são por vezes, da educação de pessoal auxiliar da missão médica.

Mas vem hoje o seu Director afirmar-nos que carências até agora irremovíveis — a bomba de rádio, o betatrão — causam a perda antecipada, a perda de outro modo evitável, de cento e meio de vidas por ano.

Deixemos de lado sentimentalismos que a economia ignora, lamentações e desesperos que a orçamentologia desconhece. Façamos as contas, vejamos se pode colocar-se com juros o capital necessário para obviar às carências apontadas.

Centena e meia de vidas, mal vai se, dentro mesmo da modéstia honrada do nosso viver, não correspondem ao capital de 60 mil contos que, rendendo a 3% mil e oitocentos contos anuais, mais não perfaz para cada uma, do que a jorna de 30\$00, por certo ao redor da média dos nossos salários.

Cento e meio de vidas, ano a ano poupadas, só pela existência do betatrão e da bomba de rádio, quantos centos se núcleos, ou centros ou dispensários anticancerosos se espalhassem pelo País, a consentir diagnóstico precoce, luta profiláctica, tratamento oportuno? Quantos centos de vidas a pagar os juros, e o próprio capital investido? Sem falar do mais: sofrimentos, desilusões, martírios, lágrimas, órfãos e destroços que a economia ignora e as finanças desconhecem, mas abrem marca indelével em cada um de nós.

Tenhamos fé, contudo, que a doutrina que consentiu erguer do nada o que já existe, se há-de desentranhar em novas virtualidades. Caso é que os homens a quem couber realizá-lo saibam olhar de frente os problemas, encará-los na complexidade do seu todo, vê-los com projecção adequada, medi-los em função do que a Nação exige e não em referência a um recente passado sem glória, que esses homens provem em suma que, como o maior de todos, sabem o que querem e não ignoram para onde vão.

M. M.

TERMAS DO CARVALHAL

(No passado, presente e futuro)

CONSTANTINO DE ALMEIDA CARNEIRO

INTRODUÇÃO

Situadas numa ampla bacia, na freguesia de S. Miguel de Mamouros, concelho de Castro Daire e distrito de Viseu, a 29 quilómetros desta cidade e a 8 daquela vila, na estrada nacional de 1.ª classe n.º 2, de Chaves a Faro, a cerca de 500 metros de altitude, as Termas do Carvalhal gozam de excelentes condições climáticas, sem ventos nem calores excessivos

AS TERMAS NO PASSADO

Visitadas, antes de 1810, pelo Dr. Francisco Tavares, de Coimbra, foram por ele descritas num trabalho de que se transcreve o seguinte período:

«Portanto, inda que o sítio é aprazível, com dilatado e ameno campo, revestido de arvoredos próprio para passeios a pé e a cavalo, como faltam

fúrias que merecem ser condignamente utilizadas. Para isso, cumpre ao homem desenvolver a riqueza que a natureza pôs ao seu alcance, captando convenientemente as águas e edificando balneários com os meios hidroterápicos necessários, numa palavra — modernizando a estância. E convencido estou que os capitais gastos nestes melhoramentos encontrarão remuneração, ao mesmo tempo que contribuirão para o desenvolvimento de um notável grupo hidromineral numa das regiões mais aprazíveis do velho Portugal».

(a) *Charles Lepierre.*

Em resultado desta análise, passaram a ser consideradas: «Hipotermais (21° a 29,5° C), hipossalinas, sulfúreas sódicas, alcalinas (carbonatadas sódicas), silicatadas, cloro-sulfatadas, férreas e radioactivas, com rádio de constituição e doses ponderáveis de arsénio, fluor, magnésio, alumínio, cobre, lítio, magnésio, etc.».

Das onze fontes minero-sulfúreas existentes na estância, apenas se têm utilizado, para as diversas aplicações, seis, respectivamente numeradas e designadas da seguinte forma: n.º 1—Buvette; n.º 2—Fonte dos Leprosos; n.º 3—Fonte do Abade ou do Juiz; n.º 4—Fonte da Estrada; n.º 5—Fonte do Depósito; e n.º 6—Fonte Nova ou do Lanteiro.

Em 1843, após a descrição do Dr. Francisco Tavares, esboçou-se a organização duma companhia, para explorar as Termas do Carvalhal, mas a falta de comunicações fáceis por estrada e outras condições fundamentais fez gorar esta tentativa.

No 3.º volume (1934/35) de «Le Portugal Hydrologique et Climatique», a pág. 470-477, vem nova descrição das Termas, que termina nos seguintes termos:

«Apesar da abundância das suas fontes de águas sulfúreas primitivas de temperatura média, radioactivas, as Termas do Carvalhal são pouco conhecidas do público e dos médicos. Por isso, a sua especialização não está ainda estabelecida duma maneira definitiva. Estas águas são empregadas por tradição no tratamento de reumatismos crónicos, dermatoses tórpidas e dispepsias átonas. São sobretudo frequentadas pelos doentes da região».

Contra este estado de abandono, têm-se esboçado esforços vários, avultando, entre eles, os dos Srs. José Clemente da Costa, já falecido, e que presidiu à Câmara Municipal de Castro Daire, concessionária da estância, de 1914 a 1916 e de 1926 a 1927, e Dr. Luís de Azeredo Pereira, actualmente deputado à Assem-



Termas do Carvalhal — Vista Geral

sivos e com pequenas variações de temperatura e ar puríssimo e embalsamado pelas essências resinosas dos pinheiros que revestem as colinas circunjacentes.

Embora ainda não estabelecida a especialização das suas águas medicinais, têm-se elas mostrado altamente eficazes no tratamento de várias doenças, principalmente dermopatias subagudas e crónicas, enterocolites espasmódicas com prisão de ventre, disfunções hepáticas, ginecopatias de tipo catarral, estados alérgicos, reumatismo, etc., o que, apesar da sua pouca divulgação e da falta de comodidades, lhes tem assegurado, desde longa data, uma concorrência relativamente elevada.

Uma série de melhoramentos recentes e um melhor conhecimento das propriedades físico-químicas das suas águas parecem dar à estância condições para um maior desenvolvimento, pelo que, para boa compreensão, iremos dar uma resumida descrição do seu evoluir, através dos tempos, que, sob o ponto de vista histórico, se iniciam, mais ou menos, com o século XIX.

todas as outras mais comodidades, não são estas caldas frequentadas, como merecem pelos seus bons e aprovados efeitos, que verdadeiramente produzem, como sulfúreas mineralizadas pelo gás hidrogénico sulfurado, tendo em si alguma diminuta porção de carbonato de soda».

Seguidamente referiram-se, mais ou menos desenvolvidamente, às Termas, em trabalhos da sua autoria, A. G. Vale (1845), Dr. Costa Félix (1877), Chernovitz (1878), Dr. E. Brandt (1881), Dr. Alfredo L. Lopes (1892) e Eng.º Afonso Alcoforado (1915).

Após uma análise sumária, em 1912, pelo Professor Ferreira da Silva, foram as suas águas classificadas de «mesotermais, oligo-salinas, alcalinas, sulfúrias e litínicas».

Em 1928, o professor Charles Lepierre efectuou nova análise mais actualizada e completa, de cujo relatório se destacam as seguintes referências:

«A estação hidromineral do Carvalhal dispõe de um grupo de belas águas sul-

Terapêutica omnivalente
das infecções bacterianas com

O produto
original!

OMNADINA-PENICILINA

»HOECHST«

Combinação de Penicilina-Procaína reforçada
e Omnadina* para suspensão aquosa

- Aumento de fagocitose
- Aumento de poder bactericida do soro
- Aumento da génese dos anti-corpos
- Efeito prolongado da Penicilina-Procaína
- Elevado nível inicial de Penicilina no sangue pela Penicilina G sódica
- Acção bactericida directa

Acção imunobiológica
e antibiótica

*Marca registada



Frasco-ampolas com
200 000 U.I.

Frasco-ampolas com
400 000 U.I.

FARBWERKÉ HOECHST AG. *vormals Meister Lucius & Brüning* Frankfurt (M)-Hoechst · Alemanha

Representantes para Portugal: MECIUS Lda., Rua do Telhal, 8-1.º LISBOA

bleia Nacional, e que exerceu, quase ininterruptamente, nos últimos 16 anos, a Presidência da referida Câmara (de 1937 a 1938 e 1940 a 1953). O actual Presidente, Dr. José Marques, mantém idêntica atitude, tendo contribuído eficazmente para a resolução do importante problema da electrificação da estância.

CONDIÇÕES ACTUAIS

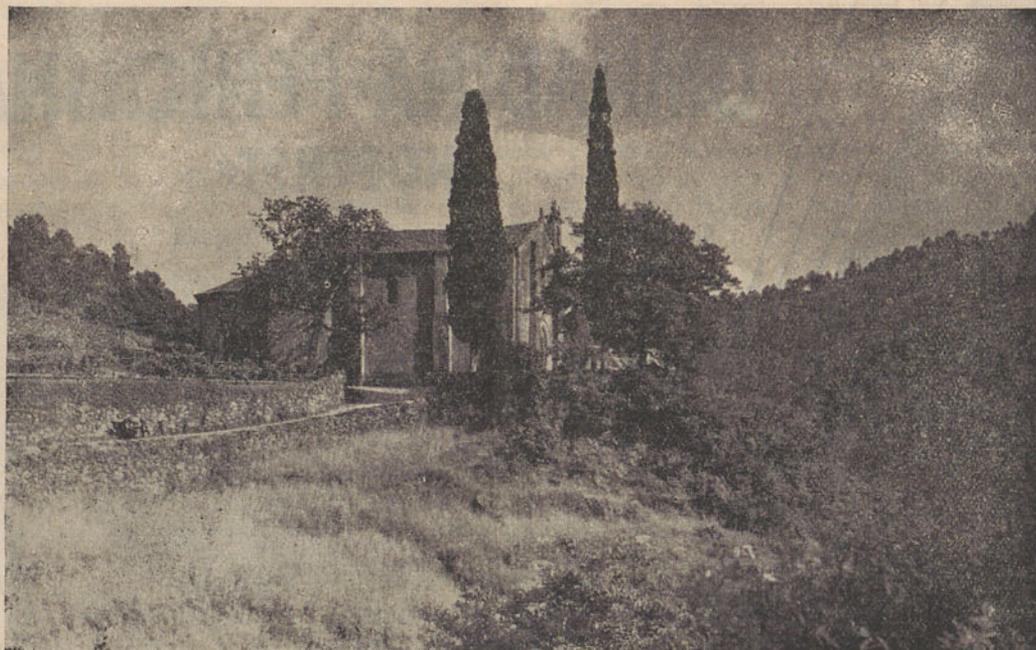
Em obediência às disposições legais e à determinação das instâncias superiores, foi efectuada, em 1951, nova análise pelo

análise e respectiva representação constituem problemas difíceis. Nas tabelas com os resultados analíticos encontram-se para cima de 30 substâncias diferentes, notando-se entre elas alguns elementos raros».

«A água das Termas do Carvalho é uma sulfúrea - fluoretada alcalina bem caracterizada, apresentando os mais altos níveis dos teores de fluoreto e de silicato. É hipotermal e fracamente mineralizada, muito radioacti-

Os resultados desta análise diferem bastante dos da de 1928, como se verifica no seguinte quadro, organizado com elementos deste referido relatório (Quadro I):

Por isso, as águas das Termas do Carvalho passam a ser: «Hipotermais (20,2° a 23,9° C), hipossalinas, sulfúreo-fluoretadas sódicas (fluó-sulfúrias), alcalinas, silicatadas, azotadas e muito radioactivas, com rádio de constituição e doses relativamente elevadas de bromo, zinco, cobre e céσιο».



Ermidão — Templo das Siglas (Monumento Nacional)

Prof. A. Herculano de Carvalho, de cujo relatório se transcreve:

«A água das Termas do Carvalho apresenta-se como um caso de grande interesse. A diversidade das substâncias dissolvidas, os níveis elevados do pH e dos teores de fluoreto e do silicato, conferem-lhe um impressionante carácter de «droga composta», de acentuada complexidade, cuja

va. Pelos gases dissolvidos é, como as suas congêneres, azotada».

«Entre os elementos mínimos da sua mineralização, merecem destaque, pela concentração relativamente alta, o brometo, o zinco, o cobre e o céσιο. Estamos em face dum caso hidrológico interessantíssimo, bem merecedor de atenção

(a) *A. Herculano de Carvalho*.

Reconhecendo-se o inconveniente da designação de Fonte dos Leprosos à nascente n.º 2 — atraindo à estância doentes incuráveis e contagiosos e afastando outros curáveis — resolveu-se modificar os nomes de algumas nascentes, que ficaram a ser: n.º 1 — Buvette; n.º 2 — S. Lázaro; n.º 3 — Juvénia ou Juvência; n.º 4 — fonte da Estrada; n.º 5 — fonte do Depósito; e n.º 6 — fonte da Senhora da Saúde.

Com a publicação do novo plano rodoviário (Dec. n.º 33.916, de 4-9-944), ficou a estrada de Castro Daire a Viseu, pelo Carvalho, a ser de 1.ª classe (itinerários principais) e a fazer parte da estrada nacional n.º 2, de Chaves a Faro, o que, com a conclusão, em 1945, do troço entre as Termas e Viseu e o estabelecimento de carreiras de caminhetas entre esta cidade e Lamego, tirou a estância do isolamento a que parecia condenada.

Em Setembro de 1951, efectuou-se a ligação das Termas à rede telefónica (Tel. n.º 78.243) e, em 6 do corrente, inaugurou-se a iluminação eléctrica da estância, preenchendo-se assim duas enormes lacunas que impediam, de certo modo, o acesso das Termas aos benefícios da civilização.

FUTURO DA ESTÂNCIA

Em face dos últimos melhoramentos realizados, é evidente que às Termas do Carvalho está franqueado, como a poucas, um futuro progressivo, relativamente fácil de atingir e dependente da boa von-

QUADRO I

Fonte n.º 2 (S. Lázaro)	1928	1951
Temperatura	25°	23,9°
Resíduo seco	291,5mgrs (130°)	302,0 mgrs
Condutibilidade eléctrica (18.º)	34,10 - 5	37,10 - 5
Alcalinidade	2,16	2,22
pH	—	9,17 a 9,23
CO ₂ total	50,9 mgrs	49,0mgrs
SiO ₂ total	74,1 »	92,5 » pelo mót. pond. 65,?
Silicato (Si O ₃ H-)	61,4 »	65,8 »
Cloreto (Cl -)	25,2 »	28,2 »
Brometo (Br -)	—	0,15 »
Fluoreto (F -)	0,10 »	24,1 »
Sulfato (SO ₄ =)	13,2 »	2,4 »
Sulfureto (SH -)	5,28 »	3,90 »
Tiosulfato (S ₂ O ₃ =)	1,84 »	1,40 »
Sódio Na +)	88,3 »	93,7 »
Cálcio (Ca ++)	2,4 »	3,6 »
Magnésio (Mg ++)	0,55 »	0,05 »
Ferro (Fe + ±)	3,4 »	0,11 »
Manganésio (Mn ++)	0,64 »	0,015 »
Alumínio (indissoc)	0,38 »	0,38 »
Cobre (Cu ++)	0,005 »	0,019 »
Zinco (Zn ++)	—	0,015 »
Césio (Cs)	—	vestígios acentuados
Rádio (Ra)	0,92.10 - 13	<1.10 - 11
Radão (em milimicrocúries)	5,5	32,5



DEUTSCHE NOVOCILLIN GESELLSCHAFT m. b. H.
ALEMANHA

que teve a honra de lançar no mercado português os já consagrados medicamentos:

- PASIMYCIN 0,5** injectável — (500.000 U. I. de sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a 0,5 de dihidroestreptomicina base + 300.000 U. I. de Penicilina Procaínica G + 100.000 U. I. de Penicilina Sódica G Cristalizada)
- PASIMYCIN** pomada — (comb. de 1.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalizada + 5.000 U. I. de sulfato de dihidroestreptomicina) por 1 gr.
- PASIMYCIN** pó — (frascos pulverizadores de 20 gramas, contendo cada grama de produto: 10.000 U. I. de dihidroestreptomicina + 2.000 U. I. de penicilina sódica G cristalizada)
- PASICILLIN B 400.000 U. I.** (injectável) — (100.000 U. I. de Penicilina sódica G cristalizada + 300.000 U. I. de penicilina procaínica G cristalizada)
- TUBERCID** — (Hidrazida do ácido isonicotínico)

tem agora o prazer de apresentar mais as seguintes especialidades que mercê da sua rigorosa e cuidada preparação já se impuzeram no mercado mundial e, especialmente, nas grandes clínicas da Alemanha, conforme o demonstram os pareceres das clínicas:

«Clinique Médicale de l'Université Halle» Directeur: Prof. Dr. Cobet

«Clinique Chirurgicale et de la Policlinique de l'Université TUBINGUE» Directeur: Prof. Dr. Maegeli

BANDICOAVIT — Poderoso anti-hemorrágico. Aumenta a resistência capilar e promove a coagulação. Tratamento pré-natal, perturbações endócrinas, avitaminoses, doenças ulcerosas e neoplásticas. Estados alérgicos.

comprimidos

Fórmula:	Vitamina C	50	mgs.	} FACTORES P
	Hesperidina Chalcon	20	mgs.	
	Hesperidina Methylchalcon	20	mgs.	
	Rutina	20	mgs.	
	Aesculina	2	mgs.	
	Vitamina K	5	mgs.	

BANDICOAVIT — Hemorragias retinianas e capilares. Perturbações internas. Hemorragias em doenças infecciosas. Várias formas de púrpura. Escorbuto. Doença de MOELLER-BARLOW'S. Púrpura reumática. Hipertonia. Complicações vasculares. Avitaminoses. Estados alérgicos. Hepatites, icterícia oclusiva. Toxemia da gravidez. Arterioesclerose. Urticária. Glaucoma.

injectável

Fórmula:	Rutina	75	mgs.	} FACTORES P
	Hesperidina Methylchalcon	75	mgs.	
	Aesculina	15	mgs.	
	Vitamina C	300	mgs.	
	Vitamina K	15	mgs.	

NOVOMINA — Medicação excelente nos enjoos provocados por viagens marítimas, terrestres e aéreas e em todos os tipos de náuseas de origem vegetativa. Náuseas postanestésicas e vômitos post-operatórios. Novomina é altamente eficaz na Hyperemesis gravidarum e mais do que todos os antieméticos conhecidos até agora.

Fórmula: cada comprimido contém: 50 mgs β-Dimethylaminoethylbenzohydrilether - 8-chlorotheophyllinate

DOCIVIT 1.000 (1 ampola de 1 cc. contém 1.000 mcgrs. de vitamina B¹² cristalizada). — Anemias perniciosas. Myelosis funicular. Polineurites diabéticas e alcoólicas. Nevralgia do Trigêmeo. Nevrites. Osteoporosis e Osteoartrosis.

Todas as especialidades indicadas são controladas por uma Clínica Médica Universitária e submetidas a testes oficiais pelo INSTITUTO ROBERT KOCH de Berlim

Representantes em Portugal, Ilhas e Províncias Ultramarinas:

SOCIEDADE FÁRMICA, LIMITADA
Praça Sidónio Pais, 287-4.º D. — Telefone, 29560 — PORTO

tade e leal cooperação das entidades interessadas.

Já existem estudos para a captagem das nascentes e para a construção dum balneário moderno e encontra-se aprovado o plano de urbanização da estância.

Os merecimentos desta encontram-se assás comprovados com as numerosas curas nela realizadas, com os caracteres físico-químicos das águas medicinais e com as óptimas condições climáticas, geomorfológicas e altimétricas do local.

O quadro seguinte permite um fácil confronto com as mais acreditadas das suas congéneres e outras (Quadro II):

de ordem turística que são numerosos e importantes, bastando citar, entre outros: o Templo das Siglas, em estilo românico, na Ermida, coevo da fundação da nossa nacionalidade e classificado monumento nacional; as igrejas de Castro Daire e Reriz; a Carvalha do Presépio; o Poço dos Mólgo; as cascatas da Pombeira; o Panorama do Calvário (Castro Daire); os Palácios das Carrancas (Castro Daire) e da família Amaral (Fareginhas); a Várzea de Reriz; a Veiga de Campo Bemfeito; as Portas do Montemuro; a inscrição bilingue de Lamas; e, mais afastados, a região de Lafões e as cida-

detalhes e pormenores, já insertos noutros trabalhos, podendo quem o desejar consultar os números 284 (1948) do «Jornal do Médico» e 95 de «O Médico» (1953), onde foram publicados, respectivamente, uma comunicação ao 1.º Congresso Luso-Espanhol de Hidrologia e outra à Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica.

CONCLUSÕES

1.º — As Termas do Carvalhal constituem um valioso recurso hidromedicinal, cujo desenvolvimento se impõe ao Estado, seu proprietário, à Câmara Municipal de Castro Daire, sua concessionária, e principalmente à Nação, para benefício de grande número de doentes que nelas podem auferir a cura ou, pelo menos, apreciáveis melhoras, difíceis de obter por outros meios.

2.º — Urge, pois, que, num bom espírito de compreensão, se vá dando prosseguimento não só às obras da estância, em particular a captagem das nascentes e construção dum balneário mais amplo e actualizado, mas ainda ao melhoramento das comunicações existentes.

3.º — Tudo o que se puder fazer de harmonia com este objectivo só pode dignificar os seus autores e promotores, não só pelas realizações em si, mas pela sua larga projecção e repercussão noutros melhoramentos e benefícios e ainda por amplas compensações materiais e morais.

(Comunicação à Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica — Dezembro de 1953).

QUADRO II

	Carvalhal (S. Lázaro)	Cavaca	Vizela (Médico)	Gerez (Bica)	Aregos (Bibeiro)	Moledo (Piscino)	Monfortinho	Caldeias (S. Barbara)
Temperatura . . .	23,9	29,0	31,3	42,5	61,5	38,1	28,2	21,5
Condut. eléctrica — X 10 ⁵	37,0	32,8	36,6	27,7	33,6	29,3	3,09	9,12
Alcalinidade . . .	2,22	2,76	2,32	1,96	2,06	1,96	1,4	0,87
pH	9,22	8,4	9,49	8,8	9,19	9,18	5,45	6,0
CO ₂ total	49,0	76,49	66,7	106,48	75,42	83,94	6,2	53,392
SO ₄ total	92,5	47,2	68,6	86,75	76,0	46,0	22,47	18,43
SiO ₃ H—	65,8	48,51	10,1	—	—	—	—	—
F—	24,1	13,6	23,6	12,1	19,5	19,1	0,051	0,706
Cl—	28,2	23,54	19,0	12,92	19,2	17,7	4,640	10,637
Mineralização total	344,2	365,08	340,6	339,5	336,6	222,7	120,35	103,858
F - /mineralização total (%).	7	3,7	6,9	3,6	5,8	6,8	0,04	0,68
SiO ₂ /mineralização total (%).	26,87	13,20	20,14	25,55	22,58	12,73	18,67	12,93
Rádio	< 1.10 ⁻¹¹	—	1,74.10 ⁻¹²	1,6 10 ⁻¹²	—	< 1.10 ⁻¹²	0,86.10 ⁻¹²	—
Radão (milimicrocuries)	32,5	48	18,12	44,5	0,34	2,34	5,92	7,15
Altitude	500 m	500 m	—	456 m	—	—	—	—

Deste confronto, se verifica parecerem actualmente as águas das Termas do Carvalhal as mais fluoretadas conhecidas, absoluta e relativamente. Ora, invocando-se como título de nobreza, para a água Spudel (Karlsbad), oito vezes menos fluoretada que a do Carvalhal, o fluor que contém, que pensar e concluir das nossas? Ainda se verifica serem das sulfúreas portuguesas as mais silicatadas (com ião silícico) e das mais radioactivas, pelo radão e pelo rádio.

Dadas as actuais e futuras condições de acesso e a acção electiva das águas medicinais do Carvalhal nas disfunções hepáticas e nas doenças da pele, se considerarmos que estas alterações atingem um número elevado de pessoas e que a pele é, com razão, mesmo sob o ponto de vista estético, motivo de preocupação para muitos e que, por outro lado, as ginecopatias têm grande importância na saúde feminina, na felicidade dos lares e no vigor da raça, facilmente se compreende o desenvolvimento que poderá atingir a crenoterapia no Carvalhal, mórmente se a generalizarmos, desde a infância, às heredo-distrofias da descendência dos diversos deficitários da nossa população.

Há ainda a considerar os recursos

des de Lamego e Viseu e seus arredores.

O desenvolvimento da rede de estradas — principalmente da n.º 2, de 1.ª classe, de Chavès a Faro, n.º 225, de 2.ª classe, de Castelo de Paiva a Aguiar da Beira, por Castro Daire, e n.º 321, de 3.ª classe, de Cinfães a Castro Daire, pelas Portas de Montemuro — muito melhorará as condições de acesso, actualmente já bastante satisfatórias.

Necessário se torna, porém, que todos, a começar pelo Estado e Município de Castro Daire, conjuguem lealmente os seus esforços e providenciem, no sentido de conduzir a bom termo o bom aproveitamento desta estância, realizando assim uma obra de fomento nacional e de grande benefício para a humanidade sofredora.

Muitos colegas, mórmente os especialistas, parecem julgar desprestigiante aconselhar aos seus clientes um tratamento hidromedinal.

Acontece, porém, muitas vezes, que alguns doentes, depois de os consultarem sem resultado, vêm em seguida às Termas, a conselho de terceiras pessoas, obtendo então a desejada cura...

Não será isto mais desprimoroso?...
Abster-nos-emos de entrar em mais

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Reuniu no dia 4 a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, para escutar uma comunicação do Prof. Costa Sacadura, lida pelo Dr. Adriano Burquette, na qual o seu autor relembrou que se devia àquela agremiação científica a prioridade da iniciativa dos cursos de aperfeiçoamento para médicos. Assim, foi em Outubro de 1901, portanto há 53 anos, que o primeiro curso daquele género se realizou entre nós, devendo-se a iniciativa ao Prof. Miguel Bombarda, que, com outros, se encarregou das respectivas lições. Os resultados obtidos foram excelentes.

Terminada a leitura, falaram, felicitando o seu autor e tendo palavras de grande elogio para Miguel Bombarda e restantes prelectores do referido curso, os Drs. Eugénio Mac Bride, Fernando Correia, Adriano Burquette e Prof. Adelino Padesca.

Seguiu-se a apresentação, pelo Dr. Joaquim Martins, de um trabalho intitulado «Sobre um caso de fistula biliar externa», no qual o autor fez uma exposição geral do assunto.

NOVAS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS DA VITAMINA B₁₂

BEDOZE MIL

TRATAMENTO
DE
ESCOLHA
DAS
AFECÇÕES
NEUROLÓGICAS

VITAMINA B₁₂

MIL MICROGRAMAS
AMPOLAS

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

ALÍVIO SINTOMÁTICO NAS
ÓSTEO-ARTRITES

BEDOZE GOTAS

FACTOR
PRINCIPAL
DO
DESENVOLVIMENTO
SOMÁTICO

FACTOR
LIPOTRÓPICO

INDICAÇÕES DO BÉDOZE-GOTAS

Estados de desnutrição em todas as idades (por carência alimentar, por doenças consumptivas, etc.).

Crianças nascidas prematuramente.

Crianças distróficas (por desvios alimentares, por debilidade congénita, etc.).

Nanismo.

Muitos casos de astenia e anorexia.

Hepatopatias (cirroses, hepatites agudas, etc.).

Dermatoses seborreicas e várias outras afecções cutâneas.

Lactentes alimentados artificialmente. (A vitamina B₁₂ aumenta a tolerância para o leite completo e duma maneira geral para as gorduras).

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

X CURSO DE APERFEIÇOAMENTO PARA SUBDELEGADOS DE SAÚDE

Programa-Horário — 1954

MAIO

Dia 24

- As 10 h. — Dr. Couto Nogueira — «A função das Comissões Municipais de Higiene».
11,15 — Dr. Arnaldo Sampaio — «Estado Actual do Problema da Gripe».
15 — Curso prático sobre a Raiva no Instituto Câmara Pestana.

Dia 25

- As 10 h. — Dr. Fernando Conceição Correia — «Bruceloses».
11,15 — Prof. Juvenal Esteves — «Viroses cutâneas».
15 — Curso prático sobre a Raiva.

Dia 26

- As 10 h. — Dr.^a D. Maria Faia — «Colheita e embalagem de produtos para análise».
11,15 — Demonstrações laboratoriais no Instituto Ricardo Jorge.
15 — Curso sobre a Raiva.

Dia 27

- As 10 h. — Prof. Juvenal Esteves — «Terapêutica actual da sífilis».
15 — Curso sobre a Raiva.

Dia 28

- As 10 h. — Dr.^a D. Adriana Figueiredo — «Toxi-infecções de origem alimentar».
11,15 — Demonstrações laboratoriais no Instituto Ricardo Jorge.
15 — Curso sobre a Raiva.

Dia 29

- As 10 — Dr. Conceição Correia — «Aspectos da bacteriologia de guerra».
11,15 — Demonstrações laboratoriais.
15 — Curso sobre a Raiva.

Dia 31

- As 10 h. — Dr.^a D. Noémia Ferreira — «Seroologia da sífilis».
11,15 — Demonstrações laboratoriais.
15 — Curso sobre a Raiva.

JUNHO

Dia 1

- As 10 h. — Dr. Costa Andrade — «Alguns aspectos da Higiene do Trabalho».
11,15 — Prof. Almeida Garrett — «Evolução da protecção à infância em Portugal».
15 — Curso sobre a Raiva.

Dia 2

- As 10 h. — Dr. Castro Soares — «Prática epidemiológica».
11,15 — Dr. Fernando Ilharco — «Higiene Mental e Saúde Pública».
15 — Curso sobre a Raiva.

Dia 3

- As 10 h. — Dr. Cristiano Nina — «Lição nas Enfermarias do Hospital Curry Cabral».
15 — Curso sobre a Raiva.

Dia 4

- As 9 h. — Dr. Heitor da Fonseca — «Doenças profissionais e Saúde Pública».
10,15 — Dr. Leopoldo de Figueiredo — «Infecções por vírus do grupo COXSACKIE».
11,30 — Dr. D. Fernando de Almeida — «Colaboração dos Subdelegados de Saúde com o Instituto Maternal».
15 — Curso prático sobre a Raiva.

Dia 5

- As 10 h. — Prof. Cândido de Oliveira — «Estado actual do problema da Raiva».
11,15 — Dr. Casanova Alves — «Novos rumos da luta antituberculosa: B.C.G.».
15 — Curso prático sobre a Raiva.

Dia 7

- As 10 h. — Curso sobre a B. C. G. (Dispensário da P. do Chile).
15 — Dr. Costa Andrade — «Prática sanitária».
16,15 — Visita ao Bairro de Alvalade, dirigida pelo Dr. J. Niny.

Dia 8

- As 10 h. — B. C. G.
15 — Dr. Luís Cayolla da Motta — «Imunizações em Saúde Pública».
16,15 — Fernando Caeiro — «Diagnóstico e tratamento da Febre tifóide».

Dia 9

- As 10 h. — B. C. G.
15 — Dr. Francisco Freire — «Educação Sanitária».
16,15 — Dr. Almeida Roque — «Técnica e prática de luta anti-sezonática».

Dia 11

- As 10 h. — B. C. G.
14,30 — Visita de estudo a Alcácer do Sal, dirigida pelo Dr. Lobo da Costa.

Dia 12

- As 10 h. — B. C. G.
15 — Dr. Gonçalves Ferreira — «Dietética e sua organização».
16,15 — Dr. Fausto de Campos — «Deficiências alimentares».

Dia 14

- As 10 h. — B. C. G.
15 — Dr. Casanova Alves — «Novos rumos da luta antituberculosa: Diagnóstico e tratamento precoces».
16,15 — Dr.^a D. Maria Ernestina G. Mendes — «Alguns aspectos da alteração e falsificação de géneros alimentícios. Técnica da colheita de amostras».

Dia 15

- As 10 h. — Dr.^a D. Helena d'Ávila — «Demonstrações sobre análises de águas no Laboratório de águas e Esgotos».
11,15 — Dr. Eduardo Paquete — «Purificação de águas em momento epidémico. Exemplificações no Parque Sanitário».
15 — Visita de estudo à Estação de Tratamento de águas da Amadora, dirigida pelo Dr. Paquete.

Dia 16

- As 10 h. — Dr. Bernardino de Pinho — «Protecção sanitária dos alimentos».
11,15 — Dr. Carvalho Dias — «Exantemas».
15 — Encerramento do Curso.
Cumprimentos a S. Ex.^{as} os Senhores Ministro do Interior e Subsecretário de Estado da Assistência Social.

*

As lições realizam-se no Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

Hospital do Ultramar

Na reunião do corpo clínico do Hospital do Ultramar, realizada no dia 28 de Abril, sob a presidência do director daquele estabelecimento de assistência, Dr. João Pedro de Faria, iniciou-se um simpósio sobre fígado, tendo sido apresentados dois trabalhos, um dos Drs. Mendes Ferreira e Ludgero Pinto Basto e outro do Dr. Alexandre Sarmento. No primeiro, intitulado «Introdução aos problemas e diagnóstico e terapêutica das doenças hepato-biliares», os autores expuseram, em síntese, noções sumárias de fisiologia e de fisiopatologia do fígado, bem como os meios mais importantes de que se dispõe para avaliar os estados patológicos do órgão, umas e outras destinadas a pôr os problemas de diagnóstico e de terapêutica que se podem deparar ao clínico. Os autores, que se alongaram em apreciações críticas, salientaram que os meios referidos não são todos necessários em todas as situações hepáticas e que, a partir da anamnese e da observação clínica, cumpre escolher os meios auxiliares adequados a cada caso.

No segundo trabalho o autor, que versou o tema «Exploração funcional do fígado: alguns aspectos laboratoriais», depois de fazer referência às múltiplas funções do fígado e aos diversos tipos de provas laboratoriais com elas relacionadas, examinou grande número de reacções e provas funcionais hepáticas, apontando o seu mecanismo e as suas ligações com os diversos estados patológicos do fígado, concluindo por apresentar um esquema das reacções mais correntemente utilizadas e que, na prática clínica, podem prestar melhores serviços.

Na sessão do dia 3 prosseguiram os trabalhos deste simpósio, tendo apresentado uma comunicação o Prof. Jorge da Silva Horta, que falou de «Circulação linfática do fígado». O conferencista, que começou por afirmar que, para o conhecimento da patologia hepática, devem concorrer elucidacões partidas de vários sectores, e que os dados modernos sobre histologia normal do fígado têm notável interesse naquele ponto, versou, depois, diversos assuntos da maior importância, no campo da especialidade.

Prof. Almeida Lima

Foi nomeado professor catedrático do 10.º grupo, subgrupo A (Neurologia) da Faculdade de Medicina de Lisboa, o Prof. Pedro Manuel de Almeida Lima.

POSSO DO NOVO SUBSECRETARIO DE ESTADO DA ASSISTENCIA SOCIAL

Produto original apresentado sob as formas de "PÓ" e de "PASTA"



BASE:

- ALBUMINA
- DIATOMÁCEAS
- COLOIDE SILÍCIO

INDICAÇÕES

LAURODERME "Pó"

Intértrigos - Eritêmas - Eczemas húmidos - Pruridos - Lesões dérmicas de toda a espécie - No tratamento da pele irritada e sensível - Nos recém-nascidos, principalmente em combinação com a "Pasta" - No tratamento vaginal sêco.

LAURODERME "Pasta"

Intértrigos - Eritêmas - Eczemas - Lesões dérmicas de toda a espécie - No tratamento da pele irritada e sensível - Queimaduras, etc..

NOTA - Em certos casos deverá aplicar-se a "Pasta", à noite, friccionando bem até completa absorção pela pele, e, para aumentar a sua acção, deverá pulverizar-se o local com o "Pó".



M. RODRIGUES LOUREIRO - Rua Duarte Galvão, 44 - Lisboa

POSSE DO NOVO SUBSECRETÁRIO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Revestiu grande imponência o acto de posse do novo Subsecretário de Estado da Assistência Social, Dr. José Guilherme de Melo e Castro, que se realizou no Ministério do Interior, com enorme concorrência — entre a qual se contavam os Ministros do Interior, das Finanças, das Obras Públicas e das Corporações, o Presidente da Assembleia Nacional, vários Subsecretários de Estado e muitas outras individualidades da mais alta categoria na política, na administração, no exército, etc. Foram notáveis os discursos então proferidos — o primeiro pelo Ministro do Interior, Dr. Joaquim Trigo de Negreiros, e o segundo pelo novo Subsecretário de Estado; publicamos a seguir, na íntegra, estes discursos.

«O Médico» saúda o novo e ilustre membro do Governo, desejando-lhe as maiores felicidades. O seu passado de dinamismo e bom senso em todas as missões que tem desempenhado, as suas qualidades e o interesse que sempre manifestou pelos problemas sociais, são garantia de que o Dr. José Guilherme de Melo e Castro continuará a tradição honrosa do departamento que agora chefia e será um magnífico colaborador do ilustre Ministro do Interior, Dr. Joaquim Trigo de Negreiros, a quem a causa da saúde pública e da assistência às classes pobres tanto deve.

O DISCURSO DO SR. MINISTRO DO INTERIOR

Senhor Subsecretário: Investido no cargo de Subsecretário de Estado da Assistência Social pelo Chefe do Estado, após honroso convite do Senhor Presidente do Conselho, ficam a pesar sobre os seus ombros, a partir de hoje, grandes responsabilidades. Que estará à altura delas é convicção de todos que conhecem as suas qualidades de inteligência e de trabalho, por terem acompanhado a sua acção na Assembleia Nacional e verificado a intensidade com que vive os problemas de assistência, tanto por imperativo do espírito como por impulso do coração.

No domínio da assistência social não é V. Ex.^a um convertido de hoje, mas sim um crente de sempre que, pela palavra ou pela acção, tem dado público tes-

temunho de adesão aos ideais que visam a elevação do nível de vida da Nação, pela melhoria das condições morais, económicas e sanitárias dos indivíduos que a compõem.

As palavras de Salazar — «o rejuvenescimento e revigoramento dos quadros sociais abertos a todos pelo direito, fechados a muitos pelas condições económicas, só pode, de facto, obter-se pela larga obra de assistência e de educação que, se por um lado é cara, tem por outro



DR. MELO E CASTRO
Subsecretário de Estado da Assistência Social

a vantagem de valorizar o capital humano e de aumentar em grandes proporções o seu rendimento actual» — há muito encontraram eco na sua inteligência e na sua sensibilidade, por compreender a necessidade de se prosseguir, sem improvisações nem demagogia, é certo, mas sem desfalecimentos injustificáveis, na defesa dos valores espirituais ou sociais que mais de perto tocam com a existência e a dignidade do Homem.

Ainda que V. Ex.^a bem os conheça, nunca será demais referir alguns dos princípios orientadores da nossa política de assistência, abonando-me para isso

com a experiência colhida em dez anos de trabalho que, se nem sempre terá sido fecundo, foi pelo menos intenso e dedicado.

NAS ÚLTIMAS DÉCADAS NÃO SE PERDEU TEMPO EM CONSTRUIR SOBRE A AREIA MOVEDIÇA DA POPULARIDADE FÁCIL

Debruçado sobre os problemas que vão constituir a sua preocupação constante e fazendo, uma vez por outra, o balanço da obra já realizada, posso afirmar que nas últimas décadas não se desperdiçou o tempo em construir na areia movediça da popularidade fácil ou das paixões de grupos e de partidos: pelo contrário, algo de permanente e de essencial se fez em domínio que a Revolução Nacional encontrou completamente abandonado.

Abrange a obra realizada as mais diversas modalidades de assistência social desde a defesa da saúde da população à protecção da família, à assistência materno-infantil, à dos menores e inválidos, dos loucos, dos tuberculosos e dos leprosos. Para quase todas foram estudadas e ensaiadas soluções, de harmonia com as lições da experiência e as nossas possibilidades. O programa, porém, está muito longe de ser definitivo ou de estar integralmente executado. Em matéria tão vasta há muito a realizar, devendo os programas futuros adaptar-se às necessidades a satisfazer e aos meios proporcionados à sua realização.

Na sua elaboração não podemos esquecer que, sendo a índole histórica da nossa assistência diferente da de qualquer outro povo, temos de organizá-la, inspirando-nos mais na sua tradição multissecular do que em exemplos alheios.

Assim, não devemos subordinar a nossa acção a conceitos rígidos e geométricos, sob pena de estancarmos as fontes de altruísmo, de abnegação e de sacrifício que alimentam a beneficência particular. Na verdade, uma vez que atribuímos ao Estado função supletiva no campo da assistência e o concebemos como força especialmente destinada a respeitar e a defender os valores espirituais, não podemos deixar de considerar entre estes a caridade, por ser límpida fonte onde tantos desprotegidos da sorte vão matar a sua sede de amor e de justiça. Conservá-la bem viva estimulando os sentimentos de solidariedade que ligam todos os elementos da população e fortalecem os pilares em que assenta a beneficência privada, são outras tantas coordenadas que não podem deixar de estar presentes no nosso espírito, para não se correr o risco de nos perdermos no labirinto de concepções que nos não pertencem e que, sob pretexto de aumentarem o bem-estar colectivo, poderiam reduzir a vida social a uma verdadeira charneca de almas.



E. TOSSE & C.^a

HAMBURGO

VALODIGAN

“TOSSE”

Tonificação do coração em doses de digitalis extremamente pequenas e sossego simultâneo do doente.

Eficácia óptima e de compatibilidade excelente.

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

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

DEVEMOS ESTAR ATENTOS A TODOS
OS INFORTUNIOS QUE ATINGEM
O HOMEM

Para que tal se não dê e assim não seja, devemos estar atentos a todos os infortúnios que atingem o Homem, procurando não só aliviá-los se não também criar a atmosfera moral indispensável, ao fortalecimento dos laços de coesão e de simpatia que devem unir todos os portugueses, em ordem a não deixar obliterar uma das características fundamentais da sua personalidade — o amor pelos humildes e desafortunados — já que ela também se integra no património da nossa civilização.

Em matéria tão delicada como a da assistência, as decisões devem ser prudentes, visto que, se, por um lado, não podemos furtar-nos à disciplina e até à fiscalização das instituições particulares — única forma de criar a indispensável confiança na sua acção — devemos, por outro, proceder por forma a desenvolver o espírito de iniciativa, de compreensão e de bom entendimento, tantos e tão apreciáveis são os frutos de uma política que assenta fundamentalmente na colaboração do Estado com os particulares.

E porque o bem-fazer é de si mesmo obra tão meritória, há quem se julgue dispensado da obrigação de o fazer bem, isto é, em obediência a certas normas que permitam conhecer do seu rendimento e resultados, não só no tocante ao aspecto assistencial, mas ainda no que respeita ao aspecto económico e social.

Ora, consideradas as necessidades públicas de assistência e o número de instituições que se propõem satisfazê-las, os auxílios a conceder pelo Subsecretariado de Estado da Assistência são necessariamente limitados. Ninguém deverá estranhar, pois, que, na distribuição deles, a sua preferência vá para as instituições, que melhor conheça, que dê maiores garantias de eficiência ou visem modalidades tidas por mais necessárias ou urgentes, visto que em caso algum pode desinteressar-se da maneira por que são aplicados os dinheiros da Nação.

Este interesse não envolve, como é óbvio, quebra da autonomia e modo de ser das instituições, mas tão somente a tradução do direito de saber como são gastos os subsídios concedidos, os quais, subindo em cada ano a muitas dezenas de milhares de contos, mais do que duplicaram nos últimos dez.

Mesmo no exército do bem, constituído por milhares de benfeitores que todos os anos dão aos outros o «sobejo do seu tempo ou da sua fazenda» — e cuja acção, dedicação e desinteresse me apraz pôr em relevo — terá que haver uma orientação e uma disciplina.

Simplemente, ao definir-se aquela e ao estabelecer-se esta, terá de usar-se de generosa e humana compreensão, com vista a respeitar-se na medida do possível, a característica fundamental de cada instituição, a sua autonomia e o seu modo de ser.

Trabalhar com homens, com as suas virtudes e defeitos, congraçando-os para

um fim útil à colectividade, implica maior tacto e maleabilidade do que a exigida ao técnico que só tenha de agir sobre as coisas.

O conhecimento dos problemas, por mais perfeito e completo que seja, não basta: ele será inoperante se não for acompanhado do sentido da oportunidade de empreender esta ou aquela acção, e da capacidade de avaliar os seus reflexos na ordem moral, económica e social.

NAS CAMPANHAS DA ASSISTÊNCIA
O MELHOR GENERAL É O QUE
SOUBER INSPIRAR MAIS
CONFIANÇA

Nas campanhas da assistência, como aliás em tantas outras, o melhor general

não será o mais perito no conhecimento e manejo das armas, mas sim o que inspirar maior confiança. Esta é uma conquista moral que, como todas as conquistas, leva anos a consolidar e pode perder-se numa hora.

A Providência, com dar ao homem a possibilidade de ganhar a confiança dos outros homens, tornou-o, de certo modo, artífice do seu próprio destino. Os meios facultados ao homem público, para forjar o seu são os mais diversos — inteligência, bom senso, energia, coragem, consciência e sentido de responsabilidades, espírito de justiça e de caridade, firmeza de princípios, audácia que executa, prudência que não se precipita, noção do dever, abnegação, resistência aos agravos, amor da Pátria e sentido



SYNOPENE

Cloridrato de N - dimetilamino - etil - N -
- p - clorobenzil - α - aminopiridina

ANTI-ALÉRGICO

Acção segura com pequenas doses

Praticamente isento de efeitos secundários

APRESENTAÇÃO:

Tubo de 20 grageias a 0,025 gr.

Caixa de 5 empolas de 2 c. c. (solução a 1%)

J. R. GEIGY S. A. — BASILEIA (SUÍÇA)

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL:

CARLOS CARDOSO

R. do Bonjardim, 551 - PORTO

Corantes «GEIGY» para microscopia e investigação clínica

Lista à disposição dos Ex.^{mos} Médicos que a solicitem

de servir. O êxito, essa flor de lotus da política, depende em elevado grau da «arte» com que foram conjugados esses meios.

E já que a glória ou a gratidão do povo raramente tocam com as suas asas os que governam ou administram a *res pública*, seja a tranquilidade de consciência, advinda do dever cumprido em toda a sua plenitude, a couraça contra a qual se quebram as lanças agudas da calúnia, da incompreensão ou da injustiça.

PRESTAR ASSISTÊNCIA—MISSÃO TÃO NOBRE QUE NÃO HÁ OUTRA QUE A EXCEDA EM RIQUEZA E CONTEÚDO ESPIRITUAL

Senhor Subsecretário: Quando se sentir ferido por apreciações injustas ou maldosas dos que, esgotando a vida em críticas acerbas, ficam sem energia para fazer qualquer coisa de útil, procure o bálamo na consciência e na própria tarefa que lhe foi confiada. Na verdade, criar condições mais favoráveis à realização da assistência, cuidando dos doentes e inválidos, das crianças e dos velhos, dos pobres e indigentes, e assim concorrendo para diminuir ou aliviar alguns males da Humanidade, é missão tão nobre que não conheço outra que a exceda em riqueza e conteúdo espiritual.

Para bem a desempenhar, pode contar com a colaboração e a iniciativa dos particulares, aquecidos pelos sentimentos de caridade e de justiça, de todos aqueles que, pela palavra e sobretudo pelo exemplo, afirmam a primazia do espírito sobre a matéria, da moral sobre os instintos, do altruísmo sobre o egoísmo; e também de todos os que, na direcção das Misericórdias e de outras instituições ou na simples vida particular exercem profunda acção de apostolado social.

Pode igualmente contar com a lealdade, a dedicação e o zelo dos funcionários que vão ser seus directos colaboradores e que, há dez anos a esta parte, me prestam colaboração tão amiga e eficiente que jámais foi toldada por uma sombra ou um desfalecimento.

Nas Direcções-Gerais de Saúde e da Assistência e nos diferentes serviços que dependem delas, não há horas de trabalho ou de descanso, já que, quando necessário, todas são poucas para o exercício cabal das respectivas funções.

PALAVRAS DE ELOGIO AO SUBSECRETÁRIO CESSANTE

Senhor Dr. Ribeiro Queirós: Por motivos imperiosos da sua vida particular, solicitou V. Ex.^a que lhe fosse dada a exoneração das funções que vinha a desempenhar há três anos com a plena consciência de quem cumpre o seu dever.

Servindo em sector tão delicado e complexo, a respeito do qual a generalidade das pessoas têm conceitos e idéias próprias, é natural que algumas delas tenham discordado de um ou outro pormenor da sua actuação. Todas, porém,

prestam justiça à integridade do seu carácter e à tenacidade da sua acção.

É que, dotado de invulgar capacidade de trabalho, pôde acompanhar de perto a vida das instituições de assistência e concorrer para que elas reflitam a do País — orçamentos aprovados a tempo e horas, regularidade na apresentação e julgamento das contas, fiscalização das receitas e despesas, moderação nos gastos, quando supérfluos.

Ainda que seja longo o caminho percorrido no sentido de substituir a dispersão de esforços pela sua conjugação, a confusão pela ordem, o arbítrio pela justiça, não podemos descansar sobre os resultados obtidos; e, ao contrário, teremos de redobrar de cuidados para que a autoridade, elemento fundamental do Estado, realize integralmente os seus fins, sem flutuações ou soluções de continuidade, desde que esclarecida coloque o interesse geral acima dos interesses individuais ou particulares.

Os homens mudam, e com eles os seus métodos pessoais de trabalho; os princípios e os objectivos, porém, permanecem. Ao reconhecer que assim é, não desejo concluir sem lhe agradecer a maneira como no campo da assistência partilhou comigo as mesmas preocupações e cuidados, se alegrou com as realizações, se entristeceu com as dificuldades e viveu os mesmos problemas, pondo no seu estudo o melhor da sua inteligência e do seu desejo de servir.

DISCURSO DO SNR. SUBSECRETÁRIO DE ESTADO

Se um chefe de família, ao pensar nos filhos, e ao pensar no que representa o exercício apolítico duma profissão, sobretudo como base da autonomia moral e cívica, não pôde esconder, de todo, as preocupações que o assaltam, quase o constrangimento, com que deixa o seu futuro profissional mais que comprometido ao aceitar, pela segunda vez em breve espaço, o exercício exclusivo de funções políticas; se não devia deixar de acentuar as lacunas da sua preparação, para sector tão vasto da Administração, quem carece da não despicienda experiência burocrática; se particularidades de temperamento e a mediania dos recursos intelectuais, assim como das ambições, aconselhariam outras formas de acção política; se tudo isto exprime verdades da minha situação nesta hora, também, Senhor Ministro, para falar, sem rodeios e sem equívocos, a inteira verdade devida ao País, devida a Salazar, eu não hei-de ocultar que é o Subsecretariado da Assistência Social precisamente o sector do Governo que mais forte atractivo pode exercer sobre o meu espírito. A escolher, não escolheria outro.

Teve V. Ex.^a a bondade, Senhor Ministro, de registar que, no domínio da assistência social, não sou um convertido de hoje mas um crente de sempre. É também verdade que, desde os alvares da adolescência, a acção política me prende e me entusiasma. Mas, quando a minha geração abriu os olhos para a compreensão da coisa pública já o Poder estava

restaurado e prestigiado nas mãos fortes de Salazar, já uma doutrina de Revolução Nacional iluminava os caminhos da regeneração pátria. Os do meu tempo já não testemunhámos os piores passos, os aspectos mais aparentes da decadência. E não foram raros os da minha geração, creio que os mais atentos aos temas do nosso tempo, ou os mais sensíveis às necessidades profundas da sociedade portuguesa, os que preferiram, na Revolução e na doutrina que a enforma, escolher para objecto do seu fervor, para alvo dos seus principais esforços, precisamente o ideal da Justiça Social.

A política social, desenhada na mira daquele ideal, não deve é certo, destacar-se da escala dos meios, com sábia prudência, estabelecida por Salazar, mas tem de acentuar-se: perante incompreensões ou desfalecimentos, importa acentuá-la, pela óbvia proeminência na escala dos fins.

A NOSSA POLÍTICA SOCIAL TEM SIDO CLARA NOS PROPÓSITOS, AUTÊNTICA E REALISTA

Ora, a política social que a Revolução equacionou, quer na formulação doutrinária quer no sentido que decorre das suas melhores realizações, foi clara nos propósitos, autêntica e realista. Tomou como premissa a expansão da economia portuguesa, mas não arredou a necessária reforma das suas estruturas, nem ficou à quem, no rasgado dos objectivos, do que, antes e depois da última guerra, têm procurado as políticas sociais dos países em que a traição ideológica ou a crise da autoridade não conduziram ao atentado contra as conquistas essenciais da civilização ocidental — conquistas, valores perenes de direito natural, que, entre nós, Salazar logo pôs fora de discussão.

Pôde assim a política social desenhada entre nós colher a fé da juventude. Essa fé, em ideal que não é equívoco nem restrito, é que explica certas formas de zelo, às vezes, por certo, paredes meias com a impaciência quando é vivida a sério. Essa fé tenho podido conservá-la; essa fé na política social, creio-o bem, tornou-se ainda mais viva nas camadas de juventude que vieram depois da minha geração — se a cronologia nos vai roubando legitimidade para representar a juventude, vai-nos aperfeiçoando a interpretação dos seus anseios — essa fé, Senhor Ministro, será o motor do meu esforço no mandato que hoje me é confiado.

Ora de entre as tarefas que entram no conceito comum de política social, boa parte pertence à competência do Subsecretariado da Assistência. Cabe-lhe a direcção de todo o sector público da Assistência, cabe-lhe dar ordenamento, amparar e fiscalizar toda a Assistência particular. Da matéria vasta, fundamental nos Estados hodiernos, de problemática, por toda a parte, ainda tão controvertida, que se denomina a política da saúde, se só uma parte lhe cabe, à face da orgânica vigente, cabe-lhe, sem dúvida, atenção interessada, colaboração solícita, aos progressos da política da previdência com que, entre nós, se vão acompanhando

as aspirações da humanidade contemporânea para a segurança social.

Pela direcção geral de Saúde, se não-de ser conservados resultados muito importantes consoladoramente já colhidos, por acção preventiva, por acção curativa e por efeito da benemérita política, que se tem multiplicado, por forma encorajante, do abastecimento de água e do saneamento nos principais centros populacionais, também cabem ao Subsecretariado grandes missões nessa ideia — força que hoje move o principal da nossa vida política—a elevação do nível de vida do povo português. Entre outras, tem de participar decisivamente na educação sanitária, tem de acompanhar empreendimentos de correcção que, com urgência, reclama a generalidade do nosso regime alimentar. Tenho em mente, neste passo, e sei que estão também na de V. Ex.^a, Senhor Ministro, as necessidades ainda muito vastas de valorização da nossa ruralidade.

TENHO AMOR A MISSÃO DESTE SUBSECRETARIADO

Desta maneira, Senhor Ministro, o pendor do meu espírito para a política social dá-me firmeza ao asseverar que tenho amor à missão deste Subsecretariado, que sinto a dor dos seus problemas, e que, se hei-de examiná-los com prudência, hei-de seguir com o coração as soluções encontradas. Só me não autoriza a assegurar que, em relação à maior parte dos problemas específicos, disponha já de conhecimento suficiente. Nem creio que de tanto possa dispor em pouco tempo. Felizmente, a circunstância legal da competência cumulativa e da responsabilidade política proeminente do Ministro do Interior, na gerência do Subsecretariado, permite que, mórmente na fase em que me adapto ao serviço, as minhas deficiências possam ser supridas pela rara experiência de V. Ex.^a, Senhor Dr. Trigo de Negreiros, neste domínio da administração pública, pela culta e ampla visão governativa de V. Ex.^a, pelo seu apurado tacto político. Nestas palavras, vai envolvida a homenagem que, no momento em que o Senhor Presidente do Conselho me honra colocando-me como colaborador de V. Ex.^a, em nível governativo, desejo exprimir exactamente com a mesma objectividade de juízo e a mesma sinceridade com que, em outras oportunidades, desde há bastantes anos, na Assembleia Nacional como em passos da actividade assistencial provinciana, tenho enaltecido a grande obra de V. Ex.^a neste domínio.

Desejava também endereçar agradecimentos a V. Ex.^a, Senhor Dr. Ribeiro Queirós, pela sua presença neste acto e também as homenagens que a consciência, para além do protocolo, me conduz a prestar a V. Ex.^a pelo vivo zelo e abnegada dedicação ao interesse público postos na gerência deste Subsecretariado e pelos resultados conseguidos por V. Ex.^a neste sector administrativo, resultados que, de perto, vou conhecer para os prezar como merecem e, estou certo, para deles colher facilidades na minha tarefa.

O TRABALHO DE EQUIPA É IMPRES- CINDIVEL PARA AS GRANDES TAREFAS

V. Ex.^a, Senhor Ministro, assegurou, há pouco, o bom nível de rendimento do trabalho do funcionalismo da Assistência Oficial, e demais serviços dependentes do Subsecretariado como também V. Ex.^a frisou que pode o Subsecretário contar com a sua lealdade.

Outro tanto havia tido a bondade de me referir o Senhor Dr. Ribeiro Queirós.

Ainda que não fosse de louvável costume era gosto meu endereçar também uma palavra de saudação, a todos, a todos os servidores da assistência e da saúde:

desde os senhores Directores - Gerais e chefes de serviço até aos mais humildes ou obscuros.

É certo que os fins do interesse público têm de pautar as relações do Subsecretário com os serviços, têm de reger todo o domínio disciplinar. Mas eu sou muito sensível à boa qualidade dos contactos humanos, é-me penoso trabalhar sem ser de olhos nos olhos, tenho podido concluir que o trabalho em «equipa» é imprescindível para as grandes tarefas, e que as individualidades mais se vincam quando se entregam na confiança e no dever que quando se ericam na reivindicção de prerrogativas.

Muito me alegrou portanto registar o que V. Ex.^{as} disseram acerca da quali-

UM NOVO PRODUTO BARRAL

PAVOSAL

CLORIDRATO DE PAPAVERINA BARRAL

PAVOSAL, INJECTÁVEL — CLORIDRATO DE PAPAVERINA
POTENCIALIZADO PELO IÃO Mg, PARA
INJECCÕES INTRAMUSCULARES, A 3 % E 5 %,
E PARA INJECCÕES ENDOVENOSAS A 3 %.

MEDICAÇÃO MAIS EFICIENTE NA ACÇÃO VASOMOTORA
E ANALGÉSICA DA PAPAVERINA, NOS ESPASMOS VAS-
CULARES E NOS SINTOMAS DOLOROSOS HIPERTÓNICOS.

PAVOSAL, GOTAS A 5 %

PAVOSAL, COMP. DE 0,05 GR.

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, LDA.

dade dos servidores da assistência e da saúde. Há nestes serviços públicos uma característica que se, por um lado, pode ser fonte de suplementares compensações de ordem moral, se pode dar um sentido superior ao zelo, também, por outro lado, reclama muito mais dos que dela têm consciência: é a de lidarem sempre, directa ou indirectamente, com a pobre humanidade sofredora. É a dor, no corpo e na alma, a doença, a pobreza, até o vício, o objecto tão transcendente do nosso serviço. Creio que, em domínio como este, só pela caridade pode chegar-se ao zelo requerido.

Os senhores médicos e os servidores da enfermagem trazem nas suas mãos e na sua consciência as formas mais cruas da dor. Também com estas duas classes que a sociedade, em todos os tempos, sempre prezou e valorizou muito alto, eu desejo trabalhar de olhos nos olhos. Não pode o Subsecretário da Assistência, não posso eu, dispensar dos senhores médicos, a informação, a colaboração, a reclamação e a queixa.

Os progressos da política da saúde têm muito a esperar deles, têm muito a exigir-lhes; têm também muito que ser ouvidos. A administração da saúde, em particular a dos serviços hospitalares, tornou-se em toda a parte preocupação de primeira plana, pelo volume cada vez maior dos dinheiros da Nação que nela andam envolvidos e pelo volume das necessidades a atender.

Destacou-se esta modalidade administrativa como uma técnica autónoma para que já se pede preparação específica de nível universitário. Tenho bem presente que o fim desta administração não é a economia nos gastos; o seu fim é a prestação do serviço em condições satisfatórias — no hospital, a doença, a dor do pobre é a mesma do rico — mas a economia nos gastos, di-lo a experiência de fora, dizem-no as desilusões estrondosas posteriores à última guerra, e impõe-no o volume das nossas necessidades contrastado com o nível do rendimento nacional, é meio decisivo para continuarmos, no ritmo que é preciso, os progressos da nossa política da saúde.

A ASSISTÊNCIA PARTICULAR

No discurso de V. Ex.^a avulta, Senhor Ministro, uma directriz forte e nobre para que o Subsecretário não regateie atenção e carinho à assistência particular. Entre as directrizes com que V. Ex.^a ampare a minha acção, prevejo que a poucas me será dado aderir com tanta convicção.

Foi sábio e prudente o legislador do nosso Estatuto da Assistência quando fixou ao Estado a função supletiva, sem todavia recusar meios legais para que o sector público tenha podido desenvolver-se até onde não pode chegar habitualmente a iniciativa privada.

Na verdade o progresso das técnicas curativas, o desenvolvimento da medicina hospitalar, o acesso das grandes massas ao direito à assistência reclamam meios financeiros cada vez mais vultuosos. Foi

sábio o legislador porque não impôs ao Estado o ónus do investimento em tantas e tantas modalidades da assistência não só acessíveis à iniciativa particular mas onde a caridade espontânea, o factor espiritual, pode ser o imprescindível. Foi prudente porque acatou a assistência contra o perigo do geometrismo desumanizador, contra a invasão omnimoda do colectivo, em domínios onde só a consciência, só o coração tantas vezes podem reger.

O Estado deve à assistência privada ordenamentos nacional e local que evitem a dispersão e assegurem a solidariedade orgânica dos vários meios de ataque aos males sociais, e o ordenamento — receio os excessos de que neste domínio pode ser responsável o vocábulo plano — impõe uma natural fiscalização, como V. Ex.^a, Senhor Ministro, muito bem acentuou. Ficou, porém o Estado, ficou o Governo livre para amparar, para abrir os braços a certas esbeltas iniciativas da caridade que, como raios de luz, atravessam todas as épocas, ainda as de mais denso utilitarismo. Está o Governo livre, neste País de S. João de Deus, para reconhecer a bondade, para assinalar a santidade, para a deixar desabrochar em flor de exemplo, em frutos de bênção, que só na lei de Deus podem ter estímulo.

UMA SAUDAÇÃO ESPECIAL AOS BENEMÉRITOS DA ASSISTÊNCIA

Do coração, vai também, nesta hora uma saudação quente para os beneméritos da assistência, para os piedosos doadores em prol do comum, que por essas províncias fora, de novo estão a multiplicar-se, e também para os portugueses que, de longínquas paragens, vêm transformar, no seu torrão natal, a fortuna que o trabalho granjeou na flor branca do amor do próximo; saudação viva para os abnegados obreiros da assistência provinciana, para todos que, através do pobre e do doente, levam ao altar de Deus, onde tudo se multiplica cem por um, o que sobra e tantas vezes, o que não sobra, da fazenda, do tempo, do amor.

Desejava também tentar exprimir o meu profundo respeito, o meu profundo agradecimento a S. Ex.^a o Chefe do Estado que se dignou nomear-me e, há pouco, dar-me posse. Desejava exprimir a homenagem que devo a S. Ex.^a o General Craveiro Lopes, às suas altas virtudes de português e de soldado, em cujas mãos a mais alta magistratura do Estado está no grau do prestígio e está no grau de fidelidade austera ao interesse nacional que permite a todos os portugueses trabalhar e servir sem uma sombra na tranquilidade.

Desejava dizer a S. Ex.^a o Presidente do Conselho o agradecimento que devo pela escolha que recaiu na minha humilde pessoa. Não fui capaz de esconder de todo a alusão ao que o chefe de família, ao que o profissional vai sacrificar ao serviço público. Mas se, quando S. Ex.^a chegou ao Poder, em 1928, sacrifícios destes não se faziam a ninguém, eu sinto hoje na consciência e no coração, todos o sentem hoje, que sacrifícios destes fa-

zem-se já a alguém que a tal ponto passou a personificar o bem comum. Sacrifícios destes fazem-se e devem-se a Salazar.

Estou desvanecido com a generosa presença neste acto de S. Ex.^a o Presidente da Assembleia Nacional, com a generosa presença deste número de Senhores Deputados. Para o Senhor Presidente, para os Senhores Deputados, para o «leader» Senhor Doutor Mário de Figueiredo, para o primeiro vice-presidente Senhor Engenheiro Cencel de Abreu, nos meus agradecimentos, vai a homenagem a tão distintos homens públicos e vai a saudade — é a palavra, é o sentimento que já me toma — do convívio com que me honraram, da benevolência, do amparo que fiquei a dever à experiência, às grandes luzes do espírito de S. Ex.^{as}.

Para todos V. Ex.^{as}, os meus agradecimentos, não tanto pela gentileza da presença, a que sou sensível como pelas responsabilidades que assim me acrescentam.

Disse o Senhor Ministro do Interior que são pesadas essas responsabilidades. Deus me dê forças para saber usar os meios que forem postos à disposição do Subsecretariado, até para os saber buscar, na inteira devoção à saúde do povo português.

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Reuniu no dia 7 a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, cuja sessão foi preenchida com duas comunicações apresentadas pelo Prof. Diogo Furtado e pelo Dr. Pedro Luzes.

Na primeira, intitulada «Alguns problemas das neuro-lipoidoses», o Prof. Diogo Furtado resumiu alguns dos pontos mais importantes do relatório que, no próximo mês, apresentará no Congresso de Medicina na cidade de S. Paulo. No seu trabalho começou por definir o conceito das neuro-lipoidoses e estudou alguns dos principais problemas ainda existentes naquele capítulo da patologia. Assim, ocupou-se, entre outros, do problema da limitação das várias formas de idiota amaurótica e das relações desta com outros quadros neurológicos e, a concluir, discutiu as relações das diversas lipoidoses de colesteroína, mostrando-se partidário da doutrina unicista.

A segunda comunicação intitulava-se «Experiência de um novo medicamento antiparkinsonico (nota prévia)» e, nela, o Dr. Pedro Luzes deu conta dos resultados obtidos com o novo medicamento — o Papitane —, afirmando que, em elevado número de casos, são superiores aos obtidos com outros antiparkinsonicos. Contudo, afirmou, essa superioridade não é tão nítida que lhe permita suplantá-los outros, mas é suficiente para lhe garantir posição de relevo.

A VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 21 a 30 de Maio)

Dia 21 — Em Coimbra, na Ordem dos Médicos, realiza-se uma sessão preparatória para a instalação de um núcleo da Sociedade Portuguesa de Estomatologia. Preside o Dr. Virgílio Carneiro e usam da palavra os Drs. Ferreira da Costa, David Baptista e Fernando Bogalho. Para a promoverem vieram de Lisboa os Drs. Ferreira da Costa e Assis Camilo.

— O Prof. João Porto profere na Faculdade de Letras de Coimbra uma lição integrada no I Ciclo de Estudos Económico-Sociais, versando o tema: «Destino fundamental dos bens sociais».

— A caminho da Guarda, passam em Coimbra os Drs. Agostinho Pires, director geral da Assistência, e Carvalho Dias, do Instituto N. de Assistência dos Tuberculosos que visitam o Sanatório de Celas, onde são recebidos pelo director Dr. Carlos Gonçalves, e o B.C.G., onde o Dr. João Moura Marques os recebe e acompanha, na ausência do Dr. Santos Bessa, em missão no estrangeiro.

23 — Na Ilha de S. Tomé, o Chefe do Estado visita o hospital sanatório local. É recebido pelo Dr. Cordato de Noronha, director-clínico, e pelos demais médicos que aí prestam serviços. É dado ao pavilhão antituberculoso o nome de «D. Berta Craveiro Lopes» e o Dr. Cordato de Noronha discursa, dizendo entre outras e depois de afirmar que a Província se orgulha de dispor do melhor Serviço de Saúde de todo o continente africano e das melhores armas de todo o território português para a luta contra a tuberculose, que:

«É particularmente grata ao meu coração de português da Índia esta homenagem à senhora ilustre que tem na minha terra natal, uma aura de profunda veneração e que simboliza as virtudes de nobreza da mulher portuguesa». A esposa do Chefe do Estado descerra, então, a lápida de bronze onde se lê: «Sanatório D. Berta Craveiro Lopes», situada na ombreira da porta de entrada.

24 — O Dr. Vitor José Moura de Carvalho toma posse do cargo de director dos serviços de Obstetria do Hospital da Misericórdia de Penafiel.

25 — No Porto, a Liga de Profilaxia Social abre ao público uma exposição bibliográfica das suas muitas publicações e outros trabalhos dos seus arquivos.

26 — O Prof. António de Almeida Garrett, catedrático de Pediatria e director da Faculdade de Medicina do Porto dá, simbolicamente, a sua última lição, pois brevemente atinge o limite de idade.

A cerimónia tem lugar no salão nobre da Faculdade de Medicina e é promovida pelo Conselho Universitário, pelos colegas e alunos.

Estão presentes as principais autoridades e as figuras mais representativas do meio portuense. O Reitor representa o Ministro da Educação.

Discursa o finalista Manuel Moutinho, em nome dos alunos; o Prof. Fonseca e Castro, em nome dos seus colaboradores; o Prof. Rocha Pereira em nome do Conselho Escolar e também o Prof. Carlos Lima se congratula pela homenagem. Finalmente o Reitor, depois de discursar, coloca ao peito do homenageado as insígnias de Grande-Oficial da Ordem da Instrução Pública.

26 — Parte de Lisboa para Roma o Prof. João Cid dos Santos, que em missão oficial e como convidado de honra das Jornadas Médico-Cirúrgicas de Turim vai presidir a uma reunião cirúrgica e inaugurar uma exposição de trabalhos angiográficos. Para organizar essa exposição antecipou-o,

na ida àquela cidade, o Dr. António Coito, assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

27 — As sessões do X Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, que funciona no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, prosseguem, com duas lições proferidas pelos Profs. Juvenal Esteves, que fala sobre «Terapêutica actual da Sífilis», e Almeida Garrett, que versa o tema «Evolução da protecção à infância em Portugal».

A tarde, no Instituto Câmara Pestana, prossegue o curso sobre a raiva, dirigido pelo Prof. Cândido de Oliveira.

— Passa pela segunda vez por Lisboa, o Prof. Fleming; vem de S. Paulo e dirige-se a Londres.

— Também a Lisboa chega o Dr. J. M. Aramaio, ministro da Higiene e Saúde Pública da Bolívia. Após visita à cidade regressa ao seu país.

— No Porto, no Hospital de Santo António, realiza-se a terceira reunião científica promovida pelo Serviço de Urgência. O Dr. Gonçalves Moreira, assistente da Faculdade de Medicina, apresenta o seu trabalho intitulado: «Enfarte do coração em clínica de urgência».

28 — Encerra a exposição bibliográfica da Liga Portuguesa de Profilaxia Social. Esteve patente ao público durante alguns dias nos salões do Clube dos Fenianos Portuenses, tendo sido muito apreciada.

29 — Pelo Fundo do Desemprego foram concedidas as seguintes participações

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

I O D O P₂
AMPOLAS-GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO
COM SOLU P₂

**PREVENÇÃO DOS ACIDENTES
HEMORRÁGICOS. MELHOR
TOLERÂNCIA DO IODO**

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

ções: à Santa Casa da Misericórdia de Braga, para beneficiações no seu hospital, 44 381\$00; à Santa Casa da Misericórdia de Mirandela, para equipamento para o seu hospital, 168.625\$00.

— A Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica promove, à tarde, na Faculdade de Medicina do Porto, a sua 6.ª reunião científica do presente ano académico, com a seguinte ordem do dia: «Litíase biliar e tratamento geresiano», pelo Prof. Celestino Maia; «História clínica da Água do Tedo», pelo Dr. João de Araújo Correia; «A crénoterapia na clínica geral», pelo Dr. Santos Parreira da Conceição.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para provimento do cargo de médico do partido municipal com sede na freguesia de Azevedo (Pinhel). O partido abrange, além da sede, as freguesias de Azevo; Bogalhal, Cidadelhe, Ervedosa, Pala, Póvoa d'El-Rei, Sorval e Valbom.

— Para habilitação ao provimento do lugar de director do Dispensário Antituberculoso de Ferreira do Alentejo.

Em Coimbra, no dia 2 de Junho, inaugura-se no quartel dos Bombeiros Voluntários um posto médico, com consultas e visitas médicas gratuitas para o pessoal do corpo activo, 50 % de desconto para as suas famílias e 20 % para os restantes sócios.

— É no próximo dia 6 que se realiza na Aguda a homenagem ao Dr. Libório Vieira.

Estrangeiro

Em Vancouver, Canadá, reúne a Associação Médica Canadiana, dias 14 a 18 de Junho.

— Em S. Francisco, Califórnia, nos dias 17 a 19 de Junho reúne a Sociedade de Endocrinologia, na sua XXXVI sessão anual.

— Na mesma cidade, a 18 de Junho, reúne a secção americana da Sociedade Internacional de Angiologia.

— Ainda na mesma cidade e mês, reúne de 21 a 25, em sessão anual, a Associação Médica Americana.

— Em Londres, de 22 a 25 de Junho, realiza-se o Colóquio de Endocrinologia sobre «Cortex adrenal humano», promovido pela Fundação Ciba.

— Em Marburgo, Alemanha, realiza-se, de 25 a 29 de Junho, um Simpósium sobre Endocrinologia.

— Em Londres, a 26 de Junho, reúne a Sociedade Anatómica.

— Em Cambridge, dias 24 a 26 de Junho, reúne a Associação Britânica de Dermatologia.

— Em Paris, de 27 de Junho a 2 de Julho, realiza-se o IV Congresso Europeu e Mediterrâneo de Gastroenterologia.

— Em Dublin de 30 de Junho a 4 de Julho, realiza-se o Congresso Internacional de Médicos Católicos.

— De 4 a 8 de Julho realiza-se, em Santiago de Compostela, o IX Congresso Espanhol de Pediatria.

— Em Londres, em 7 de Julho, reúne o Conselho Imperial do Reumatismo.

— Em Edimburgo, na Escócia, reúne a Sociedade Europeia de Cirurgia Cardiovascular, dias 9 e 10 de Julho.

— Em Londres e Oxford, reúne o III Congresso Internacional de Gerontologia, dias 12 a 22 de Julho.

— Em Tubingnen, Alemanha, inicia-se a 26 de Julho o V Curso de Psicoterapia, que termina em 6 de Agosto.

— Na Suíça realizam-se os seguintes congressos internacionais: Jornadas sobre Trombose e Embolias, em Basileia, dias 20 a 24 de Julho; em Zurique, dias 21 a 24 de Julho, sobre Psicoterapia e de Ginecologia e Obstetrícia, em Genebra, nos dias 26 a 31 de Julho. Em Genebra, também, nos dias 5 e 6 de Junho, realiza-se o IV Congresso da Associação Internacional para o estudo dos brônquios.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 19/V/54 a 25/V/54)

19/V

Portaria que organiza, com sede no Instituto de Medicina Tropical, a comissão de nutrição.

20/V

Dr. José Apolinário Paulino, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português — colocado na província de Angola.

21/V

Hospitais Civis de Lisboa.
Foram nomeados:
Dr. Fernando José Deyrieux Centeno — interno do internato geral.

— Dr. José Luís Mendes Pulido Valente, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica.

— Dr. Manuel dos Santos Cruz, interno do internato complementar do serviço clínico da especialidade de estomatologia.

— Dr. Artur da Costa Neves Novais, interno do internato complementar do serviço clínico da especialidade de dermatologia.

A Família Médica

Nascimentos

Na Maternidade Augusto Monjardino, teve o seu terceiro filho a sr.ª D. Maria Rosa Ramos da Silva Reis, esposa do Dr. José Reis Júnior. Mãe e filho encontram-se bem.

Casamento

Na igreja matriz de Favaiois realizou-se o casamento da Dr.ª Marília Moutinho da Costa e Silva, filha do sr. Carlos Amorim da Costa e Silva e de D. Maria da Glória Lopes Moutinho, com o tenente-engenheiro sr. José Eduardo Vilar Queirós, filho do sr. António Pereira de Queirós e de D. Angelina Vilar Furtado. Apadrinharam os nubentes, por parte da noiva, seus avós, sr. Manuel Lopes Moutinho e esposa, sr.ª D. Maria de Barros Moutinho, e, pelo noivo, seu pai e a sr.ª D. Maria da Conceição Pimentel Cavaleiro.

Partidas e Chegadas

Prof. Bello de Moraes

Partiu para S. Paulo, em missão oficial, o Prof. Bello de Moraes, que vai representar Portugal no Congresso de Cirurgia integrado nas comemorações do Centenário daquela cidade.

Dr. Fontoura Madureira

Regressou de Madrid o Dr. Fontoura Madureira, que, a convite da Associação Espanhola de Urologia, fora àquela cidade tomar parte nos trabalhos do Congresso da especialidade, onde apresentou duas importantes comunicações.

Dr. Matos Taquenho

Partiu para o estrangeiro, com demora de algumas semanas, o Dr. Francisco de Matos Taquenho, director-clínico das Termas do Estoril.

Dr. José Conde

Regressou a Lisboa, depois de ter feito um estágio de três meses no Centro de cirurgia plástica do Odstock Hospital, de Salisburi, o Dr. José Conde, assistente do I. P. O.

FALECIMENTOS

Faleceram:

— Em Lisboa, a sr.ª D. Maria das Dores Pires Soares Águas, sogra dos Drs. José Emílio de Mendonça Villalobos e Luís Bernardino da Silva, e avó do Dr. José João Águas de Mendonça Villalobos.

— Em Lisboa, a sr.ª D. Angelina Augusta Alves Pereira Ródo, mãe do Dr. Arnaldo Alves Pereira Ródo, director do Sanatório de Sant'Ana, na Parede.

— Na Moita, a sr.ª D. Maria da Luz Sacadura Mendes Cabral, irmã do Prof. Sebastião da Costa Sacadura e mãe do Dr. José Sacadura Mendes Cabral.

— Em Lisboa, a sr.ª D. Rosa Pereira Neves, esposa do coronel-médico Dr. José da Silva Neves, inspector dos Serviços de Saúde do Ultramar, e sogra dos Drs. José Pimenta de Castro de Lacerda e Megre e José Pio Pestana de Vasconcelos.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bossa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre 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 Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antituberculosa 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.to 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.to António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to 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 83-64 Luanda). — LOURENÇO MARQUES: Livraria Spanos — Caixa Postal 434 — NOVA GOA: Livraria Singbal.

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

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

