

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

X ANO — N.º 407  
18 de Junho de 1959

DIRECTOR E EDITOR  
MÁRIO CARDIA

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

Red. Adm. AV. DOS ALIADOS, 41 — PORTO — TELEF. 24907 / LISBOA: Av. de Roma, 43-5.º-E. — Telef. 771912 / Prop. da SOPIME-Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, Lda  
Ver condições de assinaturas e outras indicações na 1.ª e 2.ª págs. // Composto e impresso na Tipografia Sequeira, Lda — PORTO — R. José Falcão, 122 — Telef. 24664

## KANTREX

(SULFATO DE KANAMICINA)

Um novo antibiótico-bactericida  
INTEIRAMENTE DIFERENTE

★  
Especialmente activo contra as  
estirpes resistentes de  
“ESTAFILOCOCCUS AUREUS”

★  
Um produto preparado pelo  
Instituto Luso-Fármaco — LISBOA  
Sob licença da  
Bristol Laboratories Inc.  
Syracusa-New-York



«O MÉDICO» — órgão da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica — dedica este número, na sua secção — «Ciências Médicas-Clinica» — a assuntos de **HIDROLOGIA**.

Ver **SUMÁRIO** na pág. 571

Preço, avulso: 7\$50



INFAR — Indústria Farmacêutica, Lda. • Venda Nova • Amadora

Director e Editor:  
MÁRIO CARDIA

CONSELHO DE REDACÇÃO: Luís A. Duarte Santos — Prof. da Fac. de Med. (Coimbra); Fernando Nogueira — Prof. da Fac. de Med. e médico dos H. C. L. e José Andresen Leitão — Dir. do Inst. Nac. de Educação Física — 1.º Assistente da Fac. de Med. (Lisboa); Álvaro Mendonça e Moura — Dir. da Cir. Sanit. da Zona Norte e Waldemar Pacheco — Médico no Porto.

SECRETÁRIO DA DIRECÇÃO: Augusto Costa — Médico dos Hosp. de St.º António e de Matosinhos

ADMINISTRADOR: Manuel dos Santos.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA  
(Pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 160\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 220\$00; Outros países: um ano — 280\$00

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

Portugal Continental e Insular — 200\$00  
Ultramar — 270\$00

As assinaturas começam em Janeiro; no decorrer do ano (só para «O MÉDICO») aceitam-se assinaturas a iniciar em Abril, Julho e Outubro (respectivamente, 120\$00, 90\$00 e 60\$00).

RED. ADM.: Av. dos Aliados, 41-4.º — PORTO  
Telefone 24907

LISBOA: Av. de Roma, 43-5.º - Esq.º  
Telefone 771912

DEP. EM COIMBRA: Casa do Castelo —  
R. da Sofia, 49

Composição e impressão:  
TIPOGRAFIA SEQUEIRA, L.DA  
R. José Falcão, 122 — PORTO  
Telefone 24664

Prop. da SOPIME — Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, L.da

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

## ASSUNTOS DE HIDROLOGIA MÉDICA

Introdução — M. MARQUES DA MATA ..... 572

### 1.ªs JORNADAS LUSO-ESPAÑHOLAS DE HIDROLOGIA MÉDICA

Discurso do Dr. JAIME DE MAGALHÃES ..... 574  
Discurso do Dr. MARQUES DA MATA ..... 574  
Discurso do Dr. CID DE OLIVEIRA ..... 575  
Discurso do Dr. GARCIA AYUSO ..... 576  
Discurso do Reitor da Universidade ..... 579

## CIÊNCIAS MÉDICAS — CLÍNICA

MANUEL DE ARMIJO VALENZUELA — *Los complejos naturales y los productos sintéticos en terapéutica* ..... 583  
VAZ SERRA — *O tratamento da dor hepato-biliar visto à luz da sua etiopatogenia* ..... 588  
GARCIA AYUSO — *Sugestiones acerca de la asistencia social balnearia ó Teoria y práctica de la prestación balnearia en el S. O. E.* ..... 597  
JOSÉ RAMÓN MOZOTA SAGARDIA — *Audiometria pre- y post-crenoterapica de las obstrucciones de trompa de eustaquio* ..... 600

## MOVIMENTO MÉDICO

*As fístulas anais tuberculosas. Contribuição para o problema do tratamento não operatório* ..... 603  
*Exploração funcional do cortex supra-renal* ..... 604  
*Diagnóstico, Interpretação Clínica e tratamento racional da desidratação* ..... 605  
*Antibióticos e tuberculose pulmonar* ..... 606  
*Manifestações oftalmológicas da mononucleose infecciosa* ..... 608

## ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS

*As furnas e a sua riqueza hidrológica* — A. RODRIGUES PAZ ..... 609  
*ECOS E COMENTÁRIOS* — MÁRIO CARDIA e JOSÉ ANDRESEN LEITÃO ..... 611  
*A propósito do Relatório da Comissão da Secção Regional de Lisboa da O. M. «Estudo sobre a carreira Médica»* — DANIEL DE PINHO ..... 616  
*Noticiário diverso*

## Anunciam neste número:

<i>Aguas dos Carvalhos</i> .....	625	<i>Fidelis</i> .....	604, 605 e	608
<i>Amatus Lusitanus</i> .....	620	<i>Terras de Santana, 1 — Lisboa</i>		
R. da Misericórdia, 36-3.º-Esq.		<i>Instituto Pasteur de Lisboa</i>		
— Lisboa		611, 623 .....		3.ª capa
<i>Andrade</i> .....	2.ª capa	Rua Nova do Almada, 67		
R. Henrique Paiva Couceiro		— Lisboa		
Venda Nova — Amadora		<i>L. Lepori</i> .....	582 e	586
<i>Atral</i> .....	585	Rua Imprensa Nacional, 86-88		
Av.ª Gomes Pereira, 74-Lisboa		— Lisboa		
<i>Bacelar &amp; Irmão</i> .....	626	<i>Leacock</i> .....		577
R. do Carmo, 8 — Porto		Av.ª 24 de Julho, 16 — Lisboa		
<i>Barral</i> .....	603	<i>Luso-Fármaco</i> .....	573 e	1.ª capa
Rua do Ouro, 126 — Lisboa		R. do Quelhas, 14-2.º — Lisboa		
<i>Bial</i> .....	4.ª capa	<i>Neo-Farmacêutica</i> .....		613
R. João Oliveira Ramos — Porto		Av.ª 5 de Outubro, 21 — Lisboa		
<i>Carlos Cardoso</i> .....	613	<i>Puy</i> .....		624
R. do Bonjardim, 551 — Porto		R. dos Fanqueiros, 126 — Lisboa		
<i>Celsus</i> .....	610	<i>Química Hoechst</i> .....		615
R. dos Anjos, 67-1.º — Lisboa		Avenida Duque d'Ávila, 169-1.º		
<i>Ciba</i> .....	593	— Lisboa		
Rua Gonçalves Crespo, 10		<i>Remédios</i> .....		602
— Lisboa		Rua da Prata, 184 - 3.º - Dt.º		
<i>Dávi</i> .....	617	— Lisboa		
R. Conde Redondo, 70 — Lisboa		<i>Soc. Comercial Salvador Barata</i>		604
<i>Delta</i> .....	578	Rua do Comércio, 8 — Lisboa		
Av.ª Duque de Loulé, 108-1.º		<i>Termas de Monfortinho</i> .....		590
— Lisboa		<i>Termas Monte Real</i> .....		607
<i>E. Brunner</i> .....	612	<i>União Fabril Farmacêutica</i> .....		581
R. Duques de Bragança, 9-3.º		Rua da Prata, 250-2.º — Lisboa		
— Lisboa		<i>Vicente Ribeiro</i> .....		614
<i>Estácio</i> .....	616	R. da Prata, 237-1.º — Lisboa		
R. Sá da Bandeira, 118 — Porto		<i>Vitória</i> .....		589
<i>Farmacológico</i> .....	622	R. Elias Garcia, 26 — Venda		
R. Filipe da Mata, 3.º — Lisboa		Nova — Amadora		
<i>Ferraz Lynce</i> .....	618 e	<i>Wander</i> .....		594
620		Av.ª Sidónio Pais, 24 r/c-D.to		
R. Rosa Araújo, 27-1.º — Lisboa		— Lisboa		

# ASSUNTOS DE HIDROLOGIA MÉDICA

*«O Médico» inicia hoje a publicação de trabalhos sobre Hidrologia Médica — fornecidos pela Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica, a que preside actualmente o ilustre colega Dr. Manuel Marques da Mata, Inspector de Águas Minerais da Direcção Geral de Saúde. É com grande satisfação que este periódico colabora com aquela prestigiosa Sociedade, cuja actividade a favor da Hidrologia Médica Nacional é digna da simpatia de todos os médicos portugueses (N. da R.).*

## INTRODUÇÃO

Logo que adquiriu a certeza da Revista «Clínica, Higiene e Hidrologia» ter suspenso a sua publicação e por consequência ter desaparecido da Imprensa Médica Portuguesa o órgão da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica, apressou-se o digníssimo director do Jornal «O Médico», num gesto que muito nos sensibilizou, a oferecer, a esta Sociedade, as páginas do seu brilhante periódico para nelas ficarem arquivadas todas as actividades do seu labor científico.

Este convite surgiu, precisamente, quando, a dar-se a posse da nova Direcção para o biénio 1958/1960, havia que equacionar o problema da escolha do novo órgão da Sociedade.

Pela espontaneidade com que foi feita a oferta, pela maneira cativante como nos foi dirigido o convite e pela facilidade que veio trazer à solução que, evidentemente teria que ser tomada pela Direcção, sentimos, sobre nós, o imperioso dever de apresentar ao Dr. Mário Cardia, organizador magnífico dos semanários dominantes na Imprensa Médica Nacional, o testemunho bem expressivo e sincero da nossa reconhecida gratidão pela dignidade e gentileza com que honrou a Sociedade Médica a que presido.

Aceitando esse convite, a Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica, considerou e adoptou «O Médico» como seu órgão oficial.

Começa, hoje, pela primeira vez, a colaboração que nos foi pedida para esse Jornal.

A Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica é uma associação com fins exclusivamente científicos que tem por objectivo o estímulo dos estudos clínicos e experimentais em medicina hidrológica e a difusão dos seus progressos. A sua fundação regista ainda poucos anos. Data de 4 de Julho de 1950 a aprovação, por despacho ministerial, dos respectivos Estatutos nos termos do disposto na alínea a) do n.º 5 do art.º 2.º do Estatuto do Ensino Particular (Dec. n.º 7545, de 8 de Setembro de 1949). À frente das suas sucessivas direcções têm estado as mais consagradas figuras da Hidrologia Portuguesa recrutadas quer nos três centros universitários do País quer entre o escol dos corpos clínicos termiais.

A par das sessões científicas realizadas anualmente tem a Sociedade mantido também a tradição de realizar viagens de estudo às estações termiais de Portugal.

Empreendimentos deste género foram feitos, em França, desde 1891 por Garrigou, de Toulouse, mas a ideia das viagens colectivas dos médicos às estâncias hidrominerais ficou a pertencer, segundo o Prof. Carnot, a Carron de la Carrière que, em 1899, convidou Landouzy, então professor de Terapêutica na Faculdade de Paris, a dirigir a primeira viagem às estâncias do centro da França e que ficou memorável pelo êxito alcançado. Como refere Maurice Villaret «a obra de Landouzy foi prosseguida com amor pelo Prof. Paul Carnot».

Este eminente professor primeiramente acompanhado pelo Prof. Harvier (1920) e pelo professor Rathery (1921 a 1924) teve mais tarde como sucessor o professor Maurice Villaret acompanhado pelos professores Etienne Chabrol e L. Justin-Besançon. Ao Prof. Villaret sucedeu o Prof. Maurice Chiray acompanhado, ainda, pelo Prof. L. Justin-Besançon. A última guerra fez interromper, desde 1938, estas viagens de cunho estritamente científico. Há dois anos, porém, em 1957, começaram a sua actividade. Foi Vichy o centro termal da França escolhida como fulcro de ensino para os médicos e os estudantes que pretenderam aperfeiçoar os seus conhecimentos sobre crenoterápia.

O professor Carnot deixou bem expresso o significado e o valor destas viagens de estudo médico-hidrológico: «Deux choses n'ont pas varié, depuis Landouzy et Carron de la Carrière: c'est d'abord l'enthousiasme des Vemistes qui, graves médecins le reste du temp, sont ici comme de joyeux écoliers en vacances, pleins d'entrain, en communication intime d'idées et de sensations entre eux, parce que formés aux mêmes disciplines de l'esprit.

C'est aussi l'accueil chaleureux des confrères et des administrateurs des stations, reconnaissants à ceux qui se donnent la pleine de venir les voir et de se documenter sur place, et qui leur soumettent des conseils utiles et discrets.»

Em Portugal estas manifestações científicas tiveram a sua projecção, em grande estilo, nos anos de 1933, 1934 e 1935,

quando dirigidas e acompanhadas pelos Profs. Armando Narciso e Charles Lepierre e depois em estilo menor só pelo primeiro destes dois mestres de hidrologia. Anteriormente registam-se visitas às termas oriundas da Faculdade de Medicina do Porto e capitaneadas pelo professor Tiago de Almeida. Posteriormente, o Prof. Mário Rosa, actual professor de Terapêutica Hidrológica no Instituto de Hidrologia de Lisboa, para não quebrar a tradição, tem levado a efeito pequenas excursões a estâncias situadas perto da capital com o fim de dar aos seus alunos, a feição prática do ensino teórico da cadeira que rege.

Desde 1953 a Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica chamou a si a realização das V. E. M. (viagens de estudos médicos) às estações termiais não só do continente como das ilhas adjacentes tendo tomado parte nelas médicos hidrológicos tanto portugueses como estrangeiros. No passado ano tiveram lugar as 4.ªs Jornadas Médico-Hidrológicas que, por terem tido a colaboração da Sociedade de Hidrologia Espanhola, foram designadas por 1.ªs Jornadas Luso-Espanholas de Hidrologia Médica.

Estas Jornadas, bem assinaladas pelo êxito alcançado tiveram os seus primeiros trabalhos em Coimbra, na sua nova Faculdade de Medicina, que continuaram na estância climática da Figueira da Foz e nas estâncias termiais da Curia, Luso, Monte Real, Banhos de S. Paulo e Estoril tendo tido o seu encerramento na Aula Máxima do Hospital de Santa Maria, da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Agradecendo ao ilustre director do novo órgão oficial o carinhoso acolhimento que nos dispensou e aos hidrológicos espanhóis e portugueses a valiosa colaboração que nos foi prestada é com a publicação dos principais discursos e dos trabalhos científicos apresentados durante as 1.ªs Jornadas Luso-Espanholas que a Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica vai iniciar a sua colaboração no Jornal «O Médico».

**M. MARQUES DA MATA**

*(Presidente da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica)*

versidade de Coimbra, «indefesso escritor e sábio de primeira plana que perlustrou a mais larga e gloriosa carreira» como escreveu António Cândido, em 1884, nos Anais desta Universidade, o primeiro professor português que realizou análises hidrológicas, o fundador da Hidrologia Portuguesa, como o apelidou Pereira Forjaz; Filomeno da Câmara, reitor da mesma Universidade a escrever «Princípios gerais de medicação termal com uma notícia sobre as águas minerais de Val das Furnas, em 1873; o reitor Prof. António de Moraes Sarmento, mestre de crenologia, dirigindo a estância termal de Vidago e a escrever «A crenoterapia e o humorismo (1927)», «Les variations sanguines pendant les traitements hydro-minéraux (1931)», «Sobre tratamento hidromineral (1930)», «A via hipodérmica na terapêutica das águas alcalinas (1933)» e «As injeções hipodérmicas com água de Vidago, nas afecções anafiláticas (1934)».

Deixando, por um momento, os reitores, divizamos, ainda, no passado, Francisco Tavares, lente de matéria médica desta Universidade que, em erudita obra, «Instruções e cautelas práticas», em dois volumes, impressa na Real Imprensa da Universidade de Coimbra, demonstrou, em 1810, como Portugal «é fertilíssimo em águas minerais»; o Dr. Francisco António Alves, professor de Anatomia Patológica, fez em 1871, a análise da Água do Luso; os doutores Miguel Ferreira Leão e Lourenço de Almeida Azevedo foram lentes da Universidade de Coimbra e fizeram relatórios sobre as Águas de Moledo; o Professor Charles Lepierre que, durante o tempo em que serviu esta Universidade de Coimbra, modernizou os métodos de química analítica fazendo numerosos exames químicos e bacteriológicos de águas medicinais portuguesas; o Dr. Egas Ferreira Pinto Basto que, tão assinalado concurso, prestou à Hidrologia do país com a feitura e publicação dos seus trabalhos sobre radioactividade, professor foi, também desta respeitada casa de ensino superior, como seus professores foram igualmente, o Dr. Luís Pereira da Costa, que em 1884 escreveu «Elementos de hidroterapia marítima»; Ângelo da Fonseca colaborando primeiro na Gazeta das Águas minerais e dirigindo muito mais tarde a estância da Curia; Tristão Ribeiro, tão precocemente desaparecido, pertenceu ao corpo clínico da estância da Curia; e até mesmo Ferreira da Silva que, a partir de 1895, efectuou numerosas análises de águas termais, não era médico mas formado, em Filosofia na Universidade de Coimbra; o saudoso e inolvidável Dr. Armando Narciso que foi o maior hidrologista do seu tempo, formou-se, em medicina, na Universidade da Lusa-Atenas.

No presente vemos, como valores da Hidrologia nacional, no seio desta Universidade, os professores jubilados da Faculdade de Medicina: Rocha Brito, Feliciano Guimarães e Bissaia Barreto; e ainda em plena actividade: Bruno da Costa, Meliço Silvestre, Henrique de Oliveira e o Doutor Fernando da Silva Correia, da Faculdade de Medicina e os Professores Custódio de Moraes, Francisco Nazaret e o Dr. Viana de Lemos, da Faculdade de Ciências.

Entre todos os professores referidos, que se encontram em actividade universitária, avulta a figura prestigiosa de Vossa Excelência, Senhor Reitor, que, não obstante a multiplicidade das laboriosas ocupações inerentes à cátedra e à reitoria, tendes sabido condicionar o tempo, quase milagrosamente, de modo a publicar estudos em que a clínica termal e o laboratório, aparecem de mãos dadas com a hidrologia: «Modifications hemocyto-

logiques provoquées par l'eau de Vidago», «Propriedades terapêuticas das Águas de Vidago e Salus», «Benefícios para os coloniais de uma cura de Vidago», Dessensibilização e crenoterapia», e a contribuição valiosíssima existente nos «Arquivos Clínicos das Estâncias de Vidago e Salus», em colaboração com o Prof. Bruno da Costa.

A bem da Hidrologia vos deslocasteis a Espanha, em 1950, para acompanhar e dirigir os trabalhos do 2.º Congresso Hispano-Luso de Hidrologia Médica, em que apresentasteis uma importante, bem documentada e actualizada «ponência» que constituiu um êxito, em terras de Espanha e, como se isto não fosse suficiente, a vossa presença tem sido constatada em algumas sessões científicas que esta Sociedade tem realizado, numa das quais fizesteis a apresentação dum trabalho cheio de mérito e de oportunidade e em que focasteis problemas que constituem anseio e esperança dos médicos hidrologistas portugueses, subordinada ao título «Alguns aspectos da Clínica termal» (In «Clínica, Higiene e Hidrologia — n.º 9 — Setembro, 1954).

A colaboração que Vossa Excelência deu à preparação das Jornadas aos Açores, foi preciosa e objectiva. Sem ela as Jornadas não teriam tido efectivação. Pena foi, que Vossa Excelência, por imperativo da sua vida universitária não pudesse acompanhar a caravana hidrologista continental que tão bem acolhida foi na Terra Açoreana.

E nunca o Senhor Reitor se sentiu apoucado, diminuído, no prestígio da sua elevada posição, ao vir até nós, numa exibição de modéstia, tão bem vincada, que, por vezes, nos chega a dar a impressão de querer pedir desculpa da grandeza do seu talento e da pujança do seu muito saber.

Foi essa franca acessibilidade que encorajou a direcção da Sociedade de Hidrologia a pedir-vos lhe concedesdes a honra de presidir à sessão de abertura dos nossos trabalhos.

Honrados, nos sentimos, pelo deferimento concedido, e, por isso vos significamos o nosso profundo reconhecimento.

Adensa-se, no horizonte, toma vulto a notícia um pouco reservada, é certo, de que, depois de terdes sido, há muito, sócio correspondente da Academia das Ciências, vos espera a cadeira, deixada vaga, pelo desaparecimento do Prof. Vilhena.

A Sociedade de Hidrologia Médica rejubilará com essa, bem merecida, recompensa a quem entrará, na Academia dos Imortais, pelos seus méritos próprios, pelos seus merecidos títulos, pelo prestígio social de universitário do mais puro quilate, e pelos pergaminhos que conquistou à custa de uma vida de intenso estudo e de honesto e profícuo trabalho.

Que essa notícia seja, em breve, uma realidade é o voto, franco, sincero e amigo que formulo, em nome de todos os Jornadistas, pois bem o mereceis da ciência e da pátria.

Excelentíssimo Reitor

Os componentes das 1.ªs Jornadas Luso-Espanholas de Hidrologia Médica, saudam Coimbra na sua imortal beleza, adoram-a, no dizer de Heitor Pinto, como «formosa imagem em que todos devem pôr os olhos», reiteram os seus respetos ao Magnífico Reitor e curvam-se, reverentes e agradecidos, perante a grandeza secular desta Universidade — fonte caudalosa e inexaurível da intelectualidade lusa.

## Discurso do Presidente da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica

CID DE OLIVEIRA

Como Presidente da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica tenho a honra de dirigir a todos os presentes as minhas mais cordiais saudações e o mais vivo agradecimento pela sua presença a esta sessão.

Saúdo calorosamente, em particular, os Congressistas Espanhóis que, com espírito de mútua estima, vieram tão amavelmente colaborar com os seus colegas Portugueses nos trabalhos das quartas Jornadas Médicas da nossa Sociedade, e que são ao mesmo tempo as primeiras Jornadas Luso-Espanholas de Hidrologia Médica.

Nesta era do átomo e da velocidade, hora de sombrios vaticínios que a atmosfera política mundial causa, aqui nos reu-

nimos com os colegas Espanhóis a quem tantos laços nos ligam pela semelhança de idiomas, identidade de sentimentos, ideologia, costumes e heróicos feitos da História, sem ódios nem desânimos, mas ao contrário num ambiente de solidariedade na mais fraterna comunhão espiritual, numa colaboração leal.

É que as nossas Pátrias conseguiram, criar uma amizade sólida entre os dois povos que, como dizia recentemente um dos nossos estadistas «ultrapassa os limites da boa vizinhança para entrar no campo fecundo da colaboração fraterna».

Quis também a Sociedade Portuguesa de Hidrologia concorrer com um pequeno quinhão, é certo, mas sincero e leal para uma colaboração mais estreita com os colegas espanhóis, prin-

principalmente deste ramo especializado das actividades médicas. Desde a sua fundação, na ânsia de elevar o seu nível científico e cultural, tem esta Sociedade organizado Jornadas Médico-Hidrológicas, as duas primeiras a Estâncias do Continente e as terceiras às extraordinárias águas mineromedicinais dos Açores, destinadas a estudar a riqueza das nascentes hidrominerais da terra portuguesa.

Este ano vamos continuar nessa cruzada científica com a cooperação dos médicos hidrologistas espanhóis nas Jornadas Hidrológicas que nesta sessão se iniciaram e prometem obter brilhante êxito, a ajuizar pelos trabalhos científicos anunciados, assim como pelas personalidades que neles intervêm com o fim de aprofundar o estudo dos conhecimentos médico-hidrológicos e sua difusão.

Não necessita pôr-se em relevo o valor espiritual e afectivo que têm as reuniões desta natureza entre colaboradores de diferentes países.

Aproximando as almas, unindo-as por aquela natural simpatia e atracção que habitualmente liga os indivíduos consagrados à mesma vocação fazem-no esquecer pequenos ressentimentos que às vezes as podiam separar.

Têm ainda estas reuniões científicas um valor positivo pelos ensinamentos de natureza hidrológica e climática colhidos através das conferências, lições e comunicações, pela observação directa das instalações balneárias e variadas aplicações técnicas da água mineral como meio terapêutico, pela propaganda séria e difusão, da riqueza hidrológica, património da Nação.

E não devemos esquecer-nos de que, se os estranhos na maior parte ignoram a existência da nossa preciosa riqueza hidromineral, nós mesmos ordinariamente a não valorizamos devidamente.

Ela é, sem contestação um factor económico e terapêutico de grande valor, sendo necessário que no mundo se conhecesse a enorme riqueza hidrológica da Península Ibérica, as possibilidades de cura e de repouso que oferecem as suas magníficas estâncias termas, climáticas e marítimas, de que resultariam benefícios enormes para a economia da Península.

Há portanto razão para que Espanha e Portugal se aliem em empreendimentos desta natureza: espirituais e práticos ao mesmo tempo.

Oxalá que o esforço que os hidrologistas dos dois países vêm fazendo para a sua difusão possam vir a ter, no domínio da Hidrologia, a sua projecção além das fronteiras de Portugal e Espanha.

Não se trata, pois, apenas duma excursão turística mas

duma verdadeira embaixada de médicos na maior parte especializados em Hidrologia que vão visitar algumas das unidades hidrológicas mais bem apetrechadas do centro do país — Curia, Luso, Monte Real, Banhos de S. Paulo e as maravilhosas estações climáticas e marítimas da Figueira da Foz e Estoril, as quais possuem ainda, como é sabido, águas cloretadas sódicas, ou na própria zona — Estoril — ou na vizinhança: Amieira, Bicanho e Azenha, na Figueira da Foz.

Uma feliz coincidência faz ainda com que as nossas praias e termas sejam na maior parte privilegiados lugares de turismo e assim os componentes das Jornadas poderão gozar também a beleza da paisagem do nosso Portugal, de céu límpido e luminoso como o de Espanha.

Como diz o meu querido amigo Conde Gargollo, impressão e influência — paisagem e clima — o verdadeiro sentimento da natureza, que penetra por todos os poros e sentidos do corpo e nos envolve com algo de subtil, fonte de forças que estimulam o nosso espírito.

Minhas Senhoras  
Meus Senhores

É protocolar, em actos desta natureza, ser breve e por isso vou terminar.

Porém não o posso fazer sem agradecer com o testemunho do nosso respeito e gratidão e estou certo interpretando o sentimento de todos os Congressistas, ao Professor Maximino Correia, magnífico Reitor da Universidade que além de Catedrático brilhante é um conhecedor profundo da Hidrologia Médica tendo não só vincado a sua inteligência e saber em sessões de trabalhos da Sociedade de Hidrologia como também em terras de Espanha por ocasião do II Congresso Luso — Espanhol de Hidrologia, a honra de se ter dignado presidir a este acto inaugural e primeira sessão de trabalhos.

Saúdo mais uma vez, com emoção e profundo afecto os Jornalistas Espanhóis e seja-me permitido destacar entre eles o meu querido Dr. Garcia Ayuso, ilustre Presidente da Sociedade Espanhola de Hidrologia Médica, dinâmico impulsor com fé e persistência das actividades hidrológicas no país vizinho.

E ainda aos Catedráticos Professor Armijo Valenzuela e Vaz Serra, dois brilhantíssimos hidrologistas que tanto nos honram também proferindo lições nesta sessão, em nome da Sociedade Portuguesa de Hidrologia, lhes transmito a nossa gratidão, a que acrescentarei o testemunho dos meus próprios sentimentos pessoais de agradecimento.

## Discurso do Presidente da Sociedade Espanhola de Hidrologia Médica

GARCIA AYUSO

Madrid — Coimbra — 1958

Escmo. Sr. señoras y señores: Cuando en el año 1947 se celebró el primer Congreso Luso-Hispano de Hidrología Médica, españoles y portugueses nos hicimos mutuas promesas de reanudar periódicamente estas reuniones, que, si entre científicos de países extraños son siempre fructíferas, entre ciudadanos de dos naciones tan entrañablemente unidas como España y Portugal, son cauce de las más nobles sentimientos y simiente de las más copiosas realizaciones.

Quienes entonces nos acercamos a Portugal, prendados de sus bellezas naturales y embargados de la más honda gratitud, fruto de tantas atenciones recibidas, quedamos siempre enlazados en memoria y sentimiento a esta noble tierra, cuya hospitalidad y gentileza ha llegado a ser ya proverbial; los dichosos días vividos en aquel inolvidable Congreso, en el que no solo gozamos de esa atmósfera cordial que los portugueses son maestros en crear en torno a sus visitantes, sino que aprendimos a conocer este gran progreso ciudadano y científico de su vida nacional, quedaron hondamente grabados en nuestro espíritu.

Tan es así que sintiéndonos obligados a discurrir en la vida universal por los mismos cauces prestigiosos de la nación hermana, nosotros, cuando de Hidrología Médica hablamos, nos acordamos siempre de Portugal, envidiable ejemplo y espejo en

que cualquier nación de tradición hidrológica puede mirarse.

Ya hace diez años, cuando nuestra patria empezaba a curarse de las graves heridas sufridas en todo el ámbito nacional por nuestra horrenda guerra civil, los congresistas españoles quedábamos maravillados del adelanto industrial de la Hidrología portuguesa, señal inequívoca de una vida progresiva y de una situación económica brillante; encantados de aquel espectáculo confortador para nosotros todos los que hemos consagrado nuestra vida entera a la gran vocación hidrológica, hemos conservado viva en el decurso de estos años, la ilusión de repetir aquella gratísima visita y aquí estan vuestros amigos otra vez, a seguir aprendiendo en vosotros lo mucho que la hidrología portuguesa puede enseñar, como ciencia y como explotación industrial.

Tengo para mi que no hay entre los Congresos científicos ninguno tan útil y aleccionador como este viaje de estudios a través del ejemplo vivo, natural, de los parajes en donde brotan y se explotan los manantiales hidrotermales; en la Hidrología Médica no interesa solo conocer las adquisiciones nuevas de la hora científica, interesa ver con los propios ojos cómo brotan junto a los manantiales termas las instalaciones y edificaciones que marcan el progresivo avance de sus indicaciones terapéuticas



ma nova terapêutica da aterosclerose com "substâncias lipoidactivas" é possível com o preparado

## Lipostabil

que foi realizado com base nos novos conhecimentos obtidos no campo do metabolismo intermediário pela investigação dos estados lipídico e lipoproteico. O preparado é apresentado na forma de cápsulas de gelatina para medicação por via oral.

- Indicações: Profilaxia e tratamento da esclerose, escleroses periféricas e escleroses cerebrais com as suas diferentes manifestações, por ex: diabetes mellitus, hipertensão crónica, infecções crónicas.

Leacock (Lisboa), Lda. Av. 24 de Julho, 16-Lisboa



**NATTERMANN**

## NOVA DOSAGEM

# Synergistin

## INFANTIL-R

### COMPOSIÇÃO

Sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a  
0,25 Grs. de dihidroestreptomicina base.

300.000 U.O. de Procaína Penicilina G Cristalizada aquosa.

100.000 U O. de Penicilina G sódica cristalizada tamponizada.

1 ampola de 3 c.c. de soro fisiológico apirogénico  
para solução extemporânea.

### APRESENTAÇÃO

Em embalagens de 1 e 3 doses



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**Biológicos**

Avenida Elias Garcia — MASSAMA - QUELUZ - Telef. 950027  
EXPEDIENTE — Av. Duque Loulé, 108, 1.º — Lisboa — Telef. 42602  
PROPAGANDA — Av. Duque Loulé, 108, 2.º — Lisboa — Telef. 42816  
Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383  
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º — Telef. 24556

y de la fé de los enfermos y cómo se van planteando y resolviendo los múltiples problemas que la explotación balnearia promueve. Si los progresos científicos, y las aplicaciones terapéuticas, sin cesar renovadas, de las aguas minerales pueden ser conocidas a través de las revistas médicas, los progresos paralelos de la explotación balnearia y la renovación del ambiente que rodea a las localidades termales deben ser apreciadas de visu, personalmente; estos viajes de estudios hidrológicos con apreciación visual de la evolución periódica de nuestros balnearios son imprescindibles y deben seguir siendo fomentados, pues, en el mundo entero, se percibe una era de inquietud para nuestra terapéutica, que debe ser afrontada por los hidrólogos con la mayor decisión.

Es necesario que los hidrólogos, convencidos de la inmutabilidad del valor de nuestra terapéutica salgamos al paso de los argumentos negativos, menudeando nuestros contactos para lanzar a los cuatro vientos de la publicidad los hechos veraces de las observaciones clínicas en los balnearios.

En mi país la fe popular en las curas hidrominerales ha sido casi el único venero de donde se ha alimentado el caudal de las concurrencias balnearias. Los médicos directores lo sabemos bien; los enfermos acuden a nuestros balnearios sin indicación de sus médicos; a veces aún en contra de ellos. Y la fé popular siempre tiene razón; el enfermo que se cura en un balneario no miente al decirlo y los médicos directores que en nuestra práctica de todos los años junto a los manantiales recogemos la observación de los múltiples casos curados o aliviados, no mentimos tampoco. En esto deberían fijarse aquellos médicos, altos y bajos, que, ausentes de nuestras termas, dibujan en su semblante una sonrisa escéptica, o, aún peor, la dejan asomar a los puntos de su pluma, cuando el angustiado enfermo les pide orientación para su esperanzadora cura de aguas.

Es lamentable que este descreimiento subsista entre nuestros colegas, pues carece de toda base objetiva, esa base objetiva que ellos piden para creer en la terapéutica hidromineral y que, afortunadamente, ésta sí posee.

En terapéutica la humanidad no ha esperado nunca a que los experimentadores de laboratorio descubran las recónditas razones de la eficacia de un fármaco para utilizarlo. Como decía el Conde de Gimeno, Director que fué del balneario español de Cestona; «para curar con la quina no necesitaron los indios del Perú conocer su íntimo modo de obrar ni Juan de Vigo tuvo que saber cuán pérfido es el *treponema pálido* para servirse del mercurio.»

Pero es que la eficacia de las curas hidrominerales, a más de estar sólidamente cimentada en la observación empírica, posee hoy día una fuerte base de experimentación biológica, creada en los grandes institutos y laboratorios de los mejores balnearios internacionales y de las facultades de Medicina, en los países de gran historia hidrológica (Francia, Alemania, Italia, Portugal, España, Rusia.)

Una actitud despectiva, pues, hacia la terapéutica hidromineral, implica una verdadera injuria contra las grandes figuras de la Medicina actual, que consagran sus estudios y su fé científica a esta terapéutica, en la cual creen con toda honradez.

Esta fé de los grandes experimentadores y de nosotros, los hidrólogos prácticos, no es una fé ciega y, por tanto, indiferenciada, sino una fé científica y, por tanto, limitada. No creemos que el agua mineral sea una panacea; es una medicación complejísima, con un contenido energético imponderable, capaz de transmitir al ser humano electrolitos y radiaciones, que, a más de sus específicas acciones sobre los trastornos del ser enfermo, le transforman en otro ser biológico, al actuar intensamente sobre la fórmula bioquímica de su medio interno.

Esta acción que pudiéramos llamar universal, explica que las aguas minerales tengan indicaciones tan extensas y que salvo las conocidas contraindicaciones, cualquier enfermo pueda conseguir positivo beneficio en los balnearios aunque no les estén específicamente indicados. Los agentes climatológicos y los factores psicológicos que transforman el ambiente habitual de cada enfermo hacen de la cura balnearia una terapéutica inigualable y ha hecho decir al prof. Delore «las enfermedades del porvenir serán muy verosimilmente enfermedades de la personalidad humana. La cura termal es una experiencia completa del cuerpo y del alma; pertenece a la medicina del porvenir y su verdadero papel no hace más que anunciarse».

Este gran valor de la terapéutica hidromineral en la medicina psicosomática, a más de sus indicaciones ancestrales, hace que los hidrólogos consideremos, podamos considerar el porvenir de la Hidrología Médica bajo los mejores auspicios.

Los enormes avances de la medicación antibiótica apenas han influido sobre las tradicionales indicaciones de la terapéutica hidromineral, ya que su aplicación se refiere a síndromes infectivos, en los cuales jamás se había aplicado la terapéutica hidromineral; la innegable repercusión que la era antibiótica ha ejercido sobre las secuelas de procesos infectivos está compensada con creces, por el extenso ámbito de la medicina psicosomática a que alude el prof. Delore.

Tenemos, pues, en nuestras manos, una gama de instrumentos terapéuticos, cuyas indicaciones conocidas no han sufrido merma y cuyas indicaciones futuras ofrecen las más amplias perspectivas. Podemos, pues, seguir laborando con ímpetu redoblados, en balnearios, laboratorios é Institutos a favor de una terapéutica, cuya veracidad no puede ser puesta en duda por nadie que la considere con intención recta y honesta.

Por ello agradecemos de todo corazón a la prestigiosa Sociedad Portuguesa esta invitación conque se reanudan nuestros contactos aplazados desde que en 1950 los españoles correspondimos con el 2 Congreso Hispano-Luso al que con tanto éxito y tanta esplendidez se celebró en esta noble tierra el año 1947. Venimos con igual ilusión que entonces, ilusión teñida de nostalgia por los que en esta ocasión no han podido acompañarnos desde España, ni hemos encontrado al llegar por la acción inexorable de los años; pero con ímpetu redoblado, en el que ahora nuevos luchadores se alinean en nuestras filas para seguir manteniendo el fervor por una vocación común y por un entrañable amor que a los hidrólogos de ambos países nos unirá siempre; no en vano caminamos juntos sobre esta piel de toro, que siempre sustentó a la raza ibera y que, punta de Europa, nos enlaza para siempre en igual destino cristiano, es decir humano.

## Discurso do Sr. Reitor da Universidade

Tenho viva satisfação em saudar, neste momento e na nossa nova Faculdade de Medicina, os colegas espanhóis e portugueses que vêm até nós em colaboração amável e profícua.

Mais uma vez, médicos hidrologistas dos dois países, vizinhos e irmãos, se encontram para comunicarem os resultados das suas observações e para um comércio de ideias acerca de problemas que não podem ser mais meri-tórias, pois têm por objecto a saúde e vida humanas.

Saúdo efusivamente os Presidentes das duas Sociedades de Hidrologia Médica, espanhola e portuguesa, o Dr. Garcia Ayuso, nome reputado na medicina hidrológica, pelo desempenho de cargos de maior relevo na crenoclimatoterapia espanhola e pelas suas actividades científicas com que tem enriquecido a literatura hidrológica, e o

Dr. Jaime de Magalhães, vice presidente da Sociedade Portuguesa.

Honram-nos com a sua presença o Prof. Armijo Valenzuela, de Valhadolid, catedrático eminente de Farmacologia, e o Prof. José de San Roman, catedrático de Hidrologia em Madrid, que me acolheu, no Congresso de 1950, por forma inesquecível, e que me habituei a admirar desde que o conheço. Para estes ilustres colegas, vão as minhas homenagens.

Quero também saudar e agradecer ao sr. Director da Faculdade de Medicina, o eminente colega Dr. Vaz Serra, a sua presença e ainda mais a sua contribuição para os trabalhos deste certamen.

Sei bem as inúmeras solicitações que o atribulam e o mantêm em permanente tensão psíquica, e por isso

lhe agradeço o contributo que nos trás e que, de antemão o posso afirmar, será da maior valia.

Minhas senhoras e meus senhores:

Ricardo Jorge, em memorável conferência dirigida a um auditório como este, luso-espanhol, lamentava-se de que as nossas relações culturais tivessem, a partir de determinado momento histórico, divergido e quase virado as costas.

Elas que, oriundas de um tronco comum, se desenvolveram paralelamente, vicejando em flores e frutos do melhor quilate; elas que nem se distinguem na expressão linguística, usando os lusitanísimos Gil Vicente, Sá de Miranda e Camões, tantas vezes, o idioma castelhano nas manifestações mais puras do seu estro poético; essas culturas que se entrelaçaram com mestres espanhóis em Portugal e portugueses em Espanha; com heróis e santos que nos foram comuns, com uma juventude portuguesa em Salamanca que chegou aos quinhentos estudantes e obrigou o Rei D. João III a comprar, renovar e ampliar o Colégio de Santa Maria da Veiga para alojar os escolares lusitanos; essas culturas que tiveram no vosso idioma expressão linguística intelectual, viram-se repentinamente afastadas por um abismo quando um conjunto de circunstâncias infelizes parecia fazer reverter tudo à sua origem comum. Mas era tarde demais. A colaboração tornada absorção, gerou a desconfiança donde porviria o afastamento.

Por isso, por muito tempo não voltámos a encontrar-nos com o mesmo claro à vontade que vai, como se disse, à utilização comum do mais alto e mais forte instrumento do progresso, porque é do pensamento — a linguagem.

Ricardo Jorge lamentava-se de não saber falar o espanhol para ser melhor compreendido pelo seu auditório, mas eu não me desculpo sequer, pois sei muito bem que vós, espanhóis, estais dispostos a fazer um pouco de esforço para compreender o português.

E a desconfiança, graças a Deus, já lá vai. Durou dois séculos bem contados e, nesta Universidade, onde tantos espanhóis ilustraram cátedras com a reforma de D. João III, dispensou-se-lhes a colaboração, por forma que Pombal, na sua grande reforma, se socorreu dos italianos...

Só o respeito mútuo é capaz de avigorar e fortalecer a confiança necessária para o trabalho em comum. Esse respeito está hoje bem firmado e de ano para ano avigora, radicando-se no melhor conhecimento das nossas virtudes e até dos nossos defeitos.

Aquela tendência de o português visitar e conhecer a França, antes de mais nada, foi a consequência inevitável do nosso afastamento.

Estamos, felizmente, assistindo a uma modificação total desse aberrante panorama. E, no que nos toca, é com o maior gozo que vemos multiplicarem-se os encontros de cientistas lusitanos e espanhóis.

Durante o meu reitorado tive o privilégio de ter nesta Universidade várias assembleias de sábios dos nossos dois países: A Sociedade Anatómica Luso-Hispano-Americana, o Congresso Luso-Espanhol de Cardiologia, o Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências as Jornadas Hidrológicas hoje iniciadas, e já se anuncia para o próximo ano o Congresso Luso-Espanhol de Endocrinologia. Se tivermos em conta do que se tem desenrolado no resto do País, em Lisboa, Porto e Braga, além dos portugueses que concorrem aos vossos certames científicos, temos motivos de gozo, prevendo um futuro promissor às nossas relações culturais.

\*

A providencial riqueza dos nossos dois países justifica e até impõe estas reuniões.

O tempo em que um cronista acrimonioso citado por Cabanés escrevia que «seria cruel subtrair ao homem

uma das coisas que o tornam feliz, a fé nos médicos, os medicamentos e as fontes de águas maravilhosas», esse tempo está definitivamente morto.

Se, na verdade, muitos medicamentos nascem pelo engenho do homem e morrem depois de êxitos temporários, isso não acontece com as águas minero-medicinais, que conservam o seu prestígio há milhares de anos. Mais uma vez temos de nos curvar perante a grandeza das obras de Deus, que são eternas, e verificar que são efémeras as obras do homem.

É sabido e reconhecido que um dos sintomas do alto grau de civilização romana é dado pela elevada quantidade de estâncias termas que utilizaram, mesmo em países que por eles foram ocupados. As nossas *Aquæ Flavix* são um exemplo que perdurou.

Mas o que mais abona a excelência desses agentes terapêuticos é que eles foram utilizados pelos dados da experiência, muito antes de impostos pelos princípios e dados da ciência. Recordemos que o Hospital Termal das Caldas da Rainha foi instituído pela Rainha D. Leonor em pleno século XV.

Ora em Portugal, muito embora médicos de outras eras, como Rodrigo de Castro, Madeira Arrais, Curvo Semedo, etc., tinham discreteado sobre os usos dos banhos de Caldas e outras aplicações, foi apenas no século XVIII, com o Dr. Francisco da Fonseca Henriques, transmontano de boa cepa e médico pela nossa Universidade, abalizado clínico que o foi da real Câmara, valendo a muitos achques do Senhor Rei Magnânimo, que apareceu o primeiro repositório e inventário da riqueza hidrológica do País, o célebre *Aquilegio Medicinal*, dado à estampa em 1726.

Um pouco mais tarde, o professor da nossa Faculdade Doutor Francisco Tavares tratava a hidrologia já em moldes científicos, nas suas «Advertências» e provocava um movimento de geral curiosidade científica à volta de tão importante assunto.

As análises químicas de águas minero-medicinais, em moldes estritamente científicos, multiplicam-se, e os nomes dos professores de Coimbra, Tomé Rodrigues Sobral, Vandelli, José Martins da Cunha a elas ficam ligados.

Entretanto o movimento científico em favor da nossa riqueza hidromineral só de longe era acompanhado pelas iniciativas do Estado.

Certo é, porém, que a voz que nas constituintes de 1822 se levantou em favor de momentosa questão foi a do Barão de Molelos, o Dr. Francisco de Paula Vieira da Silva Tovar, bacharel em Matemática e Filosofia pela nossa Universidade, discípulo do Dr. Rodrigues Sobral, que desejava que o Governo ordenasse fossem feitas as análises químicas de todas as fontes hidrominerais conhecidas em Portugal e se tomassem as providências adequadas para as valorizar e aproveitar as indicações terapêuticas decorrentes.

E não deixa de ser interessante lembrar que a Comissão parlamentar encarregada de dar o seu parecer era presidida pelo professor de anatomia desta Faculdade, o Dr. Francisco Soares Franco.

Isto é: a hidrologia nacional, no seu aspecto científico está profundamente radicada na vida da nossa Faculdade de Medicina e da nossa Universidade.

Os nomes de Morais Sarmiento, Feliciano Guimarães, Rocha Brito, Meliço Silvestre, Mário Trincão, Bruno da Costa, Lobato Guimarães, Ferraz de Carvalho, Custódio de Morais, Francisco Nazaré, Egas Pinto Bastos, Rui Couceiro da Costa, Américo Viana de Lemos, Armando Narciso, Fernando Correia, Marques da Mata e Cid de Oliveira, que me vem neste momento à memória, todos eles do meu tempo e da Universidade de Coimbra, à hidrologia prestaram um contributo científico da maior relevância, a documentar o alto interesse por tal departamento das ciências médicas.

É pois neste duplo aspecto do fortalecimento dos laços culturais e de versar um assunto tão caro à Universidade de Coimbra que rejubilo com a vossa presença e vos saúdo «ex corde» envolvendo-vos a todos no mesmo veemente e fraternal amplexo.

# Los complejos naturales y los productos sintéticos en terapéutica

PROF. MANUEL DE ARMIJO VALENZUELA

Exc.<sup>mo</sup> Sr. Rector, Señoras y Señores:

Debo iniciar esta conferencia destacando que si me he permitido el alto honor de ocupar esta tribuna, aceptando la amable invitación de los organizadores de estas Jornadas Luso-Españolas de Hidrología, ha sido únicamente por la enorme fuerza atractiva que sobre mi ejerce esta hidalga tierra portuguesa. Y es precisamente en este momento, cuando con mayor evidencia se me manifiesta todo el profundo cariño y sincero agradecimiento que guardo a Portugal.

Hace ya bastantes años, tuve la suerte de poder trabajar bajo la dirección del Prof. Toscano Rico en su laboratorio de la Facultad de Medicina de Lisboa, y allí a través del que no dudo en llamar mi maestro, así como de sus colaboradores, me fué fácil comprender lo que era Portugal y hasta qué términos pueden alcanzar la distinción, la nobleza y la generosidad. Pero todos estos hechos lejos de justificar agravan mi posición en este momento, puesto que en pago a vuestra proverbial benevolencia os voy a obligar a descender al bajo nivel de mi flaqueza. Trataré pues al menos de compensaros con la brevedad y, si mis pobres medios expresivos me lo permiten, intentaré poner en evidencia el problema creado a la Hidrología por la era actual de marcado positivismo práctico, aunque no siempre verdaderamente utilitario, en el que el uso de las aguas minero-medicinales, es casi considerado como un anacronismo. Debo reconocer que quizá no sea yo por mi especialización, la persona más indicada para hablar de estas cuestiones, pero por otra parte, tal vez sea favorable este encuentro de la Naturaleza con el Laboratorio, o en otras palabras de la Hidrología con la Farmacología, aunque desgraciadamente yo les preste a ambas un punto de cruce excesivamente débil.

Es indudable que los hombres de ciencia han hecho avanzar los conocimientos de manera asombrosa, en las más variadas direcciones. En el transcurso de muy pocos años se han apoderado de la energía en las profundidades del átomo y han llegado a descubrir, casi en su plenitud, los intrincados secretos de la materia. No satisfechos con esto, han lanzado satélites artificiales que obedientes a velocidades y órbitas predeterminadas, van desentrañando misterios del espacio y permiten abrigar la esperanza de alcanzar en un día no lejano astros remotos. Pero junto a tanta grandiosidad y tan portentosos avances, a poco que recapitemos, nos podemos percatar de la insignificancia de nuestro conocimiento y lo mucho que queda por indagar y saber. Desconocemos el propio mundo en que vivimos e ignoramos y hasta evitamos el reconocer, nuestro desconocimiento de las fuerzas que actuales o potenciales, ofrece la Naturaleza.

Podríamos asegurar que el hombre no aprovecha lo que su mundo más cercano le ofrece generosamente y aún, llevado de un orgullo pueril, prescinde de extraordinarios valores. Es como si nos resistiéramos a admitir que, llevadas las cosas a un simplicismo elemental, somos, aunque quizá los más destacados, meros eslabones de una complejísima cadena de seres naturales en la que todos sus componentes son dependientes y mediatizados por los restantes.

Situados en esta posición, nos es forzoso admitir al hombre como integrante de una gigantesca unidad, tan maravillosamente equilibrada que ella misma se encarga de atender y cubrir las necesidades, individuales y colectivas, de todos sus miembros.

La realidad de esta situación la acreditan múltiples

circunstancias; pero circunscribiéndonos al campo de la Terapéutica, nos bastará recordar el sinnúmero de remedios que para sus dolencias encuentra el hombre en la propia Naturaleza. A poco que se reflexiona sobre el origen de la Materia Médica, tendremos que admitir que su fuente principal son los productos naturales, servidos graciosamente, muchas veces en la bandeja de la casualidad, por las hadas maravillosas de la Naturaleza. Y esto no sólo en tiempos prehistóricos sino que todavía en nuestros días, los más trascendentes descubrimientos radican en hechos tan triviales como el estudio de los productos liberados por el crecimiento de hongos, bacterias y otros microorganismos que, aparentemente despreciables, son capaces de proporcionar al hombre, rey de la creación, medios de defensa de los que él, por sus propios medios, todavía carecería.

No creo que sobre esta cuestión sea preciso insistir. Capítulos enteros de nuestra Farmacología actual, se apoyan en productos naturales que utilizados directamente o previas depuraciones o ligeras transformaciones, liberan al hombre de sus más graves dolencias o enfermedades.

Ahora bien, admitido el origen natural de un enorme porcentaje de remedios y que su aplicación terapéutica tiene que deberse a la repetida coincidencia entre su administración y la curación de una determinada enfermedad, nos es forzoso reconocer el incalculable valor de la tradición y la historia, afirmando el poder mejorador y a veces curativo de sustancias tales como la digital, la escila, el opio, la quina y ¿por qué no? el efecto terapéutico de las aguas minero-medicinales.

Es indiscutible que las aguas minero-medicinales por su origen son remedios estrictamente naturales y que el descubrimiento de sus virtudes curativas ha sido siempre el fruto de la casualidad; pero en relación con otros remedios naturales ofrecen la particularidad de exigir la integridad absoluta y el respeto total de sus características originales, para mantener su eficacia y virtudes curativas. Esto no ocurre con la mayoría de las drogas naturales, las cuales pueden ser consideradas como asociaciones o mezclas de productos dotados de distintos efectos y no siempre igualmente favorables, lo que debe permitir su mejoramiento por depuraciones de tipo farmacológico.

Entonces cabe la pregunta ¿droga íntegra o sustancia activa químicamente pura?

Las razones anteriores acreditan ya de por sí, que la respuesta no puede ser única.

En la mayoría de los productos de origen vegetal, es de ordinario preferible la utilización de la sustancia responsable del efecto terapéutico y a este respecto nos bastaría recordar:

- 1.º — La difícil conservación de la actividad en las drogas naturales.
- 2.º — En general, bajo contenido porcentual de sustancia activa.
- 3.º — Existencia simultánea de sustancias inactivas y aún, muchas veces, determinantes de efectos secundarios.
- 4.º — Modificación de la acción intrínseca del principio activo fundamental, por la coexistencia de otros factores.

Frente a todas estas circunstancias y otras muchas que podríamos aducir, se erigen los defensores del producto natural destacando el equilibrio, estabilización,

refuerzo, sinergización, etc. etc. de tales asociaciones naturales, que los hace propagar el empleo directo de estas drogas con la única variación que pueda determinar su preparación farmacéutica.

Pero debemos considerar que la atención del técnico empieza siempre por la contemplación admirativa, pero va seguida invariablemente de la intervención. El farmacólogo y sus siameses los químicos y fisiólogos, empiezan a desmenuzar la acción del material curativo sobre el organismo y hasta su propia sustancia, valiéndose de técnicas físicas, químicas, histológicas, fisiológicas, etc. Una vez bien conocida su actividad y toxicidad, tratan de descubrir el principio fundamental al que debe su comportamiento y si llegan a él, lo purifican, cristalizan y aíslan en estado absolutamente puro. Y no contentos con esto y lo mismo que hacían de niños con los juguetes, intentan saber cómo está formado, cuáles son sus fuerzas básicas y cuáles las accesorias, cuáles pueden sustituirse y cuáles no, cómo podría simplificarse y así continúan, hasta conseguir adueñarse plenamente de aquella materia.

Hoy día, las posibilidades son casi ilimitadas y la química terapéutica ha hecho tales progresos que en pocos años ha dado base a todo un nuevo edificio gigantesco de ciencia farmacodinámica. Los productos activos se multiplican alarmantemente, siendo verdaderamente asombrosa la fertilidad de este cuerno de la abundancia cada día más prolífico y eficaz.

En muchos casos el origen de estos remedios proviene de la Naturaleza, pero no tarda en sobrepasarse el prototipo y así citaremos el bien conocido caso de la quina y las dificultades que hubieron de vencerse hasta aislar la quinina, y cómo, siendo difícilmente accesible a la vía sintética, se obtuvieron más de 14.000 derivados de las quinoleínas, algunos de ellos superiores en eficacia a la propia quinina y en la actualidad disponemos de antipalúdicos de gran eficacia, de mucho más simples estructura.

Casos semejantes podríamos citar con relación al curare, curarinas y modernas drogas relajantes; el opio, morfina y antiálgicos modernos o papaverina y antiespasmódicos o espasmolíticos; codeína y antitusígenos, etc., etc. En muchos de cuyos casos la semejanza química se ha visto respaldada por la actividad farmacológica análoga e por el contrario antagónica, tal como por ejemplo ocurre con el ácido fólico y sus aminoderivados y tantas otras sustancias vitamínicas y antivitaminicas.

En nuestro campo hidrológico las circunstancias son muy diferentes y la propia naturaleza del producto obliga a diferentes métodos.

En efecto, en un amplio sentido las aguas minero-medicinales son aquellas que por su conformación y características pueden utilizarse como medicamentos. Esto es, para que un agua se considere minero-medicinal no es suficiente que sea mineral, denominación que estrictamente es igualmente aplicable a las aguas potables, aguas del mar, aguas de lluvia, aguas superficiales o profundas, etc., sino que además debe unir, invariablemente, la capacidad curativa o por lo menos la de modificación favorable de los procesos morbosos, que le preste acción terapéutica e indicaciones precisas. Circunstancia que ha hecho pensar, incluso, en la conveniencia de cambiar la designación de aguas minerales por la de medicinales, ya que precisamente este es el distintivo fundamental de este remedio. No obstante pese a lo adecuado de tal proposición, no ha sido popular y la tradición ha desplazado todo intento de cambio o modificación.

Con todo esto es indudable que un gran número de los efectos determinales por las aguas minero-medicinales pueden ser explicados por sus propiedades físicas, químicas o mejor físico-químicas, tales como su temperatura en el punto de emergencia, masa total de moléculas (disociadas o no) disueltas en el agua, características de sus puntos criscópico y ebulloscópico, potencial ácido-básico y óxido-reductor, conductibilidad eléctrica, presión osmótica, potencia radioactiva, etc., etc. Ahora bien, la determinación del estado y composición de un agua minero-medicinal es siempre tarea difícil aún con las más

modernas técnicas, debido en gran parte a la complejidad del medio estudiado y a la extremadamente variable concentración de cada elemento en las diferentes aguas, que obliga a recurrir a métodos analíticos en cada tipo de agua, puesto que forzosamente tiene que haber diferencias en determinar gramos por litro o cantidades tan pequeñas que apenas pueden catalogarse de indicios, aunque en ambos casos, se trate de un mismo elemento. Pero todavía es más difícil de superar las variaciones de una misma agua, que explican el que muchas veces dos análisis efectuados sobre agua de la misma fuente y similarmente tomada la muestra, den resultados no exactamente superponibles. En efecto, es bien conocido que el estado y composición de las aguas minero-medicinales sufren pequeñas variaciones impuestas por factores meteorológicos o climáticos y geológicos que muchas veces tienen incluso carácter periódico y si bien es cierto que estas variaciones se producen a largo plazo, no faltan tampoco las variaciones instantáneas, que siempre deben inquietar al hidrólogo, puesto que el agua que administra a su enfermo no es exactamente la que fué definida por el analista en el punto de emergencia. Esta evolución o «envejecimiento» del agua minero-medicinal, ha suscitado múltiples trabajos entre los que podemos citar los de Mdme BLANQUET, BILLARD, JUSTIN-BESANÇON y VILLARET, etc.

Las causas primarias de estos fenómenos de evolución son numerosas y complejas, pero en su mayoría son dependientes del paso de las condiciones subterráneas a las condiciones superficiales. Entre las más importantes tenemos:

- a) Caída de la temperatura
- b) Evasión de gases
- c) Disolución del O<sub>2</sub> atmosférico
- d) Acción de la luz
- e) Disminución de la radioactividad
- f) Desplazamiento del pH y rH... etc.

Siendo las consecuencias más evidentes de estas variaciones fisicoquímicas, la precipitación de sales y la floculación de coloides.

Hasta ahora hemos hecho referencia a la indudable influencia de la mineralización y características físicas y físico-químicas de las aguas; pero no debemos olvidar que muchas veces, aguas minero-medicinales de composición aproximada, no se ven respaldadas por acciones farmacodinámicas superponibles y aún, aguas minero-medicinales de composición muy parecida, pueden ejercer sobre el organismo efectos muy diferentes y esto tanto en aguas minero-medicinales de elevada mineralización (bicarbonatos, sulfatos, etc.) como en oligometálicas radioactivas: pero todavía más, aguas de composición química muy diferentes, pueden determinar efectos semejantes sobre el organismo.

Toda esta aparente disparidad podríamos considerarla fruto de tres factores fundamentales: 1.º) desconocimiento del real equilibrio físico-químico de las aguas minero-medicinales; 2.º) complejos actuantes que se asocian al efecto directo de las aguas y 3.º) especiales características reaccionales del propio sujeto sometido a tratamiento.

Con relación al primer punto la cuestión es obvia:

Ya el Prof. RODRIGUEZ PINILLA insistía en que ningún químico puede tener la pretensión de que sus análisis lleguen a expresar la verdadera estructura de un agua mineral y VILLARET y BESANÇON, insisten en que es ilusorio intentar deducir de la presencia de ciertos iones la acción terapéutica de un agua determinada. ALIBERT establece una comparación muy acertada al escribir que la química es para las aguas minerales lo que la Anatomía para el cuerpo humano, ella nos puede mostrar lo que existe, pero nunca cómo funciona. Y de manera semejante CHAPTAL decía que analizar las aguas es diseccionar un cadáver.

Con todo esto no debe entenderse que consideramos superfluo el análisis de las aguas, los cuales son del máximo interés y aunque sólo sea por demostrar la constancia en la composición y falta de contaminación, estaría

**100 %**

**DE PANTOTENATO  
DE ESTREPTOMICINA + DIIDROES-  
TREPTOMICINA (PARTES IGUAIS)**

# ESTREPTOPANTO

TOXICIDADE DA  
ESTREPTOMICINOTERAPIA  
REDUZIDA EM 50 %

APRESENTAÇÃO EM FRASCO DE  
ROLHA PERFURÁVEL, CONTENDO  
O EQUIVALENTE A 1g DE ES-  
TREPTOMICINA BASE



A MARCA FARMACÊUTICA PORTUGUESA DE MAIOR EXPANSÃO MUNDIAL

HAVAS  
L.T.

# Peptopancreasi Serono

ACTIVA E NORMALIZA AS FUNÇÕES DIGESTIVAS

REUNE NUM ÚNICO PRODUTO, DE ACEN-  
TUADA ACÇÃO REEDUCATIVA DO QUIMISMO  
GASTRO-INTESTINAL, O EXTRACTO TOTAL  
DE MUCOSA GÁSTRICA E DE PÂNCREAS

REGULARIZA O FUNCIONAMENTO DO APA-  
RELHO DIGESTIVO, ESTIMULA AS PROPRIEDA-  
DES SECRETÓRIAS DA MUCOSA GASTRO-  
INTESTINAL E DO PÂNCREAS, NORMALIZA  
A PERISTALSE, EVITA A ESTASE ALIMENTAR  
E AS FERMENTAÇÕES INTESTINAIS ANÓMALAS.



APRESENTAÇÃO — FRASCOS DE 70 Grs. E DE 140 Grs.



ÚNICO CONCESSIONÁRIO PARA PORTUGAL, ILHAS E COLÓNIAS

## L. LEPORI, LDA.

R. IMPRENSA NACIONAL, 86 • LISBOA

justificada su aplicación sistemática y periódica; pero es que, como defiende AGUIRRE DE CARCER, basta comparar la acción de ciertos elementos componentes de las diversas aguas y su actividad farmacodinámica o aún mejor, sus efectos terapéuticos para convencerse de la inexactitud de quienes como SOLLMAN, suponen que las aguas minerales son simplemente soluciones de los ingredientes del suelo y poseen solamente la acción de aquellos ingredientes que están presentes en notable cantidad.

Esta actitud se nos hace demasiado simplista aún tomada en un sentido absolutamente farmacológico. En efecto: todos conocemos que una misma sustancia puede obrar de una u otra manera según el estado actual del elemento receptor orgánico y, aún más, que el efecto final es siempre el resultante de los diversos efectos parciales que la sustancia pueda ejercer sobre las diferentes estructuras orgánicas.

Pero todavía más, cuando no obra una sustancia exclusivamente, entonces ya intervienen una serie compleja de efectos mutuos que pueden conducir a refrenar, potencializar o neutralizar acciones que aisladamente se hubieran, posiblemente, producido. Hace ya muchos años, el Prof. HERNANDO en una interesante publicación sobre lo que él llamaba «crisis de la receta» destacaba lo difícil que tenía que resultar el saber el efecto de aquellas recetas que hacían nuestros abuelos en las que se asociaban una larga serie de remedios sin tener en cuenta las reacciones que entre los mismos productos integrantes pudieran producirse ya en el frasco o en el organismo al ser administrados, y si esto es de temer cuando se asocian 3, 4 ó 5 medicamentos, piensen Vds hasta qué extremos se multiplican las dificultades en el caso de las aguas minero-medicinales en las que las determinaciones espectrográficas han demostrado, por ejemplo, en las aguas de Vichy (URBAIN y BARDET) más de 50 elementos, entre los que pueden darse toda clase de asociaciones antagónicas, potencializadas o indiferentes; pero que desde luego hace muy difícil si no imposible, el pretender deducir «a priori» un efecto determinado.

Pero todo no queda aquí. El comportamiento de los elementos integrantes de las aguas minero-medicinales obra de manera muy particular en estas asociaciones naturales. A este particular el preámbulo del Decreto de 1892 de reglamentación de las aguas minero-medicinales de Portugal ya señala «que las disoluciones de los más variados productos químicos, preparado en el vasto laboratorio de la naturaleza no puede ser sustituido por otros análogos preparados en los laboratorios farmacéuticos a pesar de que la química moderna, con sus inmensos progresos, haya sorprendido y revelado, por así decir, átomo por átomo, el secreto de su composición.

El Prof. VELAZQUEZ insiste en que un agua minero-medicinal, no puede ser considerada como una receta y, a este respecto, destaca que bastaría considerar que el «hágase según arte», en este caso, escapa totalmente a las posibilidades humanas. Por mucho que nos esforcemos en la preparación de un agua minero-medicinal en el laboratorio, podremos incorporar todos sus elementos integrantes, (que aunque difícil podríamos admitirlo), pero siempre escapará a nuestras fuerzas el logro del equilibrio natural de los ingredientes así como su exacto grado de disociación, presión osmótica, estado coloidal, etc. que sólo se alcanzan en el gigantesco e ignoto geolaboratorio de que proceden, con la fuerza sobrenatural de su Artífice supremo.

Ya escribía LIMÓN MONTERO «tenemos por falso que puedan resultar las aguas con aquella permixtion artificial, con aquellas virtudes que tienen las minerales naturales» y a todos los que tenemos alguna relación con las aguas minero-medicinales, nos es perfectamente conocido que ni aún limitándonos a redissolver el residuo seco de un agua determinada se alcanza la identidad con las aguas primitivas. Y aún más, que las aguas embotelladas es frecuente que pierdan parte de sus virtudes curativas y los mismos enfermos lo acreditan acudiendo a tomar las aguas al pie del manantial, cuando muchas veces tal proceder les representa dispendios, vencer dificultades y tam-

bién, por qué no reconocerlo, soportar incomodidades y no cortos aburrimientos.

Estos hechos ya son suficientemente demostrativos para admitir con MOUREAU que un agua mineral es un todo, un bloque; una droga muy complicada imposible de reproducir artificialmente en su integridad, tal como el opio, la digital o la belladona.

En nuestros días nadie duda que existe una enorme diferencia entre las aguas naturales y las preparadas en el laboratorio, lo que equivale a seguir admitiendo la afirmación del Prof. BOERHARE cuando hace más de 2 siglos destacaba que nunca las aguas férricas artificiales equivalen a las marciales acidulas.

Por su parte el Prof. VOGT de la Universidad de Breslau ha insistido mucho sobre tales diferencias aunque la constitución sea aparentemente la misma y la opinión del Prof. KÜHNAN de Wiesbadem es idéntica, citando a este respecto los trabajos de WALDSCHMIDT: TAPPEINER y ROTHMEL sobre leucocitos; GEIGER y KROFT sobre tolerancia al azúcar, KNÖLLE sobre eliminación de ácido úrico por orina, etc. demostrativos de estas diferencias.

Nosotros mismos hemos podido comprobar, en ratas debidamente seleccionadas, sometidas durante 40 días a la acción de aguas sulfatado-magnésicas bicarbonatadas (Cofrentes) y sulfatado sódico magnésicas (Fita Santa Fé) naturales y preparadas artificialmente, que aquellas desarrollan una acción más intensa que estas, pese a que analíticamente parecían aguas equiparables.

Estas mismas circunstancias obligan a intentar el estudio global de las aguas minero-medicinales sobre el organismo humano, utilizando como elemento de medida el hombre enfermo tratando de determinar hasta dónde las curas crenoclimáticas pueden corregir disfunciones y modificar factores determinantes de enfermedad. Esto es, vincular la Hidrología médica con el más científico estudio clínico de las enfermedades, para llegar a evaluar categóricamente su irrefutable poder curativo de tantas manifestaciones morbosas.

Con esto, no queremos restar valor a los estudios fragmentarios del efecto biológico de las aguas minero-medicinales que pueden constituir una documentación de primer orden para la interpretación de efectos terapéuticos de las curas hidrominerales, pero nunca podremos deducir exactamente una actividad terapéutica del estudio del poder inhibitorio celular, poder agocítico y anagocítico, acción bactericida o bacteriostática, poder catalítico, poder zimosténico, etc., etc., que luego nos resulta casi imposible integrar en la complejísima cadena de factores cooperantes en la regulación funcional.

Todos conocemos la dificultad de pasar de la fisiología celular a la fisiología de las funciones y que sólo con gran reserva y enorme riesgo de error, se puede intentar explicar modificaciones orgánicas por conocimiento de efectos sobre elementos celulares, ni aún siquiera los realizados sobre órganos aislados. A este respecto son laudables los esfuerzos de VILLARET, JUSTIN-BESANÇON. SAN ROMAN por llevar las técnicas farmacológicas a la Hidrología; pero a fuer de sinceros debemos reconocer que su utilidad práctica para la clínica y terapéutica es desmedidamente pequeña y, difícilmente, pueden salir de las fronteras de la farmacodinamia hidrológica. En todo caso podían tener interés para determinar posibles efectos locales si el agua llega a contactar directamente con las estructuras afectadas, pero nunca pretender deducir efectos cuando las acciones se producen después de una absorción y metabolismo, seguido de todas las variaciones que pueda representar la incorporación al medio interior orgánico.

Una mayor trascendencia puede tener el estudio experimental de la acción de las diferentes prácticas crenoterápicas sobre las grandes funciones orgánicas, tales como: tensión arterial, ventilación pulmonar, motilidad del ap. digestivo, secreción biliar, secreción urinaria, equilibrio físico-químico del medio orgánico, equilibrio ácido-básico, actividad enzimática, poder general de absorción de los alimentos, actividad hepato-protectora, función

sensitivo-motriz, reacção em situação de alarma, resistência e agotamento a diferentes stress, actividade incrementadora das glândulas endócrinas, etc. Tales efectos pueden estudiarse en animales íntegros e, los resultados favorables, ser comprobados sobre el hombre sano e enfermo.

Como complemento del indudable efecto curativo de las aguas no podemos olvidar que en todas las estaciones balneario se realiza en esencia una cura climática asociada, que con su ionización atmosférica, presión, temperatura, grado de humedad, etc. puede aportar mucho al efecto resultante de la, en realidad, cura crenoclimática. Y no descubrimos nada nuevo si recordamos que por ejemplo, a Panticosa (Huesca) van más enfermos por el clima que por las aguas; que en Carballino (Orense) hay casi más «airistas» que «agüistas»; que en La Toja (Pontevedra) hay más colonia veraneando que sometándose al efecto de las aguas; que Busot (Alicante) es visitado casi exclusivamente por sus condiciones climáticas, y esto no es solo en España sino que algo semejante ocurre en otras parte y, por ejemplo, con relación al célebre Balneario francés de Mont-Dore considerado la providencia de los enfisematosos, bronquíticos y asmáticos, se admite que su cura de aguas es quizá menos importante que la climática.

Todo esto no es quitar valor a la cura de aguas, sino destacar un número de factores de considerable importancia en el efecto final de la cura, y que si bien en Portugal, Francia, Italia y España se le considera como secundario en Alemania, por ejemplo, se da tanta importancia a este efecto que las llamadas curas de lugar (Kurort) son casi más utilizadas que las curas puramente crenoterápicas (Bodort) aunque quizá esto sea una natural defensa frente a la escasez de tipos de aguas alemanas, en su mayoría clorurado-sódicas.

Sin que por ello intentemos descender a la opinión vulgar, es indudable que el llamado «ambiente» del balneario juega muchas veces un papel decisivo en el resultado de la cura. A este respecto el Prof. Lozano Calvo ha estudiado acertadamente la significación geofísica de

los manantiales hidrotermales y así es demostrable la influencia de la presión atmosférica, que junto a variaciones regulares en función de la latitud y altitud, determinan fuertes anomalías de la gravedad, cuya influencia directa o indirecta sobre el organismo es indudable. Pero es que además, el estado eléctrico y magnético y otras múltiples variables del ambiente, cuentan igualmente en el «ambiente» que rodea al individuo y pueden intervenir en la acción curativa final.

A estos indudables factores activos podemos sumar el género de vida realizado durante la cura crenoclimática, en la que de ordinario se sigue un reposo, descanso y orden, que frente a la agitada vida de nuestro tiempo, tiene que ofrecer un contraste favorable para la recuperación de la normalidad que pretenden alcanzar los enfermos sometidos a tales tratamientos.

★

Con toda esta serie de razonamientos queremos destacar que al médico le interesa mucho más que determinar exactamente el potencial eléctrico, equilibrio osmótico, capacidad redox, etc. de un agua minero-medicinal, el saber que tipo de respuesta determina su utilización terapéutica y si BECKMAN hace intervenir la raza, la edad, el temperamento el sexo y otros múltiples circunstancias del organismo en la acción de las drogas, tanto más deberán considerarse estos factores cuando se trate de enjuiciar los efectos de un remedio tan complejo como es la cura crenoclimática.

De todo ello parece poderse deducir, que la tradición y la historia nos han legado un conocimiento que la experiencia confirma diariamente. No debemos, pues, especular sino atenernos a los hechos y si en realidad podemos curar o aliviar con remedios que muestra ignorancia nos hace conocer imperfectamente, el único camino a seguir es reconocer que podemos más de lo que sabemos, nuestra indudable de nuestra insignificancia y enorme dependencia.

## O tratamento hidrológico da dor hepato-biliar visto à luz da sua etiopatogenia

VAZ SERRA

O problema da dor hepato-biliar é problema corrente da clínica diária. Pode mesmo dizer-se, a seu respeito, que, se nem sempre há lugar para se falar em problema clínico, certo é raros serem os indivíduos, que atingem a média de vida, sem jamais a terem experimentado.

Quer isto, dito por outras palavras, afirmar o sem número de contingências a que está exposto o sistema hepato-biliar de cada um, quase fatais na vida humana normal e a vulnerabilidade do mesmo sistema, que só tem paralelo na sua espantosa capacidade de recuperação. Se assim não fosse, os vícios alimentares, as infecções por via digestiva, as infecções gerais ou locais com repercussão no fígado, as intoxicações, as disendócrinas, processos mórbidos a que o fígado é tão sensível, de tal modo espreitam o indivíduo humano que ele nunca poderia aspirar à longevidade ou mesmo a uma reconfortante média de vida.

No entanto isto não vai sem sofrimento. Sempre que há lesão e doença, é, felizmente, a dor sintoma habitual.

Se para os filósofos, na frase de W. COWPER, a dor é em si uma medicina, porque quem a tem melhor se defende e se aperfeiçoa física e moralmente, para nós, médicos e humanos sofredores, a dor tem um sentido especial de sintoma maior, de aviso incomparável de distúrbio funcional.

Se não é sempre, infelizmente, o sintoma mais precoce de lesão anatómica ou de alteração do funcionamento do órgão, tem o mérito inultrapassável de, pela sua molesta presença e persistência, criar um estado de espírito que impele o portador à procura da causa, da extensão e natureza das alterações mór-

bidas e, uma vez umas e outras conhecidas, tentar a supressão do mal e a reparação do prejuízo.

Em clínica hepato-biliar a dor é, como na patologia de outros departamentos orgânicos, um sintoma fundamental.

Aqui, como em toda a parte terá, do mesmo modo, o significado inexcedível de sintoma primacial que, se não põe em risco imediato a vida, esta torna-se, com a sua presença, precária e espinhosa. Eis porque nos parece de interesse, junto de médicos práticos e experimentados e que a estudos hidrológicos se dedicam, abordar o estudo deste problema para a solução do qual a terapêutica hidro-medicinal é frequentemente a porta de salvação.

★

Ao falar-se da dor hepato-biliar temos de distinguir as várias situações possivelmente em causa.

Como há uma relativa autonomia ou independência das doenças do fígado e das doenças do aparelho biliar, começaremos logo por separar estes dois capítulos da patologia e estudar separadamente o sintoma dor numa e noutra situação. Sucede ainda que os doentes operados de colecistectomia por litíase, ou por discinésia biliar ou por outra causa, nem sempre ficam bem e continuam, por vezes, a arrastar uma existência difícil, entrecortada por dores frequentes e prolongadas. Teremos, portanto, depois do problema das dores nas doenças do fígado e nas doenças do aparelho biliar, o problema da dor nos colecistectomizados, capítulo da patologia cuja importância cresce à

# FOSFOVIS

ESTIMULANTE E RECONSTITUINTE CEREBRAL



Constituído por um complexo natural de fosfatídeos do tecido nervoso (lecitinas, cefalinas e esfingomielinas) e galactolipídeos, substâncias enriquecidas com vitamina B<sub>1</sub>, FOSFOVIS é um produto que tem especial aplicação na presente quadra.

## INDICAÇÕES

Surmenage intelectual. Esgotamento nervoso. Períodos de fadiga intelectual, como as épocas de exames. Estados de depauperamento orgânico e psicológico. Convalescenças. Como adjuvante na terapêutica das psiconeuroses e distonias neurovegetativas.

Como adjuvante dos tratamentos tonificantes gerais.

## APRESENTAÇÃO

FOSFOVIS é apresentado em caixa de 10 ampolas de 2 cm<sup>3</sup>.



**LABORATÓRIOS VITÓRIA S.A.R.L. — VENDA NOVA ◉ AMADORA**

# Termas de Monfortinho

BEIRA BAIXA

Abertas de 1 de Abril a 30 de Novembro

Tratamento de doenças hepato-biliares, de pele  
e do fôro ginecológico

**ESTABELECIMENTO TERMAL  
CONSIDERADO DOS MELHORES DO PAÍS**

Laboratório de Análises Clínicas

**HOSPEDE-SE NO HOTEL DA FONTE SANTA**

Telefs. 4 e 28

medida do interesse da cirurgia pelas doenças da vesícula e dos canais biliares.

Nesta ordem de ideias procederemos ao estudo da dor em patologia hepatobiliar dividindo a questão em três capítulos: a dor das doenças do fígado, a dor das doenças biliares, e a dor dos colecistectomizados.

### I — A dor das doenças do fígado.

O fígado, órgão intra-abdominal, maciço, não possui inervação sensitiva. Os nervos sensitivos da vida de relação que atingem este órgão detêm-se ao nível do peritoneu que o rodeia e as sensações dolorosas que podem transmitir pertencem a alterações registadas por esta serosa.

Recebe porém filetes nervosos do sistema vegetativo que, entrando pelo hilo ou pelas estruturas ligamentares que o sujeitam aos órgãos da vizinhança, o penetram em certa extensão. O nervo frénico, depois de inervar o diafragma, emite prolongamentos sensitivos que, atingindo a cápsula de Glisson e daí a intimidade do fígado, podem vir a registar ali alterações.

A irritação das terminações do simpático visceral pode vir a dar lugar, pelo mecanismo do reflexo víscero-sensitivo, a uma dor referida à zona cutânea correspondente às raízes sensitivas do metâmero respectivo, fixado para este órgão entre  $D_5$  e  $D_{11}$ , mais frequentemente entre  $D_7$  e  $D_{10}$ .

A irritação dos filetes sensitivos do frénico que atingiram o fígado daria lugar à clássica dor no ombro direito.

No entanto a clínica ensina-nos que o fígado é, em regra, como todos os órgãos maciços, indolor.

Situações clínicas extremamente graves, como a hepatite, a necrose, o cancro, o podem invadir sem a mais leve sensação dolorosa. A punção do fígado, uma vez ultrapassado o peritoneu, é indolor. O cirurgião sabe que pode cortar-lhe um fragmento sem a menor queixa do doente. A peritoneoscopia mostra que o fígado é insensível ao toque.

Mas nem sempre a dor falta.

A posição do clínico perante a dor em patologia hepática é considerá-la, ou como dor por sofrimento concomitante do aparelho biliar, ou como dor sentida ao nível do peritoneu que o rodeia, ou se lhe justapõe, ou como dor sentida pelos órgãos vizinhos, erradamente suposta como dor do fígado.

A dor na doença do fígado observa-se, em regra, não em função da gravidade do mal, mas sim em função da brusquidão e intensidade da hepatomegália e do compromisso concomitante do peritoneu e dos órgãos vizinhos.

Tem um significado especial de distensão súbita do órgão e de inflamação do peritoneu circunvizinho em primeiro lugar e só, em situações mórbidas bem definidas em que ele aparece como sintoma estranho, se deve considerar como índice da gravidade da situação.

Assim vejamos:

O cancro do fígado primitivo ou metastático é indolor nos primeiros tempos da sua evolução.

Caso observámos já, de hepatomegália nodular, dura, discreta e indolor, diagnosticada, por laparotomia exploradora e biopsia, como cancro do fígado, que, só perto de um ano mais tarde, quando houve um acréscimo brusco do órgão, se fez acompanhar de dores persistentes.

Os cirurgiões sabem que a metastase hepática do cancro do estomago ou intestino é frequentemente uma surpresa perante o total silêncio daquele órgão.

Por vezes, como igualmente temos observado, o cancro que se enxerta na cirrose é altamente doloroso, mas outros há que evoluem silenciosamente. No primeiro caso tal se pode atribuir ao aumento brusco do tumor ou à invasão e compressão do plexo solar.

A hepatite viral e a hepatite tóxica podem evolucionar sem dor no fígado. Diremos mesmo que a grande maioria destes processos mórbidos são inteiramente indolores. A dor tem nestas circunstâncias significado pejorativo, indicando a necrose maciça, difusa ou nodular, a extensão do processo até à periferia, onde ele pode ser preceptível. Por ventura o edema do órgão, localizado ou generalizado, pode nalguns casos benignos ser o responsável pela dor.

A cirrose hepática, tipo Laennec é, como se sabe, habitualmente indolor. É possivelmente devido a este privilégio que ela existe tão generalizada.

No entanto, pode o cirrótico queixar-se de dores que nem sempre são fáceis de justificar.

Se as dores se acompanham de icterícia é de admitir o sofrimento concomitante das vias biliares, mas quando este sintoma não surge há que procurar a causa da dor ou na distensão brusca do fígado, localizada ou generalizada, por edema ou na intensidade do processo de hepatite parenquimatosa ou intersticial concomitante.

Processos hepáticos de evolução lentamente progressiva podem atingir elevado grau sem que a dor esteja presente. A cirrose hipertrófica, os tumores benignos, o quisto hidático, quase sempre indolores, são suficientemente confirmativos destas asserções.

Ao contrário, a hepatomegália da insuficiência cardíaca congestiva pode ser discreta mas é sempre dolorosa, espontânea ou à palpação. Quando nestas circunstâncias o fígado está no limiar da anomalia morfológica a palpação acompanhada da pressão local é processo semiótico de valor para o diagnóstico da insuficiência cardíaca.

Destes vários ensinamentos da clínica se depreende que o fígado não tem sensibilidade própria. Pode ser invadido por lesões de alta gravidade, desde a necrose à neoformação maligna, e estas atingiram um grau extremo, sem haver dor.

Em contraposição processos mais benignos, mas que se fazem acompanhar de distensão brusca do órgão são sempre dolorosamente sentidos. A distensão, mesmo lenta, quando atinge um certo grau, é do mesmo modo sempre molesta, senão em si, porque estorva o funcionamento dos órgãos vizinhos.

A dor na hepatopatia não hipertrófica indica a progressão do mal até à periferia e a comparticipação do peritoneu que reveste e se justapõe a este órgão.

Diremos, então, que há simultaneamente periviscerite, ou seja peritonite localizada à região hepática.

A dor indica estar-se em presença de um processo agudo do fígado.

Do mesmo modo é dizer-se de um processo crónico que sofreu recente agudização. É o que se passa, por exemplo, no quisto hidático que se infectou, na hepatite amibiana que se transformou em abcesso, ou na cirrose crónica invadida por um surto de necrose localizada.

Abstraindo dos processos mais benignos de hepatomegália por insuficiência cardíaca congestiva, que depende da causa do defeito circulatório, a dor tem, em patologia hepática, um significado especialmente grave.

Quando este sintoma aparece, ou se trata do aumento brusco do órgão, a cápsula de Glisson sentindo dolorosamente uma distensão para que não estava preparada, ou se trata de irritação do peritoneu circunvizinho.

Quer numa, quer noutra circunstância, a dor tem, pois, um significado especial de sintoma orientador do diagnóstico, obrigando a pensar, não só no órgão em si, como na serosa que o reveste.

Como órgão maciço o fígado não tem sensibilidade própria; esta é-lhe conferida pelas estruturas que o rodeiam.

### II — Patologia biliar.

A patologia biliar, pelo contrário, patologia de um sistema canalicular, possui o sintoma dor na vanguarda. Os canais biliares, o cístico, a vesícula, o colédoco, o esfíncter de Oddi, a empola de Vater, elos de um sistema condutor e armazenador da bile, se insensíveis na intimidade das suas paredes, podem acusar dor se a desarmonia preverte o seu funcionamento. Como qualquer órgão óco, este sistema é sensível ao espasmo e à distensão.

Aqui a dor pode atingir excepcional intensidade mas, qualquer que seja o seu grau, é sempre merecedora de um alto interesse porque a humanidade sente-a frequentemente. Repetir-se-há se a causa se não corrige e quando persistente indica um processo evolutivo susceptível de sérias complicações.

A causa primeira da dor está no espasmo manifestado ao nível do esfíncter de Oddi, organismo muscular especialmente dotado para o fim de regular o fluxo biliar, espasmo acompanhado de distensão não só da vesícula, por ventura, como de todo o sistema biliar.

A dor superveniente é uma dor por reflexo viscerosensitivo, estímulo recebido pelos filetes simpáticos dos plexos mucosos e submucoso, passado ao plexo hepático pericanalicular,

depois ao esplancnico, daí transmitido à medula e sentido ao nível da pele do hipocondrio direito, por vezes com características de verdadeira dor local, visto que a injeção *loco dolenti* de novocaína a pode suprimir.

Mas, nem sempre a dor é uma dor referida, nas palavras expressivas de HEAD, SCHRAYER e IVY, DAVIS HART, CRAIN, CAROLI. Pode não se tratar de uma simples dor referida à zona cutânea, mas de uma verdadeira dor sentida fundo, mesmo na região vesicular, sugerindo muito naturalmente a ideia de uma dor por compromisso peritonial.

Nas dores por distensão brusca os autores discordam sobre se se pode pensar em dor peritoneal (TRIPPIER, PAVIOT, MORLEY) ou se apenas em reflexo viscerosensitivo.

O certo é que, quando as dores surgem periodicamente, quando têm uma intensidade e duração que excede o habitual, quando se acompanham de febre, é muito de admitir que na sua fisiopatologia interfira um mecanismo de inflamação peritonial à qual se associa ou não a distensão.

Basta pensar nas dores persistentes da colecistite aguda e no aspecto da parede da vesícula, extraída ao fim de um a dois e mais dias de sofrimento, onde, em regra, se desenham placas de inflamação e de necrose por vezes à beira da ruptura, e na vesícula esclero-atrófica da litíase biliar que clinicamente se manifestou por cólicas repetidas através longo espaço de tempo, para de modo algum se poder regeitar o papel da irritação peritoneal no mecanismo da dor da cólica biliar.

As manifestações clínicas da patologia das vias biliares são frequentemente chocantes pela sua atipia. Ao lado de vesículas cheias de cálculos que evoluíram sem a menor dor e que são a surpresa de uma observação ocasional, se encontram vesículas de dimensões perto do normal, sem pedras, apenas com um discutível atraso na evacuação, em doentes com queixas de dores frequentes, por vezes com a característica de cólica.

A litíase biliar pode evoluir silenciosamente, sugerindo a ideia mais de anomalia que de verdadeira doença, anomalia bem suportada, à qual, por vezes erroneamente, se pode atribuir uma sintomatologia a distância que, por acaso, com ela coincide.

Se, por sistema, a indivíduos do sexo feminino por volta dos 60 anos e de classe social mais evoluída, se fizesse sistematicamente o exame radiológico da vesícula, se veria frequentemente esta vesícula excluída, ou cheia de cálculos até aí bem suportados.

Em contraposição, sofrimento biliar frequente, típico ou atípico, pode registar-se em indivíduos com colecistografia que se diria sem alterações.

Caroli classifica a dor biliar como regular ou irregular. A primeira tem características que afirmam o compromisso seguro do aparelho biliar e o diagnóstico é patente a qualquer clínico; a segunda caracteriza-se pela atipia quanto a sede, horário, duração, evolução e só a intuição e a experiência clínica podem ajudar para o diagnóstico exacto.

Lichtman, no seu livro recente sobre doenças do fígado, vesícula e vias biliares, defende a vantagem de se considerar 4 tipos de dor:

1.º — Cólica biliar típica.

2.º — Sensação difusa de pressão, ou plenitude e desconforto, no quadrante superior direito e axila.

3.º — Dores abdominais difusas atípicas, mais ou menos intensas, sem ou com irradiação.

4.º — Dor aguda no hipocondrio direito, simulando o abdome cirúrgico.

Abstraindo da dor aguda, persistente, com drama abdominal, em que é preciso pensar na colecistite, e por vezes pericolecistite aguda, situação clínica que exige uma atenção e actualização clínica muito especiais, ficam-nos as dores de cólica típica transitória e as dores mais vagas e incertas que permitem uma vida quase normal, se bem que sujeitando o portador a uma existência precária.

Os seus portadores são a grande maioria dos que afligem o médico com as suas queixas, preocupados com uma dor que, pela intensidade e repetição, neles criou o estado de alarme, ou preocupados com a frequência e persistência de dores não tão intensas e muito menos típicas, mas suficientemente molestas para se poder pensar em estado de mal continuado.

Os quadros clínicos que se podem individualizar são, seguramente:

1.º — O da cólica hepática, durando algumas horas, cedendo à morfina e antispasmodicos e seguida por urina carregada e subicterícia.

2.º — Dor espontânea, ao nível do hipocondrio direito, dor de plenitude, de enfiamento, sem horário certo, beneficiando com os antispasmodicos, os coleréticos e colagogos e a dieta.

3.º — Num doente com síndrome dispéptico vago, a dor só é despertada, ao nível do ponto vesicular, com a palpação funda.

4.º — O doente tem dores ligadas com o funcionamento do tubo digestivo, mas, clínica e radiologicamente, pode recusar-se o diagnóstico de úlcera gástrica ou duodenal, estas dores predominam no hipocondrio direito, evoluem caprichosamente, coincidem com um duodeno irregular onde o radiologista afirmou existir periduodenite e com uma vesícula de dimensões variáveis que se despeja mal.

A dor, tipo cólica biliar, bem conhecida de todos, é característica da dor por distensão aguda canalicular, distensão condicionada por um obstáculo no trânsito biliar e acompanhada por uma contração enérgica, no sentido de vencer o obstáculo. Argumentos mais que bastantes, de natureza clínica e experimental, demonstram quanto esta afirmação está bem fundamentada.

Não vale a pena sobre isto nos determos.

Quanto à natureza do obstáculo, problema clínico de importância primacial, verifica-se que ela pode ser diversa e polimorfa, por vezes uma causa isolada, por vezes a uma causa inicial outras se associam de modo a reforçar a sua acção.

A hipótese primeira em vista é a da calcúlose vesicular.

Vesícula cheia de muitas e numerosas pedras uma se destacou e, ao percorrer o cístico e o colédoco, despertou contrações violentas, dolorosamente sentidas.

Portanto a primeira obrigação do clínico será ponderar esta etiologia e proceder de acordo. Verá então que mais frequentemente estará perante uma litíase biliar múltipla que de uma litíase biliar isolada, com grande cálculo fixo, imóvel, encravado na parede da vesícula com a qual estabeleceu certa unidade. Esta é mais frequentemente silenciosa, sem qualquer sofrimento vesicular, podendo acompanhar-se de uma sintomatologia dispéptica vaga ou de um sofrimento, de ordem geral, do qual será difícil garantir ser a litíase responsável.

Pode haver cólicas biliares, do tipo clássico, sem litíase. Quando a clínica diagnóstica a cólica biliar e a radiologia nos garante a inexistência de cálculos, há a considerar novas possibilidades.

O mecanismo da produção da cólica é o mesmo: obstáculo, distensão, contracção espasmódica.

A natureza do obstáculo, ou seja as dificuldades postas ao curso normal da bile, é que pode variar.

Assim, há que considerar o espasmo violento do esfíncter de Oddi, sob a influência de uma simples emoção ou condicionado por um processo inflamatório local, autónomo, ou propagado do duodeno ou das vias biliares.

O papel da emoção afirmado pelos estudos de Withkower (cit. por Lichtman) em doentes portadores de fístula biliar é igualmente sustentado pela clínica ao registar a observação de doentes nos quais, depois de uma emoção violenta, surgiu uma cólica biliar típica.

A inflamação, microbiana, traumática, alérgica, ou de outra natureza, espessando a mucosa e reduzindo a luz do canal cria o próprio obstáculo.

Circunstâncias de ordem mecânica, anomalias de posição, ou antes certas situações anatómicas, como o cístico em colo de cisne, a vesícula alongada, podem dificultar o esvaziamento vesicular e daí a cólica.

Quando a vesícula se mostra anormalmente alongada, atónica, este estado só por si justifica a retenção biliar e a dor local mais ou menos característica.

Dir-se-há ainda que em certos estados dolorosos, para os quais se não encontra outra justificação, a bile pode tornar-se transitóriamente mais espessa, porque nela aumentou o pigmento ou o colesterol, ou porque mais pobre em água e sais biliares.

A bile menos fluída escoá-se com mais lentidão, é retida mais tempo do que devia ser, força a vesícula a um trabalho maior e daí o sofrimento.

O volume excessivo de bile, anormalmente segregado sob estímulos acidentais vários, suspeita-se poder ser causa de cólica.

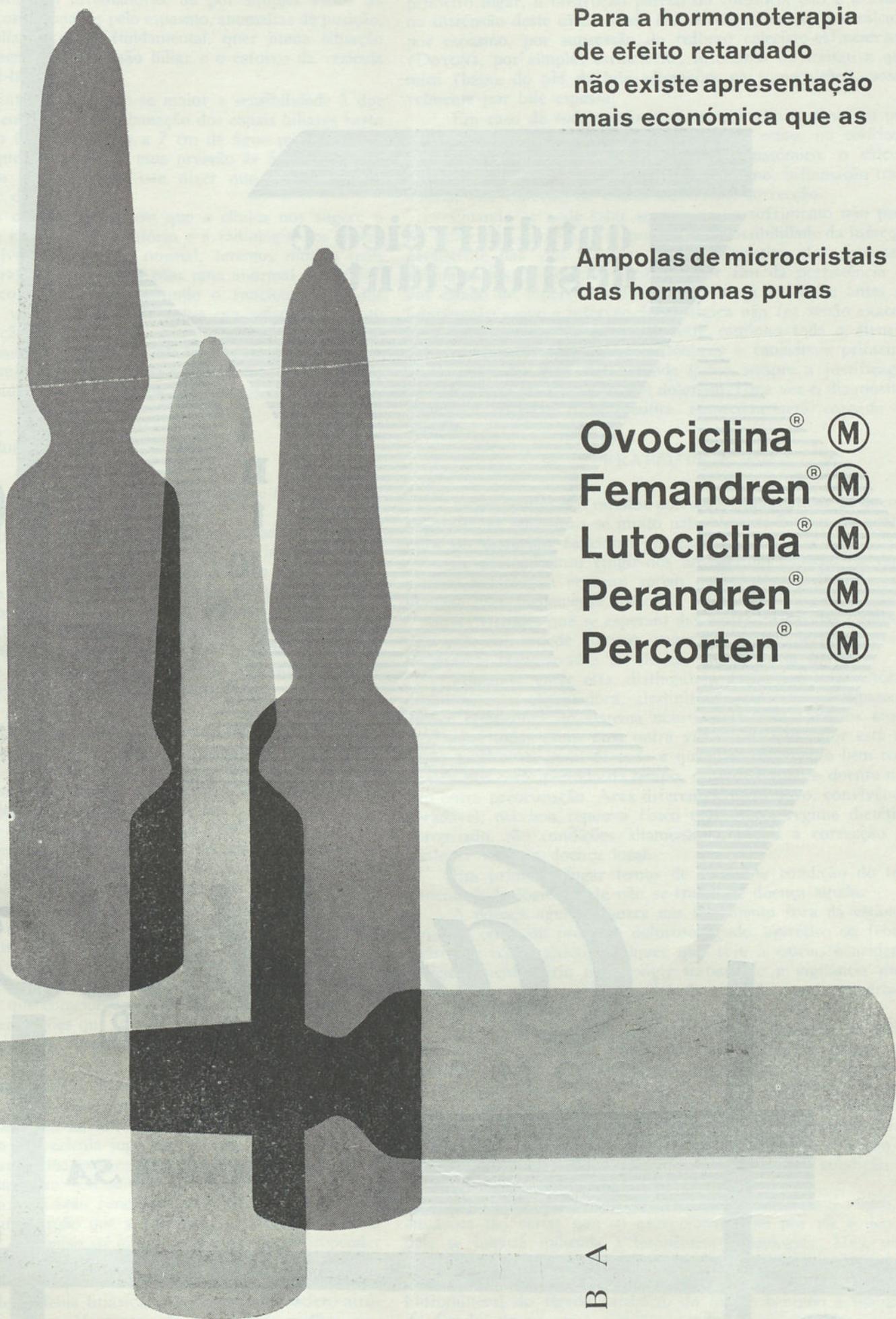
Nestas circunstâncias, a dor biliar, cólica, sensação de ple-

Para a hormonoterapia  
de efeito retardado  
não existe apresentação  
mais económica que as

Ampolas de microcristais  
das hormonas puras

- Ovociclina<sup>®</sup> (M)
- Femandren<sup>®</sup> (M)
- Lutociclina<sup>®</sup> (M)
- Perandren<sup>®</sup> (M)
- Percorten<sup>®</sup> (M)

C I B A



antidiarreico e  
desinfectante

i  
n  
t  
e  
s  
t  
i  
n  
a  
l

*Carbietol*  
WANDER

COMPRIMIDOS

Dr. A. WANDER SA

Reixa

nitidez, estado de mal, dor localizada ou irradiada, referida a outros pontos, perturbações dispépticas, dor referida à região pré-cordial com o tipo da dor anginosa, é devida ao disfuncionamento do aparelho biliar, ou condicionado por uma lesão como o cálculo e o processo inflamatório, ou por simples vícios do funcionamento condicionados pelo espasmo, anomalias de posição, hipotonia, discolia. A causa fundamental, quer numa situação quer noutra, é sempre a retenção biliar e o esforço da vesícula tentando corrigi-la.

Havendo inflamação torna-se maior a sensibilidade à dor (Popper-Schaffner). Se há inflamação dos canais biliares basta elevar a pressão intracanalicular a 7 cm de água para surgir a dor, enquanto que normalmente uma pressão de 5 a 20 cm não é dolorosamente sentida. Quer isto dizer que a colangite só por si pode ser dolorosa.

Em certas circunstâncias, em que a clínica nos sugere o diagnóstico mas em que o laboratório e a radiologia nos dizem não haver sensíveis desvios do normal, teremos motivo para pensar que se trata de indivíduos com uma anormal cenestesia, de tipo neurótico, angustiados, sentindo o funcionamento dos órgãos da vida vegetativa para os quais um episódio fortuito chamou a atenção. Nestes casos não há patologia nem discinesia biliar, mas sim uma sensibilidade exagerada, em desproporção com a causa, minuciosamente percebida, diríamos mesmo procurada e rapidamente transmitida aos centros da consciência.

### III — A dor nos colecistectomizados.

O indivíduo colecistectomizado nem sempre fica liberto de sofrimento.

Operado por colecistite calculosa, por colecistite não calculosa, por cálculo do colédoco, uma vez suprimido o órgão doente ou a causa obstrutiva, pode a situação não se normalizar e persistirem as dores. Se a indicação não foi tão objectiva e a colecistectomia realizada perante uma situação clínica menos precisa e um estado anatómico sem litíase, as possibilidades de cura integral tornam-se ainda menores. Frequente é tomar-se conhecimento de observações desta índole em que várias e sucessivas tentativas cirúrgicas nem sempre conseguiram a cura ambicionada.

Perto de 20 % dos colecistectomizados continuam a sofrer.

O sofrimento não tem as mesmas características e felizmente também a mesma intensidade, mas o certo é que a situação se não normalizou inteiramente e o doente sente o disfuncionamento do que resta do seu aparelho biliar.

Muitas são as causas que se têm apontado.

A mais grave é o cirurgião ter deixado um cálculo no cístico, colédoco ou hepático. Estes esquecimentos são hoje cada vez mais raros desde que a atenção do cirurgião para tal incidente tem sido atraída, mas é sempre uma possibilidade, apesar da exploração cirúrgica e radiológica per-operatória mais atenta.

É de todos conhecido o episódio da eliminação de um pequeno cálculo através o dreno do colédoco, dias depois da colecistectomia e abertura do colédoco com pós-operatório doloroso, eliminação que coincide com o início da cura.

Certas intervenções que não deram a cura têm sido seguidas por reintervenções durante as quais novos cálculos foram extraídos.

Acusa-se por vezes a técnica operatória, que deixou um resto do cístico demasiado comprido, portanto capaz de sofrer estase e dilatação, com as dores consequentes.

A presença da vesícula joga sem dúvida papel importante na dinâmica biliar. Armazena, mas também expulsa. A sua força contráctil associa-se ao relaxamento do esfíncter de Oddi, de modo a assegurar um bom funcionamento. Se não há vesícula, como não há outro órgão que a substitua, o esfíncter de Oddi deixa de receber o impulso até aí dela emanado e pode propender para o espasmo.

Certo é que, se assim é depois, muito melhor não seria antes, no caso de vesícula litíásica, frequentemente esclero-atrótica, de paredes inertes. Mas estes são os casos de melhor evolução pós-operatória.

Se a vesícula ainda contava na dinâmica biliar a sua supressão pode ser nociva para o funcionamento do esfíncter de Oddi. A tal se tem atribuído a persistência dos estados dolorosos pós-

-colecistectomia, nos quais se verificou a existência de estase e a franca melhoria depois da sua correcção.

A experiência com o novo corante biliar, a biligrafina, indica que o sofrimento pós-colecistectomia se deve atribuir, em primeiro lugar, à obstrução parcial do colédoco, isto é à estase ou distensão deste canal. Pode ela ser condicionada por cálculo, por espasmo, por supressão do refluxo colecisto-esfincteriano (DOYON), por simples esfincterite, infecciosa ou irritativa química (baixa do pH da bile, alterações na composição), possivelmente por bile espessa.

Em caso de sofrimento persistente o clínico tem, em primeiro lugar, de se assegurar que não há estase no colédoco, estase esta condicionada, ou por vício anatómico, o cálculo esquecido, ou por prejuízo funcional, espasmo, inflamação transitória, bile espessa, de muito mais fácil correcção.

Quando se pode estar seguro que o sofrimento não pode ter esta causa, necessário é considerar a possibilidade da infecção persistente das vias biliares, da pericolecistite, dos processos inflamatórios dos órgãos vizinhos, por fim da persistência de um estado de hipersensibilidade visceral já existente antes da intervenção e que a intervenção cirúrgica não fez senão exacerbar. Porém, antes de se seguir este caminho toda a atenção deve ser prestada às causas anatómicas e funcionais primeiramente referidas, pois nelas reside quase sempre a justificação da perenidade do estado do mal doloroso. Uma vez o diagnóstico etiológico correcto a terapêutica respectiva será coroada de sucesso.

### TERAPÊUTICA

A terapêutica dos estudos dolorosos sintomáticos da doença hepato-biliar subordina-se muito naturalmente à situação anatómica ou distúrbio funcional em causa.

Se pretendermos cingir-nos ao capítulo especial da terapêutica hidrológica veremos serem numerosas as situações em que ela está plenamente indicada.

As virtudes que se esperam das águas, afirmadas de longa data pela curiosidade humana, sugeridas pela experimentação e largamente comprovadas na clínica, são de vária índole.

Podemos, entre elas, distinguir a acção anti-inflamatória, desintoxicante, eliminadora, alcalinizante, colerética, antispasmodica e reguladora do sistema neuro-vegetativo. Diremos ainda que, sobre todas estas, uma outra virtude de alto valor está na acção tonificante geral de todo e qualquer tratamento bem conduzido por certo período de tempo, durante o qual o doente não tem outra preocupação. Ares diferentes, meio novo, convivência agradável, máximo repouso físico e psíquico, regime dietético apropriado, são condições altamente propícias à correcção de qualquer molesta doença local.

Em primeiro lugar temos de pôr uma condição do tratamento hidrológico, a de não se tratar de doença aguda.

A doença aguda requiere um tratamento fora da estância termal. Cólica, ou processo doloroso agudo, apirético ou febril, icterico e não icterico, qualquer que seja a causa, é acidente suficientemente sério para exigir tratamento e vigilância mais activos. Do mesmo modo se dirá da situação aguda enxertada num processo evolutivo crónico.

Quer isto dizer que qualquer doença hepática ou biliar crónica, se em fase de agudização, não pode ser tratada em estância hidrológica. A terapêutica hidrológica é, de um modo geral, uma terapêutica activa, que exagera a fisiologia, por ventura, entorpecida do órgão. Não se admite que, no momento em que ele sofre a agressão intensa da causa infecciosa, inflamatória, traumática ou nervosa, se associe a esta agressão, a agressão terapêutica. Esta só pode ser salutar sob condição de certa calma.

A dor na doença de fígado corresponde, como vimos, a situações tão sérias que só excepcionalmente por ela e depois dela se julgará indicada a terapêutica hidrológica. Mas, uma vez por outra, esta indicação justifica-se plenamente.

Evidentemente que se não pensa seriamente no tratamento hidromineral do fígado cardíaco, do tumor benigno e maligno do fígado, do processo cirrótico vindo ao nosso contacto por causa da ascite, da hepatite aguda dolorosa, do abscesso amibiano, do quisto hidático infectado.

Mas poderá e deverá admitir-se a vantagem de um tratamento desta natureza no estado pós-hepatite dolorosa, na cirrose

hipertrofica sem ascite, mas com crises de dores locais transitórias, na cirrose biliar discreta em que é sempre de admitir a colangite, na hepatite não icterica, possivelmente mais intersticial que parenquimatosa, do paludismo, da sífilis, dos residentes em clima tropical, onde as dores têm caracter predominantemente irregular, quanto a horário e intensidade, mais sensação de peso ou enfartamento que dor verdadeira. Estes doentes são legítimos beneficiários desta indicação terapêutica.

Pense-se que a verdadeira dor de fígado é uma dor por distensão e irritação peritoneal. A distensão é condicionada por processo inflamatório e a inflamação no fígado é quase sempre contemporânea da necrose. Na inflamação crônica dolorosa há muito naturalmente que esperar o predomínio do edema, da infiltração celular, da degenerescência parenquimatosa parcial, limitada, e de um processo activo de regeneração. Neste processo de longa evolução, de etiologia vaga ou muito provavelmente polimorfa, mas de fraca virulência, a terapêutica hidromineral pode ser de franca utilidade.

A grande maioria dos estados dolorosos hepato-biliares corresponde a *doença do aparelho biliar*.

A indicação hidromineral é aqui frequentíssima, em correspondência com o facto de quase nenhum habitante de meio civilizado fugir à triste condição de, mais tarde ou mais cedo, vir a sentir que nem tudo corre bem por este lado.

Se a cólica biliar é relativamente rara, uma sensação estranha no ponto vesicular, peso, enfartamento, desconforto local, dificuldade em respirar fundo, dor no ombro, dor de tipo anginoso, é doença quase universal a partir de certa fase da vida e em meios com certa mediania de vida.

Entre estes dois extremos, o dramático e o suave, há uma considerável graduação no sofrimento.

A terapêutica hidromineral tem aqui indicação valiosa porque poderosamente combate a estase, a bile espessa e o espasmo.

Na litíase biliar esta terapêutica não está indicada. Sabe-se que o cálculo uma vez organizado se não desagrega mais e que, a mobilização sob um colerético como a água medicinal, pode fazê-lo passar para as vias biliares e encravá-lo no cístico ou colédoco.

A litíase biliar é doença séria, que requiere sanção cirúrgica, não só por se tratar de mal naturalmente irremovível, como por sujeitar o portador a grave risco. No entanto doentes há que, tendo-se-lhe posto o problema deste modo e recusando-se à intervenção operatória, vêm a obter nas águas minero-medicinais melhoria notável. Os cálculos ficam, mas o doente clinicamente cura. Se a litíase se mantém inalterada, o certo é que o mais completo esvaziamento vesicular, ou porque a bile se tornou mais fluída, ou porque o esfíncter de Oddi melhor se relaxou, ou pelos dois factores associados, trouxe alívio considerável. Daí por diante o doente pode continuar a ter a lesão mas já não tem a doença.

O facto ultrapassa qualquer demonstração.

No entanto as dores biliares em que se indica o tratamento hidro-mineral são as dores dos discinésicos, por atonia vesicular, bile espessa, cístico alongado, espasmo do esfíncter, espasmo isolado ou associado a inflamação.

Pede-se à água medicinal uma acção anti-inflamatória, fluidificadora da bile, colerética, colagoga, correctora do pH, anti-alérgica, antispasmódica, regularizadora em suma do funcionamento do sistema vesícula-colédoco-oddiano.

Neste sistema todos os elos contam. Se a vesícula, por maior e com uma patologia mais aparatosa está em primeiro lugar, não se pode abstrair dos outros elementos entre os quais o esfíncter de Oddi tem destacada importância. A causa da dor está muitas vezes na sua contracção, anormal pela intensidade e persistência.

Em certas circunstâncias não temos motivos para invocar no seu mecanismo senão o simples espasmo fiilado no desequilíbrio neuro-vegetativo (WESTPHALL), predomínio do vago ou do simpático, levando os dois desvios ao mesmo fim.

Mas noutras, que supomos mais frequentes, o espasmo se existe é provocado pela inflamação. Há concomitante esfíncterite ou oddite, excepcionalmente isolada, mas contemporaneamente acompanhada de duodenite ou de coledocite e colangite, processos inflamatórios da vizinhança que possivelmente precederam a inflamação e o espasmo do esfíncter.

A discinésia biliar dolorosa apresenta frequentemente características de disfunção e de inflamação duodenal.

Outras vezes, mais raras, há motivo para suspeitar a inflamação e o catarro do colédoco, sobretudo quando existe sintomatologia de obstrução transitória.

Razões acrescidas para, contra um processo inflamatório, discreto mas continuado, se recorrer igualmente a uma terapêutica como a hidromedicinal dotada de características paralelas.

Ao mesmo tempo esta terapêutica age sobre os distúrbios anatómicos e funcionais dos órgãos do aparelho digestivo confinantes com o sistema hepato-biliar, e do qual se não podem isolar.

A gastrite, a duodenite, a disfunção duodenal, a obstipação, a colite, são situações mórbidas frequentemente associadas a doença hepato-biliar, com ela vivendo em estreita união.

A terapêutica hidrológica pode pretender atingir vários fins mercê de três acções fundamentais: anti-inflamatória, colerética, e regularizadora da composição da bile.

Deste modo, com as águas se atingem os factores essenciais em patologia biliar, a inflamação, a estase, a discolia, que, isolados ou associados, justificam todo o sofrimento deste sistema, difícil sendo muitas vezes afirmar qual é o factor predominante.

A escolha das águas depende do processo patológico em causa, se bem que a qualquer delas se pode atribuir acção complexa.

Não há águas só anti-inflamatórias, coleréticas, ou regularizadoras; a sua composição nem sempre justifica o predomínio desta ou daquela actividade.

Uma água hipo-salina, como a água do Gerez e a de Monfortinho, que se diria predominantemente anti-inflamatória, pode ter sobretudo efeito colerético.

Uma água alcalina, fortemente bicarbonatada-sódica, que se diria eminentemente regularizadora da composição biliar pode revelar-se principalmente anti-inflamatória e colerética.

Há uma multiplicidade de efeitos que perturba a escolha e justifica a preferência de cada um.

Se o doente sofre ou sofreu de dores no fígado, com as características referidas, de modo a indicarem a terapêutica hidrológica, podemos pensar nos méritos das águas hipomineralizadas — Luso, Monfortinho, Carvalhos, Gerez, Vale de Mó. Se contemporaneamente há gastrite, duodenite, constipação, podemos lembrar-lhes com vantagem, as águas bicarbonatadas sódicas de Chaves, Vilago, Pedras Salgadas, Monção, Monchique, as cálcicas de Melgaço, as sulfatadas cálcicas de Monte-Real e da Curia. Na vizinha Espanha, com as mesmas características, as de Verin, Cabreiro A, Vichy Catalán, Mondariz, Cofrentes e as de Carbalino, Vallfogona, Zujar e Cestona.

Na litíase biliar, como dissemos, não devemos considerar indicada a terapêutica hidrológica. Quando muito permiti-la sob reserva e a instância dos doentes. Se os cálculos são duvidosos, se é apenas uma bile espessa com concreções, já podemos considerá-la vantajosa e útil.

Pretende-se das águas um efeito fluidificador da bile e regularizador da sua composição através o melhor funcionamento hepático. Em rigor estarão de preferência indicadas as águas alcalinas, bicarbonatadas sódicas, talvez as discretamente laxativas como as sulfatadas sódicas de Monte-Real, as cloretadas sódicas de Cestona, em Espanha, mas na prática igualmente se revelam de especial merecimento as oligo-salinas do Gerez e Monfortinho.

Se não há calculose biliar e o sofrimento se pode então atribuir à discinésia, como a causa de dor está na retenção da bile, indicam-se as águas de efeito preferentemente colerético e colagogo à frente das quais se colocam as bicarbonatadas sódicas. Não pode ser também indiferente, pelo que vimos, a acção das mesmas águas sobre a inflamação possivelmente coexistente da mucosa gástrica e duodenal, que por ventura preparou e levou ao disfuncionamento do esfíncter de Oddi. Pondera-se então que se trate preferentemente de uma patologia pós-hepática da qual o fígado não participa.

Se porém a discinésia biliar depende, essencialmente, do mau funcionamento do fígado, alvo de repetidas agressões alimentares, ou de outras causas que levaram à formação de uma bile mais concentrada, isto é, a discinésia consequência da hepa-

topatia, a terapêutica hidrológica pode recorrer a uma água de acção mais metabólica que predominantemente digestiva.

No entanto a prática hidrológica não encoraja tão cortante distinção.

O fígado nunca pode ser órgão isolado dentro do aparelho digestivo. Nada do que se passa nos órgãos a que está intimamente ligado, como nos órgãos a distância, lhe é indiferente, como o seu funcionamento também não é indiferente ao funcionamento dos outros órgãos.

Logo uma terapêutica que se lhe não dirige directamente pode beneficiá-lo agindo sobre órgão cujo funcionamento sobre ele repercute.

Eis porque tem de haver ecletismo na escolha da terapêutica hidromedicinal, que é muitas vezes orientada por factores estranhos à medicina.

A prática diz-nos que não pode então criticar-se uma decisão que aparentemente não obedeça à ortodoxia científica. Numerosos são os caminhos que levam a Roma, e no campo hidrológico numerosas e indirectas podem ser as vias que restituem ao sistema hepato-biliar a higidez.

O problema é, como sempre, um problema de conhecimento e de intuição clínica.

★

Se o doente com dores é um *colecistectomizado* há que começar por investigar a causa. Se se pode ter a certeza de que não ficou qualquer cálculo retido, de que não há periviscerite, em resumo que o sofrimento se pode atribuir à dissinergia do aparelho biliar restante, estamos como perante os estados de discinésia biliar comum e são as mesmas causas que devem vir sob ponderação.

Estes, em rigor, deviam todos beneficiar do tratamento hidrológico, porquanto:

Já fizeram prova de real doença hepato-biliar, na qual interveio decisivamente um vício metabólico;

A operação criou uma anomalia morfológica e funcional;

A experiência diz-nos que uma alta percentagem voltarão a sofrer, mais ou menos tardiamente.

Mais que noutros é preciso evitar neles a estase, portanto a bile espessa e o obstáculo oddiano.

São as mesmas águas, já indicadas acima, oligosalinas, bicarbonatadas, alcalinas e sulfatadas alcalinas que têm aqui igualmente franca aceitação.

Justificam-se ainda, como especialmente indicadas, as águas anti-constipantes, como as de Monte Real, ou as laxantes suaves, como as de Longroiva em Portugal e as de Cestona, Valfogona, Fontibre, em Espanha.

Desde que nestes doentes o que importa é a drenagem biliar

compreende-se o benefício que eles podem receber da mais fácil exoneração intestinal.

★

Eis-nos chegados ao final desta divagação sobre a dor hepato-biliar e seu tratamento hidrológico.

Propositadamente me coloquei sob o domínio de orientação clínica, para me não alongar desmedidamente e ainda porque ela é, neste como em tantos outros capítulos, a nossa grande mestra e condutora.

O facto clínico ultrapassa em valor quaisquer outros de diferente qualidade. Este facto clínico obriga-nos a encarar a etiopatogenia da dor na patologia hepato-biliar dentro do esquema que acabamos de apresentar.

Dele se depreende que o tratamento hidrológico está indicado em inúmeras circunstâncias do fígado e vias biliares dolorosas, não durante a fase de dores agudas mas no estado pós-doloroso, ou como curativo de uma lesão hepática grave, que foi dolorosa, ou como profilático de novas dores, corrigindo então o distúrbio funcional e possivelmente anatómico das vias biliares.

Em correspondência com a frequência deste mal, ousaremos dizer que a maioria dos indivíduos que atingem a média de vida, diremos os 50 anos, devia usufruir o benefício deste tratamento. A água mineral medicinal, agindo directamente sobre o complexo sistema hepato-biliar e simultaneamente corrigindo a inflamação dos órgãos vizinhos, ou com uma acção humoral mais complexa da qual decorre a beneficiação da célula hepática e daí a secreção de uma bile mais fluída e paralelamente a regularização do funcionamento neurovegetativo, certo é que, quando possui as características referidas, tem de considerar-se medicamento de indiscutível valor.

Frequentemente podemos dizer que felizes são os doentes que a tempo conhecem a sua existência e a nós, que colocamos a nossa profissão ao seu serviço, importa orientá-los oportunamente na via do tratamento hidrológico, através do qual os espregam o bem estar, a saúde e a alegria de viver.

#### BIBLIOGRAFIA

- CAROLI: «in» *Maladies du Foie — Révisions Medico-Chirurgicales*, 1951.  
 CAROLI: «*Ictères à Retention*, 1957.  
 CHABROL: «*Reactions Vesiculaires et Cholécystites*, 1939.  
 CHIRAY, SALMON et ROGER: «*Thérapeutique des Maladies du Foie*, 1943.  
 F. GUIMARÃES e L. GUIMARÃES: «*Hidrologia Médica*, 1954.  
 HIMSWORTH: «*El Hígado y sus Enfermedades*, 1953.  
 LICHTMAN: «*Diseases of the Liver, Gallbladder and Bileductus*, 1953.  
 MITCHELL and SPELLBERG: «*Enfermedades del Hígado*, 1957.  
 POPPER and SCHAFFNER: «*Liver — Structure and Function*, 1957.  
 SAN ROMAN y ROUYER: «*Hidrologia Médica*, 1945.  
 SILVETRE: «*Hígado y Vias Biliares*, 1941.

## Sugestiones acerca de la asistencia social balnearia ó Teoria y práctica de la prestación balnearia en el S. O. E.

GARCIA AYUSO

La terapêutica hidromineral, lejos de disminuir su radio de acción, conserva todas sus ancestrales indicaciones y, muy al contrario, avizora un porvenir repleto de los mejores auspicios. La orientación de la medicina del futuro hacia una terapêutica psicosomática, del hombre total, es la mejor prenda de que la terapêutica balnearia extenderá el mundo de sus aplicaciones.

Son altamente prometedoras estas palabras de Delore (*Presse Thermale* Noviembre 1457) que parecen proféticas: «El porvenir de la estación termal y climática. La prefiguración de la estación del mañana».

Nosotros lo vemos en una perspectiva cada vez más rica de medicina del hombre completo y de medicina de síntesis, en una integración de higiene bajo todos sus recursos. Haciendo verdaderamente función de gran lugar

de salud, de centro de bonificación y de reconstrucción humanas.

Y pensamos con Terrier «que las enfermedades del porvenir serán muy verosimilmente enfermedades de la personalidad humana. La cura termal es una experiencia completa del cuerpo y del alma. Pertenece a la medicina del Porvenir y su verdadero papel no hace más que anunciarse». Tal concepción está en la línea de la evolución en curso. Nos parece ineluctable».

He aquí, pues, expresada por el principal corifeo del termalismo social el porvenir radiante de la terapêutica termal y climática.

Pero si la terapêutica termo-climática tiene una irradiación universal a toda la patología (exceptuadas las infecciones y las neoplasias, como sabemos) por esa acción

insuperable sobre el hombre completo, cuerpo y espíritu, debe extender sus grandiosos beneficios a la gran masa de los menesterosos, incluyendo en esta denominación a todos los económicamente débiles.

En este sentido la expansión de la terapéutica hidromineral a todo este gran mundo social, puede hacerse según dos trayectorias; una amplia, que abarca todo ese mundo en la extensión completa de su necesidad terapéutica; otra más circunscrita, considerando al hombre, no como un ente humano, sino como un ente social, profesional. En el primer sentido, cristiano, católico, el hombre interesa como ser necesitado de la caridad fraterna de todos los humanos y la terapéutica totalmente humana, la terapéutica hidromineral, debe llegarle en toda la vastedad de sus aplicaciones. El hombre tiene derecho, todo hombre, a ser cuidado en sus enfermedades, como tiene también derecho a lecho y pan; por tanto tiene derecho a toda la terapéutica. En el segundo aspecto el hombre interesa como ser útil, como elemento productor y toda la terapéutica que se dirija a su pronta recuperación, mas aún a prevenir su posible invalidad, tiene una gran eficacia económica, que los Estados no pueden ignorar; en este aspecto cualquier Estado ha de preocuparse y ocuparse del tratamiento riguroso de sus productores para evitar el quebranto económico que producen los días de trabajo perdidos, pero, además, el déficit funcional del enfermo, que abrá de repercutir forzosamente sobre la eficacia de su labor.

¿Qué lugar debe ocupar la terapéutica hidromineral en estos dos aspectos del tratamiento y recuperación de la gran masa productora?

Sin discusión, en cualquier país cristiano y católico como España, el trabajador, no puede ser estimado como un simple productor, como pieza inanimada de un engranaje económico, sino como un ser humano, criatura del Sumo Hacedor y debe recibir en toda su amplitud el beneficio de la terapéutica hidromineral; esta no puede, no debe limitarse a su sentido utilitario económico, cometiendo con el trabajador económicamente débil en menosprecio inhumano do tratarle y considerarle sólo en cuando rinde un trabajo útil al Estado y a la Sociedad.

Debe irse pues a la prestación balnearia en su máxima amplitud para toda clase de seres humanos que lo necesitan; esta es, pues, la postura del médico y su contestación si se la pidiesen, quer después del sacerdote es el médico quien desde su aparición sobre la tierra mas se ha inclinado hacia el humilde.

¿Pero es posible llegar a esta generosa medida? Naturalmente no somos nosotros quienes podemos contestar; es cuestión de números y quienes tengan las riendas de la Administración de la llamada Seguridad Social son quienes marcarán hasta qué límite se puede conceder esta prestación.

Desde luego, tanto desde el punto de vista humanitario como en el utilitario de ahorro económico, la terapéutica hidromineral debe aplicarse, no sólo en el orden curativo sino muy principalmente en el preventivo; más que curar a un tuberculoso importa que impidamos la aparición de su proceso; más que curar a un reumático, importa que impidamos la aparición de su invalidez; más que recuperar a un neurótico interesa prevenir ó impedir la aparición de su neurosis.

¿Qué gran ventaje y qué enorme ahorro conseguirían los Estados si la medicina preventiva se aplicase en la más amplia extensión, quitando terreno a la medicina curativa! Toda enfermedad, toda invalidez supone un quebranto económico para su tratamiento y un mayor quebranto por el trabajo perdido y el déficit funcional que, aún en los casos más halagüeños, queda siempre.

He aquí, pues, que la terapéutica crenoclimática debe emplearse antes que nada en un orden preventivo, comenzando con la infancia, no solo tarada sino sana para fortalecer su organismo y dotarle de mejores defensas contra futuras y posibles infecciones y siguiendo en el hombre adulto, antes de que enferme, proporcionándole su vacación anual en el reposo del ambiente balneario tan sedante para el espíritu y tan propicio al tratamiento profiláctico

de las más diversas disfunciones y perturbaciones metabólicas con el uso simultáneo de sus manantiales.

Si la economía de un Estado pudiese enfocar a larga vista el enorme beneficio humano y económico que la terapéutica hidromineral proporcionaria a toda la masa social, utilizándola en toda su amplitud desde el punto de vista profiláctico, preventivo, los grandes dispendios que la Seguridad Social tiene que soportar hoy día para tratar a los asegurados enfermedades crónicas evitables se verían extraordinariamente reducidos y la mano de obra ganaría enormemente en utilidad y eficiencia.

No cabe, pues, la menor duda, no nos cabe, al menos, a nosotros, los médicos hidrólogos plenamente conscientes del enorme valor de la terapéutica hidromineral, que esta debe aplicarse a toda la masa social y en la plenitud de sus aplicaciones curativas y sobre todo preventivas.

Así vemos, cómo los hidrólogos franceses, claman por estos mismos postulados a que aludimos, reclamando que la Seguridad social, amplíe sus prestaciones en volumen muy superior al actual; y eso que en 1953 las curas termales reembolsadas en un 80 % a los asegurados han alcanzado respetable suma de 1.157 millones de francos, que ellos, sin embargo, reputan muy mezquina porque solo representan el 0,73 % del reembolso farmacéutico, cifrado en 157 mil millones.

Pero una cosa es el concepto teórico ideal que debemos tener de lo que debería ser la prestación social balnearia, beneficio a que tiene derecho moral todo ser humano y otra muy diferente la posibilidad de su aplicación práctica.

Porque ésta, la aplicación práctica, es harto compleja y harto espinosa.

En primer lugar hay que considerar si la Seguridad Social, las Cajas que han de reembolsar sus gastos a los agüistas, pueden tener capacidad económica suficiente para una prestación balnearia tan amplia, tan generosa. Yndudablemente, no. Para Delore, al enforcar la prestación balnearia hay que considerar lo que él llama *le petit risque y le gros risque*. El grave riesgo la enfermedad o invalidez importante, esa es la única que la Seguridad Social puede financiar en prestación balnearia, siempre que con ella se vaya a obtener mejor resultado que con la terapéutica habitual. El pequeño riesgo, la afección sin peligro grave no puede costearla la Seguridad Social.

Pácticamente, pues, interin las reservas de las Cajas no pueden enforcar el beneficio a la larga de un gran dispendio inmediato, la prestación balnearia tiene que que limitar mucho su radio de acción.

Así B. Feuilly en «La Sécurité sociale pour tous» Janvier 1955 dice: «La Seguridad Social no puede hacer ninguna concesión a los gastos de carácter suitario y el coste elevado de la práctica termal necesita un control estricto de su utilización. No podemos pensar en la cura termal mas que cuando las otras terapéuticas no pueden dar el resultado esperado».

«La cura no debe solamente ser útil; debe estimarse necesaria é indicutible y debe responder a las exigencias terapéuticas de la enfermedad. Las curas hechas con un simple fin de reposo o de higiene no son tomadas en consideración» «Por razones financieras, la toma en consideración por las Cajas está, pues, limitada a las curas a las que no puede suplir, con rendimiento igual, un tratamiento médico o quirúrgico menos oneroso. Por misma razón no puede ser concedida cuando un tratamiento médico o quirúrgico obtendría un resultado superior o mas durable».

Este es el criterio que se lleva a la práctica por los tratadistas franceses que enfocan este problema del lado de la resistencia económica de las Cajas, quienes procuran restringir las indicaciones y exigir el mayor cuidado en los diagnósticos, muchas veces hechos a la ligera, con quebranto de las Cajas.

El criterio mantenido por los hidrólogos y médicos de familia es mucho más amplio y aquí surge inevitablemente la fricción entre estos y los inspectores de la Seguridad Social.

La experiencia de la prestación balnearia tal como

se ha desarrollado en Francia, sobre ser compleja y espinosa, no es muy alentadora.

En primer lugar existe con frecuencia desacuerdo entre el médico que ordena y el que supervisa la prescripción, hecho que se produce hasta en un país como Francia, rico en tradición hidrológica y en donde siempre se ha cuidado con esmero la enseñanza de la hidrológica médica. Esta realidad obliga a pensar que en países donde la gran masa médica ignora los principios elementales de la prescripción hidrológica porque su enseñanza no figura las materias abligatorias de la licenciatura se haría indispensable antes difundir el conocimiento de la crenoterapia entre todos los médicos.

En segundo lugar se ha comprobado que, aún con un generoso reembolso del 80 % del *forfait* balneario y de los honorarios médicos, la masa de los más económicamente débiles (a quienes principalmente se consagra esta prestación social) no puede soportar el pago del 20 % restante, con lo cual los asegurados de más bajo salario renuncian espontáneamente a la cura balnearia. Así, el Prof. Delore, en el 2.º Congreso Internacional del Termalismo Social, Lyon 1954, dice: «el termalismo no merecerá realmente el nombre de social hasta que las capas menos favorecidas de la nación no acudan a él como las otras, porque él ha sido edificado en primer lugar para ellas».

He aquí, pues, dos importantes problemas que suscita la implantación de la prestación balnearia; esto es, la recta selección de los enfermos y la suficiente ayuda económica para la práctica de la cura. En aquel aspecto, como hacia notar el aludido Prof. Delore en su memoria el Congreso de 1954, la concesión de una cura equivale prácticamente a tres curas, que se suelen considerar necesarias; de aquí deriva la enorme importancia de un diagnóstico y una indicación inicialmente bien establecidos, que deben ser rigurosamente restringidas, pues las segundas y terceras curas, no deben ser ya discutidas. De aquí, repetimos, la necesidad a que aludíamos de convertir a todo médico del Seguro que haya de prescribir estas curas en un experto hidrólogo.

Enlazado con el segundo aspecto, el económico que tan enorme gravitación ejercería sobre las Cajas si estas hubiesen de soportar el peso íntegro de las prestaciones, sin descuentos a los beneficiarios, está el problema del alojamiento de los agüistas asegurados y las repercusiones que ello acarrearía sobre la vida de los establecimientos termales.

Existen diversas fórmulas para proporcionar a los asegurados la estancia en los balnearios; la creación de los hospitales termales adscritos específicamente a la Seguridad Social. En Alemania, cuya Seguridad Social abraza al 80 % de la población total, asistieron a sus 184 estaciones termales en 1952, un millón trescientos sesenta y siete mil agüistas, de los cuales un 30 % de la Seguridad Social, se alojaron en una vasta red de hospitales termales, propiedad de las instituciones sociales. Suiza posee 9 hospitales con 791 camas, en donde se atienden a una cuarta parte de todas las estaciones termales y aunque existe el alojamiento libre con reembolso parcial, las instituciones sociales prefieren el alojamiento en los establecimientos hospitalarios. En Francia por último, disponiendo de 1082 camas hospitalarias, muy por debajo de las necesidades para alojamientos de los 81 mil asegurados registrados en 1952.

Otra fórmula consiste en la adquisición por el Seguro de algún establecimiento en precario para utilización exclusiva de los asegurados o bien la construcción de hoteles ó albergues para estos en toda suerte de establecimientos termales.

Por último el Seguro puede establecer conciertos a *forfait* con los balnearios libres, que, en este caso, prefieren hacerlos a principio o fin de temporada.

De estas fórmulas nos parece excelente entre nosotros, la primera, pero cambiando el nombre de hospitales por el de residencias, con un régimen de mayor libertad que el régimen de hospital exige.

Es inaceptable la limitación de la prestación balnearia a determinados establecimientos, previa adquisición por el Seguro; los asegurados debe tener derecho a hacer su cura en el balneario que más especializado está para su dolencia (aunque el médico ordenador escoja entre varios posibles el más cercano a la residencia habitual del enfermo) y no creemos justo que a los agüistas libres se les cierre el acceso al establecimiento de su fé particular.

En cuanto a la fórmula de concierto a *forfait* con balnearios y hoteles ofrece determinados inconvenientes; hay que huir, como nos dice el Dr. Stavré, de Vichy, en informe particular, de la promiscuidad de los enfermos del Seguro con los enfermos libres; no es grato para ninguno y puede lesionar los intereses de la propiedad, al retraerse estos últimos; no siempre es posible limitar las posibilidades del asegurado al principio y fin de temporada, en relación con sus permisos de vacaciones, y, por último, el *forfait* que el Seguro puede conceder es siempre insuficiente para una cura completa.

Una última cuestión que interesa considerar es la referente a las relaciones entre las expediciones de asegurados a los balnearios y los médicos de los establecimientos termales. En el régimen de reembolso o de *forfait*, el asegurado abona al hidrólogo sus honorarios habituales o el concierto que con ellos se establezca; nos parece perfectamente aceptable y entendemos que en el régimen de instalaciones o albergues propios del Seguro, este puede enviar a sus enfermos bajo el control de sus inspectores, pero que la prescripción hidrológica debe ser hecha por el hidrólogo de la estación, con remuneración reglamentada. No olvidemos al referirnos a este aspecto particular nuestro, estas frases de Henri Diffre, de La Bourboule (*Enfants et cures climatiques — La Presse Thermale et Climatique* Julio Agosto 1950) «Los médicos deben batirse para obtener una mejor comprensión de sus intereses morales y el respecto de instituciones milenarias, cuyos valores espirituales son esenciales al mantenimiento de una civilización humana».

Descontada la razón moral de la prestación balnearia hay un último extremo a meditar.

La prestación balnearia ¿ha supuesto en los países que la ejercitan un beneficio para la economía de sus establecimientos termales y, por ende, de sus médicos?

Hay que distinguir; para los balnearios muertos o pobres ha supuesto y puede suponer su resurrección; tal el caso de Lons-le-Sannier, en Francia. Balnearios sin concurrencia han podido levantarse de su miseria gracias a la ayuda de las Instituciones Sociales, con el arribo de sus expediciones propias.

En cuanto a los balnearios de vida prospera la aportación de la prestación balnearia ha supuesto un 30 % de la concurrencia total, pero como un 20 % ya era concurrencia habitual del establecimiento, su número solo ha experimentado un 10 % de incremento. Si se tiene en cuenta que este 30 % puede haber sido concertado a un *forfait* inferior al desembolso normal de cada agüista creemos que, económicamente, tal como en la actualidad funciona en Francia y en los países de igual fórmula económica, no ha supuesto hasta ahora para esos establecimientos prósperos y sus médicos ninguna ventaja.

En resumen, entendemos:

1.º: Que la prestación balnearia amplísima en el orden preventivo desde un punto de vista ideal, humanitario, solo puede llevarse a la práctica según la capacidad económica de las Entidades aseguradoras.

2.º: Que antes de su implantación debe instruirse

suficientemente a los médicos generales del seguro en los conocimientos de la indicación y contraindicación hidrológicas.

3.º: Que todo asegurado debe tener derecho al acceso cualquier balneario nacional, de acuerdo con la libre elección de su médico, solo discutible por los inspectores hidrólogos de los centros de selección.

4.º: Que las entidades aseguradoras deben emplazar residencias para sus enfermos, en cualesquiera balnearios,

sin limitar la facultad de estos para recibir enfermos libres nacionales y extranjeros.

5.º: Que los médicos hidrólogos habrán de ser respetados en su derecho a expedir la prescripción hidrológica de cada asegurado, previa percepción de sus emolumentos habituales o concertados.

Madrid-Coímbra Junio 1958

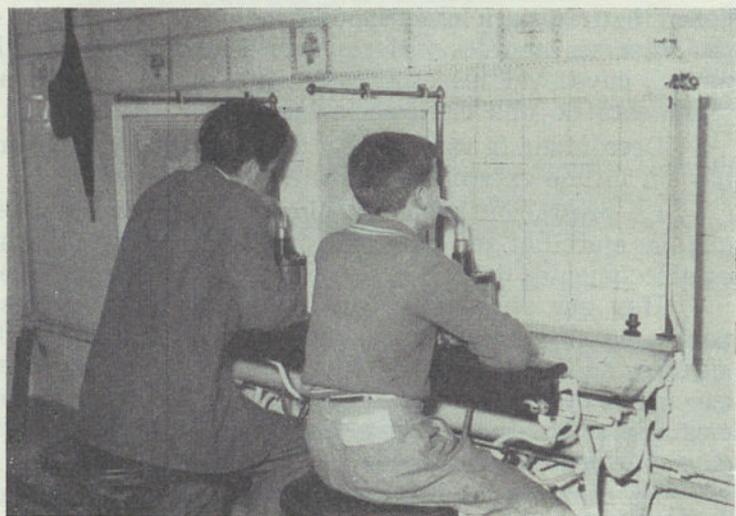
## Audiometría pre—y post-crenoterapica de las obstrucciones de trompa de eustaquio

JOSÉ RAMÓN MOZOTA SAGARDÍA

*Médico Director del Balneario de Liérganes Del Cuerpo de Médicos Directores de Baños, por oposición Otorrinolaringólogo de Sanidad Nacional por Oposición Diplomado de Otorrinolaringología de Sanidad Militar por oposición.*

### AUDIOMETRÍA PRE-Y POST-CRENOTERAPICA EN LAS AGUAS DE LIÉRGANES TRATAMIENTO DE LAS OBSTRUCCIONES TUBARICAS

Expongo en esta comunicación, los resultados obtenidos con los tratamientos crenoterapicos de las aguas de Liérganes, de cuyo Balneario soy Médico Director por Oposición, y cuyas aguas sulfurado cálcicas, sulfhidrico azoadas, tienen 21,43 c. c. de ácido sulfhídrico por litro y 18,8 c. c. de gas nitrogeno por litro, emergiendo a una temperatura de 17.º 5' y una mineralización de 3,789 por litro, con una radiactividad de 12,64 voltios hora litro, a las 80 horas de extraída el agua, aplicadas con los diversos medios atmiatricos de inhalaciones, nebulizaciones, aerosoles pulverizaciones rinofaringeas, y aplicaciones diversas a



Instalación de nebulización bronquial y traqueal, de microgotas, llamada tipo Unicum

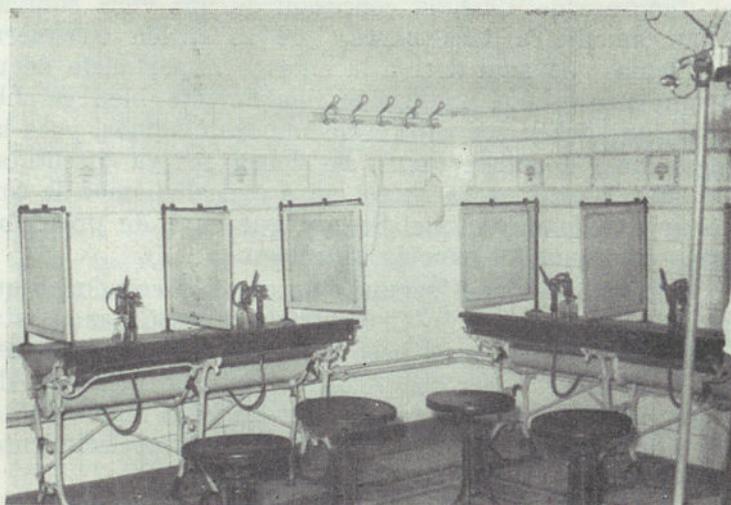
través de trompa de Eustaquio, por insuflaciones tubáricas mediante los diversos procederes de cateterismo con sondas de Itard.

Las medidas se han hecho en cámara sonoamortiguada, y audímetro Belclere A-4-A, midiéndose audiometría tonal liminar, audiometría vocal, pruebas de Fowler, prueba de Luscher: y en los casos de alteraciones laberínticas las alteraciones de equilibración, los signos vestibulares espontáneos y los provocados.

Los exámenes corrientes rinoscópicos, con rinoasalpíngoscopia, otoscopia y exploraciones con diapasones del 64 v. d.,

128 v. d. 256 v. d., 512, v. d., 1.024 v. d., y 2048 v. d., con las pruebas clásicas de Schwabach, Rinne, Weber, Bing y Gellé, completan la ficha de cada enfermo.

El volumen de enfermos que pasan por este Balneario pasa de los 1.500 cada temporada, de los que la mitad acuden por



Sala de aparatos de Pulverizaciones para nariz y garganta

primera vez. De entre estos enfermos se han hecho los estudios en los enfermos con obstrucciones tubaricas por causas inflamatorias y mecanicas no tumorales, ni cicatriciales: asimismo antiguos operados de fenestración por mí, y de timpanoplastia, en que se ha hecho columelización, o resección parcial de la cadena de huesecillos y que precisan de un buen funcionamiento de trompa para suplir la función acomodadora y protectora de los mecanismos osculares y de los músculos anejos a los mismos (músculo del martillo inervado por un nervio rama del maxilar inferior que como sabemos es rama del trigemino; y del músculo del estribo inervado por una rama procedente del nervio facial).

Es sabido que se precisa la aireación de la caja timpánica, se necesita para renovar el aire existente en la misma y que suele ser unos 2 c. c.: sirve este aire para equilibrar el aparato oscilador en sus dos caras, asegurando las normales condiciones de inercia y suspensión, protegiendo a la cadena oscilar frente a las vibraciones de los ruidos transmitidos por vía corporal ósea; sirviendo asimismo como papel de aislamiento acústico: asimismo sirve para que haya diferencia de fase en la transmisión sonora ordinaria, entre la ventana oval, y la ventana redonda.

Todas estas condiciones desaparecen en las obstrucciones tubaricas de manera pasajera en las de etiología aguda, y de manera persistente en las obstrucciones cronicas.

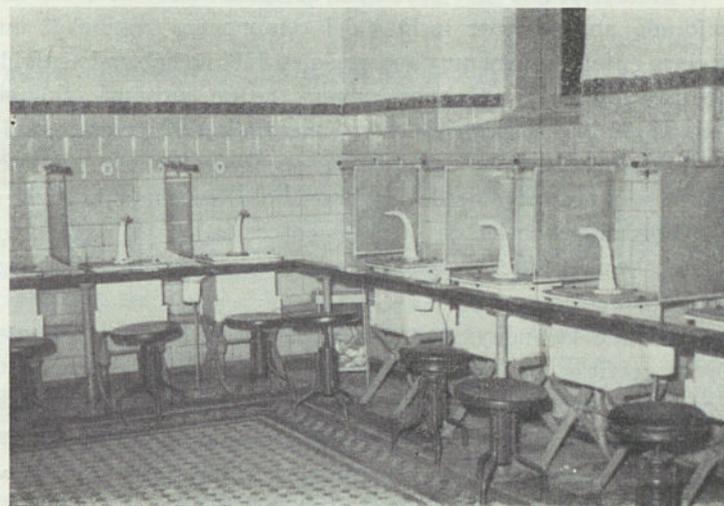
En las timpanoplastias y en las fenestraciones, de nada sirve la reparación del timpano, la revisión o sustitución de la cadena, o la creación de una nueva ventana, si existe una trompa impermeable.

cornetes inferiores, en adultos, las causas inflamatorias crónicas, sinusitis, rinitis crónicas inespecificas, etc. y tambien procesos los catarros secretorios de oido medio, en enfermos con asma, y eosinofilia en sangre y en el exudado otonasosinusal.

Muchas veces en el fondo existen alteraciones de neumati-zacion de mastoides y senos paranasales, alteraciones de hiper-plasia o fibrosis, segun los casos alteraciones disergicas y dis-

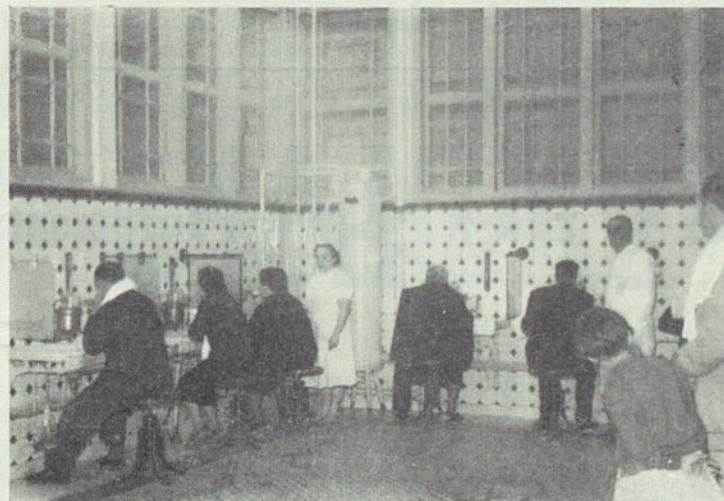


Gruta de produccion de gas de las aguas, llamada inhalación difusa. Al chocar el agua mineral con las paredes se desprende el componente gaseoso de las mismas

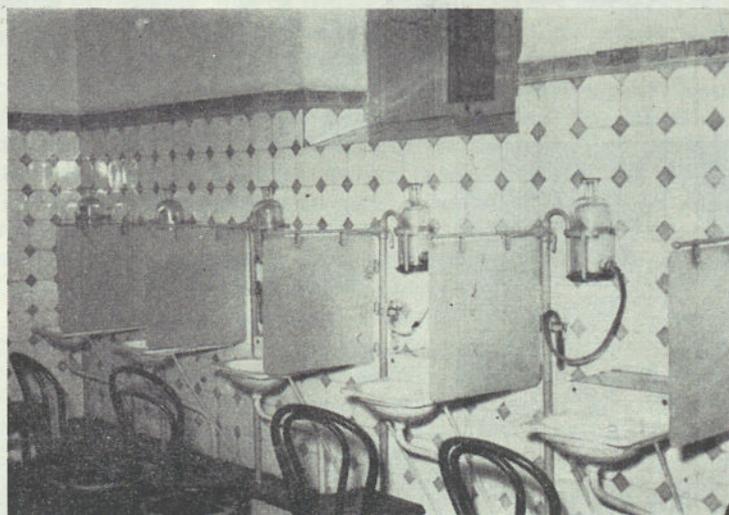


Instalación de inhalación de gas sulfhidrico-azoado, directa

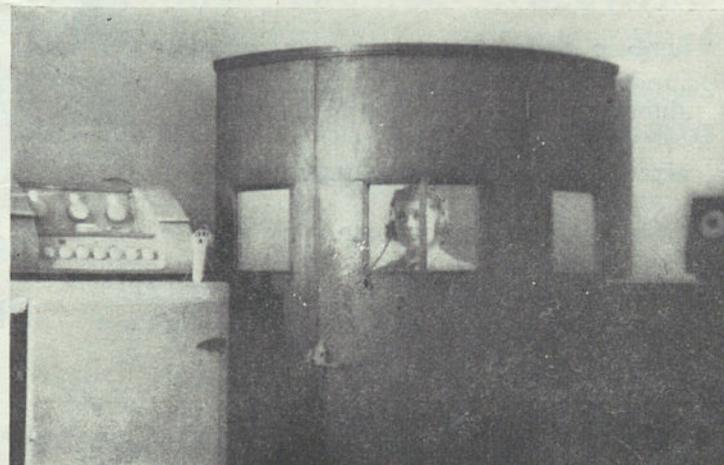
En estos casos se ve que el oido interno, queda sin la protección que las presiones bruscas o los ruidos muy intensos, aumentando la rigidez sin variación para la adaptación a los sonidos.



Aparatos de aerosoles de las aguas de Lierganes, llamada nebulización Ideal



Instalación de duchas nasales



Cámara de audiometría sonoamortiguada, con audiometro radioelectrico

Y así vemos en los enfermos con timpano atrofico retraido, la existencia de otalgias, zumbidos, sordera, autofonía y a veces vértigos por compresión de las ventanas oval y redonda por existencia de líquido.

Se precisa en algunos casos el tratamiento causal que puede mantener la obstrucción tubarica, adenoides en niños, colas de

ritmicas con disfunciones de la normal fisiología de los cilios de Proetz y del papel del lisozima del moco nasal.

Y en estos casos he comprobado que las aguas sulfurosas de Liérganes actúan modificando las condiciones neurovegetativas, humorales, iónicas, hormonales, etc. que mantienen el substratum o sea los factores endógenos, de las alteraciones de la mucosa del complejo nasosinusal, y de la trompa de Eustaquio y del oído por tanto.

Hemos tenido 127 enfermos de estos tipos: de estos han mejorado notablemente incluso del componente vestibular, que en cinco enfermos será muy aparatoso en 118, no habiendo sufrido modificación en 9 enfermos, aunque no se encontró etiología tumoral, ni bridas cicatriciales en la entrada de trompa.

Acompañamos unos audiogramas liminares por vía ósea y por vía aérea: pruebas de quilibración de sonoridad de Fowler, y audiogramas vocales en diversos enfermos, de los explorados en el Balneario, antes y después de la cura atmiátrica sulfúrica de Liérganes.

Siendo la audiometría una exploración cuyas representaciones gráficas, han salido poco del ámbito de la especialidad, y aunque pueda juzgarse rudimentaria la exposición de las gráficas, recordamos para los no habituados a interpretar audiogramas por no tener relación con otólogos, unas normas generales de interpretación de los mismos.

#### CONCLUSIONES:

1.ª — Existen en otología unos cuadros en íntima relación con la patología nasosinusal, y faríngea, conocidos como Otitis

media hiperhémica, otitis media catarral exudativa crónica, y otitis media seca con depresión persistente del tímpano, debidas siempre a obstrucciones tubáricas.

2.º — La causa de la obstrucción de la trompa de Eustaquio, cuando no es tumoral, no es debida a sinequias, tiene como causa procesos crónicos inflamatorios mantenidos en los niños por adenoiditis, hipertrofia del tejido linfóide, y en los adultos hipertrofias de colas de cornetes, sinusitis, rinitis crónicas, y procesos alérgicos nasosinuales.

3.º — Todo este grupo de afecciones se mejoran notablemente con los tratamientos atmiátricos de las aguas sulfurosas, recuperando la función auditiva en muchos casos, aunque a veces precisan intervenciones complementarias por los especialistas, para la supresión de unas colas de cornetes, o la supresión de adenoides.

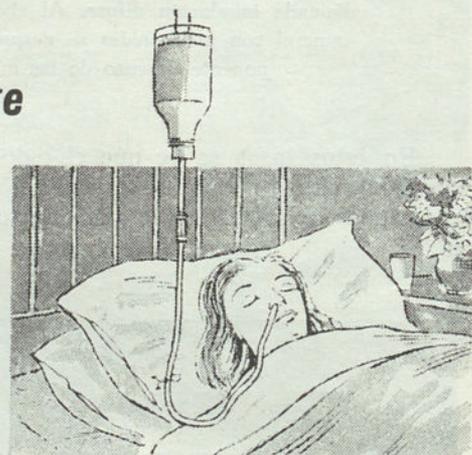
4.º — Es peligroso para la función auditiva en los niños, abandonar a estos, sin más que la adenoidectomía, sin hacer una cura atmiátrica, completa, llevando los gases a trompa, mediante cateterismo de la trompa con sondas de Itard, siendo los pocos casos que no curaron o mejoraron de sus obstrucciones tubáricas adolescentes que no hicieron el tratamiento a su tiempo.

5.º — Es también selectivo este tratamiento en los casos, que habiendo sufrido una timpanoplastia o una fenestración no les queda como elemento acomodador más que la cámara de aire tímpanico regulada por el funcionamiento de la trompa ya que una obstrucción tubárica crónica, hace perder la ganancia de audición, que vuelve a recuperarse con el normal funcionamiento de la tuba de Eustaquio.

# COMPLAN *alimenta completamente*

Complan é um alimento *completo*. Contém em quantidades equilibradas *todos* os nutrientes essenciais, sob a forma de um pó facilmente digerível que pode ser diluído em água ou leite, para a alimentação por sonda ou por chávena. Complan também pode misturar-se com outros alimentos, sopas e sumos de frutas, fornecendo assim uma alimentação riquíssima sob um pequeno volume.

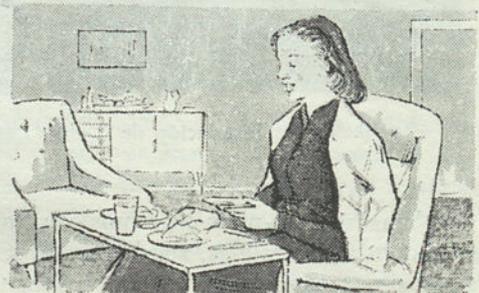
**por sonda**



**em chávena**



**como base de  
uma dieta leve**



# COMPLAN *possui todos os nutrientes essenciais*

M.R. Inglaterra

Latas especiais de 454g.

GLAXO LABORATORIES LTD., GREENFORD, INGLATERRA. Representantes em Portugal: Remedius, Lda., Rua da Prata 184 3.º Dto., Lisboa

**Seara alheia**

(dos livros e das revistas)

**As fístulas anais tuberculosas. Contribuição para o problema do tratamento não operatório**

N. HAIMOVICI-HANES e O. KINDLER

Entre as afecções de todos os géneros que se dirigem, para tratamento, aos serviços de cirurgia e de tuberculose extrapulmonar, as fístulas anais tuberculosas são assuntos dum dos problemas terapêuticos mais espinhosos. As fístulas anais, uma vez aparecidas, não apresentam tendência para uma cura espontânea, devido à contínua reinfeção e acção dos esfínteres os quais, pelas suas contracções bruscas e contínuas obstruem a drenagem das fístulas e impedem a sua imobilização, condição necessária de toda a boa reparação tecidual. No caso da etiologia tuberculosa, intervêm o carácter próprio da cronicidade, a reduzida tendência para a cicatrização e a tendência para as recidivas.

A frequência da etiologia bacilar das fístulas peri-anais é diferentemente interpretada por diversos autores: segundo Mandache, pode ser estabelecida em 20 % do total das fístulas anais, Hayduk encontra-a numa proporção elevada, Jackmann e Brui dão uma percentagem de 6,5 %, Deucher 4 %, ainda que Parnaud e Amons a considerem mais rara. Certos autores sustentam que se a tuberculose não constitui uma causa directa, constitui, em todo o caso, um factor favorável. Grenet constata que, nos tuberculosos, as fístulas anais são dez vezes mais frequentes que nos outros indivíduos.

A resistência destes casos aos diversos e ao mesmo tempo variados tratamentos médicos, assim como o insucesso das intervenções cirúrgicas — num grande número de doentes —, é bem conhecida. A má reputação das fístulas anais bacilares é estabelecida tanto pelos doentes, devido ao mal-estar que se instala, cronicidade e acessos dolorosos, como pelos cirurgiões devido a recidivas e, por vezes, incontinência esfínteriana pós-operatória. Poulsen, em 316 operações, conta 125 recidivas.

Em relação ao tratamento, as publicações médicas não se ocupam, em geral, senão do tratamento cirúrgico das fístulas anais. O método actualmente em uso, e primeiro empregado e citado, é o método da drenagem permanente seguida da secção lenta e progressiva (Armons e Parnaud, Louyat e col., Claude, Hillemand e col., Dencher). Louyat salienta, muito justamente, que os tratados e publicações médicas pouco se interessam pela tuberculose ano-rectal. Com efeito, compulsando a literatura encontramos muito poucos dados respeitantes ao tratamento das fístulas anais tuberculosas. Kaufman e Sauvage descrevem a origem ganglionar bacilar pélvica das fístulas anais e obtêm a cura de duas fístulas por adnectomia pélvica. Louyat cita um caso a que foi aplicado um tratamento tuberculostático geral associado ao PAS em supositórios, seguido de cicatrização em 2 meses. De Beule cita melhorias com a ajuda dum tratamento geral e local com PAS (instalações, pensos e supositórios).

Cora comunica a cura duma fístula anal por aplicação de mechas embebidas numa solução de PAS a 20 %. Héraud e Devambéz citam o carácter desesperante de cronicidade das fístulas bacilares cujas recidivas não podem ser evitadas mesmo pela aplicação dum tratamento tuberculostático geral. Hayduk lembra um caso favoravelmente solucionado pelo tratamento geral: tratava-se duma situação bastante difícil. Enfim, a única publicação respeitante ao tratamento antibiótico com a ajuda das injeções locais é a de Hillemand e col.; este método não pôde, segundo os autores, levar a reabsorção das fístulas.

Nos anos 1954 a 1956, tivemos ocasião de aplicar, com bons resultados, tratamentos antibióticos locais, no quadro do tratamento complexo tuberculostático em sete doentes, portadores de fístulas tuberculosas peri-anais. Após isso, continuamos, com sucesso, a aplicação deste método mas, por ser recente o tratamento, não damos os resultados.

Dos 7 casos por nós tratados, salientamos que o ele-

mento terapêutico que produziu a cicatrização estável das feridas, foi constituído por infiltrações peri-fistulares com tuberculostáticos, associados à penicilina. Assim como já foi dito, as fístulas anais tuberculosas constituem um problema terapêutico com grandes dificuldades quanto a uma solução favorável. Os tratamentos médicos clássicos, compreendendo o tratamento tuberculostático e antibiótico geral, não levam, na maioria dos casos, à cicatrização. O tratamento cirúrgico soluciona uma parte dos casos, mas, por vezes — e sobretudo quando não é aplicado no quadro dum tratamento complexo antituberculoso —, agrava a situação geral e local. A maioria dos nossos doentes tinham sido objecto, antes do tratamento local, de diversos tratamentos que não levaram à cura: tratamento geral tuberculostático (3 casos), tratamento combinado, antibiótico e cirúrgico (1 caso), tratamento cirúrgico (1 caso) e tratamento não específico (1 caso). Os nossos 7 doentes eram 6 homens e uma mulher.

A etiologia bacilar das fístulas foi assim estabelecida: em 4 casos, com a ajuda do exame anátomo-patológico; em dois outros casos, a fístula surgiu após uma tuberculose dos gânglios isquio-rectais, durante a evolução dum processo tuberculoso pulmonar; num caso pelo aparecimento concomitante duma tuberculose epididimária fistulizada.

A técnica do tratamento local que indicamos é a seguinte: fazem-se infiltrações peri-fistulares com 0,5-1 g de estreptomina dissolvida em 4-5 cc. de solução de isoniazida a 5 %

**SI BARRAL**

IODETO DE MAGNÉSIO E ENXOFRE COMBINADO

APRESENTADO EM DOSES TERAPÊUTICAS ÓPTIMAS. PREPARADO NO MOMENTO DE SER INJECTADO PELA MISTURA DA AMPOLA I (IÓDICA) E DA AMPOLA S (TIÓNICA).

POLIARTRITE CRÓNICA EVOLUTIVA —  
ESPONDILARTRITES ANQUILOSANTES  
— CIÁTICA — RADICULITES — ESCLEROSES  
VASCULAR E VISCERAL — HIPERTENSÃO  
ARTERIAL — ETC.

CAIXAS DE 10 AMPOLAS (5 DOSES)  
INJEÇÕES INTRAMUSCULARES OU ENDOVENOSAS

**LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL**  
Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, LDA.

NO TRATAMENTO DE: GASTRO-ENTERITES E OUTRAS DOENÇAS INTESTINAIS



# LACTANO

(Vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> e PP + Lactobacillus bulgaricus e acidophilus + Streptococcus lactis)

ADJUVANTE DOS  
ANTIBIÓTICOS E DAS  
SULFAMIDAS NA TERA-  
PÊUTICA INTESTINAL

Frasco de 150 c. c. de caldo  
Tubo de 20 comprimidos  
Caixa de 3 tubos

LABORATÓRIO *Fidelis*

à qual se junta 2-3 cc. duma solução de novocaína a 1%. As infiltrações são repetidas todos os 2 a 4 dias. Devido a que as fístulas estão, habitualmente, infectadas, é útil associar às infiltrações 200.000-400.000 U. O. de penicilina. O número de infiltrações necessárias é de 20-60, em relação com o número das fístulas, grau de actividade, capacidade de tolerância dos tecidos e resposta ao tratamento. As infiltrações fazem-se à volta da fístula, tendo o cuidado de mudar o ponto de introdução da agulha, duma infiltração para outra. Por vezes, introduz-se algumas gotas de antibiótico para o interior da fístula. É recomendável continuar as infiltrações mesmo após cicatrização, com o fim de totalizar 3 a 5 meses de tratamento local.

O tratamento geral deve ser sistematicamente associado: repouso no leito, tratamento tónico e vitamínico — sobretudo vitamínico A e C — e tratamento tuberculostático geral: isoniazida 5 mg por quilo de peso por dia e PAS 12 a 16 g por dia, durante 8-16 meses; durante as primeiras semanas pode-se associar 1 g de estreptomina por via intramuscular, isto nos dias em que não há infiltrações.

Os sete casos tratados reagiram rapidamente pela diminuição e modificação do aspecto da secreção, seguidas de cicatrização. Pensamos que os resultados favoráveis obtidos são devidos a dois factores: à concentração realizada pela administração dos tuberculostáticos no interior do foro e devido à forte acção esclerosante produzida pela solução de estreptomina e isoniazida. É necessário juntar a acção da novocaína, aumento da troficidade dos tecidos e interrupção dos reflexos nocivos tendo a fístula como ponto de partida. A acção esclerosante das infiltrações é, por vezes, de tal modo

forte que a quantidade de liquido susceptível de ser introduzida localmente é cada vez menor; em certos casos, as infiltrações já não podem ser feitas num dado momento.

As nossas constatações correspondem às datas mencionadas por Delarue, Nasta, Lana, Puzik nos seus trabalhos, pelos quais demonstram que os antibióticos, fora da sua acção antimicrobiana, possuem uma acção de activação do tecido conjuntivo, tendo como resultado uma organização fibrosa que pode ser lenta e inconstante ou rápida ou maciça.

Nos nossos casos, a cura deu-se entre 60 e 120 dias de tratamento local; em três casos, o tratamento foi aplicado em duas fases. A manutenção dos resultados foi seguida por nós com intervalos de 1 a 2 anos e meio.

Em conclusão, é-nos permitido afirmar que a aplicação local dos tuberculostáticos no tratamento das fístulas perianais de natureza tuberculosa terminou, nos casos tratados, na cicatrização estável das fístulas. Não se deve perder de vista que toda a localização tuberculosa faz parte do quadro da doença tuberculosa, doença que interessa todo o organismo; daqui resulta a obrigação da associação dum longo tratamento geral.

O número dos casos é demasiado restrito para autorizar uma mais larga generalização. O que é evidente é que o tratamento local não é de modo algum nocivo e que resolve uma série de casos o que é tanto mais importante quanto — o facto é bem conhecido — em numerosas situações os outros tratamentos não produzem resultados favoráveis duradouros.

(Extracto de «Thérapeutique» — 35-5, 1959)

## Exploração funcional do cortex supra-renal

M. ALBEAUX-FERNET

Processos de exploração clínica:

### 1 — Interrogatório:

Deve procurar-se o grau de resistência do indivíduo a certos esforços, e de modo geral à fadiga. Identicamente, deve ser pesquisada a sensibilidade aos medicamentos e infecções, mesmo ligeiras (gripe e reumatismo) e às diversas intoxicações. De valor é também a impotência, mais ou menos acentuada.

### 2 — Morfologia:

Deve ser estudada em todos os seus elementos.

a) O volume do corpo dá certos informes em casos como o da magreza do hipocorticismismo e o da obesidade no inverso.

b) Pode opor-se o tórax largo do virilismo à larga bacia do feminismo.

c) Aquele apresenta, às vezes, características particulares: a pigmentação da doença de Addison e a palidez do supra-renaloma são clássicas. É notável a sua delgadez na doença de Cushing, bem como relacionada a sua maior espessura com o síndrome génito-supra-renal. Ainda com a doença de Cushing se aparentam as equimoses, petéquias, vergões, etc., tantas vezes exibidas.

d) A pilosidade feminina está dependente do córtex supra-renal. Daí o interesse do seu estudo nas axilas, face e púbis.

e) Os órgãos genitais devem ser examinados com atenção.

### 3 — Exame sistemático:

Deve passar-se em revista as áreas ganglionares, fazer-se a palpação das regiões lombares, verificar tensões arteriais e traçar o ortodiagrama. O abaixamento tensional e as dimensões do coração (em gota e em figo seco) exprimem

NO TRATAMENTO DE: FERIDAS • ÚLCERAS VARICOSAS • PÉ DE ATLETA



# NEOPANTOL

(Etilmercuritosalicilato de sódio + Álcool pantenílico + Vitamina A em excipiente absorvível pela pele)

ANTI-SÉPTICO  
ANTIFÚNGICO  
CICATRIZANTE

Previne e trata queimaduras do sol.

BISNAGA DE 20 GRAMAS DE POMADA.

LABORATÓRIO *Fidelis*

desidratação; pelo contrário, a hipertensão é um elemento constante de hiperfuncionamento cortical.

4 — Também o electrocardiograma pode fornecer indicações valiosas: abaixamento dos complexos e onda T diastólica em todas as derivações, no caso de doença de Addison.

#### 5 — Investigação radiológica

Usam-se, a radiografia simples, sobretudo detectora de prováveis calcificações; a pielografia, que pode mostrar abaixamento do rim, apenas sinal de presunção; a ortografia; retropneumoperitônio; tomografias, sempre indispensáveis, pois revelam, em regra, com bastante minúcia, os tumores volumosos, as hipertrofias médias, o duplo contorno do baço, a cauda do pâncreas e os vasos esplênicos e a vesícula biliar.

#### 6 — Exploração biológica

Devem pesquisar-se as modificações da secreção dos três grupos de hormonas supra-renais, a apreciação do volume da água e do teor em sais minerais, estudo da massa sanguínea, que diminui na doença de Addison e aumenta no síndrome de Cushing; o doseamento da aldosterona, com a ajuda de cromatografias sucessivas. Os seus valores normais variam entre 3 e 12 g/24 h.

*Glicocorticóides* — na insuficiência córtico-supra-renal encontra-se hipoglicemia, o contrário se dá no síndrome de Cushing (diabetes esteróide).

*Exames hematológicos* — é vulgar a poliglobulia e a polinucleose neutrófila no síndrome de Cushing, por oposição à anemia com leucopenia, mononucleose e eosinofilia relativa da doença de Addison.

#### 7 — Doseamento dos metabolitos

1 — Dos 17-hidroxicorticóides, cujos valores normais são:

- no homem: 3 a 5 mg
- na mulher: 2 a 5 mg

2 — Dos corticóides alfa-cetólicos totais (ou redutores totais), cujos números médios normais, em 24 h, são:

- no homem: 6 mg
- na mulher: 5 mg

3 — Dos 17-desoxicorticosteróides, com valores normais de

- no homem: 0 a 6 mg
- na mulher: 0 a 3 mg

8 — *Provas de estimulação dinâmica*: teste de estimulação do córtex, por meio de administração intramuscular de A.C.T.H., com acção efectiva durante 24 h, e cujos resultados são, para o individuo normal: elevação dos 17-cetosteróides na ordem de 75 a 120 %; dos 17-hidroxicorticóides da ordem dos 200 a 500 %.

Teste de frenagem: efectuada com um derivado cortisonico, suprime a produção hipofisária de A.C.T.H. e inibe a secreção supra-renal.

10 — *Androgénios*: os androgénios supra-renais, com maior actividade específica que a testosterona, eliminados pela urina, não têm grande valor, porque se constituem de duas partes: androgénia e glicocorticóide. Não pode, por isso, tomar-se de maneira absoluta, mas interpreta-se em função da clínica e doutros elementos laboratoriais.

(Artigo condens. por Taborda de Vasconcelos, de «Gazette Médicale de France», Abril de 1959).

## Diagnóstico, Interpretação Clínica e tratamento racional da desidratação

JUAN POMBO

A água constitui cerca de 60 % do peso total dum individuo adulto, de tal modo que para um peso equivalente àquela taxa, o valor da água é de 36 l: 3 l no plasma, 8 l no intersticial e 25 l nas células. A água entra para o organismo com as bebidas e os alimentos, no que se refere à exógena, porque a endógena deve-se aos processos de oxidação dos alimentos e ao metabolismo do stress.

Uma vez no organismo, mobiliza-se quer pela actividade circulatória, quer pela pressão hidrostática, difunde através das membranas atraída pela pressão oncótica.

Intervêm ainda outros factores, de natureza hormonal, na sua regulação: as hormonas hipofisária, tiróideia, suprarrenal e sexuais femininas.

Os fenómenos de desidratação têm como causas ou um ingresso de líquidos inferior à quantidade necessária ou uma eliminação que exceda os limites normais. Em suma, a causa mais frequente da desidratação é a perda de água, que pode atingir três graus, conforme for leve, média ou grave. No primeiro caso não excede 10 % do volume total, no outro oscila entre 4 e 6 l, no último excede este valor.

Em face duma desidratação, dois casos se podem dar: a perda de água ser superior à de iões, ou vice-versa.

No primeiro caso, ou desidratação hipertónica, aparece após a sudorese abundante, poliúria, deficiente con-



Um óleo natural composto de ésteres ácidos oleicos de alcoois gordos líquidos. Não irritante, Extremamente fluido, Excelente penetração na pele, Agente gorduroso para cremes e pomadas, Solvente ideal para substâncias activas liposolúveis.

#### DEHYDAG DEUTSCHE HYDRIERWERKE GMBH · DÜSSELDORF · ALEMANHA

Representantes Exclusivos:

Soc. Comercial Salvador Barata, Lda.,  
Rua do Comercio 8, Lisboa  
Telefone 31559

Francisco de Magalhães Faria, Lda.,  
Rua de Alegria 181, Porto  
Telefone 23495

sumo líquido, excessos de purgantes salinos e diuréticos, etc.

Na desidratação hipotónica está em causa uma sudacção acentuada, a acidose diabética, drenagem de enzimas digestivos, etc. Naquele a diminuição acentua-se no compartimento celular, neste a diminuição verifica-se na área extra-celular.

#### DIAGNÓSTICO

Em primeiro lugar só um interrogatório cuidadoso põe em evidência dados importantes de orientação de diagnóstico. Por isso se torna necessário inquirir: se há ou houve restrição de água; presença ou ausência de

sede; vômitos, diarreia, outras drenagens possíveis; avaliar o volume de urina; da sudorese, debilidade muscular, lipotímias, cefaleias, polipneia, hemorragias.

Só então se passa à exploração do doente.

Dos sinais psíquicos, pesquisam-se a debilidade, indiferença, inquietação, episódios maníacos e coma. Dos físicos há que observar: secura da pele, perda de elasticidade e diminuição da turgescência; secura da língua e mucosas; esvasiamento das veias periféricas e dificuldade de colheita de sangue; pulso e tensão arterial.

Estabelecido, pois, o diagnóstico, se se trata duma desidratação hipertónica por deficiência de consumo de líquidos, o tratamento consiste em administrar soro glicosado isotónico, com uma percentagem de potássio, para reconduzir aos seus valores normais a taxa do elemento que o processo arrastou, e fósforo, visto o K se encontrar em combinação com ele, na célula.

Na prática, se se não observa urgência na restituição dos referidos agentes, o soro glicosado será administrado por via sanguínea, e «per os» uma mistura de bicarbonato, citrato e acetato de K, na quantidade de 15 gr. diários, o que administra 120 mEq. de ião K. Um copo de leite contém 9 mEq. de K.

No caso contrário, a restituição é feita por meio de soluto Darrow, que contém 30 mEq, tendo em conta que não devem introduzir-se, por dia, mais de 100 mEq, para evitar a hiperpotasemia.

Recorda-se que a taxa normal é de 5 mEq/l.

O fósforo, que favorece a fixação do potássio na célula, dá-se por via bucal.

Quanto à desidratação hipotónica, impõe, em primeiro lugar o cálculo da perda aquosa, que se obtém quer por meio do peso, quer, aproximadamente pelos sinais físicos. Calcular-se-á depois o deficit sódico, a reserva alcalina, o estado de funcionamento renal e o doseamento de proteínas no sangue.

A reposição de líquidos nunca será rápida, nestes casos, mas sim de cerca de 2 l diários, ou melhor, 4.500 cc por dia, durante três dias, num total de 13.500 cc de água.

Quanto ao deficit sódico, desde que a natremia normal é de 140 mEq/l, a quantidade necessária para uma proporção corrigida, anda por cerca de 60.

Calcula-se em função do peso molecular do ClNa, 58,6; quando existe também uma queda franca da reserva alcalina, a solução usada é a de bicarbonato de sódio a 1,5 %, a preparar extemporaneamente, dada a sua instabilidade.

No caso de surgir hipoprotidemia, o que é frequente nas desidratações graves, injectar-se-á plasma, na proporção de 500 cc por cada 4 a 6 l de soluções administradas ao doente.

(Artigo condensado por Taborda de Vasconcelos, de «La Semana Médica», n.º 8, Fevereiro de 1959).

## Antibióticos e tuberculose pulmonar

### Quimioterapia de longa duração. Quimioprofilaxia. Medicações novas

R. COURTOIS, R. VANROUX  
e M. L. ANDRÉ - COURTOIS

#### QUIMIOTERAPIA DE LONGA DURAÇÃO

De modo geral a eficácia da quimioterapia atenua-se ao fim de 6 meses de tratamento contínuo. E então, três situações se podem apresentar:

1.º — Expectoração negativa, cura clínica, discretas sequelas cicatriciais. Aconselha-se prosseguir o tratamento para consolidar o resultado e evitar as recaídas.

2.º — Expectoração negativa, elementos radiológicos inquietantes, persistência de lesões. Preconiza-se a exérese lobar ou segmentar, em regra, mas a verdade é que o cami-

Está longe de resolver-se o problema da quimioterapia antituberculosa, não obstante a Estreptomina, o P. A. S. e a Isoniazida, medicamentos de eleição mas cujo emprego ainda levanta discussão.

Não se justificam nem um tratamento prolongado para além de 6 meses, sem resultados, nem uma quimioterapia profiláctica. Uma e outra tornam-se não só inúteis mas perigosas, uma vez que a frequência dos germes resistentes é função da duração do tratamento. No entanto, a necessidade de prosseguir o tratamento durante um ano e, às vezes, mais, assim como a quimioprofilaxia, vêm fazendo sentir a sua exigência. Estas as razões do actual estudo.

nho aconselhável é o que persiste na quimioterapia até dois anos.

3.º — Expectoração sempre bacilifera, certa resistência aos antibióticos. Se então se torna possível, a indicação aponta a colapsoterapia ou a exérese.

### ESTIRPES BACILARES RESISTENTES

O risco de resistência aumenta com a duração do tratamento.

Se os bacilos persistem no organismo após 6 a 12 meses de quimioterapia associada, é porque se encontraram protegidos ou pela natureza das lesões que os contêm ou pelo seu próprio estado fisiológico.

Em todo o caso, é excepcional encontrar nas culturas de escarros não seleccionados, todos os bacilos totalmente resistentes aos 3 antibióticos. É, pois, razoável prosseguir o tratamento triplo que reduzirá, seguramente, a percentagem de bacilos activos nas lesões. Também parece que os bacilos resistentes sofrem modificações profundas e duradouras, que os tornam mais vulneráveis ou menos nocivos.

Por outro lado, se um doente negativado por uma longa quimioterapia recaí, isto deve-se muitas vezes a germes sensíveis aos medicamentos. Tudo leva, pois, a crer que os bacilos resistentes têm uma vitalidade reduzida.

### BACILOS ISONIAZIDO-RESISTENTES

Observou-se que algumas culturas, obtidas directamente da expectoração, e consideradas, por isso, totalmente resistentes, contêm quase sempre algumas colónias sensíveis.

Na realidade, a inoculação de germes isoniazido-resistentes produz lesões, que desaparecem rapidamente sem deixar vestígios.

Todos os germes sensíveis sintetizam um enzima — cata-

lase — que decompõe o  $O_2 H_2$  produzido ao nível das lesões tuberculosas, e tóxico para os bacilos. Sabe-se que os bacilos resistentes não patogêneos perderam a sua propriedade catalásica. Ora, a perda do poder patogénico está ligado ao carácter catalase-negativo, que se observa em diversos graus, sendo a perda de virulência proporcional ao grau de negatividade do processo catalásico.

Estes três caracteres: isoniazido-resistência, deficiência em catalase e atenuação da virulência, são hereditários no bacilo tuberculoso.

Qual o poder patogénico dos bacilos isoniazido-resistentes para o homem? Qual o poder patogénico das estirpes isoniazido-resistentes para o organismo infectado?

Parece que o doente bacilar continuará a agravar-se inexoravelmente desde que expectora germes isoniazido-resistentes.

Lugar à parte deviam ocupar os germes contidos nas lesões caseosas fechadas, em regra nodulares. As recaídas a partir destas lesões são, muitas vezes, provocadas por bacilos sensíveis. Parece, pois, que os bacilos isoniazido-resistentes das lesões fechadas são pouco patogénicos para o organismo que os alberga.

Quanto ao poder contaminante para o homem, hesita-se em responder... mas a verdade é que a isoniazida administra-se desde há alguns anos, os bacilos isoniazido-resistentes multiplicam-se, e os casos de indivíduos contaminados por tais germes são excepcionais.

Estes bacilos, de poder infectante provavelmente diminuído, não infectam o homem senão em circunstâncias especiais, como a dum contágio maciço ou quebra da resistência orgânica após doença infecciosa.

Mas na prática não se tem o direito de considerar que um tuberculoso expectorante de bacilos isoniazido-resistentes não é contagioso.

(Artigo condens. por Taborda de Vasconcelos, de «Bruxelles - Médical», n.º 20, Maio de 1959).

# TERMAS DE MONTE REAL

## A Estância dos Hepáticos e Intestinais

ABERTAS DE 1 DE MAIO A 30 DE NOVEMBRO

### INDICAÇÕES CLÍNICAS

Dominantes:

Doenças de fígado e intestinos

Secundárias:

Afecções respiratórias e reumatismais

### BALNEÁRIOS MODERNOS

(Dotados com a mais perfeita e eficiente aparelhagem)

### SERVIÇO DE FISIOTERÁPIA

(14 gabinetes)

### LABORATÓRIO DE ANÁLISES

(Análises simples e completas)

# HOTEL MONTE REAL

O maior e melhor da Estância

NO TRATAMENTO DE: ESTOMATITES • GENGIVITES • FARINGITES • AMIGDALITES



# ODONCLOR

(Contém etilmercuritiosalicilato de sódio, poderoso bactericida e fungicida)

ANTI-SÉPTICO  
DA BOCA E  
OROFARINGE

FRASCO DE 50 C. C. DE ELIXIR

LABORATÓRIO *fidelis*

## Manifestações oftalmológicas da mononucleose infecciosa

GEORGES BONAMOUR e M. RAVAUULT

Embora raras, as manifestações oftalmológicas da mononucleose infecciosa, constituem um capítulo muito recente e interessa considerá-las pela particularidade especial da localização.

O síndrome, descrito por Pfeiffer, com carácter infeccioso específico do sistema ganglionar e dos órgãos linfóides, atinge de preferência as crianças e os adolescentes, dando, às vezes, origem a pequenas epidemias por motivo da sua pequena contagiosidade.

Caracteriza-se por angina de aspecto variável, com adenopatias nas regiões laterais do pescoço, esplenomegalia frequente e só excepcionalmente hemorragias.

É decisivo do síndrome o quadro hematológico, que revela leucocitose moderada (15.000) com 70 % de mononucleares.

Parece demonstrada a responsabilidade de certo vírus no desencadear da doença, cujas complicações oculares são de duas espécies: as directamente acarretadas pelo vírus ao nível dos anexos oculares e globos; e as manifestações oculares por participação do sistema nervoso.

As primeiras, acarretam edema palpebral ou órbito-palpebral, síndrome precoce que se mantém até final da doença e podendo mesmo precedê-la. Aparecem também dacriocistites, dacriocistites, estas mais raras, inflamação das conjuntivas — só hiperemia simples, ou conjuntivite folicular — esclerites e episclerites, etc.

Quanto às manifestações oftalmoscópicas, englobam modificações da papila, da retina e dos vasos. Além do edema retino-macular, que pode surgir, assim como escotomas, é possível aparecer nevrite óptica, hemorragias retinianas e periflebites. Estas duas lesões coexistem na mesma retina e associam-se ao edema papilar.

Mas a participação do sistema nervoso, com repercussão nos órgãos visuais, são também de tomar em conta. Constituem actualmente noções clássicas decorrentes da mononucleose infecciosa, a participação encefálica com reacção do liquor, sem localização electiva e, por isso, de aspectos polimorfos.

Podem ser atingidos o cérebro, medula, nervos cranianos, quer isolados, quer conjuntamente.

A repercussão nas vias ópticas intracerebrais traduz-se por déficits campimétricos, escotomas, hemianopsias, amaurose transitória.

A ptose é outra consequência várias vezes assinalada.

Constatou-se também, num caso autopsiado, a degenerescência histológica dos núcleos dos III e IV pares cranianos, num doente com diplopia.

É preciso acentuar ainda a possibilidade de nistagmo, paralisias supranucleares, desvios complicados do olhar e outras lesões.

Necessário é, agora, acentuar a benignidade de todos estes sintomas, aliás paralela à da própria doença.

Deve, no entanto, ser considerada na etiologia de certos grandes sintomas oftalmológicos, como a nevrite óptica aguda, neuroretinite infecciosa, periflebite retiniana, etc.

Nestes casos torna-se necessário, além do exame cuidadoso, o concurso da fórmula sanguínea e da reacção específica de Paul et Bunnell.

(Artigo condens. por Taborda de Vasconcelos, de «Gazette Médicale de France», tomo 66, Março de 1959).

## Livros aparecidos últimamente

POST-CURE DE L'AMBYCPE RÉÉDUQUÉ-JEAN — Sedan (Masson).

ATLAS D'ANATOMIE STÉRÉOTAXIQUE — J. Talairach, M. David, P. Tournoux, H. Corredor, T. Kvasina (Masson).

MANUALE DI SEMEIOTICA MÉDICA — F. Lenzi, A. Caniggia (Minerva Médica).

ÉLÉMENTS DE MÉDECINE LÉGALE ET DE LÉGISLATION MÉDICALE — E. Fournier (Flammarion).

NIERENKRANKHEITEN — Hans Sarre (Thieme).

PATHOLOGIE VASCULAIRE DES MEMBRES — Pierre Wertheimer, J. Sautot (Masson).

LE VOLUME SANGUIN DES POUMONS CHEZ L'HOMME — Jacques Lammerant (Arscia).

RADIUM-ISODOSEN, DIE RADIUMDOSIERUNG IN «R» — A. Verhagen (Thieme).

## As furnas e a sua riqueza hidrológica

A. RODRIGUES PAZ

Indubitavelmente, e sem ressaibos de bairrismo, um dos pontos do globo em que a natureza se reveste das suas melhores galas é a ilha de S. Miguel, uma das ilhas do arquipélago dos Açores. Situada entre 37° 40' e 37° 55' de latitude norte e 25° 12' e 25° 50' de longitude oeste, deve a sua situação pri-

boço de um recanto desta ilha quase desconhecido por portugueses continentais e mesmo açoreanos, quando bem merecia ser conhecido universalmente, porque, além da suavidade da sua paisagem, do deslumbramento do seu jardim, onde se vêem espécimens arbóreos de origem tropical, e ainda da

Pena é, porém, que as águas ali existentes não tenham sido melhor estudadas, de modo a dar-lhes a valorização devida. De desejar seria que a Junta Geral do distrito de Ponta Delgada concedesse facilidades e uma bolsa de estudo ao médico hidrologista que a serve, e que, diga-se de passagem — dispõe de farta competência e é espírito aberto a todos os progressos modernos — para que pudesse fazer um estudo sério dos efeitos terapêuticos das águas, adaptando as suas instalações aos tratamentos modernos, estribando-se em tudo o que se passa nas termas da França e Alemanha, pelo menos, de modo a deslocar com certeza muito turismo para um lugar valorizado ainda pelo ineditismo do seu clima e pela suavidade de um meio em que se não necessitam os calmantes que se impõem nos meios movimentados, que quebrantam, com o ritmo de vida actual, os nervos dos mais fortes. Pena é também que as Furnas, por falta de recursos financeiros, não tenha tido aquele carinho que lhe era devido no campo do urbanismo, porque a natureza em toda a sua beleza é como a mulher: necessita de valorizar com toilette ade-



Vista geral do Vale das Furnas

vilegiada, quanto a fertilidade e beleza, ao factor humidade e à nebulosidade que por vezes a envolve, desentranhando-se em extraordinária pujança de vegetação tropical e numa suavidade de luz de quase irrealidade.

Descoberta, segundo parece, por Diogo de Silves ou de Sunis, em 1427, segundo moderna historiografia, baseada na carta de Gabriel Valsequa, e não por Gonçalo Velho em 1432, como até há pouco se julgou, a sua descoberta marca uma gloriosa etapa a quando da maior florescência do génio português na era quinhentista, no capítulo dos descobrimentos marítimos, sob o influxo maravilhoso do Infante D. Henrique.

A ilha de S. Miguel, que tem tido um grande desenvolvimento após a sua descoberta dentro de cinco séculos, mercê do dinamismo dos seus habitantes, tem tido ainda maior ritmo de progresso nos últimos anos, em que, na ânsia de modernização, se construiu uma avenida marginal, que modificou sobremaneira o fâcies da cidade, Ponta Delgada, anteriormente de aspecto taciturno. O Governo do Estado Novo bem merece por este facto a gratidão dos seus habitantes.

Tracejar a pinceladas largas uma ideia da ilha de S. Miguel, onde se ostentam panoramas que impressionaram mesmo, segundo li algures, o grande poeta inglês Lord Byron, seria ocupar demasiado espaço nesta revista, que tem objectivos variados que não podem ser cerceados.

Limite-me, pois, a um ligeiro es-

bonomia dos seus habitantes, dispõe de uma variedade de águas termais excepcional e de efeitos terapêuticos ine-



Uma caldeira das Furnas, pequenas caldeiras e fumarolas

gáveis, e apresenta fenómenos vulcânicos dignos de serem visitados. Refiro-me ao Vale das Furnas,

quada e mesmo com um pouco de artificialismo o fâcies que lhe foi dado. A arte, além da reprodução das linhas,

NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL, REUMATISMO ARTICULAR, ETC

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

AMPOLAS - GOTAS

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

LABORATÓRIOS "CELSUS"

LISBOA

tem que ter retoques que só o verdadeiro artista lhe sabe imprimir e que dele irradia espontaneamente.

Nas Furnas existem caldeiras em inacreditável efervescência. A propó-

ves. Temos também a água denominada Quenturas, que é bicarbonatada sódica e mista, férrea, arsenical, contendo silício e que é também hipertermal. Esta água não tem similar em

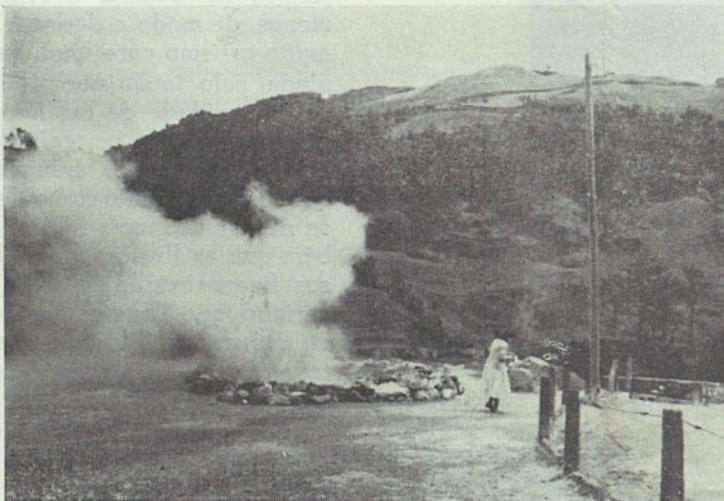
lena e ainda a água da Camarça, tendo esta última grandes propriedades diuréticas, o que, devido a uma quebrada, desapareceu, mas que se diz que recentemente foi reencontrada. Registam-se também lamas minero-medicinais, que não têm sido aplicadas e que têm as suas indicações em meios termais melhor aproveitados.

Estes sucintos elementos hidrológicos são extraídos da tese do Dr. Manuel Caetano Pereira, médico que actualmente reside na América do Norte, e que prestou serviços hidrológicos nas Furnas.

As águas termais das Furnas são aconselháveis em reumatismos, com bastante eficácia, na litíase, albuminúrias, peri-artrites crónicas, hipertensão arterial, e em diversas dermatoses, especialmente na psoríase, etc.

Não é bairrismo esta exposição. É uma realidade. Realidade que bem merece dos poderes públicos locais mais atenção, pois que, como acima digo, as Furnas têm sido criminosamente descuradas.

Incluimos algumas fotografias que dão uma pálida ideia das Furnas, aprazível lugar, que, pela variedade das suas águas, encantamento que dele di-



Uma das caldeiras das Furnas

sito, cito uma frase de um turista que nunca vira vulcanismo, e que pouco devia à instrução, que disse ingenuamente, com entoação admirativa: «Muito se deve gastar de lenha para isto ferver assim!».

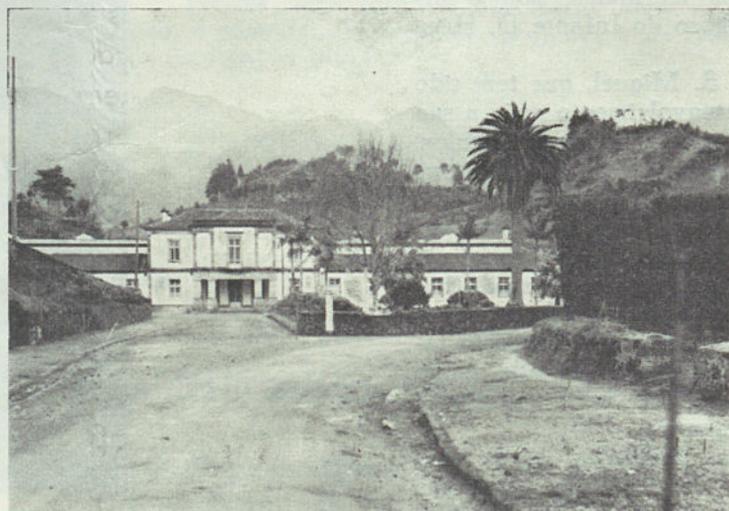
A riqueza termal das Furnas é verdadeiramente pasmosa. Dentro de um espaço limitado encontra-se uma grande variedade de águas quanto à sua composição e termalidade.

Assim, a Caldeira Grande tem uma água sulfúrea sódica, cloretada e silicada. No Asmodeu, designação certamente de uma entidade diabólica, para traduzir a sua terrível ebulição, a água é sulfúrea sódica, cloretada, bicarbonatada e silicada. No Caldeirão ou Chalete Quente brota uma água sulfúrea sódica, bicarbonatada sódica e mista, contendo bromo, iodo, lítio, arsénio e fluor.

Em águas alcalinas temos a Água Santa, que é carbonatada, sódica e mista, sendo hipertermal, ao ponto de muitos veraneantes ou doentes com ela prepararem chá, aproveitando a sua elevada temperatura. Esta água assemelha-se à água francesa de Plombières e à nossa água portuguesa de Cha-

Portugal, só a tendo em Boussang na França e Elster na Alemanha.

Há a água do Padre José e Grutinha I, que além de ser bicarbonatada sódica e mista, é rica em ácido carbónico e contém bastante ferro.



Balneário termal das Furnas

Há a água do Dr. Bruno, que é fria e de fraca mineralização. Há ainda várias águas carbo-gasosas, com forte mineralização. Há a água da He-

mana, representa um dos pontos do mundo de grande valorização natural, e que pode prestar grandes benefícios terapêuticos.

# ECOS E COMENTÁRIOS

## CARREIRA MÉDICA

### III

**D**IZIA eu, no último número, que o sistema preconizado no relatório sobre «Carreira médica» estava eivado de espírito socializante — portanto, contrário às opiniões manifestadas em muitos países da Europa e da América do Norte pela grande maioria dos médicos. Trata-se mesmo de princípios opostos aos que sempre tem defendido a Associação Médica Mundial.

Eu não tenho dúvidas de que em Portugal — se fosse possível instituir uma organização como o Serviço Nacional de Saúde inglês — isso beneficiaria imenso a grande maioria dos nossos médicos e faria progredir consideravelmente os meios de actuar a favor da saúde pública. Mas haverá alguém capaz de admitir que neste País — com o nosso pobre orçamento geral do Estado, com os parcos orçamentos das nossas Misericórdias e dos nossos corpos administrativos, embora acrescentando-se os recursos da Previdência — que em Portugal seja possível, mesmo que tivéssemos os técnicos que possui a Grã-Bretanha, pagar aos médicos como lá se paga e organizar hospitais como os que têm os britânicos?

Não nos esqueçamos de que, atendendo ao número de habitantes de Portugal comparado com o da Inglaterra, precisaríamos, nós, portugueses, só para manter uma organização semelhante ao Serviço Nacional de Saúde inglês, tanto ou mais de recursos financeiros do que o nosso Governo gasta com todos os seus Ministérios!

Procurarmos, no nosso País, integrar todos os serviços de saúde num único sistema — o Serviço de Saúde, que faça assistência a todos os indivíduos — e todos nós, os médicos, ou quase todos apenas funcionários públicos integrados no sistema geral das respectivas remunerações — não contribuiria, certamente, para uma maior eficiência sanitária nem para a melhoria económica da maioria dos médicos portugueses.

Não sou partidário, pois, do que se preconiza no relatório — quando se pretende «macaquear» (desculpem-me a expressão), entre nós, o Serviço Nacional de Saúde britânico; nem me parece viável — pelo menos num período próximo — integrar os nossos hospitais — como desejam os signatários do relatório — numa só rede, técnica e administrativa, organizada pelo Estado, isto é, nacionalizar todos ou quase todos os hospitais portugueses, como se fez na Grã-Bretanha. Penso que, atendendo ao nosso condicionamento político, administrativo e financeiro, só podemos melhorar os nossos hospitais por meio de soluções parcelares, que se coadunam com as condições locais e

certas tradições que não devemos desprezar, embora eu defenda que caiba ao Estado a missão de dar directivas, coordenar e fornecer recursos financeiros — e nunca manter-se, o Estado, em cómoda acção supletiva.

Fico, agora, por aqui, quanto a comentários sobre as sugestões que apresenta o relatório para o «Estudo sobre a carreira médica» — que melhor se poderia chamar — sobre a funcionalização da medicina portuguesa.

Não posso, pois, estar de acordo com o «estudo» que levaram a efeito os 20 colegas que subscreveram o alvo-

roçante relatório, que tantos protestos tem levantado, porque conservo-me preso — para a resolução do problema médico português — a certos princípios fundamentais — àqueles princípios que defende a Associação Médica Mundial, à sombra dos quais a velha Europa Continental do Ocidente vai fazendo progredir a sua previdência social para a doença, mantendo um razoável nível de vida para os seus médicos e fazendo progredir, também, a medicina.

Antes de terminar estas breves anotações — e como gosto de apresentar sempre soluções práticas, construtivas — trago agora a enumeração de certos princípios, que redigi para serem apresentados na última Assembleia Geral da Ordem dos Médicos, mas que, afinal, não julguei oportuno referir — princípios que oponho ao que se preconiza no relatório, a cujos signatários quero apresentar as minhas homenagens, certo, como estou, de que merecem, pelo esforço que procuraram realizar a favor da classe, o nosso respeito e a nossa consideração.

Eis a moção:

«A Assembleia Geral da Ordem dos Médicos, perante a complexidade dos problemas que foram postos pela Comissão que apresentou um relatório sobre estes problemas, sugere, desde já, os seguintes princípios basilares, a adoptar na reorganização dos serviços médicos:

1.º — Após o curso geral de medicina, todos os médicos seriam obrigados, mas com remunerações razoáveis, a fazerem estágios em hospitais e outros organismos sanitários de Lisboa, Porto e Coimbra, mas em tempo exclusivo, isto é, durante esses dois anos os jovens médicos não teriam outras ocupações clínicas.

2.º — Todos os serviços sanitários que agora pertencem aos Ministérios da Saúde e das Corporações seriam integrados num só Ministério.

3.º — Reformar-se-ia e ampliar-se-ia o sistema de seguros para a doença, atendendo-se a que:

As famílias dividir-se-iam, para efeitos de previdência social, em dois grupos: os economicamente débeis (definindo-se, naturalmente, os limites de proventos dos aglomerados) e as outras famílias; para aquelas haveria uma previdência social obrigatória, pagando-se aos médicos honorários relativamente baixos; para as outras famílias, também se organizaria um sistema de seguros, mas facultativo, no qual os médicos que desejassem integrar-se receberiam honorários superiores aos que correspondem à previdência para os economicamente débeis. Em todos os casos, procurar-se-ia que trabalhassem nos organismos dos seguros sociais para a doença todos os médicos que o desejassem e se procurasse também manter, no máximo, os princípios da livre es-

### Preventivo da gripe e das complicações post-gripais



## QUINOPIRINA

GRAGEIAS SUPOSITÓRIOS

Os supositórios (nova forma) foram preparados tendo em vista o tratamento da gripe, quando acompanhada de afecções das vias respiratórias (bronquite aguda e crónica).

▲ QUINOPIRINA NÃO CONTÉM ANTIBIÓTICOS

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

colha do médico pelo doente e da liberdade da prescrição médica, dentro, naturalmente, da disciplina indispensável.

4.º — Para melhorar a situação hospitalar do País, estabelecer-se-iam regras gerais a que se submeteriam, sob a direcção do Ministério da Saúde, todos os hospitais que quisessem receber subsídios do Estado; o Governo e a Previdência Social teriam de despender para os serviços hospitalares somas muito mais consideráveis do que até agora. Os médicos, nos Hospitais, receberiam, além de vencimentos fixos, honorários correspondentes aos pensionistas e porcionistas (mesmo internados nas enfermarias), incluindo também os que diriam respeito aos doentes beneficiários dos seguros sociais.

5.º — Na organização da assistência sanitária da Previdência Social ter-se-ia a preocupação de evitar serviços próprios, mas antes, aproveitar-se-iam todos os organismos assistenciais que actualmente dependem do Ministério da Saúde ou que destes venham a depender, para os beneficiários dos seguros sociais.

Antes de terminar, quero dizer que as colunas de «O Médico» estão, como sempre, às ordens de quem queira aproveitá-las para tratar de assuntos profissionais — como aqueles de que trata o relatório a que temos aludido. Entendemos mesmo que é, principalmente, na imprensa médica que bem podem ser abordados problemas como os do «Estudo sobre a carreira médica». Ser-nos-ia particularmente agradável e honroso que os signatários do relatório viessem às colunas deste periódico refutar as afirmações que temos feito e esclarecer sobre os pontos que julguem oportuno fazê-lo.

M. C.

## SOBRE ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS

**D**A casa E. Brunner e C.<sup>a</sup> recebemos a seguinte consulta, que resumimos:

São representantes em Portugal do anestésico local Xylocaina, da casa Astra, que importam sob várias formas farmacêuticas.

A Alfândega etiquetou as formas solúveis (ampolas e frasco ampolas, simples ou com vasoconstritor) e destinadas a injeção como anestésicos, (Pauta, n.º 380) e por isso com uma taxa privilegiada. Por outro lado as formas Unguento e Viscosa foram consideradas como medicamentos e na pauta geral com a taxa de especialidade farmacêutica.

Não concordando com a decisão recorreram para o Tribunal.

### RESPOSTA

Os medicamentos são drogas destinadas a curar, melhorar ou prevenir as doenças do homem (ou dos animais, em veterinária) ou ainda a aliviar o sofrimento. Nestas condições os anestésicos são sempre medicamentos.

Os anestésicos destinam-se a inibir a percepção da dor por acção sobre as terminações sensitivas, os nervos ou os centros cerebrais superiores. No último caso a anestesia só é obtida com a perda da consciência e os anestésicos chamam-se anestésicos gerais. Nos casos restantes os anestésicos são chamados anestésicos locais.

A forma de administração dos anestésicos locais pode ser variada: desde a aplicação local sobre a pele indemne ou as mucosas, até à infiltração por injeção junto aos troncos nervosos ou às terminações sensitivas. Depende primeiro da forma de saturação do anes-

tésico local, nomeadamente acção física na criestesia pelo cloreto de etilo, por ex., e química na maioria dos anestésicos. Depende depois da solubilidade do anestésico e do seu poder de penetração, e ainda da sua toxicidade.

Todos estes elementos condicionam as classificações existentes de anestésicos locais. O uso desses anestésicos é um pouco diferente consoante as características próprias de cada um.

Assim uns são empregados para interromper a sensibilidade como acção prévia em pequenas intervenções cirúrgicas, e ainda por injeção ou por emprego local em líquido absorvível ou pomada; outros são empregues para eliminar a dor em situações de lesões cutâneas ou profundamente dolorosas, o que se obtém mais frequentemente com pomadas ou com líquidos penetrantes, outros são empregados na eliminação de arcos reflexos dolorosos que condicionam contracturas ou espasmos vasculares; etc.

Apesar de várias actividades terapêuticas diferentes, a característica comum é bem definida e chama-se anestesia local.

Toda a divisão é puramente artificial e não corresponde aos nossos conhecimentos farmacológicos.

Portanto, desde que exista na Pauta Alfandegária uma rubrica destinada Anestésicos, todos sem distinção têm que ser incluídos nesta rubrica.

J. ANDRESEN LEITÃO

## ECOS DA IMPRENSA LEIGA

### PRODUTOS ALIMENTARES

«O Século» publicou recentemente um artigo intitulado «Crimes e estragos nos produtos alimentares», do qual transcrevemos os seguintes períodos:

«Outro aspecto não menos importante é o da actividade fiscalizadora quanto ao estado sanitário dos géneros postos à venda para consumo público. Todos os meses, em Lisboa, os serviços veterinários do Município, por iniciativa própria ou a pedido de várias entidades, realizam algumas centenas de vistorias a estabelecimentos e outros lugares de venda, preparação, fabrico e depósito de produtos de alimentação para avaliarem das condições higiénicas e determinação de obras que as assegurem eficazmente, e também centenas de visitas a mercados e outros estabelecimentos para fiscalização e inspecção sanitárias dos produtos. Disto devia derivar a certeza de que os vendedores por grosso ou a retalho procurariam defender o público e defender o seu próprio interesse comercial evitando que os produtos se deteriorem além do que está longe da acção humana. Todavia, tal não acontece.

São consideráveis as quantidades de carne e seus derivados, de peixe, de criação e de caça que todos os meses são inutilizadas por ordem dos fiscalizadores sanitários municipais por constituírem perigo para a saúde pública. No mês de Março, por exemplo (o último de que já foram fornecidos números), foram inutilizados cerca de 1.000 quilos de carne, quase

# XYLOCAINA®

Anestésico local por via parentérica ou de superfície, isento de poder sensibilizante. Permite uma analgesia mais rápida, profunda e notavelmente mais duradoura.

Frascos ampolas de 20,50 e 100 cc. a 0,5 %, 1 % e 2 % com, ou sem epinefrina.

Caixas de 50 cilindros e de 100 ampolas, para uso estomatológico.

**XYLOCAINA® GEL** — anestésico dos mais eficazes sobre as mucosas acessíveis, especialmente as da uretra.

Bisnagas de 30 cc.

**XYLOCAINA® VISCOSA** — anestésico «per os» de acção comprovada na anestesia das mucosas das partes superiores do tubo digestivo.

Frascos de 100 e 300 cc.

® Marca registada de ASTRA — Södertälje — Suécia.

REPRESENTANTE EM PORTUGAL: **E. BRUNNER & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>**

Rua de Avis, 13-2.º — Porto

Rua Duques de Bragança, 9-3.º — Lisboa

terapêutica  
de largo espectro  
poderosa  
e segura

# TERRAMICINA\*

marca da oxitetraciclina

*intramuscular*

# IM



para os doentes que não podem, não querem ou não devem ser medicados por via oral.

frasco de 100 mg, com 100 mg de cloreto de magnésio e 2% de cloridrato de procaina.

Nas infecções graves ou fulminantes que exigem rapidamente elevados níveis séricos.

frascos de 250 e de 500 mg tamponados com ácido ascórbico.

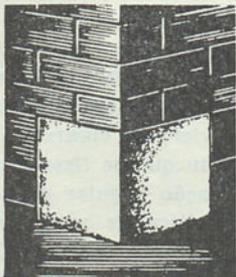
*intravenosa*

# IV



Terramicina Injectável tem uma grande margem de segurança e é bem tolerada; resultados terapêuticos extraordinários.

TERRAMICINA



**PEDRA ANGULAR  
DA MEDICINA**

O Maior Produtor de Antibióticos do Mundo  
PREPARAÇÕES VITAMÍNICO-MINERAIS • HORMONAS



PFIZER INTERNATIONAL INC., 800 Second Avenue, New York 17, N. Y., U.S.A.

REPRESENTANTES: NEO-FARMACÊUTICA, LDA.

Avenida 5 de Outubro, 21 — LISBOA • Rua Sa da Bandeira, 605-2.º — PORTO

\* Marca de fabricante de Chas. Pfizer & Co., Inc.

600.000 quilos de peixe e cerca de 700 quilos de criação e caça. Representa isso um óptimo serviço prestado à população; mas oferece um aspecto digno de consideração.

Toda a gente sabe que o armentio nacional não chega para assegurar as quantidades de carne de que o País precisa, e que são constantes os recursos à importação volumosa de carne estrangeira. Ninguém ignora que só com muito esforço das tripulações e enorme desgaste de barcos a indústria de pesca consegue assegurar um abastecimento regular de peixe, oferecendo até o suplemento necessário quando a carne escasseia. Como ninguém desconhece a importância que os animais de criação doméstica e a caça têm na alimentação de ricos, remediados e pobres.

Assim, ao lado de um abastecimento normal, que ainda não venceu completamente a insuficiência, surge a diminuição do seu volume por deterioração dos produtos. Admite-se, por não existir um bom sistema de refrigeração, que o peixe se estrague durante as viagens de regresso dos barcos ou em consequência das manipulações a que é sujeito nas lotas ou no transporte para os estabelecimentos, mas estranha-se que, havendo actualmente tantas possibilidades de instalar frigoríficos nos locais de venda ou nos centros de fabrico, as carnes e seus derivados se deteriorem em tão elevadas quantidades.

Se tomarmos por base os números atrás citados, e a preços mesmo muito baixos, verificaremos que o prejuízo de tais inutilizações de produtos atinge alguns milhares de contos por mês — o que é importante e impressionante. Mas o pior é que tamanho estrago se reflecte nas dificuldades de abastecimento do mercado e, sempre que é possível fugir à fiscalização, nos próprios preços — o que é mais grave ainda.

Examinado o problema, mesmo sem profundidade, chega o momento de perguntar se não é a altura de se adoptarem as providências que são necessárias: a reforma do código, para que as penas a aplicar aos açambarcadores, especuladores e mixordeiros sejam mais severas, e as medidas convenientes para se evitar a perda de tão grandes quantidades de produtos alimentares. As resoluções em muito contribuirão para atenuar o mal das baixas capitações na alimentação dos portugueses. E esse deve ser, na verdade, o objectivo primacial».

CONGRESSO DE CURANDEIROS

Do «Diário do Norte»:

«Em Paris realizou-se um congresso internacional de curandeiros presidido pelo francês Messegne, que conta entre os seus clientes mais famosos o Xá da Pérsia e Burguiba. Estiveram presentes representantes de vinte países.

Maurice Messegne tem 38 anos e foi professor de um instituto antes de atingir a desafogada situação actual, que lhe permite viver num luxuoso andar, possuir um também luxuoso automóvel e ter duas secretárias às suas ordens. Emprega nos seus tratamentos plantas medicinais que aplica sempre em forma de banhos de mãos, de

pés ou cataplasmas. Entre os acordos tomados no Congresso figura o de não tratar o cancro sem a colaboração de um médico.

O famoso mago de Nápoles não foi admitido como participante oficial, sob a acusação de charlatanismo, e teve que limitar-se a assistir como observador».

VACINA CONTRA O CANCRO

Cientistas americanos da Universidade da Califórnia imunizaram ratos contra o cancro, injectando-lhes células cancerosas tratadas com raios X. Foi a Sociedade Americana de Luta contra o Cancro que revelou esta notável experiência. Segundo o seu relatório, os cientistas verificaram que os raios X não matam as células can-

cerosas, mas alteraram-nas de tal modo que actuam como vacina, estimulando a resistência natural dos ratos ao cancro. Mais de noventa por cento dos ratos que levaram uma série de injecções (cinco ou mais) de células tratadas com raios X foram imunizados contra toda a transplantação ulterior de células cancerosas não tratadas com raios X. «Qualquer coisa, nestes ratos vacinados, possivelmente anticorpos, destruiu por completo os enormes e vigorosos cancros que lhes foram injectados seguidamente», acrescenta o relatório da S. A. L. C.. Estas experiências foram conduzidas pelos Drs. Ralph W. McKee, Eugeno Garcia, Richard Troeh e William Schultz, do Serviço de Química Fisiológica da Escola de Medicina da Universidade da Califórnia.

PERIGO DAS RADIAÇÕES

SAN FRANCISCO, 31. — O Dr. Linus Pauling (Prémio Nobel), cientista do Instituto de Tecnologia da Califórnia calculou que 50.000 americanos morrerão ou sofrerão horrorosamente de cancro devido à queda da radioactividade proveniente de bombas atómicas experimentadas até agora.

O Dr. Pauling declarou numa conferência com a imprensa, nesta cidade, que, se as experiências nucleares continuassem, a média de baixas em consequência da queda da radioactividade podia ser sete vezes mais elevada do que aquele cálculo.

O cientista disse ainda que a queda de radioactividade provocada pelas bombas até agora experimentadas podia, também, produzir, segundo todas as expectativas, perturbações mentais em 23.000 pessoas ainda por nascer.

O Dr. Pauling acusou a Comissão de Energia Atómica de ser «menos que honesta» em avaliar a extensão dos efeitos nefastos que a queda da radioactividade podia ter. (Reuter).

PRUDENCIA E TABACO

LONDRES, 28 — O presidente da Sociedade Real de Saúde, Lord Cohen Birkenhead, afirmou que o público em geral capricha em não tomar na devida conta as advertências que lhe são feitas pela classe médica — como acontece com a relação entre o vício do cigarro e o cancro. Por isso, sugeriu que se fizesse uma campanha de educação popular para criar interesse pela prática de medicina preventiva. Falando perante cerca de 3.000 participantes no Congresso daquela Sociedade, sublinhou que o cancro do pulmão tem-se vulgarizado e tornou-se «a forma mais comum do cancro mortal», na Grã-Bretanha, onde causa «cerca de 20.000 mortes por ano, sobretudo em homens da flor da vida». Lord Cohen acrescentou que embora existam outros factores como possíveis causas do cancro, está provado à evidência que quantos mais cigarros se fumam maior é a probabilidade de se contrair o cancro do pulmão. «Um homem prudente não pode conhecer este facto e simultaneamente proceder como se o desconhecesse» — afirmou Lord Cohen. — (ANI).

**Bioluetil**  
SEIXAS-PALMA

**PODEROSO ANTILUÉTICO DE BASE BIOLÓGICA**

**Bioluetil**  
MONOMETÁLICO  
Com Bi

**Bioluetil**  
BIMETÁLICO  
Com Bi + Hg

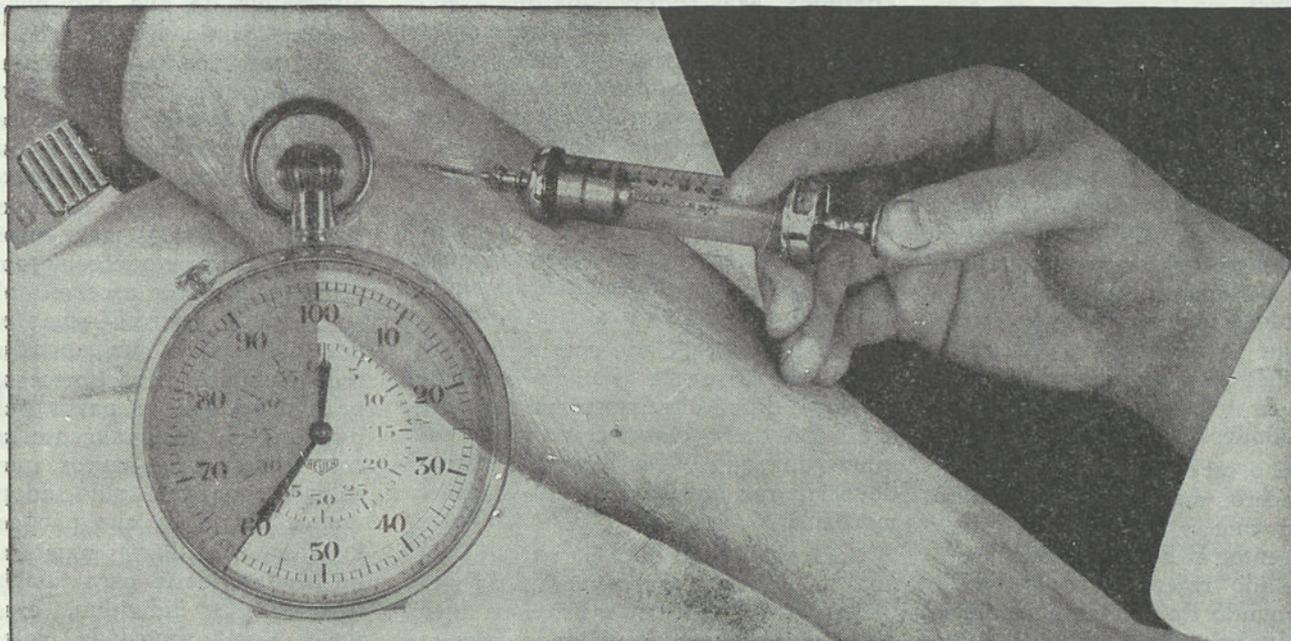
**Bioluetil**  
TRIMETÁLICO  
Com Bi + Hg + As

**GRANDE EFICÁCIA  
AUSENCIA DE TOXICIDADE**

LABORATÓRIO DE BIOLOGIA E QUIMIOTERAPIA  
RUA DE S. TIAGO, 9-LISBOA

**LBO**

Uma nova realização da série das tetraciclina para a  
 terapêutica de largo espectro por via endovenosa



# REVERIN<sup>®</sup>

Pirrolidino-metil-tetraciclina

**Importante  
 Novidade!**

Ótima tolerância local e geral, mesmo em altas doses

Níveis sanguíneos terapêuticos durante mais de 24 horas  
 com uma única injeção

Concentrações séricas iniciais altíssimas

Pequeno volume de injeção (10 cc)

Injeção rápida (1 minuto)

## APRESENTAÇÃO:

1 frasco-ampola de 275 mg de pirrolidino-metil-tetraciclina

(correspondendo a 250 mg de cloridrato de tetraciclina)

+ 1 ampola de 10 cc de água bidestilada pro inj.



FARBWERKE

**HOECHST AG**

*vormals Meister Lucius & Brüning* FRANKFURT (M) - HOECHST

Representantes: QUIMICA HOECHST LDA.,

Secção Farmacêutica · Av. Duque d'Ávila, 169-1º · LISBOA

## A propósito do Relatório da Comissão da Secção Regional de Lisboa da O. M. «Estudo sobre a carreira Médica»

O estudo sobre a carreira médica que nos foi distribuído merece-me espanto e agradecimento. Espanto pelo que representa de verdadeira «démarrage», do espírito de classe. Agradecimento pelo trabalho exaustivo e utilidade iniludível.

Mas façamos o «point» da situação, tendo bem presente que estamos perante uma terrível alternativa: ou o «statu quo» — verdadeira demissão de classe — que não aproveita a ninguém (???), ou qualquer coisa de novo que pode ser, em linhas gerais, o projecto que estamos a apreciar.

Em meu entender, a necessidade de frente unida é uma premissa fundamental para esta tomada de consciência de classe, que só quando bem estruturada, além de poder reivindicar os seus direitos, há-de impor a satisfação das suas necessidades.

Aqui vai o meu depoimento, consciente e sincero, mas com humildade. Atendam-no com a boa vontade com que o apresento. E antes de mais, seja-me permitido referir duas atitudes tomadas aquando da primeira reunião e que reputo bastante graves. 1.º) a maneira acintosa — quando não na intenção pelo menos na fonética — como foram formuladas perguntas ou

dadas respostas; 2.º) a volubilidade com que a assembleia se pronunciou de formas diametralmente opostas sobre o mesmo assunto e com intervalo mínimo — refiro-me à proposta de haver mais reuniões para esclarecimento do «Estudo». Mas a gravidade que acabo de apontar, se por um lado se explica pela falta de exercício de reunião e diálogo, poderá ter um aspecto positivo na medida em que pela prática nos formos comportando com um melhor sentido gregário. Em suma — um aperfeiçoamento prático e gnóstico.

O que acaba de se dizer é necessário — pelo seu espírito — para agora mais especificamente emitir a minha crítica.

Qualquer licenciado com actividade liberal que lesse este «Estudo» concluiria que é difícil ultrapassar em requinte o ara-kiri duma classe como nós o estamos fazendo. Mas esse licenciado deve ignorar que não há ara-kiri post mortem...

O trabalho em questão partindo da análise da organização caótica da medicina actual entre nós propõem uma solução. Pelo estudo cuidado não se pode concluir de outro modo que não seja a socialização. Que agrade ou não o termo, ele só vale aqui como sinali-

zação da palavra. Primeira pergunta a fazer qual a validade desta atitude numa sociedade não socializada? Puro anacronismo — classe explorada pelas outras. E, aceite esta verdade, perguntamos dentro do mesmo espírito de alternativa de que não nos podemos afastar, então que fazer? Por mim — aceitar. Aos que já têm uns anos de profissão esta saída é um verdadeiro logro, na medida em que escolheram uma profissão que tinha uma dominante bem grata — ser liberal — e se têm sacrificado para serem entre tantas vicissitudes, os mais aptos e qualificados. Para os que começam um projecto sério e com ascensão planificada — o que é notável — mas em que a possibilidade de poupanças está limitada d'embée. Mas é necessário perspectivar o que se passa pelo mundo para aceitar racionalmente, ainda que com tristeza para muitos, que esta é a solução que tem sido adoptada em muitos países. E que não se fale em 2.500 calorias diárias nem em aumento de produtividade para justificar o fenómeno. O individuo, esse capital maior duma sociedade, coloca o seu direito iniludível à saúde nas mãos do Estado e pede-lhe a maneira de lho garantir. São as leis de prestação desse

# GERIATRIL

CÁPSULAS

Colina, metionina, betaína, inositol, lipocaico pancreático e vitamina B<sub>12</sub>

Aterosclerose, diabetes, cirrose hepática, etc.

# CERI-NÚTRINA

Extracto concentrado de cereais, leguminosas e suco de cenouras, rico em glúcidos, prótidos, vitaminas, fósforo e cálcio.

Alimento de sabor agradável, fácil digestão e excelente tolerância. Valioso complemento dietético.

LABORATÓRIOS ESTÁCIO  
PORTO

serviço que nós pretendemos fazer e não esperar que o Estado no-las imponha coercivamente no todo ou em parte.

Afirma-se categòricamente que a profissão médica é liberal e como tal há imposto profissional ainda superior ao de outras profissões também liberais — engenharia por ex. — remunerações baixíssimas em Organismos de Estado ou particulares e com a multiplicação de serviços destrói-se a clínica particular válida. O que propõe o «Estudo»? A concentração num serviço bem vertebrado de todos estes fragmentos de assistência que no fundo são mais ou menos formas veladas de tráfico de poder. Ficaremos atônitos quando amanhã se somar o que se gasta em C. de P, Juntas de Freguesia, Associações de socorros mútuos; obras da senhora tal e tal, seguros, etc. Teòricamente em nada fica alterada a cota da actual clínica livre. E digo teòricamente porque na medida em que o «Serviço» se tornar idóneo será procurado por quantidades crescentes de população que estão ainda no sector da clínica livre, só por má qualidade da medicina organizada. Esta é a verdade iniludível. Depois, o desaparecimento dessa clínica.

Em meu entender, há talvez uma proposta a formular: classificação muito perfeita, por escalões, da população conforme a sua capacidade económica e depois pagamento do acto médico

conforme a sua ficha social. Acabava a oportunidade do economicamente forte poder recorrer por baixo preço a um serviço que por evolução se tinha tornado modelar e por tal, agente de destruição imediata da clínica livre. Conte-se a propósito um facto ocorrido na Clínica Mayo, onde são assistidos gratuitamente os doentes sem possibilidades económicas. Um Rockefeller foi apendicectomizado e enviou espontaneamente um cheque principesco de 150 mil escudos. Recebeu como resposta que, em face dos seus rendimentos declarados, a sua conta era de 300 mil escudos. Note-se que proponho uma solução de compromisso porque não me parece, por estruturação individual, que devam adoptar-se soluções extremas quantas vezes de consequências imprevisíveis. Temos colegas, ainda que poucos, que ainda hoje auferem através da medicina proventos da ordem de muitos milhares de escudos, o que, comparado com outras profissões, não nos deve impressionar a não ser pelo feio pecado da inveja. Mas não nos esqueçamos do que foi a duríssima caminhada, com abdições sem conta, em que no ardor da luta só, e, nem sempre, se perdeu o sentido da solidariedade. São verdades sabidas, mas por vezes esquecidas. Há que atender a a essas posições adquiridas embora se possa discordar da patogenia. Ora, parece-me que a solução preconizada e mesmo porque tempo levará até que

se transforme em modelo o «Serviço», o médico grande contribuinte estará plenamente defendido.

Ao processar-se a evolução não haverá amanhã grandes contribuintes? Talvez. Aliás, cabe à geração que está agora a subir, ir-se condicionando para tal. Mais grave me parece, e cabe aqui referi-lo, é o fenómeno hoje verificado da diminuição de candidatos à matrícula de medicina. Com esta proposta, de reforma poderá retomar-se a confiança quanto à futura cobertura sanitária do País?

Aceitem-se pois as vigas mestras deste «Estudo» e comece-se a discussão de pormenores — aprovação no internato geral, tempo de 1.º assistente, médicos de Saúde Pública, vencimentos base, etc. — que pela sua natureza são susceptíveis de criar correntes de opinião irredutíveis e em última análise congelar tanto trabalho já realizado. Não é viável o plano de cada um, mas há-de ser o detodos nós.

Para mim a compensação maior e de preço não facturável — o denominador comum como soi dizer-se — é a reconquista do prestígio da classe através da prestação dum acto médico digno e o fechar a porta aos estranhos, esses malfadados estranhos que tanto se têm imiscuído nos nossos problemas e que com a nossa criminosa convivência nos têm dividido para reinar.

DANIEL DE PINHO

NOVO E ORIGINAL

Para a moderna terapêutica de:

- FLEBITES E TROMBOSES (tratamento complementar);
- HIPODERMITES DOLOROSAS OU NÃO;
- ECZEMAS EXSUDATIVOS;
- TROMBOSES SUPERFICIAIS / ESCLERODERMIA / HEMATOMAS / CONTUSÕES / ABCESSOS / PANARÍCIOS / FURÚNCULOS / INFILTRADOS INFLAMATÓRIOS CONSECUTIVOS A INJEÇÕES E A PERFUSÕES

# HEMODERMOSINA

pomada hidro-lavável de fenindiona a 5%.

ANTI-INFLAMATÓRIA / DESINFILTRANTE

ANTI-TROMBÓSICA / DESIDRATANTE

Laboratório

*DAVI*

L I S B O A

## Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica

(2.<sup>a</sup> sessão — 1959 — 6 de Junho, em Coimbra)

*Constituição da Mesa:* Presidente — Prof. Costa Sacadura; Secretários — Prof. Vaz Serra e Dr. Marques da Mata.

Resumo do trabalho «*Dietética dos Reumatismos*».

O Prof. Doutor Meliço Silvestre começou por fazer considerações de ordem geral sobre o valor alimentar e as acções terapêuticas de várias substâncias nutritivas, passando seguidamente, a considerar a alimentação dos reumatismos que, para efeitos de dietética, considerou divididos em três grupos:

- 1) Artrite reumática
- 2) Reumatismo crónico (Osteo-artrite e Fibrosite)
- 3) Reumatismo gotoso

Quanto aos doentes de artrite reumática, chamou a atenção para o estado de depressão geral de funções digestivas apresentado por estes doentes com dispêpsia, hipocloridria associado a adinamia, taquicardia e estado febril e por conseguinte para a grande necessidade de estimulação da secreção gástrica prescrevendo em geral carne, vegetais, cerveja, chá, café, vinho (com moderação) na sua alimentação.

Nos doentes de reumatismo crónico é de opinião que se deve começar por procurar despistar outras doenças que frequentemente andam associadas com ele (diabetes, gota, obesidade, litíase, hipertensão) aconselhando a dieta adequada a cada uma destas doenças. Não se encontrando nenhuma dessas associações prescreve um regime sóbrio, sem extravagâncias culinárias, com gordura, álcool, café e chá reduzidos ao mínimo, inclinando-se para os regimes lacto-vegetarianos ou, simplesmente vegetariano. Manifesta certas simpatias pelo regime de Pemberton. Aconselha também, nalguns casos, um regime calcificante. Quanto ao reumatismo gotoso, depois, de dissertar sobre a degradação orgânica dos nucleoproteicos e de acentuar as funções desempenhadas por estes princípios alimentares, apresenta os dois tipos de gota (g. constitucional e gota secundária), manifesta a sua simpatia pelos regimes apurínicos prescrevendo um regime de tipo vegetariano, mas com eliminação de alimentos oxalóforos e oxalígenos. A alimentação de todos estes doentes deve ser controlada de tempos a tempos com análises de urinas.

RESUMO DO TRABALHO «CONSIDERAÇÕES ACERCA DE 296 CASOS DE REUMATISMO TRATADOS COM AS ÁGUAS E LAMAS DOS CUCOS, NA ÉPOCA TERMAL DE 1958

O Dr. Neiva Vieira chamou a atenção dos clínicos termais para a necessidade de publicarem os dados da sua experiência clínica a fim de convencerem os clínicos gerais e médicos especialistas da utilidade do tratamento com águas e lamas medicinais em certas formas de reumatismo; os doentes recorrem em geral tardiamente a esta terapêutica, em fases avançadas da doença em que pode haver melhoria, mas já não pode haver recuperação completa.

Neste estudo clínico de 296 casos de reumatismo tratados com águas e lamas dos Cucos na época termal de 1958, agrupam-se 96 casos de Reumatismos Vertebrais-Degenerativos, 54 de Gota, 53 de Artrite Reumatóide, 47 de Artrose dos Joelhos, 16 de Coxartrose, 11 de Fibrosite, 6 de Espondilite Reumatóide, etc.

É estudada a percentagem de doentes que obtiveram cura clínica, ou grande melhoria com este tratamento termal e esta percentagem é comparada com as publicadas por outros autores e obtidas com outros tratamentos; seleccionam-se histórias clínicas de doentes em que a doença já tinha uma fisionomia evolutiva estabelecida de agravamento progressivo apesar do recurso a outras terapêuticas consagradas e em que os doentes vieram encontrar com o tratamento nos Cucos modificação da sua doença no sentido da melhoria ou cura.

Esta terapêutica termal em que se associa aplicação geral ou local de lama a temperaturas elevadas e por tempo mais ou menos prolongado à ingestão duma água cloretada, bicarbonatada, sulfatada de sódio, cálcio e magnésio, estrôncio e lítio, fortemente radioactiva a Rádon (11,3 milimicrocuries por litro), com repouso e sudação na mesma cabine e em lama que se baixa sobre a própria banheira, provoca uma modificação do terreno, da personalidade reactiva do doente. Como admitimos que as doenças reumáticas, na maior parte, são causadas por reacções anormais a noxas habituais e em indivíduos predispostos, compreendemos que esta terapêutica com a sua acção modificadora actue mais profundamente do que a maior parte dos medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios só transitória-mente eficazes e nem sempre inócuos.

## Ordem dos Médicos

Movimento dos novos — Assembleia Regional de Lisboa

A propósito da Assembleia Regional Extraordinária, da Ordem dos Médicos, em Lisboa, foi enviada a seguinte circular:

«O Movimento dos Novos que vem, desde há cerca de um ano, lutando incessantemente por uma melhoria das condições em que é exercida, entre nós, a Medicina, chama a atenção de todos para a transcendente importância da próxima *Assembleia Regional Extraordinária da Ordem, que se efectua no próximo dia 20, pelas 21 horas, na Aula Magna do Hospital de Santa Maria.*

O nosso Movimento — que, de há muito, deixou de ser um movimento só de jovens, para se tornar *um movimento de toda a Classe*, como ficou largamente demonstrado na Assembleia Regional, realizada em Julho do ano passado, e nas últimas eleições para a Ordem dos Médicos — lembra que a *presença activa* de todos os médicos da Secção Regional do Sul, durante a discussão e aprovação do Relatório «*Estudo sobre a Carreira Médica*», há pouco distribuído, é, mais do que necessária, imprescindível.

A Classe Médica portuguesa, actualmente em situação angustiante, mercê de factos vários — entre os quais avulta, sem dúvida, o enorme número de soluções parciais, tantas vezes contraditórias e contrárias às realidades, que se tem querido impor-lhe — tem agora oportunidade de apresentar, ela própria, a *sua solução*.

Até hoje, nunca se tinha pensado perguntar à Classe como se deveriam equacionar e resolver os seus problemas, nunca tinha sido definida uma estrutura que nos permitisse pensar no dia de amanhã, sem ser com a inquietação de quem olha para o desconhecido. Necessário se torna, pois, que agora todos estejamos presentes, para definirmos em comum os princípios que nos deverão nortear, na conquista de um lugar a que temos direito.

O Movimento dos Novos que apoia o Relatório, por ele conter os princípios básicos essenciais — necessários para um retorno ao prestígio da Classe e para «garantir a qualquer indivíduo, no momento necessário, os cuidados médicos de que precisa» — lança um apelo para que todos estejam presentes, no próximo dia 20, na Assembleia Regional.

A COMISSÃO»

Nos estados  
diarreicos



# Tanalmicina

FRASCOS DE 90 GRAMAS

Tanal + Estreptomina em emulsão de sabor agradável

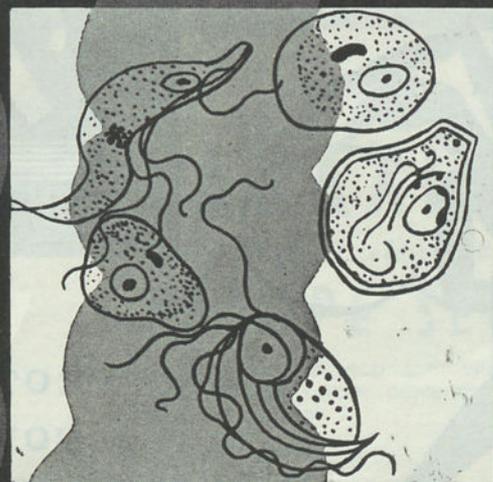
# Geigy

# Siosteran

o antiséptico intestinal isento de iodo  
para o tratamento  
das perturbações intestinais  
causadas por mudança  
de alimentação ou de clima.  
Diarreias estivais.  
Amibíase.

J. R. Geigy S. A., Basileia (Suíça)  
Departamento Farmacêutico  
Representante para Portugal:  
Carlos Cardoso,  
Rua do Bonjardim, 551 - Porto

Marca registada



# ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA

Arquivamos com prazer nas colunas do nosso jornal a palestra proferida na Emissora Nacional pelo Prof. Mendes Correia — excelente comentário à sessão da Academia das Ciências, realizada em 7 de Maio:

Na última sessão de classe de Ciências da Academia das Ciências de Lisboa, fizeram comunicações os srs. Professores Costa Sacadura, Pacheco de Figueiredo e Salazar de Sousa. Os dois primeiros ocuparam-se de assuntos históricos. O Prof. Sacadura de clérigos que exerceram a medicina, não — segundo certas tradições — numa fase de medicina sacerdotal, e o Prof. Pacheco de Figueiredo, director da Escola Médica de Goa, sobre alguns elementos documentais referentes à extensão da Medicina portuguesa, ou da Medicina Ocidental, por intermédio dos jesuítas portugueses ao Japão no século XVI. Apesar da oposição que em dados lances encontraram por vezes os portugueses no Japão, nem por isso eles deixaram de ser ali os notáveis e brilhantes introdutores da Medicina europeia, ficando justamente célebres alguns dos médicos portugueses que ali fizeram clínica. A expansão médica lusitana no Oriente foi notável, nunca podendo esquecer-se, como o rememoraram os Profs. Fraga de Azevedo e o ilustre autor da comunicação, figuras como as de Garcia de Orta, Cristóvão da Costa e outras na Índia, etc.

Quanto à comunicação do Prof. Costa Sacadura, foi ela a evocação brilhante de nomes de sacerdotes médicos

entre os quais foi recordado o professor de Obstetria da antiga Escola Médico - Cirúrgica do Porto, P.<sup>o</sup> Câmara Sinval de cujas obras, o Prof. Costa Sacadura, como das doutros, apresentou, como bibliófilo distinto, interessantes exemplares. Recordou, a este respeito, quem vos está falando, um artigo do Prof. Hernâni Monteiro nos «Trabalhos de Antropologia e Etnologia», dando trechos do P.<sup>o</sup> Sinval como testemunhos da sua opinião, que não é hoje perfeitamente ortodoxa, dum eugenismo tendente a não favorecer uma procriação desfavorável para a saúde da descendência, segundo a velha tradição espartana...

Uma terceira comunicação, a do Prof. Salazar de Sousa, referiu-se, com documentação pessoal, à acção oxigenante da hemoglobina materna no embrião em desenvolvimento.

Todos os trabalhos apresentados constituíram contribuições científicas dignas do maior interesse, ou evocando factos da antiga medicina portuguesa, ou trazendo os resultados de novas investigações ao conhecimento dos meios científicos. São objectivos fundamentais do labor académico essa útil evocação de primazias históricas, às vezes reduzidas a um olvido injusto, ou trazendo os resultados de novos trabalhos

científicos ao conhecimento daqueles meios.

Dois capítulos dum volume da autoria de quem vos está falando, *Antropologia e História*, se ocupam de combater aquele esquecimento: um intitula-se *A Cultura Portuguesa na África e no Oriente*, tendo constituído um relatório ao «Colóquio de Estudos Luso-Brasileiros» de Washington em 1950, e outro tem por título *Cientistas no Brasil*, tendo sido o tema duma conferência em 1949, na Sociedade Histórica da Independência de Portugal.

Lá se fala no primeiro destes escritos no que os Portugueses fizeram pela difusão cultural e por uma assistência à população nativa e adventícia não só na escola médica dirigida pelo P.<sup>o</sup> Luís de Almeida, em Oita, no Japão, mas nos hospitais portugueses que naqueles tempos, houve no mesmo país, em Oita, Hakata, Shimabara, Hito, Nagasaki, etc. Mas quantas outras obras de difusão de cultura e assistenciais por todo o Oriente atingido pelos Portugueses, como também na África e no Brasil?!... Chineses, javaneses, indianos, malaios, singaleses, etc., frequentaram o Colégio de S. Paulo de Goa, o qual foi pelo contemporâneo Pyrard de Laval chamado a primeira Universidade católica do Oriente. Japoneses estudaram na

*Novos conceitos, Nova terapêutica das obesidades*



INIBIDOR DO APETITE

PROTECTOR DA CELULA HEPÁTICA  
CONTRA A INFILTRAÇÃO GORDA

*Sem Tiroidina e Com Tiroidina*  
À MELHOR MERCÊ DO CRITÉRIO CLÍNICO

Embalagem de 20 comprimidos (tipo experimental) 30\$00

Embalagem de 50 comprimidos . . . . . 72\$50

AMATUS LUSITANUS

Apartado (Central) 142

LISBOA

Telefone 3 5951

Escola Médica de Oita. Mas a assistência médica portuguesa espalha-se em recolhimentos, hospitais, hospícios, leprosarias, missões, etc., onde, sem distinção de classes, de cores e de credos, se exercia a mais bela e larga caridade cristã. O mesmo Pyrard de Laval fala com admiração do que era no começo do século XVII o hospital português de Goa. E tantos tempos, hospícios, leprosarias, por outros pontos da Índia, da África e do Brasil. Em 1956, as Missões Católicas portuguesas só em Angola, e respectivas filiais, eram em número de 132, sendo os missionários em número de 386 dos quais 251 portugueses. O total de auxiliares regulares era de 689. A centenas de escolas oficiais há a juntar centenas de escolas missionárias. Em Angola em 1956 a Saúde e Assistência custaram ao tesouro provincial cerca de cem mil contos.

No Brasil que tive a satisfação de visitar em 1934 e 1937, desdobrou-se desde o Descobrimento uma acção lusitana de cultura e assistência que seria vão contestar ou diminuir. Já no período áureo do século XVI, o canário P.<sup>o</sup> Anchieta, o mercante culto que foi Gabriel Soares de Sousa, o amigo de Camões Magalhães Gandavo, o P.<sup>o</sup> Fernão Cardim, e até já a própria «Carta do Achamento» de Pero Vaz de Caminha ao Rei D. Manuel dão notícias sobre a população, geografia e fauna locais que são cheias de interesse e que nos não deixam em lugar de somenos perante os naturalistas holandeses e alemães como Piso e Marcgrave que ali vão com o conde de Nassau e perante outros estrangeiros que ali se sucedem. O explorador Alexandre Rodrigues Ferreira, Conceição Velloso e Arruda Câmara ali trabalham no século XVIII. Missões estrangeiras se efectuam no grande País.

Mas com o Marquês de Lavradio, Martinho de Melo e Castro, e, mais tarde, Rodrigo de Sousa Coutinho (Conde de Linhares), o Conde da Barca e o próprio Imperador Pedro II surgiram novas iniciativas em prol da cultura e da Ciência. As Misericórdias e as Beneficências portuguesas imortalizaram nomes como o do portuense Brás Cubas. Rodrigo de Sousa Coutinho viria criar mais tarde a Academia Militar do Rio de Janeiro como se tinham criado as Academias médico-cirúrgicas, colégios, hospitais, etc. O chamado «patriarca da Independência» José Bonifácio de Andrade e Silva foi sócio e secretário geral da nossa Academia das Ciências. Quantos brasileiros ilustres ou luso-brasileiros, como ele, fizeram os seus cursos em Coimbra?!

Nada poderá reduzir ao esquecimento a dedicada colaboração luso-brasileira em tantos aspectos da vida cultural do grande País Irmão. O emigrante clássico, o «brasileiro» popular de «torna-viagem» que durante séculos tem contribuído com o seu labor para o progresso da nobre Pátria que os sustenta, agasalha, e não raro, premeia o seu trabalho com a riqueza, englobou

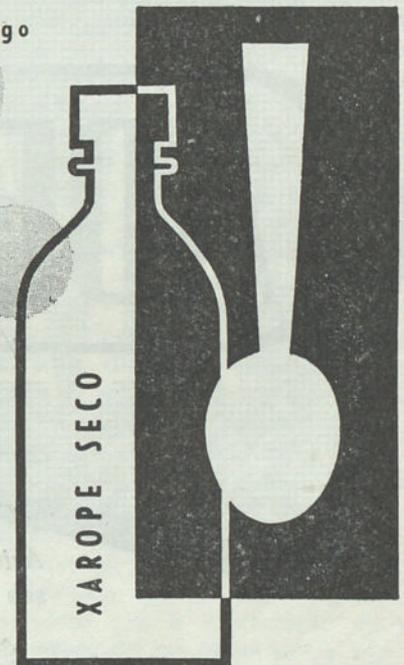
toda a variedade de aspectos com que se pode concorrer para o bem e desenvolvimento dum País. Será glória eterna de Portugal, maior do que a do Descobrimento, essa tarefa que por todo o mundo onde os Portugueses chegaram e exerceram a sua actividade nobilita e engrandece esta última.

Defeitos, falhas, erros, imperfeições — tudo é próprio da obra humana. Mas fica em favor dos Portugueses um saldo positivo, brilhante, magnífico, de glória, trabalho, bondade e fraternidade. A comunicação do Prof. Pacheco de Figueiredo, há dias, na Academia, pôs em relevo o mérito de tal saldo, no aspecto particular da difusão da medicina ocidental no Japão.

## Hospital de S. João

Antes da inauguração oficial do Hospital de S. João — a que assistirão o Srs. Presidente da República e vários Ministros — há uma visita destinada à imprensa, para o qual foi convidada esta revista; a visita é no dia 20, em início às 15 horas e meia. O Porto — e com ele todo o Norte — está de parabéns. O Porto vai ter uma das melhores instalações hospitalares da Europa. Está de parabéns, sobretudo, a Faculdade de Medicina no Porto.

Especial para crianças,  
o primeiro  
antibiótico de espectro largo  
sob a forma  
de xarope seco



**PARAXINE**  
CLORANFENICOL <BOEHRINGER>  
**XAROPE SECO**

30 g de xarope seco com vitaminas  
= 60 cm<sup>3</sup> de xarope contendo 1,5 g  
de Cloranfenicol

### OUTRAS FORMAS DE APRESENTAÇÃO:

- \* Drageias de 0,25 g
- \* Comprimidos e drageias de 0,05 g
- \* Supositórios de 0,25 g
- \* com complexo B
- Supositórios de 0,1 g
- Pomada a 2%
- Pomada oftálmica a 1%

FERRAZ, LYNCE, LDA. — LISBOA

## IV.º Congressos de Dermatologia Ibero-Latino-Americano e Luso-Espanhol

Estiveram reunidos no nosso País os 4.º Congressos de Dermatologia Ibero-Latino-Americano e Luso-Espanhol, cujos trabalhos decorreram, com grande brilhantismo, de 5 a 9 de Maio, com sessões efectuadas em Lisboa e em Coimbra.

Presidiam aos Congressos o Prof. Augusto Salazar Leite e o Dr. Octávio Menéres Sampaio, respectivamente, sendo secretário-geral de ambos o Dr. Cruz Sobral, e participaram nestas duas importantes reuniões delegados de doze países.

### A SESSÃO INAUGURAL

Decorreu com grande elevação a sessão inaugural dos Congressos, que se efectuou no dia 5, na Aula Magna da Faculdade de Medicina de Lisboa, e à qual presidiu o Dr. Henrique Martins de Carvalho, Ministro da Saúde e Assistência.

Presentes, entre muitos outros, os srs. embaixadores da Argentina, da Espanha e da Venezuela; o encarregado de negócios da legação do Uruguai e ainda o Dr. Osório Vaz, chefe

do distrito; o brigadeiro França Borges, presidente do Município; os Drs. Coriolano Ferreira e Jorge Santos, respectivamente administrador e adjunto do Hospital de Santa Maria, e o Prof. Freitas Simões, director dos serviços clínicos do mesmo hospital.

Na mesa de honra viam-se, à direita do sr. Ministro da Saúde e Assistência, o Dr. Silva Tavares, subsecretário de Estado da Administração Ultramarina; o Prof. Jorge da Silva Horta; o Prof. Salazar Leite e o Prof. Francisco Rabelo, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; e, à esquerda, os Drs. Baltasar Rebelo de Sousa, Mário Carmona, Menéres Sampaio e Prof. Juvenal Esteves.

Falou, em primeiro lugar, o Prof. Juvenal Esteves, presidente da comissão organizadora dos dois congressos, que começou por acentuar a importância e o significado da reunião, que, além da oportunidade do convívio de profissionais de medicina dispersos por mais de duas dezenas de nações, revela o vigor das instituições em que se firma e o interesse das matérias que vão ser discutidas. É igualmente significativa — disse — a afinidade das duas reuniões, o Congresso Ibero-Latino-Americano e o Congresso Luso-Espanhol, como lógica e natural consequência do elo de cultura que os liga na origem. Referiu-se depois à feliz criação do Colégio Ibero-Latino-Americano de Dermatologia, que se deve ao Prof. Sains de Aja, instituição ainda jovem, mas que tem revelado eficiência coordenadora das actividades académicas dermatológicas. A última assembleia do Colégio efectuou-se na cidade do México, em 1956, e hoje reúne-se pela quarta vez, cabendo a honra a Portugal de o receber e ao seu presidente actual, o Prof. Salazar Leite, a distinção de o conduzir e orientar. Por sua vez, o Congresso Luso-Espanhol, com tradições entre os dermatologistas peninsulares, teve como obreiros iniciais os Drs. Sains de Aja e Sá Penela e reuniu-se pela primeira vez em Santander em 1954 e vai efectuar-se agora, mais uma vez em Coimbra, neste mesmo ciclo de trabalhos, sob a presidência do Dr. Meneres Sampaio.

O Prof. Juvenal Esteves realçou a importância dos assuntos que vão ser discutidos nos dois Congressos e, em nome das respectivas comissões organizadoras, agradeceu ao Governo português e às instituições que a apoiaram o decisivo auxílio moral e económico, sem o qual não seriam possíveis as reuniões, salientando em especial os srs. Ministros da Saúde e Assistência; do Ultramar e da Educação Nacional; bem como os reitores das Universidades de Lisboa e de Coimbra.

Terminou por apresentar cumprimentos a todos os congressistas que vieram de longe, agradecendo a pre-



Acido adenosino 5-monofosfórico  
sob a forma de sal sódico . . . 25 mgr.  
em 1 c. c.  
Vitamina B<sub>12</sub> . . . . . 60 micgr  
em 1 c. c.

### INDICAÇÕES

PERTURBAÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS  
PRURIDO, de etiologias várias  
ARTROPATIAS CRÓNICAS  
NEVRITES PERIFÉRICAS  
REUMATISMOS NÃO ARTICULARES  
CIRROSES COM ASCITE  
EDEMAS DE ORIGEM CARDÍACA  
ESCLEROSE EM PLACAS

### POSOLOGIA

Variável conforme os casos  
Injecção por via intramuscular

Caixa com 10 ampolas de 1 c.c. de Ácido Adenilico  
e mais 10 ampolas de 1 c.c. de Vitamina B<sub>12</sub>

Laboratório Farmacológico



J. J. Fernandes, Limitada

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

sença das senhoras, pela beleza que emprestam ao convívio destes dias.

Falou, a seguir, o Prof. Francisco Rabelo, que começou por recordar o nome do eminente mestre Sainz de Aja, de cuja generosa iniciativa surgiu o Colégio Ibero-Latino-Americano de Dermatologia, e confessou que foi dos que de início não alcançaram o extraordinário significado da iniciativa daquele mestre espanhol. Foi em 1953, quando da sua primeira viagem a Espanha e Portugal, que tudo compreendeu, pelo que, ao regressar à sua sala de aula da Faculdade do Rio, disse aos seus alunos: «Não espereis pela idade madura para conhecer Portugal e Espanha; ide quanto antes em busca de vós mesmo, posto que as raízes nossas lá se encontram na prestigiosa Península — naquelas terras que têm sido até hoje o nunca desmentido foco de irradiação da nossa cultura».

E prosseguindo:

«Sou desde então um convencido desta causa, um caloroso adepto desta vivência autêntica — a comunidade espiritual ibero-latino-americana. Creio que outras associações de médicos podem e devem ser promovidas e fundadas. Não existem limites geográficos ou geo-políticos bastante fortes para impedir o livre curso das afinidades científicas, em busca de mais estreitos contactos e de humana fraternidade».

O Prof. Francisco Rabelo recordou depois com saudade os mortos Pedro Baliña e Luís de Sá Penela, para prestar seguidamente homenagem aos presidentes, felizmente ainda vivos, desde Aguiar Pupo a Salazar Leite, passando por Gay Prieto e Fernando Latapi, falando com entusiasmo de Cruz Sobral, a quem chamou o perfeito secretário-geral.

E terminou dizendo:

«Seria o momento de deitar por terra as expressões formais, posto que quem vos fala não «representa» nem fala «em nome de»; quem vos fala é um membro da família que, atravessando o Atlântico, aqui chega para vos dizer, de coração a coração: «Uma metade de nós é vossa, a outra metade, vossa; nossos bens, diríamos, mas se nossos, então vossos; já agora, tudo é vosso».

Falou, depois, o Prof. Jorge da Silva Horta, que, na qualidade de director da Faculdade de Medicina, deu as boas-vindas aos congressistas, acentuando que destas reuniões, além da coordenação de conhecimentos que comportava, outras finalidades se juntam, perante a sociedade, como zelador da saúde física e mental, em que os dermatologistas têm vasto campo de acção.

E, a propósito afirmou:

«Não parece demais insistir em que a atitude social do médico, não deverá ser imposta, sugerida ou, até, compelida pelo facto de ele se situar no interior de esquemas de assistência social; deve estar na base da sua formação e, portanto, ser uma consequência do seu próprio aprendizado. A preocupação de dar uma consciência social ao futuro médico está bem inserta nos

programas de muitas Faculdades de Medicina — disse. Mas a atitude social do médico não visa apenas a finalidade resultante do emprego de técnicas cada vez mais especializadas, todavia sem valor espiritual, mas também visa o próprio homem como um todo, mas forçado a viver na dependência estrita de organizações, de agrupamentos, de esquemas que cada vez mais o envolvem de limitações. Sem dúvida que o equilíbrio do homem contemporâneo depende, em muito, da intervenção do médico. Renunciar a isto será transformar a medicina em mais uma técnica, a qual, por mais aperfeiçoada que fosse, não passaria de uma técnica e, como tal, constituiria mais uma razão de sujeição do homem, em concor-

rência com tantas outras que o despersonalizam, reduzem a sua originalidade e poder criador. Grande responsabilidade nos cabe perante a história, perante aquela história filosófica, humana, e não simplesmente narrativa, sobre a história que transcende os factos e a sua significação para a época».

Mais adiante, o Prof. Jorge Horta, aludindo à vantagem que os congressos dão de convivência entre os médicos de países diversos, aludiu ao comportamento do médico na paz e na guerra, e, referindo-se a esta disse:

«No decorrer destas — e todos sabem que elas são possíveis — que os médicos se mantenham acima de todos os interesses e sabendo resistir ao fanatismo de ocasião, procedam segundo a sua ética, que, neste ponto, tão bem se traduz no 1.º artigo do Código Médico Francês: «O papel do médico é o de prolongar a vida humana».

Ninguém melhor do que nós poderá assinar as medidas preconizadas pelos «Comités» Internacionais: O inimigo, prisioneiro ou ferido, é sempre um homem; deve, por isso, ser tratado com humanidade; o civil das regiões ocupadas deve ser protegido da mesma forma que ao prisioneiro de guerra. Alguma coisa dependerá de nós para não se reeditarem ao «Buckenwald» e os «Auschwitz», as suas técnicas psicológicas de aviltamento e as suas câmaras de gás. Mas tenhamos esperança que se mantenha a paz e que o homem saiba encontrar o seu caminho».

Por fim, o Prof. Jorge Horta fez votos pelo êxito dos congressos, saudando todos em nome do reitor da Universidade de Lisboa.

Encerrou a sessão o Dr. Martins de Carvalho, que iniciou o seu discurso afirmando que a efectivação de dois congressos de tal importância não era um acontecimento vulgar, por diversas circunstâncias: a de reunirem cento e cinco delegados de doze países; o de estarem esses países ligados por laços particulares de amizade e fraternidade; o de se efectuarem pela quarta vez, sendo já a segunda em Lisboa, o que muito honra o Governo e os médicos portugueses, e a de serem os relatores um brasileiro, um argentino e dois espanhóis — um de Madrid e outro de Barcelona —, o que mostra existir nos Congressos uma ideia de unidade. Agradeceu a honra de presidir, não sendo médico, à sessão inaugural e salientou a presença dos embaixadores e dos dois subsecretários de Estado e as palavras do Prof. Francisco Rabelo acerca do nosso País e do nosso título de civilização peninsular. Realçou depois a presença, embora pouco numerosa, de médicos dos Estados Unidos, da França e dos Países Baixos — três países de que somos amigos e aliados de há muito. Fez referência especial ao Brasil, dizendo que nos honra sempre ouvir palavras como as que o Prof. Rabelo ali pronunciou, que tocam o nosso coração de portugueses. Destacando o facto de a delegação brasileira ser a mais numerosa, disse ser muito agradável ver desenvolver, nas rela-

PRODUTO ORIGINAL

A. T. P.

VITAMINAS

**HEMOFIR**

SAIS MINERAIS

CLORIDRATO DE HEMATOPORFINA

SUPLEMENTO DIETÉTICO  
CÁPSULAS

LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

ções entre os países, aquilo que liga os homens pelos seus laços ancestrais.

Passando a falar em castelhano, o sr. Ministro da Saúde e Assistência saudou a Espanha, «a nossa grande gloriosa vizinha», dizendo que a Península e os países ibero-americanos estão sempre «perto do nosso coração», ligados todos por línguas irmãs e pela mesma religião e constituindo uma comunidade cada vez maior. Falando da literatura, sempre ligada à medicina, recordou uma hora em que se lamen-

microbiano dos pés», sobre o qual foram apresentados dois relatórios, da autoria, respectivamente, do Prof. Luís Pierini (Argentina), e do Prof. Salazar Leite e Drs. Menéres Sampaio, Cruz Sobral e Luís Ré (Portugal).

No primeiro, o autor diz, em resumo, o seguinte:

El papel de los piococos en la etiología del eczema de los pies, sospechado clínicamente y sostenido por el hallazgo constante de los mismos en las lesiones, sólo pudo afirmarse por la

clerosis, endarteritis, capilaritis, etc.); el factor arquitectónico (pie plano, la hiperhidrosis); factores tróficos (polineuritis); factores metabólicos (diabetes); factores endocrinos (menopausia); factores iatrogénicos (curas inconvenientes); factores sociales (abandono, mendicidad) y otros factores imponderables, como la edad, la profesión y la falta de hábitos de higiene, etc.

Flora microbiana. La superficie cutánea de los pies se ha encontrado siempre habitada y cuando existió eczema el número de gérmenes fué allí siempre mayor. Estos piococos fueron siempre los micrococos o estafilococos aerobios o facultativamente anaerobios que producen hemolisinas, coagulasa, fermentan el manitol, etc., y los estreptococos hemolíticos y anhemolíticos que pertenecen al grupo A. de Lancefield.

En los intertrigos hemos hallado dermatofitos en sólo un 10 % de los casos (2 mentagrofitos y 3 cándidas).

Alergia. Las pruebas epicutáneas, tan altamente específicas en manos de otros investigadores, fracasaron en nuestras manos, seguramente por la deficiente calidad de los antígenos. Las pruebas intradérmicas fueron positivas en un 20 % de los casos.

Sorprende, de todos modos, la poca reaccionabilidad de estas pruebas siendo tan frecuente el eczema «espontáneo» de causa microbiana cuyo mecanismo intermediario se está estudiando. Ya se conoce el papel de las células en el transporte de anticuerpos y se presume la presencia de compuestos órgano-específicos texturales (Burky-Epstein).

Sobre un total de enfermos, hemos seleccionado sólo 20 que pudieron ser seguidos prolijamente desde el momento que se nos asignó el tema. Fueron 17 hombres y 3 mujeres; de edad entre 19 y 81 años, cuyo máximo era entre 30 y 50 años (50 %). Las profesiones variadas pero la mayoría eran obreros y empleados de comercio. No había antecedentes de importancia en ellos, salvo en uno (asma) y otras localizaciones de eczemas en 5. El tiempo transcurrido desde el comienzo, desde algunos días, semanas o meses. En 4, de uno a tres años y en sólo un caso ya llevaba 20 años de duración. El modo de comenzar fué: prurito, intertrigos, dishidrosis, otros eczemas.

La localización era: en dorso y plantas, en 14 enfermos; solo en dorso, en 4; en plantas, únicamente en uno y un sólo eczema intertrigo puro.

(Continúa no próximo número)



Aspecto da mesa da presidência à sessão inaugural, no momento em que falava o Sr. Ministro da Saúde e Assistência

tava a Gabriela Mistral de a nossa comunidade não ser tão importante, como desejaríamos, no concerto internacional, ao que ela respondeu que assim acontecia, naquele momento, por estarmos separados, acrescentando: «Quando estivermos unidos, o futuro será nosso».

A terminar, o sr. Ministro da Saúde e Assistência perguntou que melhor fecho poderia ter o seu discurso do que as belas palavras de Gabriela Mistral, sendo muito aplaudido.

#### AS SESSÕES DE TRABALHOS

Encerrada a sessão inaugural, e depois de se terem retirado os membros do Governo e os convidados, deu-se início à primeira sessão de trabalhos, à que presidiu o Prof. Xavier Vilanova, e na qual foi versado o tema «Eczema

reproducción de la dermatosis por las pruebas epicutáneas con filtrados de caldo de cultivo, además de la producción de reacciones inmunológicas específicas en el huésped y por la curación o mejoría por el uso de autovacunas, antibióticos y medios antisépticos locales.

El cuadro clínico del eczema microbiano de los pies no se diferencia, mayormente, de los otros eczemas. Sólo en el dorso suelen encontrarse lesiones en placas más o menos figuradas, conectadas o no, a focos intertriginosos, y en las plantas pueden encontrarse formas hiperqueratósicas y aun pustulosas como hechos salientes.

En la fijación de la fisionomía del eczema microbiano de los pies interviene, además, el factor topográfico (local, regional o general); el factor circulatorio general o local (arterioes-

## CALMANTE

Uma associação de:

Dicloralfenazona . . . . .	0,235
Me-probamatato . . . . .	0,235
Fenobarbital . . . . .	0,030

por comprimido  
Tb. de 10 comprimidos

**PRODUTOS PUY**  
R. dos Fanqueiros, 126  
LISBOA



Um produto para: Perturbações neuro-vegetativas, Inquietações, Tensão nervosa e dores menstruais, Ansiedade, Neuroses ansiosas, Adjuvante da psicoterapia, Neurodermites pruriginosas e especialmente nas insónias

em que promove um despertar suave e isento de perturbações cerebrais — como estonteamento

**DIÁRIO DO GOVERNO**

(De 5 a 11/VI/1959)

**PORTARIAS***Ministério do Ultramar*

Portaria n.º 17.205, que reforça a verba inscrita no artigo 12.º, capítulo único, do orçamento privativo do Instituto de Medicina Tropical.

4-VI-59

**INSTITUTO DE ALTA CULTURA**

Dr. Rui Manuel Gomes Rosa Valentim Lourenço, segundo-assistente do quadro da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante treze meses, a partir de 15 de Junho próximo.

6-VI-59

Dr. José Caria Mendes, segundo-assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa — concedida equiparação a bolseiro fora do País, durante vinte dias, a contar de 20 de Junho de 1959.

8-VI-59

Dr. Jaime Augusto Croner Celestino da Costa, professor extraordinário da Fa-

culdade de Medicina de Lisboa — concedida equiparação a bolseiro fora do País, durante vinte dias, a partir de 19 do mês findo.

9-VI-59

**NOMEAÇÕES***Faculdades de Medicina*

Dr. Mário Ferreira de Alenquer — concedido o título de professor agregado de Medicina Interna pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

11-VI-59

*Outros organismos*

Dr. Augusto José Guerreiro Bico, médico municipal — nomeado para substituir o subdelegado de Saúde efectivo do conselho de Cuba.

5-VI-59

Drs. Fausto Lopo Patrício de Carvalho e Manuel Cerqueira Gomes, respectivamente professores das Faculdades de Medicina de Lisboa e Porto — para fazerem parte do júri das provas de doutoramento em medicina do licenciado António

José de Amorim Robalo Cordeiro, a realizar na Universidade de Coimbra.

11-VI-59

Drs. Lúcio de Almeida e Francisco Manuel da Fonseca e Castro, respectivamente professores catedráticos das Faculdades de Medicina de Coimbra e Porto — para fazerem parte do júri do concurso para provimento do lugar de professor extraordinário da cadeira de Clínica Pediátrica e Puericultura da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

11-VI-59

**PEQUENOS ANÚNCIOS** Grátis para os assinantes

Cada linha 10\$00

**Ofertas e procuras de consultórios, de empregos, casas, substituições, etc.**

Médico bem colocado em localidade próxima de Lisboa, pretende permutar os seus lugares com Colega em condições análogas, residente na Metrópole, podendo começar-se experimentalmente por curta substituição recíproca. Enviar propostas pormenorizadas, por intermédio deste jornal, ao número 553.

# ÁGUAS DE CARVALHELHOS

De origem profunda-Perfeita captação geológica-Bacteriológicamente puras

Hipossalinas — Hipotónicas — Hipotermias — Alcalinas: bicarbonatadas mistas — Silicatadas — Fluoretadas — Micromineralizadas de elementos vestigiários de alto valor energético — Fortemente radioactivas

Águas de diurese — Desintoxicantes — Energéticas — Transmineralizantes Activadoras e regularizadoras dos processos metabólicos

**Indicações principais:**

Dermopatias (eczemas, pruridos, psoríases) — Enterocolopatias — Insuficiência hepática e renal — Artrismo — Estados alérgicos — Hipertensão arterial — Distonias

**ESTÂNCIA CRENO — CLIMÁTICA DE CARVALHELHOS**

800 metros de altitude — Clima seco

Aberta de 1 de Junho a 30 de Setembro

Cura hidropínica e técnicas hidrológicas: Banhos de imersão — Duchas sub-aquáticas — Enteroclises — Irrigações vaginais simples e sub-aquáticas

Regimes dietéticos sob prescrição médica

# O MÉDICO

CONSELHO CIENTIFICO

Júlio Dantas (Presidente da Academia de Ciências de Lisboa)

Augusto Vaz Serra (Director da Fac. de Med.), A. de Novais e Sousa, A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Tavares de Sousa, Albertino de Barros, Bartolo do Vale Pereira, Elísio de Moura, F. de Almeida Ribeiro, Henrique de Oliveira, Herménio Cardoso, Ibérico Nogueira, J. Correia de Oliveira, J. Gouveia Monteiro, J. Lobato Guimarães, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Renato Trincão (Profs. da Fac. de Med.), Fernando Serra de Oliveira e M. Ramos Lopes (Enc. de Regências na Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (Chefe do Lab. de Radiol. da Fac.), Carlos Gonçalves (Dir. do San. de Celas), Domingos Vaz Pais (Delegado do Instituto de Assistência Psiquiátrica), José dos Santos Bessa (Del. do Inst. Mat.), Luciano dos Reis (Assistente da Fac. de Med.), Manuel Montezuma de Carvalho (Cir.) e Mário Tavares de Sousa (Ped.) — COIMBRA

Jorge Horta (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aires de Sousa, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, J. Oliveira Machado, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos, Costa Sacadura, Toscano Rico e Xavier Morato (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Almerindo Lessa (Dir. do Serv. de Sangue dos H. C. L.), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro, Alexandre Sarmento (Dir. do Lab. 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), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), 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), Manuel Marques da Mata (Insp. de Águas Minerais da Dir. Geral de Saúde), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

Ernesto Morais (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), A. Rocha Pereira, António de Almeida Garrett, J. Afonso Guimarães, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Emídio Ribeiro, 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 Antitracomatosa do Dispen. de Higiene Social), António da Silva Paül (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), M. J. Bragança Tender (1.º Assistente da Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira (Dir. da Deleg. do Instituto Superior de Higiene), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hospital de Santo António), Gregório Pereira (Director do Centro de Assistência Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.º António), José Aroso (Director de Serv. do Hosp. de S.º António), J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe de Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO

Pacheco de Figueiredo (Director da Esc. Médica de Nova Goa)

Lopes Dias (I.º leg. de Saúde de Castejo Branco), Ladislau Patrício (Lisboa), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matosinhos), J. Pimenta Presaço (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Setúbal)

## DELEGADOS

Madeira: Celestino Maia (Funchal); Espanha: A. Castillo de Lucas, Enrique Nogueira e Fernan Perez (Madrid); França: Jean Huet (Paris); Alemanha: Gerhard Kock (Munster)

# SEMANA A SEMANA A VIDA MÉDICA NACIONAL

## Efemérides

(De 6 a 12 de Junho)

**Dia 6** — O Dr. Augusto da Silva Travassos, director-geral de Saúde, toma posse, do cargo de secretário-geral do Ministério da Saúde e Assistência, que lhe é conferido pelo respectivo Ministro.

— Em Coimbra, no salão nobre dos Hospitais da Universidade, realiza-se, a segunda reunião do presente ano académico, da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica, presidindo o Prof. Costa Sacadura que é secretariado pelos Prof. Vaz Serra, director da Faculdade de Medicina e Dr. Marques da Mata, secretário da Sociedade. Aberta a sessão, usa da palavra o Prof. Meliço Silvestre, que fala sobre «Dietética dos Reumáticos», e que começa por fazer considerações de origem geral sobre o valor alimentar e as acções terapêuticas de várias substâncias nutritivas. Segue-se o Dr. Neiva Vieira, que apresenta um trabalho sobre «Considerações acerca de 296 casos de reumatismo tratados com as águas e lamas dos Cucos, na época termal de 1958», que chama a atenção dos clínicos termais para a necessidade de publicarem os dados da sua experiência clínica a fim de convencerem os clínicos gerais e médicos especialistas da utilidade de tratamento, com águas e lamas medicinais em certas formas de reumatismo.

**7** — Com a presença da direcção, corpo clínico, enfermeiros e mais pessoal, é empossado no lugar de director clínico do Hospital de Peniche, o Dr. Pedro Nunes Pereira. No final do acto, fala o provedor da Misericórdia, após o que é oferecido pelos membros da direcção um almoço a todos os médicos que trabalham no Hospital.

— Chega a Lisboa, a convite do Serviço de Pediatria Médica do Hospital de D. Estefânia, de que é director o Dr. Cordeiro Ferreira, e a expensas da Fundação Gulbenkian, para colaborar durante uma semana nos trabalhos clínicos daquele serviço, o Prof. M. Jeune, da Faculdade de Medicina de Lyon.

**8** — O Dr. Henrique Martins de Carvalho, Ministro da Saúde e Assistência, visita, ao fim da tarde, inesperadamente, o Hospital de Arroios.

**9** — No Porto, no salão nobre da Faculdade de Medicina, às 15 horas, perante júri presidido pelo reitor, Prof. Amândio Tavares, e de que fazem parte, além de todos os professores catedráticos da Faculdade de Medicina, Drs. João Cid dos Santos, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa, Luís Raposo, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Coimbra, e Luís Augusto Morais Zamith, professor extraordinário da mesma Faculdade, o Dr. João Costa presta a primeira das suas provas de habilitação ao título de professor agregado.

Nesta prova — apreciação e discussão dos trabalhos científicos do candidato

— intervêm os Prof. Cid dos Santos e Sousa Pereira.

— Sob a presidência do Ministro da Saúde e Assistência, Dr. Martins de Carvalho, realiza-se, no Instituto Dr. Ricardo Jorge, a sessão de encerramento do 15.º Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, no qual participaram 12 médicos.

Receberam aquele membro do Governo, os Director do Instituto Dr. Fernando da Silva Correia, o director-geral de Saúde, Dr. Augusto da Silva Travassos e o Dr. Costa Andrade, director dos Serviços Técnicos de Higiene do Trabalho e das Indústrias e os inspectores superiores da Direcção-Geral de Saúde, Drs. Carvalho Dias e Bernardo Pinho, que constituem a mesa.

O Dr. Martins de Carvalho, após os discursos do director do Instituto e do Dr. Cruz Craveiro, subdelegado de Saúde de Ilhavo, profere algumas palavras de agradecimento e anuncia, para breve, a publicação do diploma que define a lei orgânica do Ministério da Saúde e a modificação do regime de trabalho dos subdelegados de saúde. Refere-se, também, ao problema da engenharia sanitária, sobre a qual está a ser elaborado um projecto do diploma, criando uma brigada técnica do Estado, na qual os engenheiros sanitários ficarão integrados.

— Sob a presidência do Prof. Aires de Sousa, ladeado pelos Dr. Marques da Gama e Munhos Braga, realiza-se, à noite, na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, uma sessão para eleição do júri dos prémios Pfizer e na qual proferem conferências os Drs. Barreiros e Santos e Fernando Correia, subordinadas, respectivamente, aos temas «Impressões de um debate sobre cibernética em Buenos Aires» e «O problema de ensino da saúde pública em Portugal». São eleitos, para o júri dos prémios Pfizer, os Profs. Elísio Milheiro, do Porto, e Arsénio Cordeiro e Jaime Celestino da Costa, de Lisboa.

**11** — No Porto, no salão nobre da Faculdade de Medicina, em continuação das provas de concurso de habilitação ao título de professor agregado, o Dr. João Costa realiza a lição sorteada sobre «Hematúrias essenciais», que é argumentada pelo Prof. Cid dos Santos.

— Na Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa, o Prof. M. Jeune pronuncia a sua conferência intitulada «Broncopneumopatias agudas dispeizantes da primeira infância».

**12** — O mesmo professor no Hospital do Ultramar profere a sua conferência sobre as «Citopatias constitucionais hipoplásticas».

— No Porto, em continuação das suas provas de concurso de habilitação ao título de professor agregado, o Dr. João Costa profere a lição à escolha, sobre «Plastias intestinais em Urologia», a qual é argumentada pelo Prof. Morais Zamith.

## HEMO-COAGULANTE

# BOTROPASE

Previne-se a Ex.<sup>ma</sup> Classe Médica que o mercado já se encontra abastecido deste produto.

Representantes:

**Bacelar & Irmão, L.<sup>da</sup>**

Rua do Carmo, 8 — Telef. 25672

CALCIOTERAPIA  
FISIOLÓGICA

# Calcigenol

Irradiado

Suspensão coloidal de fosfato tricálcico  
activado pela Vitamina D<sub>2</sub>  
(450 U. I. por colher das de sopa)

*COBRE AS NECESSIDADES • COMPENSA AS PERDAS*

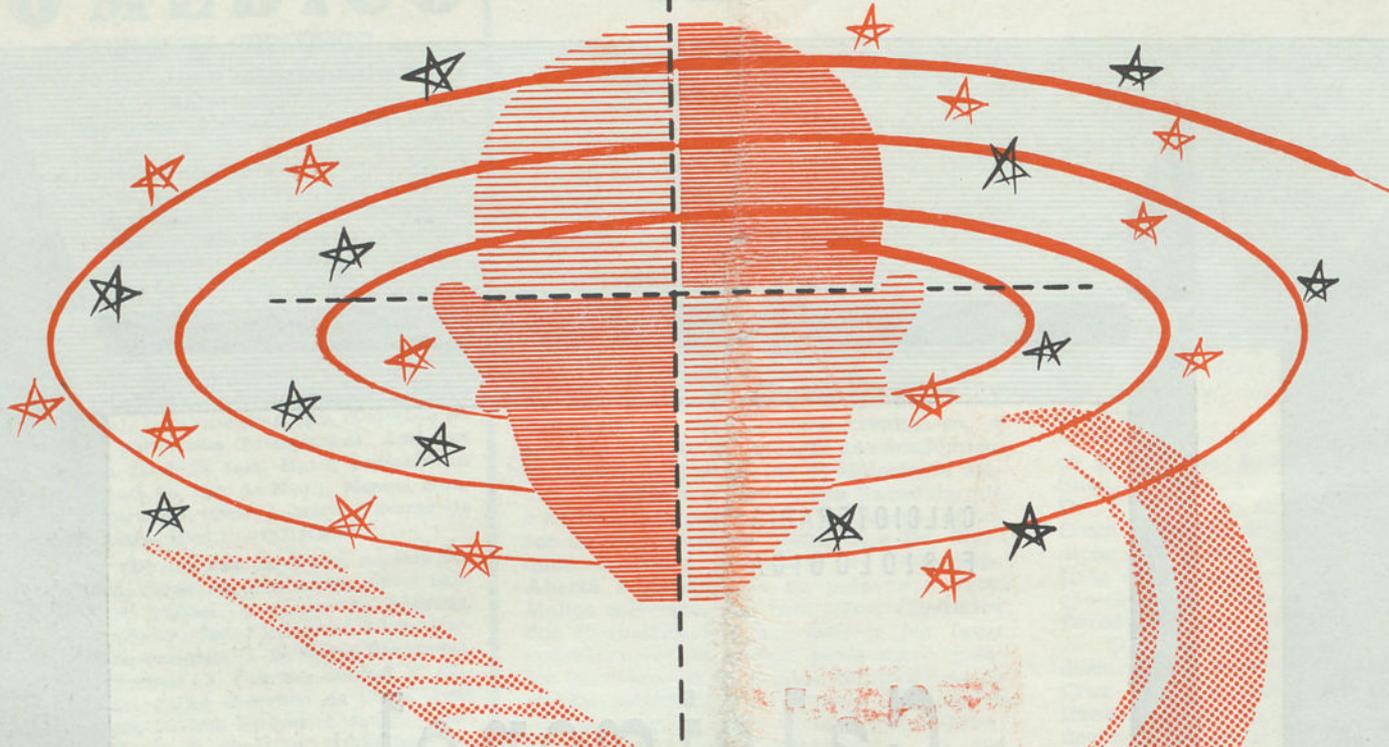
*Frasco de 300 cc. duma suspensão: de 2 colheres das de café  
coloidal titulada a . . . : a 3 colheres das de sopa por dia*  
*Fosfato tricálcico . 0,90 gr. %: segundo a idade*  
*Vitamina D<sub>2</sub> . 3.300 U. I. %: curas de 15 dias por mês*

RÁQUITISMO — OSTEOPOROSE — ATRASOS DE CRESCIMENTO  
GRAVIDEZ — ALEITAMENTO — CONVALESCENÇAS — FRACTURAS



LABORATÓRIOS ROUSSEL, LDA.  
AVENIDA ANTÓNIO AUGUSTO DE AGUIAR, 126, 3.º  
LISBOA

O MEDICO SEMANA A SEMANA



# MIGRÉTIL

Bial

COMPRIMIDOS  
SUPOSITÓRIOS

COMPOSIÇÃO	
Tartarato de Ergotamina . . . . .	1 mg
Cafeína . . . . .	100 mg
Alcalóides da Beladona . . . . .	0,1 mg
Acetofenetidina . . . . .	130 mg

Por comprimido - Por supositório

## CRISES DE ENXAQUECA