

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

X ANO - N.º 396
2 de Abril 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, L.da
Ver condições de assinaturas e outras indicações na 1.ª e 2.ª págs. // Composto e impresso na Tipografia Sequeira, L.da - PORTO - R. José Falcão, 122 - Telef. 24664

Novo!

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS...



ANGITRACIL - Bi

MARCA REGISTRADA

RECTAL

PENICILINA + BACITRACINA + BISMUTO
ANTIGÉNIOS LIPO-GLUCIDO-PROTEÍCOS



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

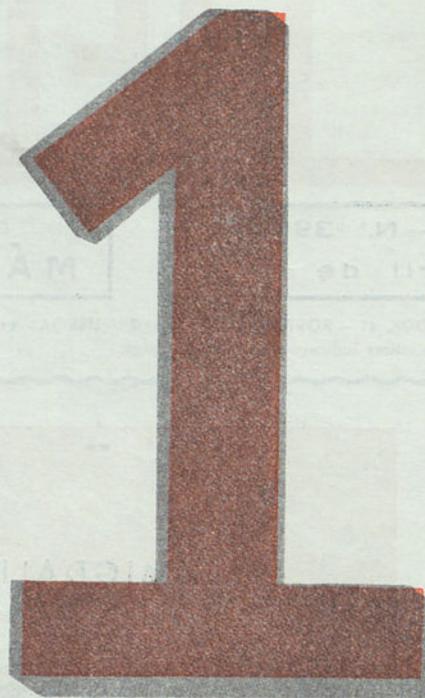
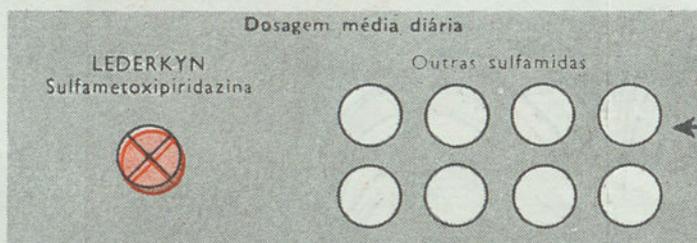
MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

SEMANA A SEMANA	3	ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS	
CIÊNCIAS MÉDICAS - CLÍNICA		Uma traição - M. DA SILVA LEAL	28
ARTIGOS ORIGINAIS		ECOS E COMENTÁRIOS - FERNANDO RODRIGUES NOGUEIRA e JOSÉ ANDRESEN LEITÃO	31
EDUARDO MORADAS FERREIRA - Patologia dos traumatismos cranianos fechados	6	IV Congresso das Misericórdias e V Centenário da Rainha D. Leonor	36
M. DA SILVA LEAL, CARLOS DA SILVA LEAL e ANTÓNIO DA SILVA LEAL - Adenopatia mesentérica com perturbações motoras do jejuno após uma gastrectomia	12	O mal da juventude	45
MÁRIO CARDIA - Leucorreias não gonocócicas	19	Noticiário diverso	
MOVIMENTO MÉDICO		TEMAS MÉDICO-LITERÁRIOS - Curiosidades obstétricas - COSTA-SACADURA	49
A renovação das artérias desgastadas	23		
As pielites da gravidez	24		
Sobre o tratamento de urgência das feridas dos dedos	24		
RESUMOS - MEDICINA TROPICAL	25		

Preço, avulso: 5\$00

**Apenas com $\frac{1}{8}$
da dosagem das antigas sulfamidas**



contra

LEDERKYN*

Sulfametoxipiridazina



Alcança e mantém níveis terapêuticos

Um relatório recente¹ confirma que o **Lederkyn Lederle** consegue altas concentrações no plasma e as mantém durante maiores períodos de tempo, e que esta maior concentração do plasma está relacionada com uma mais lenta excreção da droga.

É uma prova adicional da superioridade do **Lederkyn** como sulfonamida de dosagem reduzida e de acção demorada.

Não tem efeitos tóxicos sobre o sangue ou rins².

Um produto da investigação de vanguarda **Lederle**, o **Lederkyn** é uma sulfonamida inócua e potente, para tratamento das infecções do tracto urinário, devidas a organismos susceptíveis às sulfonamidas como *E. coli*, *Aerobacter aerogenes*, bacilo paracólon, streptococcus, stafilococcus, bacilos Gram-negativos, difteróide, cocos Gram-positivos e, em alguns casos, *Proteus*. O **Lederkyn** está também indicado na profilaxia da febre reumatóide e da bronquiectasia, e no tratamento de infecções crónicas, agudas e subagudas susceptíveis às sulfonamidas.

A mais recente sulfamida - Numa forma de administração altamente prática.

O **Lederkyn** apresenta-se em frascos de 12 comprimidos doseados a 0,5 g.



* Marca Registrada

¹ - Rentschnick, P.: «Nouveaux sulfamidés et sulfamidés retard» (Novas sulfamidas e sulfamidas de acção prolongada) Schweizerische Medizinische Wochenschrift 88: 15: 362-368, 1958.
² - Frisk, A. R. e Wassen, A.: Clinical Evaluation of Sulfamethoxyypyridaz ne. Antibiotics Annual 1956-1957, pp. 424-427.

**LEDERLE LABORATORIES
CYANAMID INTERNATIONAL**

**A Division of American Cyanamid Company
30 Rockefeller Plaza, New York 20, N. Y.
U. S. A.**



Representantes exclusivos para Portugal e Ultramar:

ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.

Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA

Rua de Santo António, 15-2.º — PORTO

N. 71

ENXERTOS DA MEDULA ÓSSEA

Amanhã, 3, no Instituto de Medicina Tropical, pelas 16 horas, realiza o Prof. Jean Bernard, da Faculdade de Medicina de Madrid, uma conferência subordinada ao tema: «Enxertos da medula óssea».

SALÃO INTERNACIONAL DA SAÚDE

No *Grand Palais*, em Paris, vai realizar-se, nos dias 17 a 26 do corrente, um «Salão Internacional da Saúde»; comporta as seguintes secções: didáctica, alimentação racional, higiene pessoal e higiene da casa, cultura física e vida ao ar livre.

NEUTRALIDADE EM TEMPO DE GUERRA

Nos dias 6 a 8 de Abril corrente, vai celebrar-se o Congresso Internacional da Medicina em Tempo de Guerra. Na ordem do dia estão indicados os seguintes assuntos: Evolução da neutralidade médica — Necessidade da sua restauração — Responsabilidade colectiva dos médicos; Carácter internacional da medicina em tempo de guerra — Situação moral e jurídica do médico nas guerras modernas e em caso de perturbações; A difusão das Convenções de Genebra; Criação dum Comité Internacional de Acção.

REACÇÕES PSICÓTICAS

Hard (Tubercle, 39, 1958) publicou relatos de quatro doentes com perturbações mentais que surgiram durante o tratamento com antituberculosos. As perturbações mentais foram de tal intensidade que obrigaram ao internamento em hospitais psiquiátricos. A dois destes doentes tinha-se administrado estreptomina e ambos recuperaram a lucidez depois de ser suprimida a droga. Nos outros dois tinha-se utilizado isoniazida e as perturbações mentais duraram alguns meses.

DECRÉSCIMO DA POLIOMIELITE

Nos Estados Unidos, é nítida a baixa da Poliomielite, segundo se verifica por um relatório publicado pelo «Communicable Disease Center», encarregado de reunir dados estatísticos referentes às doenças contagiosas. Em 1958, até ao dia 22 de Novembro, foram registadas, no conjunto dos Estados Unidos, 5.563 novos casos daquela doença; 15.140 em 1956 e 5.894 em 1957. A percentagem de casos com paralisias tem, porém, aumentado, o que se pode explicar por um acréscimo de

actividade do virus poliomiélico ou, então, porque, nos anos anteriores, alguns casos rotulados com Poliomielite sem paralisias devem ser atribuídos a virus diferentes. Em 1955, depois de uma campanha de vacinação levada a efeito nas crianças das escolas com idades de 6 a 8 anos, tinha-se notado uma baixa muito acentuada da morbidade em relação a esta classe de idades. Esta baixa manteve-se em 1958 para estas crianças, que agora estão nas idades de 9 a 11 anos.

O ESTAFILOCOCO NOS HOSPITAIS

No 1.º Simpósio Internacional sobre Quimioterapia que vai realizar-se em Genebra em Setembro próximo, haverá discussão sobre os estafilococos dos hospitais — problema importante, que não tem tido, até agora, solução satisfatória. A tendência actual é para ligar pouca importância ao porte de luvas e de máscaras.

NOVO SUBDIRECTOR DA OMS

A OMS tem um director-geral e três subdirectores-gerais. Para um destes últimos cargos acaba de ser nomeado um russo, o Dr. Nicolai Ivanovitch Grachtchenkov, nascido em 1901 na região de Smolensk e diplomado em medicina pela Universidade de Moscovo. O Dr. Grachtchenkov, que foi professor de neurologia no Instituto Médico de Moscovo, passou a ser, desde 1955, Presidente do Conselho da Investigação Médica do Ministério da Saúde da União Soviética. Tem participado em várias missões científicas na Inglaterra e nos Estados Unidos e tomou parte, como delegado, nos trabalhos das duas últimas Assembleias Mundiais da Saúde.

SOBRE LEUCÉMIA

Entre os estudos publicados recentemente sobre leucémia, há um que apresenta novidades: parece haver associação entre a leucémia e a espondilite anquilosante. Questão de radiações? Dois autores ingleses, John Abbat e J. Lea, compulsando os arquivos do Ministério das Pensões e dos Seguros Nacionais, reuniram uma série de 609 casos de leucémia, que compararam com duas séries de controlo — uma de 813 casos de diversas outras doenças e outra de 554 casos de cancro, com excepção dos tumores do sistema reticulo-endotelial. Os autores verificaram que havia uma associação entre a leucémia e a irradiação; mas encontraram também evidente relação entre a leucémia e a espondilite anquilosante não irradiada.

NOVA FONTE DE ANTIBIÓTICOS

Notícia «Mèdecine et Hygiene» que se conseguiu — pela primeira vez — extrair um antibiótico a partir dos líquenes. Foi no Instituto botânico de Komarow, da Academia das Ciências de Moscovo. Precisa-se que se trata dum sal monossódico do ácido usnínico, solúvel na água e no álcool etílico e termoestável, possuindo propriedades bactericidas importantes em fracas diluições, com respeito a vários germes: estafilococos, estreptococos, pneumococos e bacilos tuberculosos. O Ministério da Saúde Soviético autorizou o fabrico e a venda do novo produto sob a denominação de sal sódico do ácido usnínico.

A LUTA CONTRA O CANCRO

Como exemplo do interesse, sempre crescente, da luta contra o cancro, está o facto de a União Soviética se ter interessado por que o próximo Congresso Internacional do Cancro se realizasse naquele país, em 1962. O último celebrou-se em Londres em Julho de 1958, com 2.500 participantes de 64 países diferentes.

MEMÓRIA ELECTRÓNICA

Edgard Nazareth, engenheiro de Argel, inventou uma máquina de carácter prático e simples — segundo diz — mas que parece revolucionária. Trata-se de uma *memória electrostática de função electrónica*, que modifica os dados da mecanografia actual. Com este aparelho é possível gravar centenas de milhões de nomes ou de informações. Não são necessárias grandes instalações. É possível construir *blocos-memória* inalteráveis com o tempo e que, em volume reduzido, poderão gravar 24 milhões de sinais. A máquina do engenheiro Nazareth pode ser empregada para todos os problemas de arquivos, para constituir tábuas matemáticas, para a contabilidade, para a estatística e para o registo civil. Suprimirá a manipulação repetida de documentos, pois basta introduzir os dados uma vez para sempre na *memória* e pedi-los electrónicamente quando se desejam.

A GRIPE NESTE INVERNO

O «Relevé Épidémiologique da OMS», dos princípios de Fevereiro último, afirma que, neste inverno, não se verificou nenhuma epidemia maciça de gripe. Contudo, as afecções de aspecto gripal acusam uma incidência aumentada nalguns países.

Semanário de assuntos médicos e paramédicos

X ANO — N.º 396
Vol. XI (Nova série)

2 de Abril de 1959

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

DEL. 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, L.d.ª — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507

Semana a Semana

REVISTA DAS REVISTAS

Publicamos semanalmente referências aos autores e aos títulos de alguns artigos publicados em revistas ultimamente recebidas na redacção, onde, dentro de 15 dias, poderão ser consultadas pelos nossos leitores.

«Rev. Mex. de Cir., Gin. y Cancer»:
Conceitos actuais acerca do carcinoma broncogénico — A. Celis (26-10, 1958).
Neuroplégicos nos pós-operatórios abdominal — J. Cardus (26-10, 1958).

«La Sem. Med. Arg.»:
Estudo duma nova preparação de A.C.T.H. de efeito prolongado — A. Argüelles e col. (114-2, 1959).

Ciática. Classificação e considerações sobre a manobra de inclinação lateral activa — R. Verdu (124-2, 1959).

«M'n. Med.»:
Como se examina um poliúrico — G. Isar (50-7, 1959).

O tratamento da diabetes infantil — G. Giuliani (50-7, 1959).

«Brit. Med. Journal»:
Alguns problemas de diagnóstico da poliomielite — J. F. Galpine (5122, Março de 1959).

Epidemiologia da poliomielite — G. Dick (5122, Março de 1959).

«Min. Chir.»:
Sobre a cirurgia de eleição na idade avançada — M. Mini (14-1, 1959).
A cirurgia na idade senil — M. Tabanelli (14-1, 1959).

«La Prens. Med. Arg.»:
Cancro dos canais biliares — A. Wilks (45-34, 1958).

Fracturas do colo do fémur — J. Blumentfeld e col. (45-34, 1958).

«Arc. Fran. de Péd.»:
A prova do iodeto provocada. Notas críticas — M. Lelong e col. (16-1, 1959).
Estudo metabólico da cicloserina na criança — A. Breton e col. (16-1, 1959).

«A Med. Cont.»:
O coração na distrofia muscular progressiva — Nogueira da Costa e M. Dias Coelho (77-2, 1959).
Alterações electroencefalográficas na paramiloidose de Corino de Andrade — Pompeu Silva e col. (77-2, 1959).

«Coimbra Méd.»:
Fisiopatologia e Clínica das diskaliémias — A. Vaz Serra e A. Carmo Flores (Fev. de 1959).

O problema da pancreatite crónica à luz da cirurgia actual — Bártoło do Vale Pereira (Fev. de 1959).

«Bolet. del Inst. de Pat. Méd.»:
Sexualidade e frigidez — F. Llaveró (14-2, 1959).
Diabetes insípida com atonia uterina — L. Alcázar e M. Villaverde (14-2, 1959).

(A secção «Semana a Semana» continua na última página — «Efemérides»).

Anunciam neste número:

<i>Abecassis</i>	2.ª capa	<i>La Roche</i>	9
Rua Conde Redondo, 64-3.º-Dt.º — Lisboa		Rua do Loreto, 10 — Lisboa	
<i>Amatus Lusitanus</i>	45	<i>Leacock</i>	29
R. da Misericórdia, 36-3.º-Esq. — Lisboa		Av.ª 24 de Julho, 16 — Lisboa	
<i>Atral</i>	21	<i>Luso-Fármaco</i>	5
Av.ª Gomes Pereira, 74-Lisboa		R. do Quelhas, 14-2.º — Lisboa	
<i>Azevedos</i>	1.ª capa	<i>Micra</i>	25
Trav. da Espera, 3 — Lisboa		R. João de Deus — Venda Nova — Amadora — Lisboa	
<i>Bial</i>	4.ª capa	<i>Neo-Farmacêutica</i>	28
R. João Oliveira Ramos — Porto		Av.ª 5 de Outubro, 21 — Lisboa	
<i>Celsus</i>	42	<i>Química Hoechst</i>	22
R. dos Anjos, 67-1.º — Lisboa		Avenida Duque d'Ávila, 169-1.º — Lisboa	
<i>Ciba</i>	35	<i>Remedius</i>	30
Rua Gonçalves Crespo, 10 — Lisboa		Ru. da Prata, 184 - 3.º - Dt.º — Lisboa.	
<i>Dávi</i>	49	<i>Salgado Lencart</i>	46
R. Conde Redondo, 70 — Lisboa		R. Santo António, 203 — Porto	
<i>Delta</i>	10	<i>Sanofarma</i>	40
Av.ª Duque de Loulé, 108-1.º — Lisboa		13, 14, 39 e Av.ª da Liberdade, 164 — Lisboa	
<i>Ferraz Lynce</i>	20, 26 e 27	<i>Saúde</i>	43
R. Rosa Araújo, 27-1.º — Lisboa		R. S.to António à Estrela, 44 — Lisboa	
<i>Fidelis</i>	23	<i>União Fabril Farmacêutica</i>	17
Terras de Santana, 1 — Lisboa		Rua da Prata, 250-2.º — Lisboa	
<i>Instituto Pasteur de Lisboa</i> 31, 48	e 3.ª capa	<i>Unitas</i>	47
Rua Nova do Almada, 67 — Lisboa		Calçada do Correio Velho, 8 — Lisboa	
<i>J. J. Fernandes</i>	37	<i>Vicente Ribeiro</i>	32 e 34
R. Filipe da Mata, 3.º — Lisboa		R. da Prata, 237-1.º — Lisboa	
<i>L. Lepori</i>	18	<i>Vitória</i>	33
Rua Imprensa Nacional, 86-88 — Lisboa		R. Elias Garcia, 26 — Venda Nova — Amadora	



ANALPIRINA

aminopirina
maleato de cloroprofenopiridamina
vitamina A
vitamina D₃
gluconato de cálcio

SUPOSITÓRIOS
ADULTOS
E
INFANTIS

GRIPE — FEBRE — REUMATISMO — NEVRALGIAS

Patologia dos traumatismos cranianos fechados (Alguns aspectos)

EDUARDO MORADAS FERREIRA

(Neurocirurgião)

Antes de abordar alguns aspectos da patologia dos traumatismos cranianos fechados parece-me útil estabelecer a distinção entre traumatismos cranianos fechados e abertos.

Se nos cingirmos ao significado rigoroso da expressão traumatismos cranianos fechados, só poderemos considerar como tais aqueles em que não há solução de continuidade dos tegumentos.

Tendo, porém, em consideração, que mesmo quando dizemos traumatismo craniano pensamos mais no encéfalo (estrutura nobre e da qual depende fundamentalmente a gravidade do traumatismo) do que no crânio, será um traumatismo craniano fechado aquele em que é mantida a integridade da dura-madre.

A classificação mais rigorosa seria: traumatismos cranianos fechados e abertos e traumatismos encefálicos fechados e abertos, sendo decisiva para a distinção entre lesões encefálicas fechadas e abertas o comportamento da dura-madre (distinções assinaladas por Tönnis desde 1948 e por Peters desde 1951).

A discussão desta noite circunscreve-se, pois, aos traumatismos encefálicos fechados, isto é, àqueles em que a dura permanece íntegra, haja ou não solução de continuidade do coiro cabeludo e dos ossos do crânio.

É ocioso insistir sobre a frequente dificuldade em fazer o diagnóstico de traumatismo craniano fechado e em decidir se existe ou não solução da continuidade dural.

★

A cabeça pode ser sujeita a traumatismos directa ou indirectamente.

No primeiro caso o crânio em repouso pode ser atingido por um objecto em movimento, ou o crânio em movimento pode embater com um objecto em repouso ou em movimento.

Nos traumatismos indirectos, a cabeça e o corpo em movimento chocam com um objecto em repouso ou em movimento de velocidade ou direcção diferentes, produzindo-se uma rápida deceleração do crânio e seu conteúdo. É exemplo deste mecanismo a queda de nádegas ou em pé, que produz uma impulsão da base do crânio contra a coluna cervical, da qual pode resultar uma fractura do contorno do buraco occipital ou mesmo uma penetração da coluna cervical na base do crânio.

Como resultado das forças que produzem os traumatismos, directos ou indirectos, podem ocorrer três efeitos básicos que são os responsáveis pelas múltiplas lesões crânio-encefálicas verificadas na prática clínica: — a cabeça é acelerada súbitamente, é decelerada bruscamente ou é comprimida e deformada, com expressão e distorsão do seu conteúdo.

Mais frequentemente associam-se a compressão com a aceleração ou deceleração. Teóricamente nem mesmo pode produzir-se uma aceleração ou deceleração sem simultânea compressão, assim como em quase todas as lesões por compressão há um certo grau de aceleração ou deceleração.

Estes três mecanismos básicos produzem no crânio e seu conteúdo os seguintes efeitos:

- 1.º — deformação do crânio e do encéfalo;
- 2.º — aumento súbito da pressão intracraniana;

3.º — movimentos do encéfalo em relação ao crânio e seu revestimento dural;

4.º — movimentos de deslize e escorregamento das diversas estruturas encefálicas de constituição e densidades diferentes.

Todas as alterações patológicas verificadas nos traumatismos cranianos fechados resultam, pois, destes mecanismos básicos.

No estudo da patologia traumática do encéfalo há a considerar uma *patologia focal*, em relação com a sede das lesões e suas consequências neurológicas; uma *patologia de correlações localizadas*, usando em sentido extensivo uma expressão de Selye e uma *patologia de correlações gerais*, mais complexa, mais obscura, resultante da disfunção dos centros vegetativos e consequentes alterações da homeostase.

Como é óbvio, não é possível, no tempo de que dispomos esta noite, rever todos estes aspectos patológicos, mesmo limitando-nos aos traumatismos fechados e recentes.

Restringirei pois as minhas referências ao edema cerebral traumático, aos hematomas intracerebrais e à hérnia do lobo temporal, por me parecerem aspectos patológicos de grande interesse e nem sempre suficientemente compreendidos.

EDEMA CEREBRAL

Sobre o edema cerebral traumático existe ainda uma acentuada divergência de opiniões, quer pelo que diz respeito à própria definição do termo, à sua frequência e distribuição, como em relação à sua etiopatogenia.

Alguns autores distinguem o edema da tumefacção cerebral. No primeiro haveria uma acumulação líquida intercelular, com o cérebro aumentado de volume e de consistência amolecida. Na tumefacção a acumulação de líquido seria fundamentalmente intracelular e o cérebro apresentar-se-ia também aumentado de volume, tumefacto, mas de maior consistência.

Para Sceinker, tumefacção e edema são apenas fases evolutivas de um mesmo processo, que num grau mais avançado culmina na dissolução celular.

A distinção histopatológica entre tumefacção (*Hirnschwellung*) e edema, é defendida principalmente pelos investigadores alemães, mas o próprio Pette, após estudos minuciosos foi levado a concluir que não existem características histológicas particulares que permitam uma diferenciação nítida entre os dois processos.

Julgo que actualmente a maioria dos neurologistas, particularmente os anglo-saxónicos, aceitam o conceito de Scheinker.

Os autores franceses, a partir de Cl. Vincent, consideram um edema agudo e activo (devido a alterações vasomotoras) e um edema passivo, dependente de obstruções venosas e crêm que um traumatismo pode provocar um edema activo por lesões ao nível do tronco cerebral.

Outro aspecto discutido é o das frequências do edema localizado, em geral peri-lesional e do edema difuso.

Que o edema localizado existe e é muito frequente, ou

mesmo constante à volta de pequenos focos de contusão, é facto aceite por todos.

O edema difuso, porém, é considerado raro, excepcional e mesmo negado por alguns.

Ainda que admitindo a maior raridade desta forma de edema, não me parece, no entanto, que se possa negar a sua existência.

Na génese do edema peri-focal concorrem vários factores. Um retardamento circulatório no foco de contusão e região peri-focal, com estase e distensão paralítica das vénulas e capilares seguidas de transudação plasmática.

A este factor mecânico vascular junta-se uma acção edematógena bioquímica, devida à actuação directa de substâncias capilarotóxicas provenientes da destruição celular, à hipóxia e à acidose local, condições comuns a todos os focos de tecidos em necrobiose.

O edema difuso pode originar-se secundariamente, devido à propagação do edema peri-focal ao tronco cerebral, ou ser primariamente difuso.

São conhecidos os trabalhos experimentais de Obrador e Pi Suñer e Le Beau, que produziram edema cerebral agudo em animais mediante minúsculas lesões no tronco cerebral.

Pensa-se que o edema generalizado post-traumático, assim como muitas outras das mais importantes manifestações dos traumatismos cranianos (inconsciência, alterações vegetativas), são devidas a lesões do tronco cerebral, que podem não ter tradução morfológica revelável pelos métodos de investigação de que dispomos.

Na génese do edema traumático por lesões da substância reticular do tronco cerebral intervêm também, provavelmente, uma disposição constitucional, congénita ou adquirida, no sentido de uma maior labilidade vegetativa. Cairns sublinhava a importância dos antecedentes de enxaqueca, na predisposição para posses de edema cerebral e Cl. Vincent considerava que o edema cerebral pela sua natureza disérgica tinha afinidades com a urticária.

Estes conceitos têm um interesse terapêutico evidente e podem em parte explicar a acção anti-edematógena de certos medicamentos.

As consequências do edema, quer pela sua propagação ao tronco cerebral, podendo causar disfunções que conduzam à morte, quer pelos ciclos viciosos e conflitos de espaço que gera, são da maior importância na evolução dos traumatismos cranianos.

É de chamar a atenção para o facto do edema se poder manifestar com grande exuberância logo a seguir ao traumatismo. Outras vezes só se traduz clinicamente ao fim de 2 a 3 dias e o intervalo de latência clínica entre o acidente e as suas manifestações focais e hipertensivas pode conduzir ao diagnóstico de hematoma intracraniano (mais frequentemente epi ou sub-dural). Nestas circunstâncias a electro-encefalografia e a angiografia são meios de diagnóstico de grande utilidade, sendo reprovada por alguns autores a prática da trepanação exploradora, que feita na fase de edema em evolução pode agravar a situação acentuando o desequilíbrio vegetativo.

O aumento de volume do encéfalo comprime as veias, dificulta a circulação de retorno e contribui para a persistência e agravamento do edema.

As cisternas da base podem ser colapsadas dificultando-se a circulação do liquor que fica retido nos ventrículos, que se dilatam, contribuindo um novo factor de agravamento da hipertensão intracraniana.

A compressão da cisterna ambiens e da cisterna magna conduz à oclusão do aqueduto. Análogamente, a circunvolução do corpo caloso do lado da lesão pode comprimir para baixo as cisternas inter-hemisférica e do corpo caloso e transmitir esta compressão aos buracos de Monro, que podem ser ocluídos. Assim, a hidrocefalia pode atingir todo o sistema ventricular ou limitar-se aos ventrículos laterais.

O conhecimento destas interrelações e factores de agravamento recíproco é indispensável para a compreensão da evolução do quadro clínico e para a adequada atitude terapêutica, médica ou cirúrgica, pois não raras vezes a interrupção oportuna

de um destes ciclos viciosos modifica radicalmente o sentido da marcha clínica.

HEMATOMAS INTRA-CEREBRAIS

As formas traumáticas de hematoma intra-cerebral são pouco frequentes, mas o seu estudo é de considerável interesse patológico e clínico.

Courville e Blomquist encontraram 36 hematomas intra-cerebrais em 439 autópsias de traumatismos cranianos e Browder e Turney 80 hemorragias intra-cerebrais, das quais apenas 29 foram operadas.

Mansuy e Lecuire, impressionados pela sua predominância temporal, qualquer que seja a sede do traumatismo, admitem a existência nesta região de um carácter anatómico particular e perguntam se estes hematomas serão sempre traumáticos ou se o acidente não desempenhou apenas um papel adjuvante, interrogação que levanta um importante problema médico-legal.

Em contradição com a opinião daqueles autores franceses, Larghero considera que o mecanismo do acidente permite fazer deduções sobre a sede da hemorragia e reputa frequentes as localizações frontais.

Para este autor trauma frontal, intervalo livre e coma secundário constituem indicações para procurar um hematoma intra-cerebral frontal.

Quando o hematoma é de origem arterial é rapidamente expansivo dando lugar a uma sintomatologia progressiva semelhante à do hematoma epidural.

O hematoma de origem venosa cresce mais lentamente e dá um quadro clínico confundível com o do hematoma sub-dural.

Conforme as proporções relativas da hemorragia e da contusão cerebral, podem considerar-se três formas esquemáticas com todos os graus de transição.

- 1 — hematoma puro;
- 2 — hematoma com contusão;
- 3 — contusão hemorrágica.

O hematoma puro deriva em geral de um traumatismo de grau moderado e manifesta-se clinicamente por um quadro muito semelhante ao do hematoma epidural — trauma com breve perda da consciência — intervalo livre de curta duração — progressão para o coma com sinais neurológicos focais.

A patogenia dos focos hemorrágicos em zonas de contusão cerebral — contusões hemorrágicas — é facilmente compreensível e podem encontrar-se todas as formas de transição, desde a laceração pura com escassa infiltração hemática até às formas em que a contusão é mínima e se apresentam constituídas por um hematoma no seio de uma zona de parênquima cerebral pouco alterado.

São estes casos que têm uma interpretação etiopatogénica mais delicada, levando a considerar várias hipóteses: hemorragia primária com traumatismo consecutivo; malformação vascular ou fragilidade vascular anormal sendo o traumatismo um factor desencadeante; coalescência de pequenas hemorragias petequiais resultantes de fenómenos vaso-paralíticos post-traumáticos (Evans e Scheinker).

Habitualmente perante um traumatizado do crânio inicialmente lúcido e que após um intervalo livre de maior ou menor duração começa a caminhar para o coma; ou em coma ou estupor desde o acidente e que após um período de estabilização mostra sinais de agravamento, pensa-se no hematoma epidural ou sub-dural e raras vezes no hematoma intra-cerebral.

A menor frequência deste último hematoma e o mais imperfeito conhecimento de sua patologia conduzem a erros terapêuticos.

Ou o doente é trepanado e não se encontrando hematoma epi ou sub-dural não se procura a causa do agravamento, que apenas a autópsia revela tratar-se de um hematoma intra-cerebral, ou então encontrando-se um hematoma

epi ou sub-dural procede-se à sua evacuação e não se investiga a possibilidade da coexistência de um hematoma intra-cerebral ou de uma contusão hemorrágica cuja evacuação é vital.

Por estas razões, ainda hoje, as mais numerosas estatísticas de hematomas intra-cerebrais derivam de material necrópsico.

Permito-me pois chamar a atenção para dois importantes factos.

A sequência, perda de consciência, intervalo livre, agravamento, não é nem patogénica nem exclusiva de hematoma extra-cerebral.

Podemos afirmar com maior rigor que esta sequência indica quase sempre um hematoma intra-craniano. E dizemos, quase sempre, porque os chamados agravamentos do 3.º dia e do 12.º dia podem levantar difíceis problemas de diagnóstico diferencial. É nestes casos que adquirem grande valor os métodos auxiliares de diagnóstico — nomeadamente a EEG e a angiografia.

O hematoma epi ou sub-dural é com certa frequência associado a um hematoma intra-cerebral.

Os hematomas intra-cerebrais apresentam-se com frequência com uma sintomatologia semelhante à dos epi-durais, mas estes em geral são subjacentes a um traço de fractura enquanto que o hematoma intra-cerebral ocupa em regra o hemisfério oposto.

Deste modo, sempre que uma trepanação feita com o diagnóstico de hematoma epidural seja negativa, impõe-se uma trepanação contralateral e a exploração de um provável hematoma intra-cerebral.

Se, após a evacuação de um hematoma epi ou sub-dural o cérebro continua túrgido, sob tensão e o doente não recupera a lucidez ou pelo menos a profundidade do coma não se reduz nitidamente, há que pesquisar a existência de um hematoma intra-cerebral e proceder à sua rápida evacuação.

Se, após a evacuação da colecção hemática o doente não melhora, embora o cérebro já não mostre sinais de hipertensão deve então atribuir-se a persistência do coma às lesões de contusão do tronco cerebral, produzidas quer pela violência do traumatismo inicial, quer pela intensidade e duração da compressão exercida pelo hematoma.

Recentemente alguns autores, principalmente em França, têm encarado sob o mesmo ângulo diagnóstico e terapêutico os hematomas puros e as contusões hemorrágicas. Consideram que um foco de contusão actua como factor de agravamento produzindo reacções vaso-motoras, acentuando os fenómenos de edema não só peri-focal, mas difuso e agravando os conflitos de espaço.

Para estes autores a sua localização e evacuação é tão imperiosa como a dos hematomas puros.

Esta atitude, que alarga as indicações da angiografia e da terapêutica cirúrgica, pode considerar-se ainda numa fase de ensaio e não assenta, por ora, em dados estatísticos suficientes; mas parece-nos uma orientação prometedora.

As dificuldades diagnósticas e terapêuticas destes casos e as incertezas prognósticas derivam da quase constante associação de lesões — hemorragias petequiais múltiplas, focos de hemorragia maciça e da contusão hemorrágica, hematomas sub e epidurais.

Se as hemorragias petequiais não são acessíveis à terapêutica cirúrgica o mesmo não acontece com os outros tipos lesionais, que devem ser cuidadosamente pesquisados com exames clínicos repetidos, complementados pelos métodos auxiliares do diagnóstico — EEG, angiografia e ventriculografia.

A persistência de um foco hemorrágico ou de uma extensa zona de laceração cerebral, não só pelo seu volume mas principalmente pelas reacções vaso-motoras e edematógenas que desencadeia, pode gerar uma hipertensão craniana e um edema do tronco cerebral, incompatíveis com a recuperação do doente; e só a sua oportuna evacuação poderá em alguns casos colocar o doente numa situação controlável medicamente.

A HÉRNIA TEMPORAL

O edema cerebral, os hematomas intra-cerebrais e outras consequências patológicas dos traumatismos cranianos que

não referiremos, pela sua acção expansiva deslocam o encéfalo e são por sua vez geradores de fenómenos patológicos da maior gravidade e de grande interesse sob o ponto de vista da terapêutica cirúrgica.

Penso particularmente na hérnia do lobo temporal, a mais frequente em traumatologia craniana e cujos aspectos patológicos me parecem merecer a atenção deste colóquio.

A hérnia temporal ou cone de pressão temporal descrita inicialmente por Cl. Vincent e Jefferson, tem sido objecto de importantes estudos patológicos e clínicos, dos quais destaco como mais minuciosos os de Fischer Brüge, Sunderland, Lagorthe, LeBeau, Cone e Reid.

Como sabem, entre os pedúnculos cerebrais e o bordo livre da tenda do cerebelo existe um pequeno espaço, cruzado pela porção do nervo motor ocular comum que vai da sua emergência peduncular até à penetração na dura que reveste o seio cavernoso.

O lobo temporal, mais particularmente o uncus deste lobo, excedendo medialmente a superfície da tenda do cerebelo, ocupa aquele espaço contraíndo íntimas relações com a face superior do nervo motor ocular comum.

Qualquer lesão expansiva hemisférica (especialmente as lesões temporais) ou extra-hemisférica (sub ou epidural) pode empurrar o lobo temporal para o lado oposto e para baixo, forçando-o através daquele hiato e dando lugar à chamada hérnia temporal ou cone de pressão temporal.

A sequência dos fenómenos patológicos e a sua expressão clínica é, em geral, a seguinte.

A pressão do lobo temporal sobre o terceiro nervo excita primeiro as fibras pupilo-constrictoras do nervo (as que ocupam o seu sector superior, segundo Sunderland), paralisando-as secundariamente.

Após uma curta fase de miose unilateral, que dura apenas alguns minutos e passa inadvertida a maior parte das vezes, a pupila do lado da lesão começa a dilatar-se progressivamente até atingir a fase de midríase fixa, sem reacção à luz, quer directa, quer consensualmente. E friso a importância da reacção consensual, que permite distinguir uma midríase por paralisia do terceiro de uma midríase num olho amaurotico por traumatismo do nervo óptico ou do quiasma.

A progressão da compressão paralisa o componente somático do terceiro e à midríase associa-se uma ptose palpebral e um desvio do globo ocular para fora, por predomínio da acção do recto externo.

Ao mesmo tempo o tronco cerebral é empurrado para o lado oposto e o bordo livre do tentório exerce pressão sobre o pedúnculo, pressão esta que incide predominantemente sobre o feixe piramidal.

Instala-se então progressivamente uma hemiparesia e depois uma hemiplegia homolateral à lesão, isto é, do lado da midríase.

O pedúnculo cerebral homolateral à hérnia é deslocado não só para o lado oposto mas também para baixo, verticalizando-se, e deste modo o terceiro nervo assume uma direcção mais oblíqua para diante e para fora e entra em contacto mais firme com a apófise clinóidea posterior.

A progressão dos fenómenos compressivos do tronco cerebral leva a um alongamento deste e a uma descida da protuberância na fossa posterior e deste modo a origem do terceiro nervo desce também; o tronco basilar, fixo à protuberância, acompanha esta na sua descida e as artérias cerebrais posteriores ao destacarem-se deste tronco seguem um trajecto mais oblíquo para cima. Como referem Sunderland e Bradley o aspecto final observado na necrópsia mostra que «os nervos oculo-motores seguem agudamente para baixo desde a sua origem para alcançarem a superfície inferior da artéria cerebral posterior correspondente antes de se desviarem agudamente para cima e depois para diante e para fora para as apófises clinóideas posteriores».

Deste modo o terceiro nervo contra-lateral começa a sofrer e a pupila correspondente a dilatar-se.

Contribui ainda para a paralisia deste nervo o deslocamento lateral do tronco cerebral que bloqueia mais fortemente o nervo no ângulo formado pela cerebral posterior e cerebelosa superior.

Atinge-se, assim, a fase de midríase paralítica bilateral,



Bom estado de equilíbrio
Ausência de fadiga
graças à

«Esanine» ROCHE
Marca de fábrica

Regulador do sistema
neurovegetativo

Grajeias 20 e 100

F. Hoffmann-La Roche & Cie, S.A., Basileia/Suíça

Representante: Henri Reynaud. Secção científica Roche: Rua do Loreto, 10, Lisboa, Tel. 30177

SISTOBIOL

CARDIOTÔNICO

COMPOSIÇÃO

Convalamarina	0,005 Grs.
Niquetamida	5
Glicerofosfato de estricnina.	0,002 >
Água bidestilada q. b. para	20 c. c.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Nas formas asténicas da hipotonia cardiocirculatória e neurovegetativa.

APRESENTAÇÃO

Frasco conta-gotas de 20 c. c.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-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

sinal de péssimo prognóstico, e que quando devida a hérnia temporal conduz a uma situação irrecuperável se persiste mais de 30 minutos, na opinião de Sunderland e Bradley.

A porção herniada do lobo temporal comporta-se como uma verdadeira hérnia estrangulada; congestiona-se, aumenta de volume e agrava ainda a compressão do tronco cerebral, podendo persistir herniada mesmo depois de tratada e curada a lesão expansiva causal.

É o estudo da evolução clínica, particularmente dos sinais de paralisia do terceiro par, depois de evacuada a lesão expansiva (hematoma, foco de contusão hemorrágica), que orienta a sequência terapêutica, pois em alguns casos pode ser necessário reoperar o doente e libertar o lobo temporal herniado.

A patogenia da midríase uni e depois bilateral tem sido objecto de discussões e de hipóteses e embora a que acabamos de expor seja a que nos parece mais provável e que conta actualmente com maior número de adeptos, não posso afirmar que seja aceite unânimemente.

Cushing, em 1908 explicava os fenómenos observados por uma lesão encefálica destrutiva ou irritativa, e a experimentação ulterior, particularmente de Penfield, permitiu demonstrar a existência de zonas no córtex cerebral cuja excitação modifica o diâmetro pupilar.

Tönnis (1951) afirmou que a midríase post-traumática é devida a uma irritação do simpático intra-axial por lesão da substância reticulada do tronco cerebral e separa esta midríase, que considera a mais frequente, da devida a lesões do terceiro par.

Os autores que consideram a midríase devida à compressão do tronco do terceiro nervo não estão de acordo sobre o mecanismo desta compressão.

Para Reid e Cone o terceiro nervo seria comprimido de encontro à base do crânio.

Fischer-Brügge pensa que o terceiro nervo é comprimido de encontro à lâmina quadrilátera do esfenoide e dá ao síndrome a designação de «das Clivus-Canthus Syndrom».

Lagorthes pensa que o nervo é comprimido contra o bordo superior do ligamento petro-clinoideo ou contra o bordo externo da apófise clinoidea posterior quando se dá uma translação lateral do tronco cerebral, brusca, como consequência de um traumatismo de incidência lateral ou lenta e progressiva, por hérnia temporal ou hematoma da base.

Esse autor, ao contrário de Sunderland, pensa que as fibras pupilo-constrictoras ocupam o sector inferior e interno do tronco nervoso.

As razões da paralisia do terceiro se manifestar inicialmente pelas fibras pupilares e só depois atingir as fibras da musculatura ocular extrínseca, têm sido procuradas por alguns autores em particularidades anatómicas, fibras superiores e superficiais para Sunderland e ínfero-internas para Lagorthes, e por outros com diferente sensibilidade à pressão. Para estes, as fibras da motricidade iridiana são mais sensíveis à pressão que as da motricidade extrínseca.

Outra consequência patológica da hérnia temporal que encerra mais um ciclo vicioso é a hidrocefalia ventricular por compressão do aqueduto. Esta hidrocefalia aumenta a tensão intra-craniana e contribui para acentuar a hérnia temporal.

O edema cerebral, diminuindo a consistência do tecido nervoso, favorece também a sua penetração no hiato tentorial. A hérnia temporal, por sua vez, comprimindo o tronco cerebral, vai desencadear reacções edematógenas cerebrais — outro ciclo vicioso que contribui para o agravamento dos fenómenos patológicos.

A compressão do tronco cerebral pela hérnia temporal produz neste lesões vasculares. Para alguns autores estas lesões seriam de origem arterial por compressão e estiramento vascular, mas a maioria dos autores é de opinião de que é a estase venosa a responsável pelas lesões observadas. Histologicamente encontram-se todos os intermediários entre a estase, os transudados e as hemorragias. Segundo LeBeau a sede da hemorragia mais característica da hérnia temporal é

a hemorragia da parte alta da protuberância no rafe mediano e na parte do mesencéfalo imediatamente dorsal ao foramen caecum.

Compreende-se facilmente que a existência destas lesões, nos casos de grandes hérnias que não são rapidamente reduzidas, conduzam com frequência a situações clínicas irreversíveis.

Não parece ocioso insistir na importância do conhecimento destes fenómenos patológicos e do seu precoce diagnóstico e rápida terapêutica, pois como já disse é aceite por alguns autores que uma vez atingida a fase de midríase fixa bilateral, se esta se prolonga mais de 30 minutos, o doente já não é recuperável. Devo no entanto, advertir que esta não é razão para uma abstenção terapêutica, pois os nossos conhecimentos não são suficientes para nos permitirem uma atitude passiva e pessimista.

Um problema que se põe com frequência perante o traumatizado com sinais de lesões do tronco cerebral é o de decidir se estas derivam apenas de uma compressão, se a compressão já produziu lesões hemorrágicas graves ou se as lesões hemorrágicas derivam do próprio traumatismo craniano e não são acessíveis a uma terapêutica cirúrgica.

É um importante problema terapêutico e prognóstico, que tem sido investigado particularmente por Le Beau.

Quando, após um intervalo livre sem alterações ou com discretas modificações do estado de consciência, se instala um quadro de sonolência progressiva, com rigidez da nuca, midríase homolateral e hemiplegia homolateral, o diagnóstico de hérnia temporal sem lesões intrínsecas do tronco cerebral é de presumir.

Se a sonolência progride para o coma, a midríase de uni se torna bilateral e se instalam sinais de sofrimento vegetativo, estamos perante um agravamento dos sinais de sofrimento do tronco cerebral, mas ainda numa fase muito provavelmente recuperável com a terapêutica médico-cirúrgica adequada.

Logo, porém, que o coma se torna profundo e em vez de rigidez da nuca se observa uma nuca flácida, este quadro significa que se produziram graves lesões hemorrágicas do tronco cerebral e que o prognóstico é muito sombrio, diremos mesmo quase invariavelmente fatal.

Na falta do conhecimento da evolução do quadro clínico ou quando se instala imediatamente um coma profundo com midríase uni ou bilateral, podemos afirmar que ou o traumatismo produziu directamente lesões graves e irreversíveis do tronco cerebral ou uma hérnia temporal de instalação muito rápida condicionou secundariamente estas lesões.

Le Beau insiste particularmente sobre o significado da nuca flácida, que considera no estado actual das nossas possibilidades terapêuticas, como sinal de prognóstico fatal, ideia que coincide com a resultante da nossa própria experiência.

Detive-me particularmente sobre estes fenómenos patológicos, suas correlações clínicas e importância terapêutica porque o seu conhecimento constitui uma imperiosa necessidade para todos os cirurgiões.

As decisões terapêuticas impostas por um hematoma, particularmente quando se manifestam sintomas e sinais de hérnia temporal, são da maior urgência, que se mede por vezes por minutos, e incompatíveis com as habituais demoras em transportar o doente para um centro especializado ou mesmo de aguardar a comparência de um neurocirurgião.

Será, mesmo em Lisboa, para não me referir aos hospitais dispersos pelo País e que inevitavelmente receberão doentes nestas situações, o cirurgião geral que terá de operar estes traumatizados e os resultados da sua cirurgia serão o reflexo do seu conhecimento dos processos patológicos em causa.

(Palestra proferida na Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa, integrada num Colóquio sobre traumatizados cranianos fechados recentes — Julho de 1958).

NOTAS DE GASTRO-ENTEROLOGIA

M. DA SILVA LEAL

CARLOS DA SILVA LEAL

ANTÔNIO DA SILVA LEAL

IX — Adenopatia mesentérica com perturbações motoras do jejuno após uma gastrectomia

À raridade do caso que hoje apresentamos alia-se a impossibilidade de se chegar a conclusões quanto à etiologia do processo, o que o torna merecedor de ser aqui relatado e arquivado.

Bol. 18.273/366 — Em 25 de Outubro de 1957 o Dr. Alberto Reis, do Porto, mandou-nos um doente do sexo masculino, de 21 anos, que fora gastrectomizado por este cirurgião em Abril de 1956, devido a uma úlcera do duodeno.

Os seus sofrimentos remontavam a 1953: epigastralgias sem horário, que, por vezes, calmavam com a ingestão de alimentos, não acusando azia. Foi apendicectomizado em Fafe, em 1954, sem que tenha colhido qualquer benefício com a intervenção.

Fez vários tratamentos até que lhe foi diagnosticada a úlcera, sendo então gastrectomizado.

Alguns meses depois da operação voltou a sofrer e quando o examinamos, em Outubro de 1957, referia o seguinte:

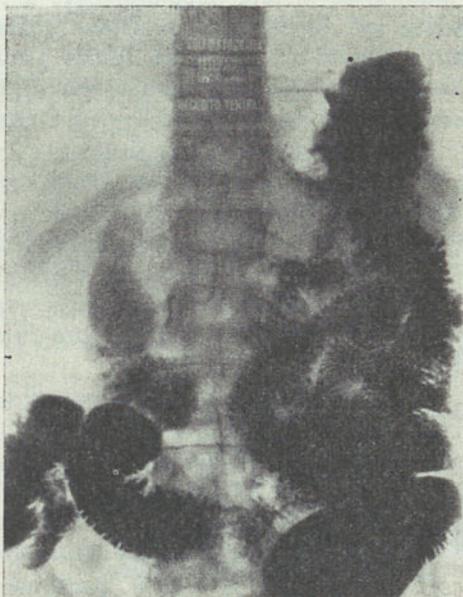
— Sensação de peso no estômago uns 15 m. depois das refeições; má digestão e ausência de azia e de eructações; grandes enfartamentos pós-prandiais que só aliviavam com o decúbito; epigastralgias ligeiras, muito menores do que tinha antes da operação, sem qualquer horário e que não abrandavam com a ingestão de alimentos; tonturas e algumas dores, de quando em quando, no hipocondrio direito; obstipação e fezes duras de cor acastanhada.

À palpação notamos dor no hipocondrio direito e em toda a parte abdominal situada para baixo do umbigo; as dores, porém, não eram intensas.

Pelas radiografias que o doente nos apresentou e que tinham sido feitas em Fevereiro, por indicação do Dr. Alberto Reis, verificamos que o sofrimento deste doente não estava no âmbito do estômago; de anormal apenas se encontrou um ligeiro alargamento de uma das ansas do jejuno.

Procedemos a uma revisão radiológica (Outubro de 1957), averiguando-se o seguinte: — estase vesicular por dificuldade na transposição colónica por hipertonia; esvaziamento gástrico normal, nada havendo de patológico na boca anastomótica; dilatações acentuadas em algumas ansas do delgado (Fig. 1, 2 e 3).

Fig. 1 — Exame de Outubro de 1957 — Vesícula opacificada com Telepaque; hipertonia infundíbulo-cística. A refeição baritada ingerida na ocasião do exame mostra o estômago a esvaziar com facilidade através da boca anastomótica e algumas ansas do delgado muito dilatadas.



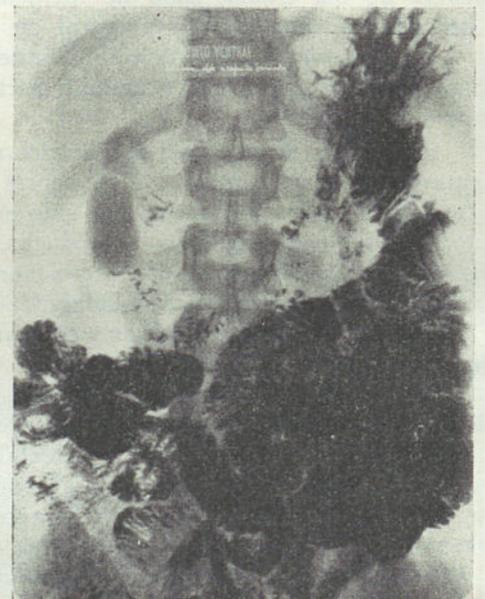
Feito o diagnóstico de jejunites, sem que pudessemos definir a sua etiologia, acordou-se com o Dr. Alberto Reis, proceder a uma laparotomia, a qual foi realizada em 23 de Janeiro de 1958, no Hospital do Carmo (Porto). A seguir transcrevemos a nota descritiva que nos foi fornecida pelo cirurgião:

«Feita uma incisão paramediana esquerda e aberto o peritoneu, depa-ramos com uma ansa do intestino delgado muito dilatada, destacando-se das restantes, não só pelo volume, como pela cor e espessura das paredes, completamente atónica, deixando transparecer o conteúdo. O aspecto era idêntico ao que se verifica ao operar as oclusões intestinais com muitos dias de evolução.»

Fig. 2 — Exame de Outubro de 1957 — Outro aspecto da dilatação das ansas do jejuno, 15 m. depois da ingestão da substância baritada



Fig. 3 — Exame de Outubro de 1957 — Aspecto do jejuno, com ansas dilatadas, 30 m. depois da ingestão da refeição baritada



«O comprimento da ansa que descrevemos era de cerca de 25 cm. e, na junção desta com a parte sã, notava-se uma zona apertada, fazendo lembrar uma estenose.»

«O mesentério correspondente à zona patológica estava congestionado e crivado de gânglios que, embora em pequeno número, também se viam por toda a restante superfície.»

«Procedemos à ablação de dois gânglios para exame histológico e, em seguida, infiltramos com novocaína a raiz do mesentério e a região doente.»

«Assistimos, quase imediatamente, à mudança de cor do segmento doente, o qual, de cinzento escuro, passou a cinzento claro, tomando uma

— Instituiu-se um tratamento para a hipertonia esfíncter-ductal, aliás sem qualquer benefício e deixamos o doente em observação quanto ao seu sector intestinal.

— O estado do doente foi-se agravando: dores muito mais acentuadas no abdómen, para baixo do umbigo; desenho constante, na parede, das ansas do delgado, em permanente evolução; afrontamento com sensação de mal estar e, por vezes, vômitos alimentares.

— Radiografámo-lo novamente em Dezembro e verificou-se mais acentuada dilatação das ansas do jejuno (Fig. 4), incluindo a da anastomose gástrica (Fig. 5).



TIOCTIDASI

ácido tióctico

coenzima de acção

- anti-tóxica
- hepatoprotectora
- estimulante dos emunctórios

istituto sieroterapico italiano

um novo capítulo da clínica:

as indicações terapêuticas da **TIOCTIDASI**

insuficiência hepática
hepatopatias primárias e secundárias
discinésias das vias biliares
colites

resultam

- das acções bioquímicas do ácido tióctico: oxidação do ácido pirúvico e dos outros α -cetoácidos; síntese e transferência dos radicais acetil; regulação de particulares equilíbrios de oxidação-redução.
- dos efeitos farmacológicos do ácido tióctico: anti-tóxico e hepatoprotector em várias formas de envenenamentos e de hepatopatias experimentais.

a posologia e o modo de administração estão sempre em relação com o estado clínico do doente e com a gravidade da lesão.

um esquema terapêutico aconselhável, mas variável segundo o critério do médico, é o seguinte:

- nos casos excepcionalmente graves (coma hepático, dis-hepatismo grave, etc.), 40-80 mg em soluto glucosado isotónico, por gota-a-gota endovenoso.
- nos casos de menor gravidade, dose diária de 10-20 mg, por via endovenosa.
- na terapêutica de manutenção, ou quando não seja possível a utilização da via endovenosa, 10 mg ou mais diários, por via intramuscular.

ampolas | 10 mg
 | 25 mg

a pedido dos exmos. médicos ser-lhe-ão enviadas literatura e amostras clínicas de **tiocetidasi**.

Representantes exclusivos para Portugal e Ultramar:
SANOFARMA, LDA. — Avenida da Liberdade, 164 — Lisboa

tonalidade rósea e, por fim, a cor normal, de molde a não se diferenciar das restantes ansas, visto a tonicidade ter reaparecido ao fim de alguns minutos.»

«O exame histopatológico dos gânglios revelou lesões de *linfadenite sub-aguda inespecífica*.»

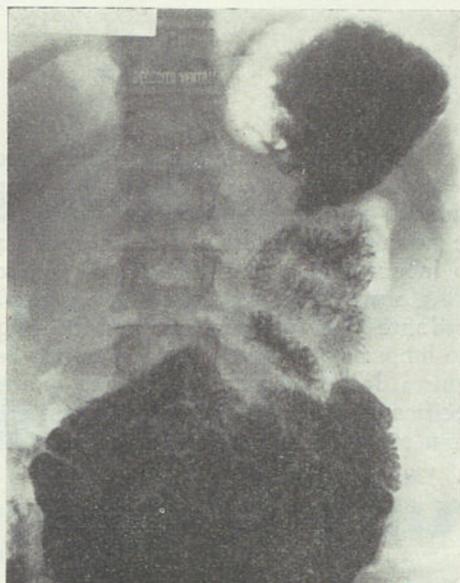


Fig. 4 — Exame de Dezembro de 1957 — Ansas do delgado bastante dilatadas

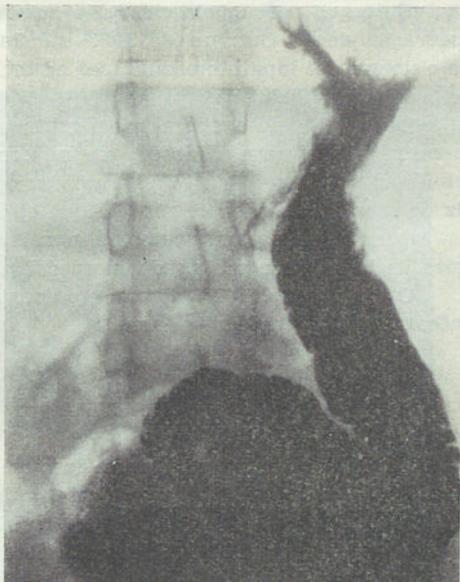


Fig. 5 — Exame de Dezembro de 1957 — Ansas do jejuno bastante dilatadas, incluindo a ansa anastomótica

«O pos-operatório foi normal.»

O doente ficou bem e até agora (Fevereiro de 1959), nada de anormal surgiu.

★

O facto de o cirurgião nada ter encontrado de anormal no mesentério quando procedeu à gastrectomia, em Abril de 1956 e, ainda, o início do sofrimento ter surgido alguns meses depois desta operação, permitem concluir que, pelo menos os sinais macroscópicos da doença, são posteriores ao acto cirúrgico.

A evolução do processo foi rápida. Em Fevereiro de 1957 já se divisava na radiografia uma ansa ligeiramente dilatada; na radiografia de Outubro as dilatações jejunais eram já maiores e na de Dezembro ainda mais acentuadas se apresentaram, sendo já evidente a tendência para a oclusão.

Não tendo sido esclarecedor, quanto à etiologia do processo, o exame anatomopatológico que se fez aos gânglios, quedamo-nos indecisos quanto ao futuro do doente, embora durante o acto operatório tivéssemos assistido às mutações e normalização das ansas do jejuno, após a infiltração novocaínica praticada pelo cirurgião.

No entanto, já decorreu mais de um ano e o doente mantém-se sem qualquer sofrimento.

★

O problema das adenites mesentéricas tem merecido nos últimos anos a atenção de numerosos autores; Lawrence,

Boilleau, Flabeau, Guleke, etc., encararam-no sob o ponto de vista clínico, mas merecem destaque especial os trabalhos experimentais de Reilley.

Hoje apenas nos referiremos às adenites mesentéricas inespecíficas, também chamadas por alguns primitivas, excluindo do âmbito das nossas considerações as adenites mesentéricas de causa conhecida.

A importância das adenites mesentéricas resulta das situações agudas a que podem dar lugar e nestes últimos anos foram sobretudo os trabalhos de Reilley que projectaram alguma luz sobre o problema.

Lawrence — a quem se devem estudos clínicos valiosos neste capítulo da enterologia — demonstrou serem frequentes as adenites mesentéricas nas crianças com invaginações intestinais e Reilley provocou invaginações intestinais em cobaias, injectando no grupo ganglionar ileo-cecal um extracto de gânglio humano retirado no decurso dum síndrome maligno ou um extracto ganglionar extraído de uma adenite mesentérica aguda banal.

Outras perturbações intestinais, porém, podem ser desencadeadas pela adenite mesentérica; Lawrence assinala também as oclusões, os infartos, as hemorragias e ainda as perturbações motoras.

Na literatura médica encontramos situações agudas em que o diagnóstico de apendicite ou de ileíte se não confirmou, verificando-se depois ser a adenite mesentérica a determinante do processo. Flabeau publicou 2 casos de formas pseudo-apendiculares e 1 com o quadro de oclusão intestinal. Gangitano operou um caso de adinamia do ileon, com 4 dias de evolução, resultante de uma linfadenite mesentérica. Rodriguez Téjérine, além de vários casos operados com o diagnóstico de apendicite aguda, assinala 1 em que o quadro era o de uma perfuração gástrica; em todos eles — e muitos mais se poderiam citar — havia linfadenite mesentérica.

Na sessão de 18 de Novembro de 1957 R. Cattan, M. Champeau, P. Fremusseau, M. Libeskind e Nivet apresentaram uma comunicação à Société de Gastro-enterologie, de Paris, que merece referência especial devido à semelhança que apresenta com o caso por nós hoje aqui descrito. O doente acusava dores abdominais violentas, diarreias, emagrecimento, anorexia e na fossa ilíaca direita havia um tumor de contornos regulares e pouco sensível.

O exame radiológico mostrou a existência de uma ansa dilatada. Porém, durante o acto operatório apenas se notou, em algumas zonas, um aspecto de constrição espasmódica sem dilatação de qualquer ansa. Com a exposição ao ar e com o sorro quente, depressa o delgado retomou o seu aspecto normal. No mesentério havia uns vinte gânglios do tamanho de uma cereja, como também os havia junto do pedículo. O cirurgião fez a infiltração novocaínica e recolheu alguns gânglios para análise. O exame histológico demonstrou tratar-se simplesmente de uma adenite inflamatória subaguda, sem qualquer sinal de inflamação específica.

Os autores findam a sua comunicação afirmando: «*La nature même de la maladie qu'a présenté notre sujet demeure donc mystérieuse*.»

O mesmo podemos nós dizer a propósito do caso apresentado, que se resumia, afinal, a perturbações motoras do delgado determinadas por uma *linfadenite mesentérica inespecífica*.

★

Se passarmos rapidamente em revista a sintomatologia clínica que a adenite mesentérica pode apresentar, vemos como ela é indefinida e escassa, confundindo-se com outros quadros patológicos.

A dor, sinal que é constante, é em regra difusa mas de predominância ora peri-umbilical, ora infra-umbilical, ora na fossa ilíaca direita e ainda nas regiões inguinal e crural direita, podendo ainda estender-se às bolsas ou grandes lábios e descer até ao joelho; esta irradiação é devida à vizinhança do soas ilíaco, o qual pode ser atingido, bem como os ramos nervosos que passam por baixo, nomeadamente o fémuro-cutâneo e o génito-crural.

Uma característica destas dores é a sua intermitência: desencadeiam-se por uma má posição ou por um esforço físico

(nas crianças durante as brincadeiras) e cessam em certos casos com o decúbito ou com as aplicações quentes.

Às dores associa-se umas vezes a obstipação, outras uma diarreia ou apenas dejectões de fezes moles; no entanto, o funcionamento intestinal não tem qualquer influência nas dores.

Mas, é à radiologia que se vão buscar os melhores elementos para o estudo destes doentes.

As modificações radiológicas que se observam no jejuno-íleon são variáveis: focos, a maior parte das vezes jejunais, edema valvular, contornos em dentes de serra ou menos profundos, segmentação com o sinal do molde de Kantor, dilatações segmentares persistentes e estenoses mais ou menos pronunciadas.

O trânsito está geralmente perturbado: tanto é rápido e completo em 4 a 5 horas, como acelerado no início, para depois ser retardado.

Salvo nos casos em que surge repentinamente uma forma aguda — oclusão ou trombose — é o estudo radiológico pormenorizado que nos esclarece e nos faz compreender o quadro clínico, levando-nos para a intervenção cirúrgica, única que revela a existência da linfadenite.

★

São numerosos os gânglios mesentéricos — entre 130 e 150 segundo Theile — repartindo-se em 3 grupos principais: um periférico, ao longo do intestino delgado; outro médio, a meia altura do mesentério e um terceiro, situado na sua raiz, formando um grupo importante — o grupo íleo-cecal — no ângulo formado pela última ansa do íleon com o cego.

A disposição destes grupos ganglionares explica a diversidade de localização das lesões.

Assim, quando é o grupo íleo-cecal o atingido, compreende-se a confusão que se estabelece com a apendicite, como também não admira que as lesões secundárias surjam em qualquer segmento do delgado dada a proximidade do grupo ganglionar que o segue no bordo do mesentério.

As causas das adenopatias inespecíficas ou primitivas parecem numerosas. Podem observar-se estes estados patológicos no decurso de infecções intestinais e de certos síndromas malignos. A estes refere-se M.lle Ladet, que encontrou lesões constituídas por uma ansa edemaciada e ruborizada, com hipertrofia ganglionar e ileíte folicular. Síndromas análogos têm sido revelados no decurso de ascariíose e vários autores italianos citaram estas reacções a propósito de uma epidemia por ascaris.

Por outro lado, a associação, muitas vezes, da adenopatia mesentérica com uma infecção local ou geral faz pensar que não se trate duma doença autónoma, mas antes duma reacção linfática infecciosa.

Para uns tratar-se-á apenas duma simples reacção do tecido linfóide a um processo inflamatório; para outros (Sto-meeck e Aboulker) a reacção ganglionar é secundária a uma ileíte banal.

Aqueles que a consideram secundária a uma infecção intestinal alegam que a infecção segue habitualmente o sentido de corrente linfática e que o agente pode atravessar a barreira intestinal sem deixar vestígios ou deixando apenas vestígios mínimos que não se manifestam nos exames radiológicos.

Para alguns autores as banais lesões de uma apendicite podem constituir portas de entrada para uma infecção que atinja os gânglios mesentéricos.

Outros autores, baseando-se nas experiências de Reilley, admitem que a adenite mesentérica faz parte dum estado que atinge todo o sistema linfático; as perturbações intestinais, funcionais e orgânicas, serão secundárias, por irritação das fibras neuro-vegetativas, a uma linfadenite mesentérica primitiva.

Mas a opinião mais unânimemente aceite é a da origem viral (Reiley, Delannoy, etc.).

Apesar de algumas provas negativas, pensa-se que o agente causal destas adenites seja um vírus e que a sua penetração se faça por via digestiva; num segundo tempo a ade-

nite mesentérica pode provocar perturbações funcionais e orgânicas do jejuno-íleon, possivelmente por via reflexa.

Presentemente é, pois, no domínio dos vírus que se pretende encontrar a causa determinante das adenopatias mesentéricas inespecíficas ao exame histológico.

★

O poliformismo dos quadros clínicos a que a adenopatia mesentérica inespecífica dá lugar, não permite que o seu diagnóstico se faça com os sinais clínico-radiológicos. A forma de adenite mesentérica é o cirurgião que a encontra e cabe ao laboratório a classificação da sua característica inespecífica, forma banal e simples, que, muitas vezes, não está concordante com os quadros agudos e graves que determina. Ao laboratório caberá ainda o mérito de vir no futuro a substituir a designação hoje adoptada — adenite mesentérica inespecífica — por uma que defina a sua etiologia e que bem pode vir a ser a de *adenite mesentérica viral*.

RESUMO

Os AA. apresentam um doente que tendo sido gastrectomizado pelo Dr. Alberto Reis, em Abril de 1956, começou a sentir-se mal poucos meses depois.

Entregue por aquele cirurgião aos AA., o doente esteve em observação desde Outubro de 1957 até Janeiro de 1958, mês em que o doente foi laparotomizado, por se ter chegado à conclusão de que havia uma jejunita.

Durante o acto operatório verificou-se haver uma adenite mesentérica e a ansa dilatada, em adinamia, retomou a cor e a forma normal depois de o cirurgião ter injectado novocaína na raiz do mesentério e na região em que se localizavam os gânglios.

O exame histo-patológico feito a 2 desses gânglios, revelou lesões de linfadenite sub-aguda inespecífica.

O pós-operatório foi normal e o doente, em Fevereiro de 1959, continuava a passar muito bem.

RESUMÉ

Les AA. se réfèrent dans ce rapport à un cas d'adénopathie mésentérique inespecifique avec perturbations motrices, qu'ils ont observé chez un malade qui quelques mois auparavant avait été gastrectomisé par le Dr. Alberto Reis, de Porto, à cause d'une ulcère du duodénum.

Quand les A.A. l'examinèrent, 18 mois après l'opération, ses plaintes étaient les suivantes: — sensation de poids dans l'estomac à peu près 15 m. après les repas; mauvaises digestions et pas d'aigreur ni d'éruclations; grands engorgements de l'estomac après les repas, qui se soulageaient après le decubitus; des légères épigastralgies bien inférieures à celles qu'il avait avant l'opération, sans n'importe quel horaire et qui ne calmaient pas avec l'ingestion d'aliments; des vertiges et de temps à autre, quelques douleurs à l'hypocondre droit; constipation et des selles un peu chatain et dures. A la palpation il y avait des douleurs à l'hypocondre droit et dans toute la partie abdominale situé au dessous du nombril.

Par les radiographies faites quelques mois auparavant les A.A. vérifièrent que l'écoulement gastrique à travers l'anastomose était normal; et d'anormal il n'y avait qu'un léger élargissement dans l'une des anses du jéjunum.

Suite au nouvel examen radiologique fait par les A.A., on a vérifié le suivant: — stase vésiculaire par difficulté dans le passage colo-cystique par hypertonie; écoulement gastrique normal, rien de pathologique dans la bouche anastomotique; des dilatations accentuées dans quelques anses du grêle (Fig. 1, 2 et 3).

L'état du malade devint plus grave: des douleurs plus accentuées au dessous du nombril; dessin constant sur la paroi abdominale des anses du grêle en évolution permanente; goullement avec sensation d'indisposition et, parfois, des vomissements alimentaires.

Les A.A. ont radiographié de nouveau le malade et ils constatèrent qu'il y avait une plus grande dilatation des anses du jéjunum (Fig. 4) y incluant celle de l'anastomose gastrique (Fig. 5).

Après avoir fait le diagnostique de l'ileite sans qu'on puisse définir son étiologie, le Dr. Alberto Reis a fait une laparotomie

**para dois
dos mais difíceis
problemas
na prática diária**

*L*akeside
laboratórios

os já comprovados piperidóis

Cantil
para o cólon

Tridal
para perturbações
G.I. não específicas

Representantes

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA
Rua da Prata, 250 — LISBOA
Rua Alexandre Braga, 138 — PORTO

KATASMA

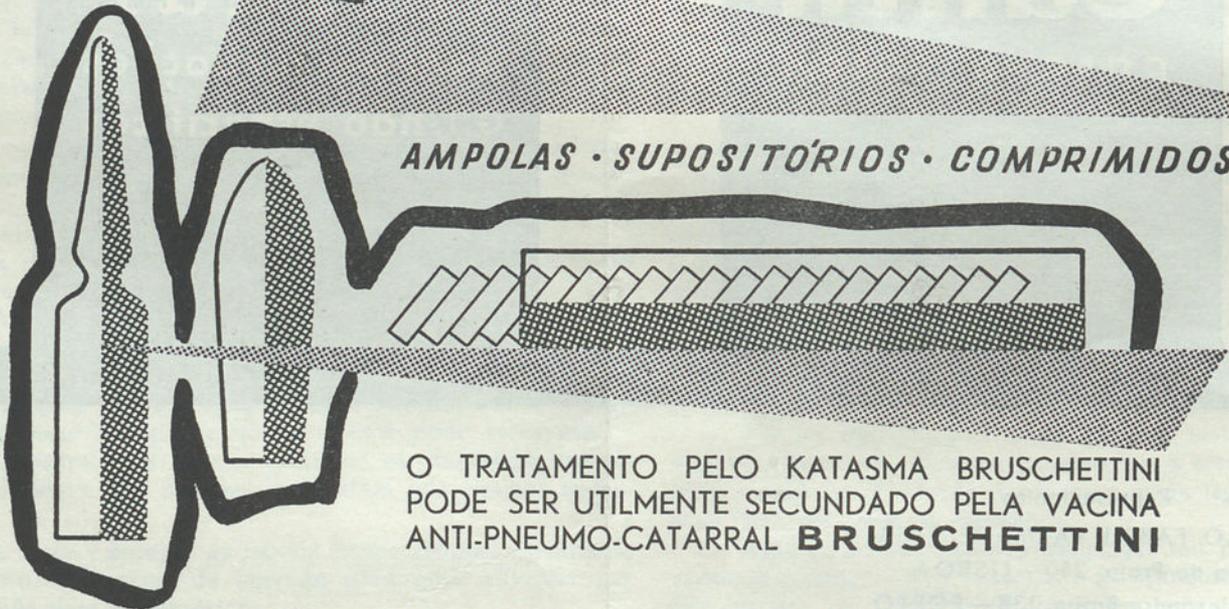
Bruschettini

UMA NOVA MEDICAÇÃO PARA O TRATAMENTO DA ASMA E DA BRONQUITE ASMÁTICA

COMPOSIÇÃO :

	AMPOLAS DE 2 CC.	SUPOSITÓRIOS	COMPRIMIDOS
DIHIDROXIPROPILTEOFILINA	0,20 grs.	0,40 grs.	0,10 grs.
SUCCINATO DE SÓDIO.....	0,10 grs.	0,20 grs.	—
SUCCINATO DE CÁLCIO.....	—	—	0,05 grs.
EXCIPIENTE APROPRIADO ...	q. b.	q. b.	q. b.

AMPOLAS • SUPOSITÓRIOS • COMPRIMIDOS



O TRATAMENTO PELO KATASMA BRUSCHETTINI PODE SER UTILMENTE SECUNDADO PELA VACINA ANTI-PNEUMO-CATARRAL **BRUSCHETTINI**

LABORATORIO DI TERAPIA SPERIMENTALE
DOTT. PROF. A. BRUSCHETTINI - GENOVA - ITALIA

ÚNICO CONCESSIONÁRIO PARA PORTUGAL, ILHAS E ULTRAMAR

L.LEPORI, LDA.

RUA IMPRENSA NACIONAL, 86 - LISBOA

le 23 Janvier 1958, à l'Hôpital de Carmo (Porto) et il trouva une anse de l'intestin grêle très dilatée, se détachant des restantes non seulement par son volume, mais aussi par la couleur et éfaisseur des parois, complètement atoniques et laissant transparaitre son contenu.

Son aspect était pareil à celui qu'on vérifie en operant les occlusions intestinales après beaucoup de jours d'évolution. La longueur de cette anse était d'à peu près 25 cm. et dans la jonction de l'anse dilatée avec la partie saine, il y avait une zone stenosee.

Le mésentere correspondant à la zone pathologique était congestionné et plein de ganglions que l'on voyait aussi sur toute la surface restante, malgré que ce soit en petite quantité.

On enleva deux ganglions pour analyse et on infiltra la racine du mésentere et la région malade avec de la novocaïne.

Nous avons assisté, presque aussitôt, au changement de couleur du segment malade, dont la couleur gris foncé est devenue gris clair, prenant une nuance rosée et finalement la couleur normale, c'est à dire, pareille aux anses restantes, puisque le tonus est réapparu après quelques minutes.

L'examen histopathologique des ganglions a revelé des lesions de lymphadenite subaiguë non spécifiée.

Le post-opératoire fut normal et le malade se trouva bien et jusqu'à présent (le mois de Fevrier 1959) rien d'anormal ne surgit.

Les A.A. en discutant le cas clinique se réfèrent largement aux travaux cliniques de Lawrence et aux travaux expérimentaux de Reilly, mentionnant encore quelques observations d'autres auteurs et spécialement le cas présenté à la Société de Gastro-entérologie française par Cattan, Champeau, Fremusseau, Libeskind et Nivet et qui dans presque tous les détails est semblable à celui du malade étudié par les A.A.

Finalement, au sujet d'étiopathologie ils se réfèrent à la tendance actuelle d'inclure les adenites mésentériques non spécifiques dans les procès provoqués par un virus.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARNULF (G) et BUFFARD — Documents sur l'ileite lymphoide terminale. — *In Arch. Mal. App. Dig.*, 1956, n.º 5, p. 536.
BERNARD (A), LAMELIN (P), AMPE (J.) et Mlle GOULLIARD

— L'adénite mésentérique: ses douleurs et ses troubles intestinaux. *In Arch. Mal. App. Dig.*, 1958, n.º 5, p. 493.

BUSSON, PILOIS, et DELCOURT — Entérite terminale folliculaire et segmentaire traité par infiltration régionale de novocaïne (technique de Forget). *In Arch. Mal. App. Dig.*, 1954, n.º 11, p. 1905.

CATTAN (R.), CHAMPEAU (M.), FREMUSSEAU (P), LIBESKIND (M.) et NIVET — Adénopathie mésentérique chez l'adulte. *In Arch. Mal. App. Dig.*, 1957, n.º 12, p. 1355.

CHAMPEAU (M.) — Les adénites mésentériques aiguës chez l'enfant. *In La Presse Medicale*, 1950, n.º 56, p. 964.

CHERIGIÉ (E), TAVERNIER, DUPAS et Mme RAYNAL — Ileites terminales aiguës et subaiguës. *In Arch. Mal. App. Dig.*, 1955, n.º 5, p. 583.

CHERIGIÉ (E), HILLEMANT (P.), PROUX (Ch.) et BOURDON (R.) — Les adenolymphites dites primitives. *In L'intestin grêle normal et pathologique (étude clinique et radiologique)*. Ed. Exp. Scientifique Française, Paris, 1957, p. 194.

COURTY (L), Mlle GOULLIAUD et BARBY (A.) — Adénites mésentériques. *In Encycl. Méd. Chir.*, p. 9048, I.

DELANNOY (E.) — A propos des adénites mésentériques. *In Mém. Acad. Chir.*, Nov. 1950, p. 830.

LAWRENCE (G.), TOURNIER (P.), BERGE et LEBRUN — Adénolymphite mésentérique aiguë de l'enfant. *In Bull. et Mem. Acad. Chir. Paris*, 1953, 79, p. 325.

MADIGAN (M. S.) and COFFEY (R. J.) — Non-especific mesenteric adenitis. *In Arch. of Surgery*, 1950, n.º 60, p. 1191.

POSTLETHWAIT (R. W.) and CAMPBELL (F. H.) — Acute mesenteric lymphadenitis. *In Arch. of Surgery*, 1949, n.º 59, p. 92.

RODRIGUEZ TEJERINE (J. M.) — Ocho casos de linfadenitis mesentérica aguda. *In Medicamenta*, 1958, n.º 33, p. 338.

SILVA (R.) — La linfadenitis mesentérica. *In Rev. Clin. Esp.*, 1949, n.º 5, p. 348.

STAUB (M.) — Les adénites mésentériques. *In Concours Médical*, 1954, n.º 74, p. 4429.

WEBSTER (D. R.) and MADORE (P.) — Lymphadenitis mesenteric: study clinic and experimental. *In Gastroenterology*, 1949, n.º 2, p. 160.

Notas clinicas

Publicamos sob a rubrica «Notas clinicas» pequenos artigos a respeito de qualquer assunto, como referências a novas terapêuticas, relatos de casos clínicos e ainda aqui respondemos a perguntas que nos são dirigidas pelos nossos leitores, excluindo os problemas de indole profissional (que têm melhor cabimento na secção «Assuntos gerais e profissionais»). Desejamos, sobretudo, que os nossos colegas dos pequenos meios aproveitem esta sub-secção de «Notas clinicas» para nela colaborarem com pequenos relatos — redigidos com simplicidade e intuitos práticos — sobre os casos da clinica e ensaios terapêuticos.

Leucorreias não gonocócicas

PERGUNTA: Que podemos fazer nós, médicos dos pequenos meios, nas leucorreias não gonocócicas?

C. A. A.

RESPOSTA

O que se entende por leucorreia

Leucorreia, ou corrimento vaginal, é o termo que actualmente se utiliza para designar as excreções amarelo-esbranquiçadas, não sanguíneas, que a mulher perde através da vulva, fora das excreções vulgares, fisiológicas.

Diagnóstico das leucorreias — Seu tratamento pelos antibióticos, sobretudo a penicilina

Antigamente, muitas dessas leucorreias eram devidas a gonococcias. Nos últimos anos — desde que as doenças vené-

reas diminuíram muito, numerosas leucorreias não são causadas por gonococos, tendo outras etiologias. Hoje, antes de instituir qualquer tratamento, deve-se fazer o diagnóstico etiológico das leucorreias, empregando o microscópio, ou fazendo culturas. Só nas gonococcias vale a pena empregar antibióticos, como a penicilina.

Outras leucorreias — seu diagnóstico

Hoje, em todos os meios — incluindo nas prostitutas — as causas mais frequentes das leucorreias são a tricomonase e as micoses vaginais. O diagnóstico faz-se por meio do microscópio. No entanto, alguns sinais clínicos podem conduzir-nos a um diagnóstico etiológico provável. A suspeita de gonococcia pode vir de a mulher apresentar micções fre-

quentes, ardência ao urinar, tumefacção ao nível das glândulas de Bartholin, temperaturas febris (na ocasião ou alguns dias antes), dores anexiais só na ocasião em que surgir o corrimento. Nas tricomonases e nas micoses vaginais, o aspecto clínico apresenta-se de maneira muito variável, desde as formas assintomáticas até à grande abundância de leucorreia, esverdeada, com prurido intenso, vulva e vagina congestionadas, dispareunia.

São estas as três causas mais frequentes de leucorreias: gonococcia, tricomonas, micoses. Outras etiologias se podem apresentar, como o estreptococo, o colibacilo, possivelmente certos vírus; nestes casos, mesmo com o laboratório, o diagnóstico etiológico é mais difícil.

Tricomonases — aspectos venereológicos

As tricomonases (nalguns serviços ginecológicos as consultantes apresentam-se em percentagens que vão de 30 a 40 por cento de todas as doentes) é um dos problemas mais discutidos da ginecologia moderna. Em primeiro lugar, quanto ao tratamento. Feito o diagnóstico microscópico, é fácil conseguir melhoras rápidas, isto é, a diminuição da leucorreia, com qualquer tratamento local — como óvulos introduzidos na vagina, de diversas substâncias (por exemplo, arsenicais). Sucede, porém, que, passadas algumas semanas, volta, muitas vezes, a surgir a tricomonase. Pensam muitos autores que a razão destas recidivas está na origem venérea da doença. Há, portanto, que atender ao parthenário; mas o diagnóstico de tricomonase no homem é muito mais difícil do que na mulher. Por outro lado, também os tratamentos locais no homem têm dado, até agora, resultados piores do que na mulher. Restam os tratamentos gerais, por via oral. Vários ensaios têm sido feitos neste sentido, mas os resultados são pouco animadores. Ultimamente, ensaiamos o Tritheon, que deu, sem ser acompanhado de outro tratamento local, resultados favoráveis, embora em pequena percentagem.

A origem venérea da tricomonase, desde há bastantes anos antevista, foi proclamada pela quase totalidade dos numerosos participantes no Simpósio Internacional sobre Tricomonases que se realizou em Reims, em 1956. No entanto, como aliás sucede também em relação a outras doenças reconhecidas como venéreas desde há muito, nalguns casos admite-se que a tricomonase tem outras origens.

Micoses vaginais

Também as micoses vaginais são frequentes, embora, na Europa, menos do que as tricomonases. O seu tratamento é mais fácil; menos vezes há recidivas. A mais económica e talvez mesmo a mais eficaz terapêutica é a introdução na vagina de óvulos com violeta de genciana. Porém, este tratamento incomoda muitas doentes, porque suja as roupas e cora a pele.

Tratamento das leucorreias não gonocócicas

Quanto à tricomonase e às micoses, o tratamento que geralmente empregamos, na maior parte dos casos, é a introdução de óvulos vaginais até desaparecerem os corrimentos, os pruridos e rubor; depois, deixamos passar alguns dias sem tratamento, lavando a vagina com um soluto aquoso. Fazemos depois novos exames microscópicos; se forem negativos, convém proceder a culturas. No caso de tricomonas, como disse, as recidivas são frequentes, às vezes só passados alguns meses. Conviria fazer sempre exames microscópicos e culturas de exsudatos uretrais nos parthenários, o que é, como já referi, difícil de conseguir. Um tratamento combinado, empregando — nos casos em que há várias recidivas — tratamento local e geral na mulher e geral no homem parece ser o mais eficaz.

O que pode fazer um clínico rural quanto a estes problemas

O diagnóstico etiológico das leucorreias não pode fazer-se, com segurança, sem o microscópio. Conhecer essa causa tem importância fundamental, porque dela depende o tratamento apropriado. No entanto, o clínico dos pequenos meios, que não possua microscópio e a necessária competência para por meio dele pesquisar fungos ou tricomonas, pode adoptar a seguinte rotina: em primeiro lugar, deve pensar na etiologia gonocócica (a mais grave de todas), interrogando a doente a respeito de vários pontos; se tem ardência ao urinar; micções frequentes; se há contágio suspeito; se a doença apareceu de modo brusco; se apresenta febre. Em caso de suspeita de blenorragia, instituir um tratamento com penicilina (por exemplo, uma injeção diária de 400 mil unidades). Se o tratamento é ineficaz, trata-se muito provavelmente de etiologia não gonocócica. Perante os sintomas atrás referidos (abundante leucorreia, em geral esverdeada e muitas vezes fétida, e prurido), deve pensar-se na micose vaginal e, mais vezes, na tricomonase. Como esta é a causa mais frequente, utilizar, por exemplo, Devegán ou Vagiflav (1 a 2 comprimidos vaginais por dia). Se não conseguirmos resultados satisfatórios rápidos, o melhor é enviar a doente a um centro ginecológico capaz, isto é, devidamente apetrechado e actualizado, onde possam fazer-se os exames microscópicos necessários e as culturas. Quando, com o tratamento atrás indicado, se conseguem melhoras nas doentes (sendo então provável que se trate de tricomonase vaginal e também da presença de tricomonas na uretra do parthenário), podemos associar, aos dois, Tritheon (3 comprimidos diários, por via oral); o mesmo faremos, naturalmente, quando a presença de tricomonas se verifica pelo microscópio ou pela cultura.

23-III-1959.

MÁRIO CARDIA

Nas
tosses



Penibron

Frasco de 150 g.

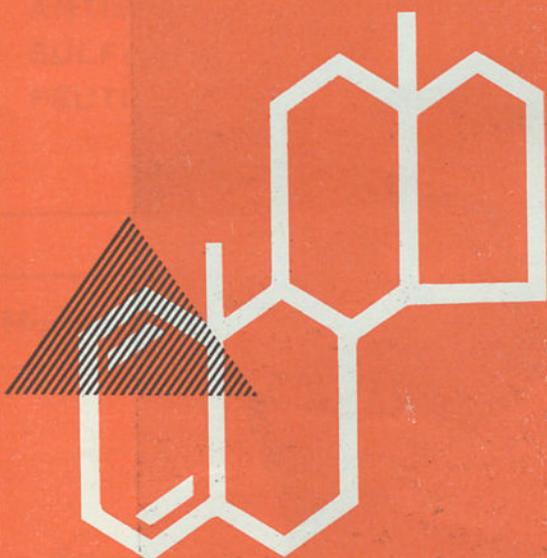
Dipenicilina G
Antitússico
Anti-histamínico
Balsâmicos

GRANDE BAIXA DE PREÇO DA

PREDNISONA

QUE OS LABORATÓRIOS ATRAL
APRESENTAM SOB O NOME DE

CORTIOL

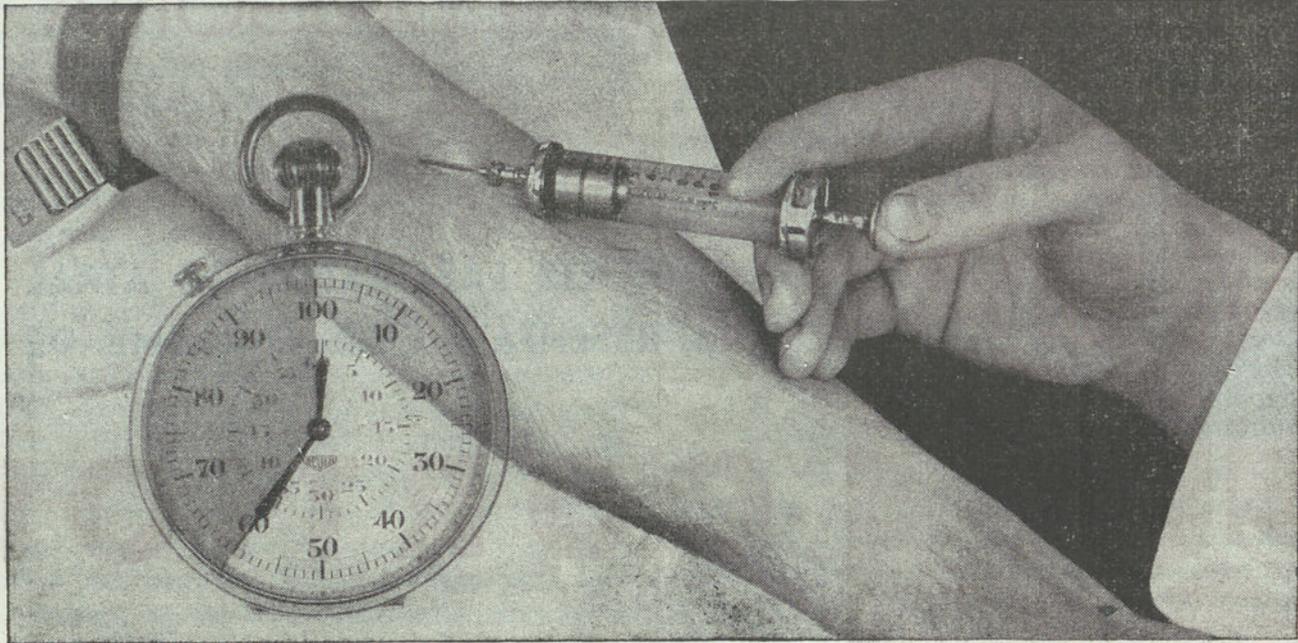


FRASCOS DE 12 COMPRIMIDOS	60\$00
24 " "	108\$00
30 " "	118\$00

CORTICOSTERÓIDE
MAIS POTENTE QUE
A CORTISONA, COM
MENORES EFEITOS
SECUNDÁRIOS



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



REVERIN[®]

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: QUÍMICA HOECHST LDA.,
Secção Farmacêutica · Av. Duque d'Ávila, 169-1º · LISBOA

NO TRATAMENTO DE: GASTRO-ENTERITES E OUTRAS DOENÇAS INTESTINAIS



LACTANO

(Vitaminas B₁, B₂ 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*

Movimento Médico

Seara alheia

(dos livros e das revistas)

A renovação das artérias desgastadas

WILLIAM THONSON

Entre os produtos apresentados no Pavilhão Britânico da Exposição Universal e Internacional de Bruxelas, encontrava-se um tubo dum tipo especial de politeno. Tal tubo que era uma artéria artificial, assinala a última fase duma das mais interessantes páginas da história da Medicina; quer dizer, a investigação para encontrar novas artérias que substituíam as desgastadas.

A dita investigação iniciou-se com todo o afincado há aproximadamente meio século e durante os últimos cinquenta anos tem-se tentado uma ampla variedade de substitutos para artérias, incluindo tubos de vidro, marfil, alumínio e ouro. Nenhum destes deu bom resultado e somente quando se introduziram as chamadas fibras sintéticas — tais como o nylon — se iniciou o verdadeiro progresso. Antes de existirem essas fibras já se havia chegado à conclusão de que o melhor substituto para um bocado de artéria lesada ou desgastada era outra artéria. Como é natural, só pensar nisso não chegava pois ninguém conta com artérias de reserva que pudessem ser extraídas duma parte do nosso corpo para reparar uma artéria lesada, noutro sector do organismo.

A outra alternativa foi o emprego de veias. A diferença entre uma artéria e uma veia é que a primeira tem a função de fazer circular o sangue que sai do coração enquanto que a segunda o leva ao dito órgão. Isto significa que uma veia tem a parede mais delgada que a artéria pois é chamada a suportar menor tensão. Pois bem: a delgadez da dita parede tem sido um obstáculo para empregar as veias com os fins citados. Por outro lado, embora seja certo que noutros aspectos demonstraram ser um substitutivo ideal — a maioria de nós contamos com veias que podem ser extraídas, caso necessário, sem perigo — apresentam a particularidade de poderem rebentar quando são usadas para o fim mencionado.

Os investigadores médicos continuaram com o seu trabalho e verificaram que uma artéria extraída dum indivíduo podia reparar efectivamente a de outra pessoa. Comprovaram, além disso, que as artérias extraídas, logo após a morte dum ser humano, podiam usar-se para tal fim. Contudo, chegou-se à conclusão de que para poder beneficiar os doentes era necessário que o cirurgião tivesse ao seu alcance uma reserva de artérias. Este problema eliminou-se com a criação de bancos de artérias nos quais são conservadas mantendo-as num tubo selado e submetido ao processo conhecido como secagem pelo frio. Finalizado o dito processo, as artérias, nos citados tubos, podem manter-se durante um período indefinido à temperatura ordinária duma habitação o que significa que o cirurgião poderá contar sempre com elas. Por esta razão,

muitos hospitais especializados neste género de intervenções cirúrgicas contam com tais bancos.

Pois bem: mesmo quando tais bancos são uma valiosa ajuda, não dão a solução definitiva do problema. Por este motivo, a investigação prosseguiu com a especial finalidade de encontrar uma artéria artificial eficiente que, ao eliminar todas as dificuldades e gastos, esteja ao alcance dos cirurgiões em todas as regiões do mundo.

E assim surgiram as fibras sintéticas. Muitas de tais fibras têm sido ensaiadas — nylon, orlon e terylene — e actualmente a de polietileno, criada na Grã-Bretanha e que foi exibida em Bruxelas. Até agora, terylene e orlon demonstraram ser as mais satisfatórias; mas, devido a certas características especiais, a de politeno dá a impressão de ser a mais adequada; possui muitas qualidades essenciais para converter-se numa artéria sintética ideal. É sumamente resistente e também flexível. Esta última característica desempenha o papel mais importante já que, por exemplo, ao substituir uma artéria na pessoa deve poder dobrar-se com toda a facilidade.

Possui também outra vantagem que é a encolher-se na água fervente. Isto é de máxima importância pois quando um cirurgião decide operar uma artéria poucas vezes pode estar completamente seguro do seu tamanho até ao momento da intervenção. A radiografia dá-lhe uma vaga ideia mas nada mais. Portanto, emprega-se um tubo do novo material e se se verifica ser de tamanho maior, basta, no momento preciso metê-lo em água fervente.

O que também é de igual importância numa artéria artificial é que a sua trama deve possuir estrutura similar a uma rede, de modo que os tecidos circundantes do corpo possam crescer à sua volta para fixá-la fortemente. Quando o corpo se incorpora neste novo troço de artéria da maneira indicada, pode-se estar seguro de que suportará a tensão necessária. Além disso, dado que estes materiais sintéticos são, como lhe chamam os médicos, «inertes» — ou seja, não irritam os tecidos do corpo —, o organismo aceita-os como uma adição inofensiva e, em vez de tratar de eliminá-los, incorpora-os como parte integrante de si próprio.

Deve referir-se, todavia, que ainda não se descobriu a artéria plástica perfeita; mas, devido ao progresso alcançado, existem sólidas razões para prognosticar que, nos próximos anos, conseguiremos chegar mais perto do ideal fixado como meta.

As pielites da gravidez

R. CATTIN

É frequente sobrevir uma pielite no decurso da gravidez. Não importa agora considerar o aspecto clínico nem a sua patogenia, mas sublinhar alguns pontos da evolução e tratamento, pois embora pareçam mínimas as suas consequências, tanto para a mãe como para o feto, o certo é que esta benignidade aparente, oculta riscos que impõem tratamento curativo e preventivo enérgicos.

A seriedade da doença provém de duas razões principais: a tendência às recidivas, que reclamam tratamentos sucessivos, sob pena de implicarem a infecção crónica das vias urinárias e, daí, a nefrite ascendente; e tratar-se, em regra, apesar da flora polimicrobiana em causa, sobretudo do colibacilo, de que há numerosas espécies do grupo *Escherichiae*, capazes de provocarem epidemias violentas, do género das repetidas afecções observadas nas Maternidades, desde há uns anos.

Na mãe, não se assiste já, de certo, com tanta frequência, à infecção puerperal, mas aparecem, por vezes, outros síndromas, a peritonite puerperal por colibacilo, a meningite, a pielonefrite com peritonite, que levam a concluir ser imprudente deixar evoluir uma pielite nas proximidades dum parto, ou não impedir todas as possíveis infecções urinárias, piodermites e furunculoses da mulher grávida.

No recém-nascido as manifestações do *E. coli* são tanto mais frequentes quanto se trata de fetos cuja mãe sofria de qualquer afecção do aparelho urinário, no momento do parto.

As colibaciloses dessas idades compreendem duas manifestações principais: a meningite, cuja frequência se tem revelado indiscutivelmente alta, demonstrando-se que a contaminação era da responsabilidade materna; e as gastroenterites, que surgem com carácter epidémico, tanto nas maternidades como nos serviços de pediatria, e que põe o problema de encontrar o modo de contaminação.

Por tudo isto se impõe sempre o tratamento dos portadores de germes, ainda que se averigue serem destituídos de carácter patogénico, os colibacilos das pielites.

TRATAMENTO

Os meios terapêuticos essenciais são de várias ordens: mecânica, que pretende escolher a posição ideal da doente no leito, que favoreça a drenagem das vias urinárias altas; e medicamentosa, tendente a opor-se ao factor infeccioso, quer pelas sulfamidas, do tipo do Rufol, quer pelos antibióticos, precedidos sempre do antibiograma, que evite tanto quanto possível a administração de drogas a que o organismo cria resistências.

São importantes as condições da terapêutica preventiva, que aconselha em regime dietético que impeça a obtipação e as fermentações intestinais, isto é, de dieta sem sal (só durante curtos prazos, sobretudo se houver vômitos), e alternadamente ácido e alcalino, pelos ácidos fosfórico e mandélico.

Nesta ordem de ideias, tendentes à terapêutica das pielonefrites para evitar a recidiva, parece muito importante a acção do lacto-soro, pó solúvel extraído do leite desalbuminado, que contém quantidades apreciáveis de proteínas acetosolúveis, lactose, sais minerais e uma proporção de potássio superior à de sódio. Empregado sem antibióticos nem sulfamidas, em doses iniciais de 1 a 2 colheres de sopa por dia, que se reduzem depois a 2 ou 3 de café, no mesmo espaço de tempo, em média durante uma semana, fez desaparecer a ardência da micção, modificou o aspecto das urinas, o seu cheiro e o resultado da diurese; os elementos figurados (pus e leucócitos) desapareceram, ainda que os germes persistam no organismo durante mais tempo que com o tratamento pelos antibióticos.

Nos casos em que a gravidade dos sinais clínicos se fazia sentir, o tratamento pelo lacto-soro acompanhou-se de antibióticos ou sulfamidas, deixando concluir-se que o lacto-soro se torna capaz de evitar as recidivas ou atenuar-lhes a frequência, com todo o interesse que tem a supressão dos focos infecciosos, tanto para a mãe como para a criança.

(Artigo condens. por Taborda de Vasconcelos, de «Le Concours Medical», n.º 5, Novembro de 1958)

Sobre o tratamento de urgência das feridas dos dedos

RAYMOND VILAIN

Imediatamente após o acidente é necessário parar a hemorragia. Para isso, é suficiente comprimir durante alguns instantes os dois feixes colaterais na base do dedo, lavar a superfície cutânea com um antisséptico incolor ou quase, colocar uma compressa, um penso compressivo e depois manter a mão elevada.

No momento da consulta é útil prever o reaparecimento brutal da hemorragia. Uma boa precaução consiste em aplicar o esfigmomanómetro ao nível do braço. À menor hemorragia, o preenchimento do aparelho acima da tensão máxima permite obter um campo limpo, sem sangue, por um tempo curto, sem dor ou quase.

É útil entender o doente. É, com efeito, frequente ver um adulto robusto, eventualmente jovial, empalidecer e cair por uma pequena ferida. As únicas complicações da síncope são devidas à brusca deficiência circulatória cerebral. O decúbito é tanto um tratamento necessário como uma profilaxia suficiente.

É necessário inquirir com detalhes o traumatismo. No caso que focamos trata-se duma secção nítida por uma chapa, um bocado de vidro, uma faca. Não houve contusão ou esmagamento de qualquer natureza. É necessário classificar, sem hesitar, no quadro das contusões abertas as lesões criadas pela queda dum peso, atrito dum cabo ou fecho dum porta.

É perigoso não precisar cuidadosamente a história:

grau de septicidade da faca, por exemplo. Não se pode deixar de comparar, com as devidas proporções, estes golpes às feridas numa autópsia. O golpe do marceneiro é a priori mais séptico que o do garagista. A ferida do jardineiro está sujeita a ser inoculada por esporos tetânicos.

A direcção do traumatismo e a sua profundidade permitem avaliar a extensão dos desgastes e saber até onde penetram os germes. Uma ferida lateral pode seccionar um tendão flexor. É difícil cortar a face dorsal do dedo ao nível da última falange sem tocar o tendão extensor ou a articulação. A bainha dos tendões flexores pode ser atingida pela ponta duma faca sem que seja visível durante o exame. A reconstrução exacta do acidente é pois tão importante como os dados do exame clínico.

Tomadas todas as precauções, é necessário, e não é perigoso, examinar completamente o dedo atingido, explorar a vascularização, a sensibilidade e a mobilidade.

— Um dedo só pode ser conservado se estiver bem vascularizado. A secção dos dois pedículos palmares não o torna forçosamente frio. Esta lesão é muito grave, sobretudo porque os nervos e os tendões flexores são habitualmente seccionados ao mesmo tempo. Estudaremos mais tarde este problema.

— Um dedo só é utilizável se for sensível. Picando alternadamente o dedo ferido e um dedo sã, é possível, saber se o nervo colateral é seccionado ou não. É necessário um certo tempo para obter do ferido respostas claras. Com paciência,

FAGOMICINA



ANTIBIOTICOTERAPIA CLÁSSICA POTENCIADA

- a) *Estímulo da capacidade fagocitária.*
- b) *Elevação do título de anticorpos específicos e inespecíficos.*
- c) *Aumento do poder bactericida do soro sanguíneo.*
- d) *Elevação do título de properdina.*

(HEMOFAGINA + PENICILINA + ESTREPTOMICINA)

é possível precisar no fim do exame que os dois nervos colaterais palmares estão conservados.

É então possível concluir que não existem sinais clínicos de secção completa dum tendão. Em caso de resposta duvidosa, é necessário retomar o exame alguns minutos após uma conversação «tranquilizante».

Sómente neste momento a ferida está examinada. Se está largamente aberta e se os coágulos são retirados com uma compressa estéril molhada com um antisséptico incolor do tipo do amónio quaternário, ensinamentos precisos podem ser obtidos sobre a sua profundidade. É perigoso lavar a ferida com éter. Este produto inflamável é doloroso quando se aplica sobre superfícies cruentas. Após recentes estudos, parece agressivo para as células vivas.

Examinada a ferida, é necessário informar o portador. Alguns recusarão a transferência para um meio cirúrgico e só as consequências médico-legais da recusa de cuidados poderão fazer mudar a sua decisão. Outros, por razões pessoais, só aceitarão um tratamento de urgência. Todos poderão queixar-se de nós quando uma evolução inesperada o fizer reflectir e recriminar.

O problema parece sempre simples ao ferido, atingido por um acidente cuja característica é a de ser imprevisível e de alterar um programa bem estabelecido. Além disso, o exame mostrou que nenhum órgão nobre foi atingido: nervo ou tendão.

Se a ferida for superficial, quer dizer se o fundo for visível totalmente (sob garrote pneumático provisório) a limpeza completa com uma compressa com antissépticos do tipo do amónio quaternário é suficiente. A sutura não é necessária se a ferida é pequena e com os bordos em contacto. É útil

no caso contrário e pode fazer-se com anestesia local (sem adrenalina). Mas trata-se dum gesto cirúrgico que reclama precauções de assépsia rigorosas, um material correcto (pinças finas, porta-agulhas, material de sutura montado em agulha triangular).

Se a ferida for profunda, a exploração é delicada e reclama uma certa cultura cirúrgica: contra-incisão lógica, campo limpo de sangue e respeito pelos elementos anatómicos subjacentes. Esta exploração e a limpeza só são possíveis na sala de operações. Se o doente recusa, apesar das explicações, é necessário escolher um tratamento médico para evitar ao rebelde uma catástrofe: artrite purulenta, fleimão das bainhas ou simplesmente infecção com linfangite da ferida. A limpeza da ferida será tentada quer directamente quer com a ajuda dum banho prolongado numa solução, suficientemente diluída, de antisséptico. A sutura não é possível sem riscos e a prescrição de antibióticos, em dose suficiente, durante seis dias, pode não pôr ao abrigo duma complicação. É necessário deixar aberto.

O ferido advertido resta a redacção do relatório.

Além do antibiótico é necessário formular a ampola de anatoxina ou de soro antitetânico necessário. Só a prova formal duma vacinação correcta permite abster-se desta precaução obrigatória.

É necessário, enfim, preencher com cuidado a parte do certificado consagrada à descrição das lesões.

Todas estas precauções podem parecer supérfluas, mas uma pequena ferida pode trazer graves efeitos.

(Rep. integral de «La Vie Méd.» — Fevereiro de 1959).

MEDICINA TROPICAL

Continuamos hoje a publicar resumos de algumas das comunicações apresentadas aos Congressos de Medicina Tropical e de Paludismo, que recentemente se realizaram em Lisboa.

O controle da tuberculose nos trópicos

B. A. DORMER

A tuberculose é o principal problema de saúde pública nos trópicos. O tipo de doença é muito diferente do que se encontra na Europa Ocidental devido ao seu carácter fulminante e a tendência para se disseminar noutros órgãos, especialmente nos ossos. O controle nos trópicos torna-se muito difícil pela falta de pessoal competente e recursos financeiros.

O controle deveria ser baseado na organização de centros de tratamento, onde os doentes e seus familiares pudessem ser observados e tratados.

O diagnóstico devia ser feito em primeiro lugar por meio do exame clínico das pessoas com sintomas. Depois do exame clínico, o que mais interessa é o exame laboratorial da expectoração, o teste da tuberculina e, possivelmente, o emprego de simples aparelhos portáteis de R. X.

A hospitalização devia ser apenas para os casos que não pudessem ser tratados de outra maneira, ou em regime ambulatorio ou nos domicílios. Mulheres com pouca cultura seriam treinadas como auxiliares de enfermagem, porque, durante alguns anos, não haveria suficientes enfermeiras competentes.

Deve ser dado o tratamento a todas as pessoas suspeitas de tuberculose por motivos clínicos, bacteriológicos ou radiológicos, e também, nos jovens que apresentam reacções positivas à tuberculina. A terapêutica deve ser prolongada e

NO TRATAMENTO DE: NERVOSISMO • INSÔNIA • ANSIEDADE • ERETISMO CARDÍACO



NERSAN

(Extracto líquido de Passiflora, de Boldo e de Anemona
pulsatilla + Tinturas de Beladonna e de Crataegus + Fenobarbital)

CALMANTE
SEDATIVO
ANTI-ESPASMÓDICO

Frasco de 150 c. c. de elixir

LABORATÓRIO *fidelis*

baseada na hidrazida do ácido isonicotínico, por ser a droga de maior valor, e na estreptomina ou P.A.S., como droga adjuvante. A hidrazida, só por si, é eficaz na tuberculose primária. Em geral, a hidrazida deve ser dada em doses tão grandes quanto possível, mas de modo a que não surjam complicações neuro-tóxicas. A hidrazida deve ser continuada durante muitos anos. O difícil é conseguir que os doentes aceitem esta demora. A tuberculose é uma doença devida à pressão do ambiente, que actuando sobre as pessoas que apresentam reacção positiva à tuberculina, dão lugar à doença. É, pois, vital conseguir-se que diminua a pressão do ambiente.

Anemias importantes para a saúde pública nos trópicos

A. W. WOODRUFF

Os registos dos hospitais e dispensários e as investigações específicas mostram que a anemia é uma causa importante de morbidade e mortalidade nos trópicos, em geral e especialmente nas mulheres grávidas. A predilecção especial destas últimas em anemias ainda não foi completamente explicada e em relação com as causas da anemia de importância para a saúde pública nos trópicos continuam grandes dúvidas. A malária, as perdas de ferro pelo suor e as dietas deficientes em ácido fólico têm sido considerados como agentes etiológicos; a anquilostomíase, que dantes se julgava constituir agente etiológico, há agora tendência para a não considerar culpada. Porém, existem provas de que este ponto de vista não é justificado.

Ao ajuizar a importância relativa das diferentes causas, deve-se ter em conta o método pelo qual foram coligidos os dados e é necessário lembrar que as investigações raras vezes apresentam um quadro perfeito porque são em geral impossíveis investigações detalhadas.

O valor da fluorescência microscópica e cultura no diagnóstico da tuberculose na Índia

D. D. MITCHISON

Nos países sub-desenvolvidos, ainda durante muitos anos, é improvável que haja número suficiente de laboratórios equipados para levar a efeito um diagnóstico bacteriológico perfeito da tuberculose, incluindo culturas. É, pois,

importante examinar o valor dos métodos simples de exames. No Centro de Quimioterapia de Tuberculose de Madrastra foi feita comparação, em 1.383 casos, sobre os exames de expectorações; estes exames mostraram que o microscópico fluorescente deu resultados positivos ligeiramente superiores aos que se obtiveram com a rotina Ziehl-Neelsen, sendo aquele processo muito mais rápido. Foram raras (1,2 %) as respostas positivas aos exames directos mas negativos às culturas.

Os resultados do exame bacteriológico por microscopia fluorescente e cultura foram positivos em um ou mais casos entre 348 doentes.

A serologia da amoebíase

D. JOHN BOZICEVICH

O teste da fixação do complemento, quando é levada a efeito por métodos devidamente controlados, mostra-se de valor no diagnóstico da amoebíase extra-intestinal. Foi usado o método de 50 por cento de hemólise. A quantidade de anti-complementares de cada soro utilizado no teste deve ser estabelecido para avaliar devidamente o teste. O trabalho adicional necessário para empregar o teste coloca-o mais na categoria de um teste especializado do que de rotina.

O êxito do teste depende da preparação de um antigéneo satisfatório. O antigéneo não deve ser anticomplementar. O antigéneo empregado por nós para conduzir o teste de complemento de fixação para a amoebíase tem sido preparado por dois métodos. Qualquer dos dois é satisfatório. No primeiro e mais antigo método, empregamos um ovo, no qual inoculamos a *Entamoeba histolytica*, contudo uma só espécie de bactéria.

Parece que um antigéneo polivalente é necessário para conseguir melhor diagnóstico.

A ecologia dos fungos patogénicos

CHESTER W. EMMONS

Allescheria boydii, *Aspergillus fumigatus* e outras espécies de *Aspergillus* às vezes associadas com doença humana, *Coccidioides immitis*, *Cryptococcus neoformans*, dermatófitos (*Microsporium gypsum* e *Trichophyton mentagrophytes*), *Geotrichum sp.*, *Histoplasma capsulatum*, *Nocardia arteroides*, *N. pelletieri*, *Phialophora verrucosa*, *P. pedrosoi*, vários *Phycomycetes* associados a mucormicose e *Sporotrichum schenckii* associados com mucormicose foram isolados do solo,

NO TRATAMENTO DE: COLITES • DISENTERIAS • ENTERO-COLITES



GUANIBIOL

(Neomicina + Bacitracina + Sulfaguanidina + Vitaminas B₁, B₂, B₆ e PP)

ANTIBIÓTICO-
-SULFAMÍDICO
VITAMINADO

Não origina avitaminoses B.

Tubo de 10 comprimidos

LABORATÓRIO *fidelis*

húmus ou produtos animais, excreções ou detritos. Alguns destes fungos são melhor conhecidos como saprófitas destes materiais na natureza e, no caso de todos, exceptuando *Trichophyton*, estas fontes saprófitas dão lugar à inoculação em homens e animais.

A evidência epidemiológica sugere a probabilidade de fontes saprófitas também nas blastomicoses das Américas do Norte e do Sul em micetomas causados por outros fungos. (*Madurella*, *Cephalosporium*, *Nocardia spp*) e em muitas micoses raras representadas por alguns casos. Tentativas sistemáticas para isolar do solo outros fungos em áreas onde as micoses específicas são endêmicas, e uma comparação mais cuidadosa dos raros agentes patogêneos com os fungos já descritos na literatura da micologia geral podem bem aumentar ou completar a lista dos agentes patogêneos com fontes saprófitas conhecidas.

A maior parte destes agentes patogêneos do homem tem larga distribuição geográfica e a sua distribuição local depende de factores ecológicos parcialmente conhecidos. No caso dos fungos tais como *Histoplasma* que parece ter uma distribuição geográfica desigual (embora seja conhecido em 23 países), não foram coroadas de êxito as tentativas para explicar esta distribuição.

Discutem-se alguns dos micro-factores ecológicos do ambiente que parecem ter importância na distribuição dos fungos patogênicos.

Infecção por equinococcus multiloculares

ROBERT RAUSCH

A doença hidatiforme alveolar do homem é causada pelo desenvolvimento da larva *Echinococcus multilocularis* Leuckart, 1863. Para completar o seu ciclo de vida, um hospedeiro final canino e um hospedeiro intermediário são necessários. Raposas (*Alopex* e *Vulpes*) são importantes hospedeiros finais, mas cães e gatos também podem ser infectados. Os hospedeiros intermediários são os roedores dos géneros *Microtus* e *Clethrionomys*. É conhecido como responsável no sul da Europa Central, em grande parte da União Soviética e no norte e oeste do Alasca; também se encontra nas Ilhas Nunivak e St. Lawrence (Alasca) e foi introduzido nas Ilhas Bering (Komandorskii), em Middle Kuriles e na Ilha Rêbum (Japão). Em regiões agrícolas o homem pode ser infectado devido ao consumo de frutos e vegetais contaminados pelas fezes de raposas ou outros caninos e pelo convívio com cães e gatos infectados. Nas regiões boreais, os cães dos trenós são a fonte usual da infecção humana, embora as raposas possam ser também veículos em certas circunstâncias.

O fígado é atingido em mais de 90 por cento das infecções humanas. O desenvolvimento larvar realiza-se por meio de causas exógenas, resultando daí uma invasão progressiva dos órgãos infectados. A doença segue um curso crónico, sem febre, caracterizada por hepatomegalia, em geral por esplenomegalia, ascite e icterícia nas últimas fases. Os sinais clínicos são os típicos da hipertensão portal intra-hepática. O diagnóstico precoce é difícil. Testes imunológicos (Casoni intradérmico e fixação do complemento) parecem ter pouco valor. O tratamento curativo consiste numa extirpação cirúrgica de porção do órgão atingido, mas os casos avançados não são em geral operáveis. A de profilaxia consiste no controle de cães e gatos, medidas para evitar a contaminação fecal dos alimentos e água e evitar o contacto com caninos selvagens, como as raposas. São necessárias novas investigações sobre a epidemiologia desta doença; sobretudo, é preciso aperfeiçoar novas técnicas que permitam o diagnóstico precoce.

Contribuição para o estudo de parasitose intestinal em Goa

PACHECO DE FIGUEIREDO

Existe nos países tropicais uma íntima associação entre a parasitose intestinal, em especial ascaridiose, amebiase e ancilostomiase, e os estados de hipo e avitaminose, associação de tal modo intrincada que se torna difícil fixar a quota-parte que pertence a cada um daqueles factores. Alguns trabalhos publicados e os novos elementos colhidos demonstram que a incidência de parasitose é elevada e os quadros clínicos, são às vezes, de certa gravidade.

A ascaridiose é, no seio da população não culta, o maior flagelo que se junta ao erro alimentar para aumentar a mortalidade infantil. A difusão de amebiase é superior aos resultados fornecidos pelo exame coprológico, o qual, sendo negativo, oferece séria dificuldade para o diagnóstico em formas crónicas. A hepatite é a mais frequente localização extra-intestinal. A percentagem de abcessos de fígado em 2.136 doentes internados no Hospital Escolar é de 1,26 %. A ancilostomiase produz anemias graves, com o número de glóbulos vermelhos inferior a 1,3 milhões por m. m. c., polinevrite e ainda caquexia.

Conclusão — Do exposto flue que, nos países tropicais, dentre as causas que contribuem para o depauperamento da população e originam várias moléstias, tem de se considerar, ao lado de alimentação mal equilibrada, a parasitose intestinal, em especial ascaridiose, amebiase e ancilostomiase. Um largo e sistematizado inquérito impõe-se para se determinar o grau de incidência da parasitose e os focos de ancilostomiase em Goa.

MOSAICOS NORTENHOS

XCIV

UMA TRAIÇÃO

É com serenidade que hoje venho expor um problema que considero muito grave e que me obrigará a fazer algumas considerações que, embora duras, são imprescindíveis.

Tenho trazido para estas colunas muitos dos problemas que têm sido descurados, ou aos quais se tem dado uma solução errada; tenho feito uma crítica insistente, mas sempre construtiva, com a autoridade que advem da maior fidelidade a um ideário político-filosófico que nunca sofreu qualquer desvio.

O relato e as considerações de hoje são das que exigem autoridade, mas essa não me falta e aos detractores por ofício ou àqueles que sentem as minhas arpoadas, devo dizer que continuo, como em 1939 e 1940: a não querer nada da actual situação — nem benefícios materiais, nem honorarias ou benesses.

Feita, da maneira mais formal esta declaração entremos a desenvolver o tema que hoje me proponho tratar.

★

Decretou o Governo, ainda há poucos meses, um aumento de vencimentos a todo o funcionalismo, aproveitando a ocasião para fazer certos reajustamentos que constituíram uma medida de justiça para alguns servidores do Estado que estavam mal equiparados.

A opinião pública recebeu com agrado a decisão, assim como o alargamento dos benefícios da melhoria de vencimentos aos funcionários administrativos.

A política do Governo foi traçada com mão firme e decidida no sentido de corrigir, pelo menos em parte, um desequilíbrio que se fazia sentir dramaticamente em muitos lares.

Com o aumento de vencimentos beneficiaram também muitos médicos que pertencem aos quadros do Estado e beneficiaram ou virão a beneficiar muitos outros que prestam serviço nos corpos administrativos.

★

Também no Ministério das Corporações o problema foi tratado e resolvido através do Despacho publicado no «Diá-

rio do Governo», II série, em 27 de Fevereiro último (pgs. 1524 a 1531) e no qual se diz, logo no começo:

«Visa este despacho a reorganização dos serviços administrativos das Caixas de Previdência e das suas Federações e das Caixas de Abono de Família e a actualização dos vencimentos dos respectivos empregados...

...A adopção de tais medidas estava a tornar-se cada vez mais necessária e, por isso, em 4 de Outubro do ano findo, foi nomeada uma comissão para estudar o problema e propor a remodelação dos serviços das Caixas e a revisão dos ordenados do seu pessoal administrativo.

Compreender-se-á melhor esta necessidade se se disser que tem já seis anos o despacho que, em Fevereiro de 1953, pretendeu «disciplinar os serviços e atender às justas aspirações do pessoal que serve as instituições, criando as condições de trabalho necessárias para a realização futura da reorganização geral da previdência».

E mais adiante, lê-se ainda nos preâmbulos deste extenso despacho:

«No que respeita a vencimentos, afigura-se oportuno o seu ajustamento às actuais condições de custo e de nível de vida. E, embora a fixação dos novos ordenados para o pessoal administrativo da previdência tenha sido, em regra, pautada pelos princípios adoptados em relação ao funcionalismo público, deve esclarecer-se que as decisões tomadas neste despacho não são, de forma alguma, consequência da recente actualização dos vencimentos dos servidores do Estado.

Crê-se que os aumentos autorizados por este despacho podem considerar-se os mais justos e indicados, quer em função dos direitos e das necessidades dos empregados ao seu serviço, quer em face das disponibilidades das Caixas».

E, pouco depois, para que bem se possa avaliar a grandeza dos benefícios agora concedidos, acrescenta-se:

«Esta actualização, da ordem dos 25 por cento, em média, constitui para as instituições um encargo de cerca

COMBIÓTICO*

COMBINAÇÃO DE PENICILINA - DIHIDROESTREPTOMICINA

Pfizer

Fórmula 1 Grama • Fórmula 1/2 Grama • Fórmula 1/4 Grama

HÁ ANOS
O MEDICAMENTO
PREFERIDO

Cobalt-Ferrlecit

AMPOLAS—GOTAS—DRAGEIAS

PELO ESPECIALISTA
PELO CLINICO GERAL
PELO CIRURGIÃO
PELO GINECOLOGISTA

- ▶ **COMO REGENERADOR enérgico do sangue,**
- ▶ **para preparação sistemática para operações,**
- ▶ **para compensar prontamente o déficit de ferro,**
- ▶ **mesmo sem anemia (sideropénia larvada)**

APRESENTAÇÃO: AMPOLAS - Caixas de 3, 6, 25 ampolas de 3,2 c. c.

GOTAS - Frascos de 30 c. c. e 100 c. c.

DRAGEIAS - Frascos de 20, 70 e 500 drageias



NATTERMANN

LEACOCK (LISBOA), LDA. AV. 24 DE JULHO, 16 - LISBOA

de 15.000 contos por ano. São, assim beneficiados perto de 3.000 empregados, que, na generalidade — justo é reconhecê-lo — têm prestado relevantes serviços à Previdência Social».

Merece louvor, sem dúvida, que se tenha enveredado por este caminho, levando aos funcionários deste sector os benefícios de uma melhoria de vencimentos.

Mas, porque ficaram mais uma vez esquecidos os médicos?

★

Pertencem à Federação de Caixas de Previdência — Serviços Médico-Sociais cerca de 2.000 médicos que viram agora ruir toda a esperança de uma remuneração mais condigna e mais humana; ali, os vencimentos dos médicos mantêm-se sem qualquer alteração!

No entanto, enquanto esses médicos vencem o mesmo que venciam há 10 anos, o funcionalismo administrativo da Federação teve, neste mesmo período, 3 aumentos de vencimento.

Este facto é a demonstração da animosidade incompreensível de que nos queixamos há muito, a qual criou um desagrado crescente nos médicos que trabalham naquele organismo encarregado do seguro-doença.

Mas os responsáveis por esta bizarra situação pretendem alijar a responsabilidade, atirando-a para a Presidência do Conselho...

Nos Postos da Federação, aqui do Norte, afirma-se que a situação dos médicos se manterá inalterável até que a Comissão recentemente nomeada pela Presidência do Con-

selho conclua os seus estudos. No entanto, sabe-se que o labor desta Comissão será demorado por abranger o estudo de todas as actividades em que o médico intervém e o Presidente da Federação bem o sabe, porque é um dos seus componentes.

Se é verdade ser esta a orientação dos dirigentes dos Serviços Médico-Sociais, concluo que ela revela uma traição ao pensamento e actuação do Snr. Presidente do Conselho e atinge também e seriamente, o Governo que julgou indispensável o aumento de vencimentos.

As vítimas desta traição são os 2.000 médicos que prestam serviço na Federação de Caixas de Previdência e que continuam a receber remunerações miseráveis.

Seja por erro de visão, seja por malquerença, a que o corpo médico da Federação já se habituou, a atitude adoptada não pode deixar de merecer reparo, que não pode ser benévolo, dada a gravidade de quanto ficou referido.

Se houvesse senso e equilíbrio político, se o conceito do bem comum fosse elevado e tivesse a norteá-lo a equidade e a justiça — aos médicos da Federação seria agora concedido um aumento correspondente aos 3 aumentos que o pessoal administrativo da Federação já teve nestes últimos 10 anos.

Depois, quando a Comissão da Presidência do Conselho concluisse os seus trabalhos, corrigir-se-ia definitivamente a posição humilhante, deprimente e vexatória em que se encontram os médicos dos Serviços Médico-Sociais.

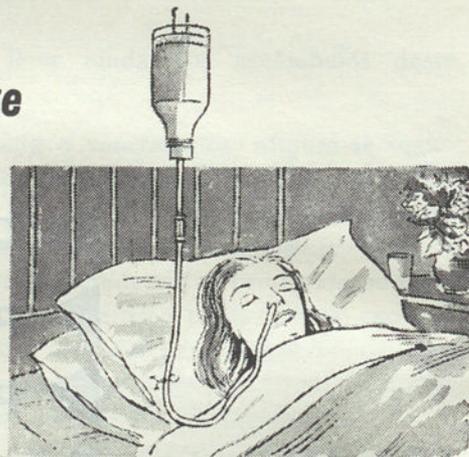
Proceder doutra forma será alimentar o desagrado e servir muito mal a Nação e o Governo.

M. DA SILVA LEAL

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.

ECOS E COMENTÁRIOS

APÊLO PARA O MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS E PARA A ORDEM DOS MÉDICOS

DIR-SE-IA que o comércio da ameijoas e do berbigão é mais importante do que a dignidade nacional!

Um dos nossos mais famosos diários informativos publicava há dias uma notícia, em tipo especial e na 1.ª página, «Em louvor das ameijoas portuguesas», que rezava terem resultado da controvérsia entre os «peritos (peritos!?) ingleses» e a «autoridade médica portuguesa» «duas notas (notas!?) altamente satisfatórias», uma das quais é terem ficado «as ameijoas completamente ilibadas» no já famoso caso de intoxicação alimentar de que foram vítimas os esposos Trist.

Acha o importante diário que é altamente satisfatório terem uns vagos «peritos» britânicos feito tábua rasa das conclusões da «autoridade médica portuguesa», e, apoiados em exames forçadamente deficientes, desprezando as conclusões dos nossos serviços oficiais! Acha que é altamente satisfatório terem vários jornais ingleses, e os depoentes no inquérito para resolver da atribuição do seguro aos órfãos Trist, ofendido gravemente a dignidade da Medicina Portuguesa na pessoa dos seus peritos oficiais que fizeram os exames no nosso País!

Como a reputação das ameijoas, e também a do berbigão (ou acha o importante diário que a morte do pobre trabalhador da região de Óbidos, não afecta o valor comercial dos mariscos nacionais?), sai «ilibada» das estranhas e interessadas conclusões dos peritos (?!) ingleses, que interessa a reputação e a dignidade da Medicina Portuguesa e dos nossos serviços oficiais?

A preocupação do grande informativo com o bem estar e a dignidade das ameijoas é de tal ordem, que ao publicar, no dia seguinte, a nota do Instituto de Medicina Legal a esclarecer a sua actuação no caso Trist, e a dizer-nos, novamente, que nada prova ter sido o casal inglês intoxicado pelo óxido carbono, havendo provas de que ingeriram uma substância tóxica existente nas ameijoas com que se alimentaram, ao publicar essa nota, numa púdica 5.ª página, a encabeçou com um título de desafronta das ameijoas algarvias. A respeito das afirmações contrárias às do Instituto, feitas nos tribunais britânicos — nem um comentário!

Quando os nossos próprios jornais tratam deste modo uma questão que envolve a dignidade nacional, através da idoneidade dos serviços técnicos que informam, apoiam e portanto dão bases à nossa justiça, como estranhar a atitude de certa imprensa inglesa, de certos peritos (?!) dessa nacionalidade e do famigerado Dr. Pragnell, defensor dos órfãos (e da verdade?) nesta triste questão?

Como estranhar que esses jornais publiquem afirmações, como a desse mesmo médico («Daily Telegraph and Morning Post», de 7 de Março de 1959), dizendo que o diagnóstico de intoxicação pelo óxido carbono, que os nossos serviços técnicos não foram capazes de fazer, podia no entanto ser feito por «um simples estudante do 1.º ano de Medicina»?

Como estranhar que nesse mesmo jornal, e no mesmo artigo, o famoso Dr. Pragnell afirme ter-lhe dito o português que lhe serviu de intérprete que ele não estava a perceber bem as coisas. «Aqui o Estado tem um tão aper-

tado domínio sobre os cordões da bolsa dos médicos que estes devem proceder conforme lhes é dito».

Não estranhemos, então, que um jornal informativo inglês publique coisas dessas. Estranhemos, contudo, que um médico as diga, de colegas!

Esta é a maior ofensa que se pode fazer à classe médica e à sua dignidade — supô-la capaz de ceder, de vergar, na sua actuação profissional, a pressões estranhas, de ordem económica, ou política, ou seja ela qual for.

A vileza da acusação de ignorância diminui, apaga-se, perante a gravidade desta afronta: acusar os médicos portugueses de corrupção, considerá-los capazes de faltarem à verdade por pressões económicas, e exercerem a sua profissão conforme a força dessas pressões!

Uma acusação dessas em jornais estrangeiros, além da dignidade duma classe envolve o prestígio do país, que-re-nos parecer. Devemos então apelar para o Ministério dos Negócios Estrangeiros.

Mas se o Estado, acusado de violentar a consciência da classe médica, não se sentir agravado, sentimo-nos nós, os médicos, e a Ordem deve chamar esta questão a si.

A justiça da Grã-Bretanha é famosa, e não é o caso Trist que lhe vai empanar o brilho. Que a Ordem dos Médicos recorra a ela, se o não fizerem entidades de maior responsabilidade nacional, processando, por difamação, o Dr. Pragnell e os jornais ingleses que fizeram afirmações atentatórias da nossa dignidade. Que ela actue, pelo menos, junto da Associação Médica Britânica para que esta corrija esse homem que tão gravemente ofendeu a sua congénere portuguesa.

Afirmações tão graves não podem ficar impunes!

A reputação duma classe como a nossa não merecerá defesa? — uma defesa pelo menos tão calorosa como a da reputação das ameijoas e dos berbigões, feita pelos nossos periódicos!

F. R. N.

MORTES POR PENICILINA

HÁ muitos anos que os médicos responsáveis se tem insurgido contra o abuso dos antibióticos, que são aplicados a torto e a direito, em doenças em que não há indicação terapêutica e em doses na maioria das vezes sem significado.

Entre outros inconvenientes esta prática tem o perigo de criar graves sensibilizações, podendo levar posteriormente à impossibilidade do seu emprego ou ao seu emprego com o risco de criar graves situações de choque.

São estas as razões resumidas que explicam a morte de três pessoas em poucos dias e depois de terem recebido injecções de produtos de penicilina, certamente em perfeito estado, e prová-



ALGINEX

**A N A L G É S I C O
DE USO EXTERNO**
 apresentado na forma de stick.

*

**ACÇÃO RAPIDA
COMODIDADE DE APLICAÇÃO
ODOR AGRADÁVEL**

*

**LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

velmente receitadas com plena indicação terapêutica.

Não se podem evitar de todo casos desta natureza, mas é preciso tomar todas as precauções para limitar o seu aparecimento.

São vários os aspectos que devem ser encarados nesta questão, dado que a possibilidade de sensibilização não deve entrar em linha de conta quando há indicação terapêutica para o uso do antibiótico.

I — Uso de antibióticos por indicação médica desnecessária. Este facto só pode ser corrigido por uma acção esclarecedora nos jornais médicos.

II — Uso de antibióticos injectáveis, ou de administração por via oral, sem receita médica.

Embora tardiamente, os preparados antibióticos foram incluídos em 19 de Setembro de 1956, na lista das drogas tóxicas e abortivas que não podem ser vendidas sem receita médica. Não constitue esta administração portanto, aparentemente, qualquer problema. Não é possível a auto-medicação e o doente deverá recorrer ao médico que indicará a necessidade ou não do antibiótico.

Bem sabemos que esta é a teoria e que na prática são raras as farmácias que não vendem os medicamentos da lista proibida mesmo sem qualquer receita médica.

III — A existência de numerosos produtos cuja venda é autorizada sem receita médica, e que contém antibióticos.

Refiro-me não só a pomadas para usos médicos, mas também a cosméticos diferentes e a comprimidos em que se incluem antibióticos com analgésicos para prevenção de gripes e outras finalidades.

Todo este aspecto da questão é de rever. Deveriam ser proibidas certas associações medicamentosas, ou pelo menos colocadas na lista das drogas tóxicas, não podendo ser vendidas sem receita, como acontece às preparações de penicilina e ácido acetilsalicílico que chegam a ser reclamados para as cefaleias.

Do Ministério da Saúde veio agora a lume um extenso comunicado sobre o assunto, publicado na Imprensa diária.

O erro que se vem cometendo é amplamente comentado e os indivíduos são aconselhados a tomar precauções e a não se auto-medicarem.

Salvo o devido respeito, o que parecia mais importante era fazer cumprir a lei rigorosamente onde ela está eficazmente redigida, e rever os produtos com antibióticos que conseguem escapar à lei, introduzindo-os na lista dos tóxicos, de forma a não continuarem a produzir os seus efeitos nefastos.

O Ministério poderia também chamar a atenção dos médicos por circulares ou por meio da imprensa profissional para a importância do problema, sem recorrer à imprensa leiga, onde existem todos os perigos de criar situações de desconfiança pela medicação, apesar de tudo e na maioria dos casos

bem indicada, com a possibilidade de desobediência às prescrições médicas, com todos os seus inconvenientes.

No fundo a legislação é correcta e há só que periodicamente adaptá-la.

O resto deve ser com a polícia.

J. A. L.

ALIMENTOS E POPULAÇÃO

A polémica continua — entre partidários do birth control (os que querem diminuir a população) e os do death control (os que desejam combater a mortalidade, aumentando assim a população). É assunto que interessa, sobretudo, àqueles países sub-desenvolvidos, como a União Indiana, onde, ainda há pouco, o primeiro mi-

nistro Jawaharlal Nehru (aliás, fervoroso discípulo de Mahtma Gandhi, que se opunha ao birth control), declarou: «Uma tremenda crise desenvolver-se-á no Mundo se aumentar indefinidamente a população». Recentemente, durante uma reunião que foi levada a efeito na cidade de Nova Delhi para tratar de tão graves problemas como são os que dizem respeito ao aumento das populações e seus alimentos, o biólogo inglês Sir Julian Huxley declarou que a impossibilidade de a Índia resolver os seus problemas da população constituiria um grave problema político e social. O mesmo biólogo considera absurdo que, no 2.º plano de fomento de 5 anos que foi aprovado, esteja inscrita a verba de 12 milhões de dólares para combater a malária (portanto, com o fim de aumentar a população, isto é, para o death control) e, no mesmo plano, outra verba — de 10 milhões — para o birth control — visando, portanto, a subsidiar medidas que se destinam a diminuir a população...

CARTA DE IDENTIDADE SANGUÍNEA

NOS países altamente desenvolvidos, os acidentes de circulação representam uma das principais causas de morte; em relação a certos grupos de idades os acidentes causam mais mortes do que as doenças. Cada vez mais o médico é obrigado a proceder a uma transfusão sem perda de tempo, longe dum banco de sangue. Determinar o grupo sanguíneo em tais circunstâncias de urgência representa algumas vezes a diferença entre a vida e a morte. Por isso as autoridades francesas decidiram estabelecer uma carta nacional de grupo sanguíneo a todos aqueles que utilizam um meio de transporte; tal decisão foi tomada atendendo à opinião manifestada pela Comissão Consultiva de Transfusão Sanguínea e baseando-se em votos formulados pela Comissão de Segurança nos Transportes. Esta carta, que regista a indicação do grupo A, B, O e do factor Rh, é entregue pelos centros agregados de transfusão sanguínea, custando 400 francos, destinados a pagar as despesas com pessoal e material. Os dadores de sangue inscritos num estabelecimento de transfusão sanguínea poderão utilizar a sua carta de dador como carta de identidade sanguínea.

(«Mèdecine et Hygiène»
— 10-2-1959)

ECOS DA IMPRENSA LEIGA

OS PERIGOS DOS ANTIBIÓTICOS

A imprensa diária publicou o seguinte comunicado fornecido pelo Ministério da Saúde e Assistência:

1—Logo que os Serviços de Saúde tiveram conhecimento dos graves acidentes ocorridos no Porto em sequência de injeções de antibióticos, foi imediatamente determinada a realização dos necessários inquéritos, a fim de esclarecer as razões

Bioluetil
SEIXAS-PALMA

**PODEROSO ANTLUÉTICO
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

BRONCOPENIL

BRONCOPENIL-E
BRONCOPENIL

DOIS PRODUTOS CONSAGRADOS

PROFILAXIA E TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES
BRONCO-PULMONARES DA GRIPE



LABORATÓRIOS VITÓRIA S. A. R. L. • VENDA NOVA - AMADORA

do sucedido. O mesmo aconteceu em Lisboa, quando se verificou um caso igual.

2— Dos elementos até hoje apurados, não constam razões que permitam atribuir os acidentes a efeitos tóxicos relacionados com deficiente preparação dos medicamentos. É de notar, aliás, que isso mesmo parecia já deduzir-se do mero relato dos factos, uma vez que todos eles tiveram lugar com medicamentos diferentes: no único dos inquéritos inteiramente concluído, já aliás se verificou não existir qualquer toxicidade no medicamento utilizado.

3— Os preparativos de penicilina representam, sem dúvida, uma medicação que tem lugar próprio no tratamento de muitas doenças. Mas as aplicações repetidas deste medicamento podem provocar uma sensibilização geradora de reacções susceptíveis de atingir a mais extrema gravidade, quando de novas aplicações. Por isso se recomenda que esta seja reservada, apenas para casos em que indicação terapêutica haja sido estabelecida pelo médico: convém evitar cuidadosamente, os casos de automedicamentação.

4— Tem-se, porém, verificado, em todos os países, certa tendência ao uso terapêutico inconsiderado dos preparados de penicilina, em doenças benignas susceptíveis de outros tratamentos. Aumenta-se por esta forma, de uma maneira importante, não só o número de pessoas assensibilizadas como também o risco de acidentes graves.

5— Por isso mesmo, e tal como em outros países, se proibiu entre nós a venda de numerosos antibióticos (incluindo a penicilina) sem receita médica, por disposição publicada no «Diário do Governo» n.º 201, I Série, de 19 de Setembro de 1956. E têm sido autuadas bastantes farmácias, encontradas em contração relativas ao determinado naquela disposição.

6— As autoridades sanitárias uma vez mais recordam a vantagem de evitar quanto possível o uso de pomadas, comprimidos, pastilhas, dentrificos, etc., contendo antibióticos. Tem-se notado, com efeito que as chamadas medicações tóxicas em que intervêm estes produtos constituem uma das razões mais frequentes para criar a sensibilização no organismo. Estão, aliás, especialmente predispostos para acidentes graves os indivíduos portadores de doenças alérgicas, tais como asma, eczemas, urticária, etc.

7— A propósito de casos semelhantes aos ocorridos no Porto e em Lisboa, ainda recentemente a Organização Mundial da Saúde chamou a atenção para os inconvenientes da generalização do uso inconsiderado da penicilina.

A referida organização tem verificado em vários países acidentes graves, por vezes mortais, resultantes de reacções alérgicas em indivíduos sensibilizados. E embora a percentagem de factos desta natureza, em relação ao número total de tratamentos seja muito pequena, não deve deixar de merecer a necessária atenção.

COLHEITA DE TECIDOS

A imprensa diária publicou o seguinte comunicado do Ministério da Saúde e Assistência:

«Por várias vezes tem sido defendida

na Imprensa a necessidade de se promulgar o diploma legal que permita e condicione a colheita de tecidos e órgãos de cadáveres para aplicação terapêutica. Podem citar-se nesse sentido entre outros, os artigos do «Diário Ilustrado» de 24 de Fevereiro último e de «O Século» de 2 do corrente. Sobre um dos aspectos mais relevantes foi, aliás, recentemente apresentado à Assembleia Nacional um importante projecto de lei.

O Ministério da Saúde tem em curso, há já bastante tempo os estudos indispensáveis à necessária regulamentação do assunto e efectuou já numerosas consultas a entidades científicas e oficiais. Além da Ordem dos Médicos e da Sociedade de Ciências Médicas, foram ouvidas as três Faculdades de Medicina, os Conselhos Médico-Legais de Lisboa, Porto e Coimbra e os principais hospitais do País (Hospitais Ci-

vis de Lisboa, o Hospital Geral de Santo António do Porto e os Hospitais da Universidade de Coimbra). E, oportunamente, foi, também, consultada a Procuradoria Geral da República.

Um diploma que estabeleça o regime jurídico a que deverão obedecer as colheitas de tecidos e órgãos de cadáveres, para fins terapêuticos, é particularmente delicado e terá de condicionar cuidadosamente aquela prática hoje corrente em muitos países.

Mas torna-se indispensável que seja rodeada de todas as precauções e garantias, e posta de acordo com os nossos costumes e a nossa sensibilidade».

NOVA FUNDAÇÃO

Mais uma Fundação foi criada — a Fundação do Grémio dos Armazenistas de Mercearia — a cujos corpos gerentes deu posse o Ministro da Saúde e Assistência, Dr. Henrique Martins de Carvalho. Transcrevemos da imprensa diária as seguintes passagens do discurso que então proferiu o Dr. Pedro Guimarães, presidente do novo organismo:

«Acompanha-nos, guia-nos, antecipa-se quase ao que queremos, leva-nos para diante, para onde devemos ir. V. Ex.ª sente e vive a sua função, não se acomoda nem a sofre. É acção que se adianta, e não imobilismo que se aquieta. De resto, em tudo e para tudo, há que acompanhar o que é vida, há que senti-la no espírito e na carne, e também no tempo. Para se saber o que é vida, há que vivê-la no seu decorrer, há que senti-la na alegria e no sofrimento, no bom e no mau, e, depois, pela natureza do conhecido, aplicá-la ao que for.

Enalteceu as qualidades diplomáticas e literárias daquele membro do Governo, e acrescentou:

— Não se admire, sr. Ministro, de que não longe venha o dia em que os egoístas, os que só se querem por si mesmos e para seus interesses, os que rasam o chão e só existem e permanecem à sombra do sol que vai alto, queiram criticá-lo por tudo que eles nunca tiveram, ou já perderam, e que são as maiores virtudes de V. Ex.ª: acção, compreensão e muita bondade. Não-de primeiro insinuar, e depois dizer, que há um pequenino fundo de indiscrição nestas visitas sem cerimónia que são as de V. Ex.ª aos hospitais e asilos de todo o País. E não-de dizer, e neste momento, com razão, que isto nunca se viu... E não-de querer restabelecer como normas de doutrina do imobilismo, os vasos de plantas à entrada, a fita e a tesoura, a presença acolhedora dos dias de festa, as caiações frescas, as roupas postas de novo e até, para serem agradáveis, como V. Ex.ª é o Ministro da Saúde, para culminar, não-de querer apresentar-lhe doentes... com saúde. Mas não se importe, sr. Ministro: continue a ser como é, igual a si, e não a eles, e lembre-lhes, em todos os sítios, e de dia e de noite, que a doença e a miséria não tem horas...».

Peniodo

SEIXAS-PALMA

UMA ASSOCIAÇÃO SINÉRGICA PARA O TRATAMENTO DAS AFECÇÕES BRONCO-PULMONARES

- Antibióticos
- Balsâmicos
- Vitaminas
- Anti-histamínicos

Nas Modalidades
ADULTO e INFANTIL

LABORATÓRIO DE BIOLOGIA
E QUIMIOTERÁPIA
RUA DE S. TIAGO, 9, LISBOA

Para o tratamento da tuberculose
agora com maiores possibilidades
de emprego

Vionactane® - P

Antibiótico
com ação tuberculostática

Melhor tolerância
devido à nova combinação:
Pantotenato-sulfato de viomicina

Frasco-ampola com 1 g
de substância sêca

C I B A



IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS E V CENTENÁRIO DA RAINHA D. LEONOR

(Continuação do número anterior)

Tudo o que podemos e devemos esperar é que, na medida em que as Misericórdias traduzam o fervor de uma devoção e o calor de um entusiasmo, sejam nelas respeitadas a presença e a iniciativa dos confrades.

De tal modo que o apoio não reverta em opressão e a tutela coordenadora em asfixia sufocante.

É convicção minha que o alargamento da acção do poder público é fruto sobretudo do entibamento do sentido da independência e do gosto da responsabilidade dos indivíduos. Onde um indivíduo falha tem o Estado de suprir. E quantas vezes o Governo intervém com verdadeiro desgosto e contrariedade por ter de o fazer!

do direito e a suficiência de recursos permitem utilizar.

Voltou, então, a falar o Arcebispo de Évora, para afirmar que a questão reside em se saber até onde chega o poder dos homens e até onde chega o poder do Estado, na obra das Misericórdias.

— Mas — acentuou — o problema das Misericórdias não se resolve com uma imposição ou decisão superior. Resolve-se, sim, pelo estudo dos «homens bons», dos juristas, dos homens que estão integrados na matéria.

E, a terminar, dirigindo-se ao Prof. Marcelo Caetano, o Prelado declarou: «Como vê, sr. Prof., estamos de acordo. Precisava a sua extraordinária

Misericórdias portuguesas, do mesmo congressista; As Misericórdias na evolução da Assistência Social, do tenente Horácio Assis Gonçalves; A situação jurídica das Misericórdias, do Dr. Quelhas Bigotte; A caridade e as Misericórdias, do padre Leonel Diogo dos Ramos; e Para melhor conhecer e servir as Misericórdias, da sr.^a D. Maria Joana Mendes Leal.

Simultaneamente, noutra sala, reunia-se a segunda secção, a que presidiu o Dr. Luís de Pina, secretariado pelo provedor da Misericórdia da Ericeira e pelo representante da de Mesão-Frio. Foram apresentadas dezanove comunicações, a saber: A Irmandade das almas do Rochoso e as termas assistenciais do Cró, do Dr. Alberto Dinis da Fonseca; D. Leonor e as Misericórdias na expansão ultramarina, do Dr. Américo Cortês Pinto; correspondência da Misericórdia do Porto com as Misericórdias do Oriente nos séc. XVI e XVII, do Dr. Artur M. Basto; Breves considerações sobre o património artístico e arquivístico das Misericórdias portuguesas do Continente, do Dr. Artur de Gusmão; A Santa Casa da Misericórdia de Luanda, de Augusto César da Silva Castro Júnior; Comentário aos estatutos da Associação de Caridade de Viana do Alentejo, aprovados por decreto de 8 de Outubro de 1886, do Dr. Baltasar Bivar Branco; As Misericórdias do Brasil — Apontamentos para a história da Santa Casa de Cantanhede, do Dr. Divaldo de Freitas; Dos selos pendentes, do Arquivo da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, do Dr. Eduardo Augusto da Silva Neves; A Misericórdia de Azurara—passado, presente, de Eugénio de Andrade da Cunha e Freitas; Subsídios para a história da Santa Casa da Misericórdia da vila de Alcochete, de Francisco José Coutinho Leite da Cunha; «O miserabilíssimo estado da capela da Misericórdia de Salvaterra do Extremo, do Dr. João Afonso Corte Real; «A Misericórdia de Pavia», de Joaquim António Leitão Rebelo Arnould; «Misericórdia do Barreiro», de José Francisco da Costa Neves; «Museu-Arquivo das Misericórdias Rainha D. Leonor», do Dr. José Garrido Mendes da Cruz; «Raízes brasileiras da organização hospitalar psiquiátrica portuense — A Reitoria do Rio de Janeiro e o Hospital do Conde de Ferreira do Porto», do Prof. Luís de Pina; «Santa Casa da Misericórdia e Hospital Anexo de Évora Monte», de Manuel Joaquim Leitão; «A possível primeira Misericórdia do País; a das Caldas da Rainha», da sr.^a D. Maria Carlota de Assis de Almeida Santos; «O Museu da Misericórdia de Lisboa», do Dr. Mário Car-



Um aspecto da assistência à sessão inaugural

Os meus votos são pois por que deste Congresso saia uma consciência mais clara do carácter privado das Misericórdias e uma resolução mais firme de mantê-lo, para que a indispensável colaboração com os poderes públicos represente um diálogo, como aquele que certamente se travou entre os homens bons reunidos em 1498 na crasta da Sê de Lisboa e a Rainha D. Leonor.

Mulher piedosa, a quem os sofrimentos humanos doíam, até porque duramente experimentara alguns. D. Leonor não deixara de ser a Princesa a quem a posição dava sempre, até por intuição, a consciência do interesse colectivo. Nela, pois, encontraremos a própria síntese do espírito e da estrutura das Misericórdias:

O fervor da caridade e o poder de agir.

O fervor da Caridade que só a fé consegue alimentar. O poder de agir que só a união de esforços, a protecção

síntese desta breve anotação para que tivesse a aprovação inegável da Igreja».

Reuniu-se, em seguida, a primeira secção do Congresso, presidindo o representante da Misericórdia da Guarda, Dr. Alberto Dinis da Fonseca, secretariado pelos provedores das Misericórdias de Castelo Branco, Santarém, Vila Alva e Alverca.

Foram apresentados os seguintes trabalhos: A inspiração espiritual das Misericórdias, do Dr. Artur Magalhães Basto; Compromissos das Misericórdias, do Dr. Carlos de Azevedo Mendes; Tradição cristã das Misericórdias — Nossa Senhora sua protectora, do mesmo congressista; Aspectos gerais de alguns temas sugeridos pela programática do Congresso, da Mesa de Misericórdia de Sintra; As Misericórdias são confrarias e nada mais, do Dr. Fernando de Matos; Algumas proposições sobre as Misericórdias portuguesas, do Dr. Fernando Correia; O futuro das

mona; e «A Misericórdia de Mesão Frio», do Dr. Remo de Noronha.

★

Encerrados os trabalhos deste dia, os congressistas deslocaram-se às Caldas da Rainha — onde D. Leonor mandou construir o mais antigo Hospital termal de que há memória no Mundo —, para assistirem à cerimónia do lançamento da primeira pedra do Hospital Sub-regional daquela cidade.

Todas as entidades oficiais e corporativas, bombeiros, filiados da M. P. e outras individualidades, aguardaram à entrada da cidade a chegada do Governador Civil, que representava o sr. Ministro da Saúde e Assistência, e o Dr. Melo e Castro, além de todos os congressistas.

Em cortejo, dirigiram-se, depois, ao terreno anexo à mata do Hospital Rainha D. Leonor, para se associarem à cerimónia a que atrás nos referimos.

Falou o presidente da Câmara, D. Fernando Pais de Almeida e Silva, que prestou homenagem e deu as boas-vindas aos visitantes, tendo feito entrega, ao Dr. Melo e Castro, de uma pasta com milhares de assinaturas das quinze freguesias do concelho. O presidente da comissão nacional das comemorações, que falou em seguida, exaltou o significado da cerimónia, por se realizar no solo privilegiado das Caldas da Rainha, quase sacrossanto — afirmou —, onde a excelsa soberana

lançou a primeira pedra da obra das Misericórdias.

Foi, em seguida, lido o auto do lançamento, pelo provedor da Misericórdia daquela cidade, assinado pelas entidades presentes, tendo o rev.º padre Martinho Mourão procedido à bênção da pedra.

A seguir, iniciou-se, no Clube do Parque, um beberete oferecido em honra dos congressistas, findo o qual se fez o regresso a Lisboa.

★

Os trabalhos prosseguiram no dia 5, tendo sido apresentadas duas teses e 37 comunicações, aquelas no decorrer de duas sessões plenárias.

Presidiu à primeira o Prof. Jorge da Silva Horta, secretariado pelos provedores das Misericórdias de Aveiro, Leiria, Vidigueira e Pavia. Usou da palavra o Prof. Miller Guerra, que apresentou um trabalho sobre «A Política da Saúde».

O autor começou por delimitar o conceito de saúde, sob o aspecto médico e social. «A política da saúde — afirmou — consiste em colocar ao serviço de toda a população os meios necessários para prevenir e curar a doença e ainda para promover a saúde completa, física e mental».

Na sequência destas considerações, referiu-se ao valor da saúde, ou seja, à sua posição hierárquica numa antropologia de valores. E acrescentou: «Ou-

ve-se falar hoje tanto em desenvolvimento sanitário e direito à saúde que não podemos deixar de definir o lugar da saúde numa tábua de valores. Pela insistência com que se proclama a promoção da saúde, parece atribuir-se-lhe o valor supremo, isto é, a saúde, como a economia e a técnica, constitui o fim da acção humana.

É a isto que se tem chamado a redução da vida aos valores biológicos. A questão, como se vê, tem plena actualidade e não pode ser abandonada por nós quando nos propomos tratar precisamente de saúde e, além disso, de técnica e, por acréscimo, de economia e bens materiais.

Afadigam-se certas pessoas a demonstrar que os fins autênticos da vida do homem estão a preverter-se com este predomínio aparente do mecânico e do material sobre o anímico e que se corre o risco de rebaixar o ideal humano até ao nível das satisfações vitais, quer dizer, em termos axiológicos; os valores biológicos propendem a antepor-se aos valores espirituais e éticos.

Daí vem a reprovação liminar da técnica e, por extensão, da cultura contemporânea do bom e do mau, indiscriminadamente. É claro que esta posição retrógrada é insustentável numa sociedade evoluída, na qual — digamos — os valores técnicos têm o seu lugar, assim como os vitais e os espirituais o seu. Mas os espíritos que se alimentam mais de fórmulas que de realidades voltam-se saudosamente para

Daifen

O primeiro e único anti-histamínico para uso diurno e a toda a hora

Apenas com 2 mgrs. de substância por comprimido (difetilpiralina Schenley) os seus efeitos secundários são mínimos e raros.

PRONTO ALÍVIO DE SINTOMAS ALÉRGICOS

Frasco com 50 comprimidos 10\$50

Produto original de

Schenley Laboratories, Inc. New-York

Fabricado pelo

**Laboratório Farmacológico J. J. Fernandes, Lda.
Rua Filipe da Mata, 30 — LISBOA**

o passado, e enquistam-se nele, como se o homem continuasse a andar de caleche e a morrer de variola e de paludismo. É bem a contradição do nosso tempo: como em todos os períodos de aceleração histórica, os factos andaram mais do que as mentes, que ficaram agarradas a fragmentos do pretérito».

Continuando, disse:

«A técnica foi, é, e continuará a ser, apenas um meio, por muito espaço que hoje ocupe, por muita atenção que captive e por mais que pareça distrair o homem dos fins supremos.

A técnica é o domínio do homem sobre a matéria, do espírito criador sobre a natureza passiva, para dela extrair os bens que lhe faltam para levar uma existência de nível humano. A técnica não escraviza, liberta ou libertará um dia.

Estes princípios aplicados à política da saúde, impõem a necessidade de proceder com técnicas modernas, utilizando-as criteriosamente de modo a obter o seu máximo rendimento. E quem há-de preparar, orientar e executar a acção sanitária, senão os homens tènicamente formados e preparados para isso? Como se poderá hoje empreender uma acção desta grandeza, se não for dirigida por «um pensamento técnico?».

Enunciou a seguir a tese nestes termos: o nosso País não dispõe de médicos nem de enfermeiras, para se empreender com razoável certeza de êxito uma política sanitária realista.

A tese tem o corolário seguinte: o primeiro passo para pôr em prática esta política, é a formação e preparação técnica de médicos e de enfermeiras. Sem estas condições não há Serviços, sem Serviços não haverá assistência que valha.

Tratou depois dos médicos, das enfermeiras e dos Serviços, chegando à conclusão que enquanto não forem modificadas as condições actuais de trabalho e de prestação de serviços sanitários, não se poderá pôr em execução a política da saúde ansiosa e baldadamente esperada.

«Tivemos o propósito de lembrar noções simples e por isso mesmo esquecidas: a política da saúde tem que ser «bâtie en hommes» e não sobre as coisas. Homens tènicamente bem preparados, esclarecidos pelos princípios e atentos às realidades da vida nacional. Um plano sanitário pressupõe o estudo objectivo e metódico dos factos tais como eles são; deve incidir primeiro nas *necessidades*, segundo nos *meios* e terceiro nos *fins* que é possível atingir.

Este o resumo da importante tese que o distinto clínico apresentou, insistindo, particularmente, na necessidade de se alargarem e aperfeiçoarem os quadros médicos e de enfermagem uma relação mais íntima e eficaz entre as funções do Estado e as necessidades no capítulo da saúde pública e da assistência. O orador defendeu o critério de que as Misericórdias, devidamente restauradas, deviam ser os melhores agentes da política sanitária e, em termos

entusiásticos, enalteceu o espírito quinzentista, que animou aquelas instituições. O Prof. Miller Guerra, depois de analisar o problema sob vários aspectos todos de palpitante interesse, terminou o seu trabalho afirmando ser mais urgente a prevenção da saúde do que a própria elevação do nível de vida.

Deu-se início, a seguir, aos trabalhos da 3.^a secção, a que presidiu o Dr. Domingos Braga da Cruz, secretariado pelos representantes das Misericórdias de Braga e de Bragança e pelos provedores das de Oleiros e Soalheira, e que foi subordinada ao tema «Coordenação técnica de administração sanitária — problemas específicos da promoção dos meios rurais».

Foram apresentadas onze comunicações, entre as quais uma do presidente da sessão, que comentou o Plano Provisório da Saúde e Assistência Rural. Nas medidas que considera necessário adoptar destacam-se estas: Larga descentralização dos serviços, orientada no sentido da criação de Comissões Distritais de Saúde e Assistência; Concentrar todos os serviços de medicina preventiva e saúde pública tanto nas sedes dos distritos como nos concelhos; Adoptar, como regra, para os cargos de chefia dos serviços de Saúde e Assistência, distritais e concelhios, o regime de ocupação completa, mas apenas na medida em que forem ocorrendo as respectivas vagas; Intensificar a preparação de técnicos de todas as categorias, não deixando de considerar como elementos fundamentais as enfermeiras de saúde pública.

Outro dos trabalhos apresentados foi o Dr. José Lopes Dias, que, entre outras conclusões, sugere que as Misericórdias devem promover, em maior grau, a colaboração dos recursos parciais, a fim de poderem ocorrer aos encargos destas novas funções; e o IV Congresso emite o voto de sua activa concordância e decidido apoio na coordenação e no desenvolvimento de um sistema de protecção sanitária às populações rurais.

As outras comunicações foram apresentadas pela Dr.^a Ana Rebelo Arnaud e D. Maria Raquel Ribeiro e pelos Drs. Arnaldo Sampaio, Cristiano Nina, João Gerardo Vieira Lisboa e srs. Joaquim Moreira Braga, António Manuel dos Santos Murteiro e Manuel Raimundo Serra de Carvalho.

Simultaneamente e noutra sala, efectuava-se a reunião da 4.^a secção, que tratava das carreiras técnicas dos médicos, do pessoal administrativo, Serviço Social e de enfermagem. Presidiu o Dr. José dos Santos Bessa, secretariado pelos provedores das Misericórdias da Covilhã, de Abrantes, de Soure e do Barreiro.

Foram apreciadas, nesta secção, cinco comunicações, a primeiras das quais — «Os médicos perante as condições actuais da Medicina em Portugal» — foi apresentada pelos Drs. António do Carmo Galhordas, José António Castel-Branco Mota, Manuel Tavares de Sousa Coelho, Nuno Duarte da Silva e Orlando Coelho Leitão. Esta

comunicação conclui: necessidade de uma revisão consciente dos problemas com que depara hoje a Medicina portuguesa; integração total de todas as actividades da Saúde e Assistência no Ministério recentemente criado; participação activa e imprescindível da Classe Médica no estudo das soluções que urgentemente se impõem.

Com esta sessão se encerraram os trabalhos da manhã do dia 5, para se reiniciarem após o almoço.

Assim, à tarde, efectuou-se nova sessão plenária, a que presidiu o Dr. Azeredo Perdigão, secretariado pelos provedores das Misericórdias de Viana do Castelo, de Faro, de Azurara e das Alcáçovas.

Falou o Dr. Luís Vaz de Sousa, sobre «Enquadramento corporativo das misericórdias», trabalho inspirado nos temas genéricos da ordem da tarde, sobre «Coordenação económica da protecção social — Coordenação administrativa das actividades de saúde e assistência» (5.^a secção) e «Problemas de administração das misericórdias» (6.^a secção).

A seguir, reuniu-se a 5.^a secção, a que presidiu o Dr. Madeira Pinto, antigo provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, secretariado pelos provedores das Misericórdias de Tavira, de Guimarães, de Sobral de Monte Agraço e de Marvão.

Entre as doze comunicações apresentadas nesta secção, destacou-se a do Dr. António de Oliveira Pais de Sousa, que se ocupou da «Conexão económica da previdência social com os serviços de saúde e assistência públicas». O autor começou por dizer que, num trabalho feito em 1948, preconizara uma economia portuguesa interdependente, por então lhe parecer que o Portugal, espalhado pelo mundo, só assim, melhor num mundo a desabar, e todo ameaçava ruir no que era divisão política de soberania.

Diz-se convencido que a criação de fortes laços económicos podia contribuir para robustecer os vínculos espirituais, a unidade da Nação.

O Dr. Pais de Sousa, ao terminar o seu notável trabalho, submeteu à apreciação do Congresso cinco conclusões:

Conclusão primeira — urge realizar uma reforma social profunda no campo da Previdência, pois ela é ditada pelos sentimentos humanos de tranquilidade e de segurança sociais, a que todos aspiram.

Conclusão segunda — dois caminhos se apresentam: — o da solução imediata, de uma Previdência social total, que necessariamente, numa primeira fase, há-de fazer descer o nível médio da vida dos portugueses, e o da solução progressiva, que surgirá por virtude de um maior desenvolvimento económico do País, e a que não deve ser estranho a interdependência de uma economia portuguesa.

Conclusão terceira — os serviços de Saúde e Assistência públicas, aparecem-nos na sua finalidade de competência, desviados numa acção supletória, mas à medida que o alargamento



Todas as indicações
da vitaminoterapia B₁:
nevrites, nevralgias, astenias,
convalescenças, etc.

- 4** vezes mais activa
- 4** vezes mais duradoura
- 6** vezes mais tolerada

são algumas das notáveis características
que distinguem a

extraneurina

da tiamina

ampolas

caixa de 3 ampolas de 50 mg
caixa de 3 ampolas de 100 mg

calosi

Uma síntese original de
Farmochimica Cutolo-Calosi
Firenze - Napoli (Itália)

cloreto do éster monofosfórico da Vit. B₁

- Artrismo
- Uricémia
- Obesidade
- Arteriosclerose
- Hipertensão

iodextraneurina

ampolas

caixa de 10 ampolas de 1 cc (concentração I)

caixa de 6 ampolas de 2 cc (concentração II)

calosi

da Previdência Social se fizer sentir, os serviços de saúde podem acompanhar os progressos da ciência moderna, melhorando fortemente a qualidade dos serviços produzidos, enquanto os serviços de Assistência podem diminuir em extensão. Os serviços de Saúde Pública não poderão revelar economias, pois a vida moderna há-de exigir-lhes sempre uma acção, cada vez mais qualitativamente melhorada e conforme aos progressos da ciência. Os serviços de Assistência pública podiam diminuir em extensão, se hoje se pudesse afirmar que satisfazem as necessidades assistenciais mas poderão vir a ser considerados serviços de acção pronta, o que representaria um grande avanço social.

Conclusão quarta — parece poder afirmar-se que a economia do País, pode suportar os encargos que satisfaçam as exigências de planos, de textura profunda, que conduzam à segurança e tranquilidade sociais.

Conclusão última — Portugal deve integrar-se nos planos de desenvolvimento económico do Ocidente, não por assimilação ou incorporação, mas por contribuição de objectivo, pois, só assim, numa acção que exige o esforço e sacrifício de todos, poderá ajudar a vencer a batalha da Europa, se contar com a larga representação em África, e dela souber extrair o melhor proveito. A solução dos problemas sociais do nosso tempo tornou-se programa político, e o sector económico, a quem se pedem os meios de satisfazê-lo, é hoje em todo o Mundo, já objecto de uma ciência que dispõe de uma técnica.

Discute-se uma actividade, consumidora por excelência, de bens duradouros e de consumo imediato, e que são o preço da paz social. Quem quiser usufrui-la tem que pagar o preço, o tributo que lhe couber. Repare-se nos projectos económicos, para os próximos sete anos, expostos ainda há pouco tempo, em sessão plenária, pelo Primeiro Ministro da Rússia, e que podem, seguramente, considerar-se fantasmagóricos, mas que, para o mundo ocidental, não podem deixar de considerar-se como realizáveis, em toda a extensão, até onde a ciência, a técnica o capital utilizável, o trabalho, e fundamentalmente uma disciplina, o permitam.

Olhemos com fé para o futuro, mas não nos descuidemos na discussão nem contribuamos com os caprichos da nossa vaidade para o atraso de uma obra que é para todos».

Os outros trabalhos apresentados na 5.^a secção eram da autoria dos Drs. Agostinho Baptista, Luís Tecedeiro, Alberto Gouveia, Carlos de Azevedo Mendes, José Fernando Nunes Barata, Joaquim Saraiva Palmeiro e Ricardo Correia da Fonseca, cap. Manuel Lopes Camilo e srs. D. Maria da Piedade Branco Rosado, António Santos Murteira e Horácio de Jesus Carvalho.

A seguir, reuniu-se a 6.^a secção, que tratou dos problemas de administração das Misericórdias, tendo presidido à sessão o Eng.^o Manuel Carrilho, secretariado pelos provedores das Mi-

sericórdias de Lousã, de Campo Maior, de Ovar e de Poiães.

Foram debatidos trabalhos dos Drs. João Afonso Corte-Real, Alberto Maria Ribeiro Meireles, António José de Sousa Pereira, Carlos de Azevedo Mendes, Eduardo Malheiro, Henrique Dias de Abreu Romão e Manuel Medeiros, Cap. José Maria Coutinho e sr. José Nogueira Gomes.

★

Ao fim da tarde, o sr. Ministro da Saúde e Assistência ofereceu, no Palácio de Queluz, uma recepção em honra dos congressistas.

À entrada do salão nobre, o Dr. Henrique Martins de Carvalho, acompanhado por sua esposa e pelos Drs. Charters de Oliveira, adjunto do provedor da Misericórdia de Lisboa, e Albano Dias, chefe do seu gabinete, recebeu os convidados, em número superior a 300, aos quais foi oferecido um jantar volante.

Entre as individualidades presentes, contavam-se o Dr. Melo e Castro, presidente da comissão nacional das comemorações da Rainha D. Leonor; Prof. Paulo Cunha e Dr. Trigo de Negreiros, antigos Ministros; almirante Nuno de Brion, chefe da Força Naval da Metrópole; general Aníbal Vaz, comandante-geral da Guarda Nacional Republicana; Drs. Agostinho Pires e Augusto Travaços, Directores-Gerais de Assistência e de Saúde; Dr. João Nepomuceno, do Ministério dos Negócios Estrangeiros; Dr. Lopes Navarro, Procurador-Geral da República; conselheiro Cruz Alvura, do Supremo Tribunal de Justiça; Dr. Raposo Magalhães, secretário da Fundação Calouste Gulbenkian; Dr. Rafael Ribeiro, administrador dos Hospitais Civis de Lisboa; e Dr. Coriolano Ferreira, director do Hospital de Santa Maria.

À noite, no Teatro Nacional D. Maria II, realizou-se um Sarau Vicentino, a que assistiram o sr. Ministro da Saúde e Assistência, o Subsecretário de Estado da Administração Ultramarina, o Prof. Paulo Cunha e muitas outras individualidades, além dos congressistas.

Proferiu as palavras de apresentação o Dr. Vitorino Nemésio e dirigiu o espectáculo o Dr. Paulo Quintela, tendo o Teatro dos Estudantes da Universidade de Coimbra encantado a assistência, pela forma como representou a Trilogia das Barcas.

★

No dia 6, de manhã, efectuaram-se as últimas sessões de trabalhos do Congresso, tendo-se realizado a quarta sessão plenária, a que presidiu o Dr. Guilherme Braga da Cruz, secretariado pelos provedores das Misericórdias de Vila Real, Portalegre, Moncarapacho e Lavre. Falou o Dr. Coriolano Ferreira, administrador do Hospital de Santa Maria, sobre «O Hospital do Futuro», tese que constituiu uma notável lição de sociologia, no âmbito da assistência

pública, por meio da organização das Misericórdias. Numa longa descrição técnica e social, o autor estabeleceu as directivas da assistência hospitalar na actualidade e, segundo o seu parecer, o que deverá ser amanhã, quanto ao interesse e exigências da comunidade.

No intróito, o autor disse:

«Detenho-me muitas vezes a rememorar as vicissitudes que têm assinalado a história dos hospitais. É coisa apaixonante ir seguindo, ao longo dos séculos, os fundamentos políticos, filosóficos, científicos e económicos que lhes deram forma e conteúdo. A abundância e a miséria, a paz e a guerra, a liberdade e a opressão tudo se reflectiu na vida dos hospitais. E se o homem foi rural ou cidadão, sedentário ou migrante, individualista ou colectivista, dado a ideias puras ou a positivismos fechados, sempre a sua imagem se projectou por inteiro nos hospitais que foi fundando e mantendo. Nem de outra forma poderia ser. Todas as instituições nascem por força de necessidades humanas. Com as necessidades humanas evoluem e se extinguem.

«Lembremo-nos de como a dispersão feudal correspondeu a pulverização de pequenos e numerosos hospitais. Verifiquemos a coincidência de a concentração desses nossos hospitais ter sido ordenada por D. João II, o mesmo monarca que concentrou o poder político nas mãos reais. E não serão de meditar os motivos que levaram à secularização da assistência em pleno liberalismo e à sua socialização nos estados modernos?

«Se passarmos ao condicionalismo económico, é fácil compreender o hospital mantido pelos nobres, quando a riqueza se acumulava em poucas mãos de senhores; o hospital comunal, quando a burguesia dominou a economia da Europa; o hospital público, no domínio das leis de desamortização; o hospital nacionalizado das economias colectivistas.

«Se Deus é o centro da civilização, como na Idade Média, o hospital é predominantemente religioso; se esse centro passa a ser o homem, como nos tempos modernos iniciados na Renascença, temos o hospital humanista; se ao homem se substitui a ciência, como no século passado, surge o hospital predominantemente médico e tecnicista; se à ciência se substitui o Estado, como agora sucede em algumas latitudes, há que sofrer o hospital socializante. Quando a população é agrícola, o hospital é indiferenciado, polivalente e rudimentar; quando a população é mercantil, o hospital é opulento e comunal; quando a população é urbana, o hospital alarga-se e é altamente diferenciado; quando a população é predominantemente industrial, o hospital tende para a discriminação de populações sob a forma de hospitais privativos do trabalho ou dos sistemas de seguro social.

«Finalmente: os hospitais religiosos são governados por ordens monásticas ou seus delegados; os hospitais reais por provedores directamente responsáveis perante a coroa; os hospitais de comuna por comissões municipais;

PAN-HEMOSTÁTICO

AMPOLAS-DRAGEIAS

VITAMINAS C e K, PANTOTENATO DE CÁLCIO e SOLU P₂

Estados hemorrágicos agudos e crónicos, qualquer que seja a sua etiologia. Intervenções operatórias.

LABORATÓRIOS "CELSUS"

LISBOA

o hospital cientista do século XIX por médicos; o hospital personalista do século XX por administradores que a si próprios se tinham por representantes da comunidade; o hospital socialista será apenas um enorme serviço público, directamente e exclusivamente regido pelo Estado.

«Em qualquer época ou país o hospital foi sempre produto das crenças dos homens e das condições da sociedade. Mas foi sempre também uma das criações humanas mais evidentes da repulsa pelo sofrimento e pela morte. Ele consubstancia integralmente a ânsia pela libertação da doença e pela segurança da saúde».

Passando a analisar o problema no aspecto «Segurança Social», o Dr. Coriolano Ferreira assinalou a exigência pública e social da defesa da saúde, sejam quais forem os climas políticos em que a organização assistencial tem de desenvolver-se. É quanto à posição do problema, na época decorrente, acentuou:

«O que não podemos ignorar é que o desejo de segurança nunca foi tão geral e tão intenso como nos tempos de hoje. E temos de compreender que esse desejo gera, quando não satisfeito, uma angústia integral que atinge a totalidade do homem naquilo que lhe é especificamente individual e no sentido social que o domina. Já me foi dado afirmar que esta impetuosa exigência de segurança dos tempos modernos se deve a um conjunto variado de factores, entre os quais podemos apontar o medo das destruições materiais e morais que herdamos das últimas guerras; a instabilidade política e económica e social resultante do individualismo e do industrialismo do século passado; o poder horrorosamente destrutivo dos inventos do homem nas últimas décadas; o encarceramento até níveis astronómicos dos meios de defesa da saúde e do combate à doença, transformando a quase totalidade dos cidadãos em débeis económicos perante tais problemas e tais custos; o envelhecimento das populações, que, de 30 anos na Roma antiga, passou a 40 no tempo de Napoleão e já hoje excede os 65 anos; a difusão fácil e intensa de notícias que dão aos

indivíduos a certeza de novas doenças vencidas, novas leis da matéria descobertas, novas possibilidades de dominar o meio ambiente material ou social; o infantilismo progressivo do homem, que, quanto mais dispõe de meios e facilidades materiais, menos capaz se torna de por si resolver dificuldades ou cobrir riscos que a existência lhe acumula no caminho».

E a seguir:

«A segurança social é a solidariedade organizada em escalão nacional, assim como a previdência e a solidariedade nas profissões e a assistência a solidariedade entre os indivíduos. É certo que, se aspirar a cobrir todos os riscos possíveis, sem deixar aos indivíduos aquela margem de insegurança que é o estímulo de iniciativas e suporte da liberdade; se impedir ou enfraquecer a previdência individual, se embotar o sentimento natural da caridade, se der ao Estado uma intervenção totalitária nas actividades da Nação — então a segurança aparecerá como um perigo colectivo de recar. Mas isto tudo são desvios que em nada afectam a essência do sistema, por lhe serem estranhos, ou melhor, por lhe repugnarem.

A segurança é uma exigência tão intensa e tão extensa que a sua satisfação só pode ser atingida por via de acção nacional. Mas nacional não quer dizer estatal, repare-se bem. A Nação tem em si forças exteriores à máquina do Estado. É a essas que a segurança faz apelo, embora chame também o Estado a garantir, com o seu império, o acatamento desta acção colectiva».

Chegado à última parte do seu trabalho, o Dr. Coriolano Ferreira, aludindo às Misericórdias e ao hospital português do futuro, quanto ao destino que se antevê para os hospitais confiados aquelas instituições, disse:

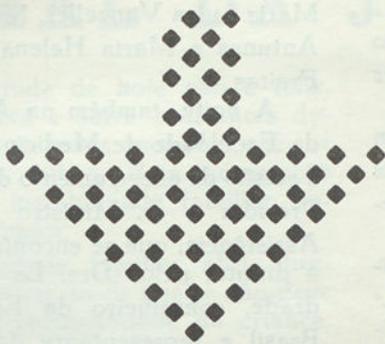
«De um facto temos de partir, se quisermos raciocinar acertadamente. É o de que todos os hospitais regionais, a quase totalidade dos sub-regionais e um dos classificados como centrais pertencem e são geridos por Santas Casas das Misericórdias. Eis uma situação objectiva a que não podemos fugir.

Ignorar as Misericórdias, ao pensar o futuro do hospital português, é cometer crime contra as leis elementares do bom senso e do raciocínio. Tudo está em apurar se as Misericórdias estão em condições de se integrarem, com proveito, nas tendências da evolução que deixei apontadas, ou se lhe constituirão estorvo que deva ser afastado. O problema também pode por-se ao invés: o hospital que se aproxima de nós, para ser moderno, terá de deixar de ser bem português? A questão é mais de política do que técnica hospitalar. Efectivamente não se vê razão para que possa discutir-se a possibilidade ou impossibilidade técnica de os hospitais das Misericórdias colaborarem na prevenção da doença, no seu tratamento e na recuperação, tal como hoje a entendemos. Se quiséssemos achar em todo o mundo instituição com maior número de valências assistenciais, haveríamos de percorrer o globo para voltar à nossa terra cansados e de mãos vazias. Não há modalidade de acção social, seja ou não sanitária, que não caiba nas possibilidades institucionais das Misericórdias.

Mas pode surgir a dúvida quanto à capacidade de as Misericórdias se adaptarem às necessidades actuais de regionalização, de tecnicizar a gestão e de qualificar dirigentes responsáveis.

Assim como é impossível ignorar as Misericórdias quando se projecta o hospital português do futuro, assim será impossível às Misericórdias furtarem-se às responsabilidades que daí lhes decorrem. Ai da instituição que em vez de acompanhar a evolução das circunstâncias temporais se anquilosa e teima em sujeitar a vida às suas convicções imutáveis. A história está cheia de exemplos de instituições que, cometendo o pecado do imobilismo, foram ultrapassados e colocados à margem da estrada para aí murcharem e morrerem.

Há que ser progressista na capacidade de esquecer exclusivismos de capelinhas para entrar de coração aberto no plano geral de saúde que a Nação levante. Há que colaborar com os restantes hospitais da região pondo em comum meios técnicos e abdicando de parte da autoridade interna, que pas-



IMUNADOL

ANTI-INFECCIOSO

ACTIVADOR DAS DEFESAS ORGÂNICAS

LISADO BACTÉRICO

OBTIDO A PARTIR DE ESTIRPES LISAS SELECIONADAS DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCCOS, ESTREPTOCOCCOS, ENTEROCOCCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

COM ACÇÃO IMUNIZANTE

**COMPROVADOS EFEITOS NA PREVENÇÃO
E TRATAMENTO DOS ESTADOS GRIPAIS**

Caixas de 3, 6 e 12 ampolas de 2 c. c.

VERIFICADO OFICIALMENTE NO
INSTITUTO CÂMARA PESTANA



LABORATÓRIO SAÚDE, L.^{DA}

R. de Santo António à Estrêla, 44 - LISBOA

sará para os órgãos de coordenação regional, cuja criação se torna urgente.

Há que aceitar a necessidade de confiar a pessoal técnico, devidamente preparado, a responsabilidade de tarefas técnicas, já que aos órgãos estatutários ninguém discute a competência de governo e de definição de política da instituição.

Eu sei que este perigo não é de terem nas nossas Misericórdias. Não foi por acaso que elas atravessaram cinco séculos com ventos a favor e tempestades contrárias. Elas não pedem a ninguém lições de adaptabilidade nos processos de permanência no espírito. Ao olhar as três centenas de hospitais de Misericórdia, representando mais de dois terços das camas hospitalares de Portugal fica-me a alegria que vem da

nos ultrapassa a todos, não usou mais do que a certeza da fé, o fulgor da inteligência, a caridade do coração e o espírito de bem servir, que tem de ser exemplo de todos nós».

O Dr. Braga da Cruz encerrou, em seguida, a sessão, proferindo algumas palavras de apreço ao trabalho apresentado.

Pouco depois reuniram, simultaneamente, em salas diferentes, a 7.^a e a 8.^a secções, para serem tratados, respectivamente, os «Problemas da organização hospitalar» e a «Especialidade da protecção médico-social e do serviço social». Presidiram, à primeira, o provedor da Misericórdia de Évora, secretariado pelos das de Vouzela, Viana do Alentejo, Mora e Óbidos, e, à segunda, o Dr. Arnaldo Sampaio, que



O sr. Ministro da Saúde e Assistência discursando na sessão de encerramento. Na mesa, à direita do Dr. Martins de Carvalho, os Drs. Augusto Travaços e Melo e Castro e, à esquerda, o Prof. Jorge da Silva Horta e o Dr. Agostinho Pires

certeza de como será completo e humano, eficiente e cristão, o hospital português de amanhã.

É com amor que vejo de longe esse hospital que há-de ser criado por todos nós, com a serena constância que a maior das grandes rainhas portuguesas nos ensinou. Sem gritos de inconformismo, e sem usar daquele espírito crítico e demolidor que mestre Gil, seu contemporâneo, cultivou com êxito, a rainha magnífica criou, por suas próprias mãos, uma obra que atravessa a história da nossa Pátria.

Façamos como ela. Não exijamos dos outros o que nós mesmos podemos fabricar. Que a nossa compreensão dos homens e dos tempos se equipare à da rainha que, depois de perder o marido, o filho e o trono, conduziu a maior reforma que jamais se fez na assistência portuguesa. Para realizar essa obra que

foi secretariado pelos provedores das Misericórdias de Montemor-o-Novo, Montijo, Chamusca e Celorico da Beira.

Nas duas secções foram apresentadas e discutidas, ao todo, 38 comunicações, entre as quais as dos Drs. Amadeu da Cunha Mora, António Seabra, Fernando de Melo Caeiro, Manuel Justino da Cruz, Ramos Dias, Renato Cantista e Augusto Teixeira de Carvalho; Norton Brandão, Aníbal Teixeira, António Costa Quinta, António Paúl, Madeira Pinto, Artur Gago da Silva, Artur Pistacchini Galvão, Eduardo Vilarinho, Fernando das Neves Almeida, Francisco de Oliveira Dias, João Bação Leal, Joaquim da Gama Imaginário, José Vieira dos Santos Júnior, José Joaquim Moreira Braga, José dos Santos Bessa, Leopoldo de Figueiredo, Lino Ferreira, Hugo Gomes, Nuno Afonso

Ribeiro e Tibério Antunes e as Dr.^{as} Maria Luísa Vanzeller, Maria Manuela Antunes e Maria Helena Coimbra de Freitas.

À noite, também na Aula Máxima da Faculdade de Medicina, realizou-se a sessão de encerramento do Congresso. Presidiu o sr. Ministro da Saúde e Assistência, que se encontrava ladeado, à direita, pelos Drs. La Fayette Andrade, conselheiro da Embaixada do Brasil e representante das Misericórdias do Rio de Janeiro e de Barbacena; Augusto Travaços, Director-Geral de Saúde; e Melo e Castro, provedor da Misericórdia de Lisboa e presidente da comissão nacional das comemorações; e, à esquerda, pelo Prof. Jorge da Silva Horta e Drs. Agostinho Pires, Director-Geral da Assistência; e Dinis da Fonseca, secretário-geral do congresso.

Na qualidade de decano dos provedores das Misericórdias, falou em primeiro lugar o Dr. Carlos Mendes, há 40 anos provedor da Misericórdia de Torres Novas, que se referiu ao espírito das Misericórdias. Ao ocupar-se dos problemas com que se debate a instituição, citou o facto de ter o Prof. Oliveira Salazar, quando provedor da Santa Casa da Misericórdia de Coimbra, verificado as dificuldades que surgem na vida das Misericórdias.

O Dr. Carlos Mendes recordou algumas das conclusões dos anteriores congressos, realizados em Lisboa, Porto e Setúbal, evocando a legislação relacionada com as Misericórdias.

Terminou por fazer votos por que progreda a obra das Santas Casas.

Falou, depois, o Dr. Divaldo de Freitas, representante das Misericórdias do Brasil, que se ocupou de Brás Cubas, o fundador da primeira Misericórdia em terras brasileiras, em 1530, na cidade de Santos.

Hoje — acentuou — o Brasil, quatro séculos depois da chegada de Brás Cubas, conta com mais de três centenas de Misericórdias.

Depois de se referir aos delegados das Santas Casas brasileiras, o Dr. Divaldo de Freitas disse que a Misericórdia de Santos editou uma biografia de Brás Cubas e um retrato do seu fundador, que ofereceu à sua congénere de Lisboa.

Em seguida, o Dr. Carlos Dinis da Fonseca leu as conclusões do Congresso, a que, no próximo número, nos referiremos.

Encerrou a sessão o sr. Ministro da Saúde e Assistência, que proferiu o discurso a que «O Médico» já fez referência, na íntegra, no seu número de 8 de Janeiro.

(Continua no próximo número)

O MAL DA JUVENTUDE

A juventude de hoje não é feliz. Anda inquieta e sofre constantes decepções com os maus exemplos que lhe dão os mais velhos. Esta inquietação é devida à instabilidade familiar, social e económica.

A autoridade familiar abriu brechas, sob o pretexto de que se não deve perturbar a personalidade da criança. Há muitos lares desunidos e a célula familiar está a perder essa qualidade essencial que é a coesão.

A situação económico-social e a flutuação do valor da moeda não permitem construir projectos para futuro. Para quê, pois, comprometer-se, pensam os jovens, uma vez que tudo pode ser posto em causa na incerteza dos tempos que correm? E por isso recusam, deliberadamente, participar em qualquer acção cívica, que eles consideram como que um mundo de tratantes de que podem ser as primeiras vítimas.

Se se quiser que os jovens recuperem a confiança no seu destino — condição indispensável para o levantamento da nação — é preciso, antes de mais, instaurar um governo estável e uma moeda sã, sem os quais nenhum contracto social tem valor.

Uma vez que a segurança seja adquirida, não faltarão motivos de entusiasmo e o génio francês manifestar-

-se-á em todos os domínios. É absolutamente indispensável que os jovens orientem a construção da sua vida futura, em vez de sofrerem o peso das concepções arquitecturais e caducas dos seus antepassados.

Importa que a sua opinião seja tomada em conta, porque eles são os herdeiros. Quanto a mim, parece-me que os «maitres d'oeuvre» deviam ter menos de quarenta anos.

Nas associações de pais de alunos, os pais jovens são os mais dinâmicos e os mais inclinados a interessar-se pelos problemas pedagógicos. Regosijome com isso, porque é da acção deles que depende a formação e a selecção das élites que fazem a grandeza dumanação.

A investigação científica é outro motivo de entusiasmo para os jovens. Eles compreendem perfeitamente, com a sua inteligente intuição, que é aí que se apoiam todas as possibilidades industriais e económicas do país. Também sabem que a investigação e a exploração das nossas fontes energéticas são indispensáveis à futura prosperidade do país.

É na juventude laboriosa que se encontram os melhores elementos dumapopulação. Há, nas organizações sindicais, homens de valor cuja principal

preocupação é a elevação do homem por meio do trabalho.

Que dizer das jovens mães francesas? Elas têm as qualidades essenciais das mulheres mais velhas. Elas são igualmente activas, quer no trabalho, quer no lar. Elas fazem — com uma graça constante — grandes sacrificios quotidianos para manter sempre viva a chama do lar. É absolutamente necessário dispensar-lhes protecção material, se se não quer vê-las sossobrar perante múltiplas ocupações quotidianas.

Eis, segundo penso, as principais causas desse «mal da juventude», de que tão depreciativamente se fala e que, no entanto, tem todo o direito à nossa simpatia.

É preciso que os jovens franceses saibam bem que o mundo inteiro os julga segundo o seu justo valor, que é grande. Reclamam-nos nos estaleiros e nas Universidades de todo o mundo, tão grande consideram o valor da sua inteligência; mas a França, acima de tudo, tem necessidade do seu génio criador para reconquistar o lugar que merece em todos os aspectos da civilização.

J.-A. HUET

(De «Santé Publique» — 25 de Nov. de 1958).

12 VELAS

Apresentação original
em Portugal

STOPEX

PARA USO GINECOLOGICO

BASE: — Cloreto alquílico dimetil-benzeno de amónio (B. T. C.)



Antisséptico poderoso, Adstringente, Bactericida, Bactereostático,
Acidificador do meio e Protector da Flora útil.

Facultam-se literaturas e amostras para ensaios clínicos.

AMATUS LUSITANUS

Rua da Misericórdia, 36-3.º, Esq.

LISBOA

Comemorações centenárias do nascimento de Ricardo Jorge

Discurso do Dr. Urgel Horta

Do «Diário das Sessões» (referente à sessão da Assembleia Nacional, de 4 de Março de 1959):

Sempre, através de uma existência que já não é curta, tenho demonstrado, nas mais variadas circunstâncias, a admiração e o respeito que bem merecem os que, no campo social e político, no sector das ideias ou no domínio das actividades, abrangendo letras, artes ou ciências, fizeram demonstração plena como personalidades de altas dimensões, com reconhecido direito à consideração pública e à homenagem dos seus pares.

Jamais fugi às responsabilidades em que assenta a minha acção, orientada no sentimento do dever e firmada no conhecimento dos factos, que dão causa e motivo às razões em que se fundamentam as afirmações merecidamente laudatórias que do alto desta tribuna, como Deputado da Nação, na espontaneidade e na sinceridade do meu sentir, encerram homenagem devida a magníficos e meritórios atributos de varões ilustres que no Porto tiveram o seu berço. E, ontem como hoje, eu sigo tranquilamente o meu caminho.

Sr. Presidente: estão decorrendo com notável brilho, interesse e sentido as comemorações centenárias do nascimento do Prof. Ricardo Jorge, comemorações que culminarão, na sempre leal e mui nobre cidade do Porto, com a inauguração da sua estátua, talhada em bronze e assente no granito. Na praça que se situa em frente do Hospital de S. João, onde ficará devidamente instalada a Faculdade de Medicina do Porto, que sucedeu à velha Escola Médico-Cirúrgica, de tão gloriosas tradições, ali permanecerá, na perpetuidade de contínuas gerações, a recordar o mestre eminente, extraordinária figura de cientista, que tanto e tão bem soube trabalhar e honrar a sua terra, a terra onde nasceu e se formou, dando aos novos grande exemplo e inigualável lição de amor pelo seu semelhante.

E a cidade do Porto, que orgulhosamente conta o Prof. Ricardo Jorge no número dos seus filhos mais dilectos e mais ilustres, aguarda, com natural anseio, o dia em que, com nobreza e dignidade,

possa eloquente e sinceramente demonstrar mais uma vez, como noutras o tem feito, o reconhecimento de insuperável gratidão e admiração por quem tanto soube honrá-la, prestigiá-la e defendê-la.

Mas, Sr. Presidente, para enaltecer a memória de um homem dotado de um espírito de mais elevada cultura, estendendo a sua generosa acção aos mais diversos sectores, numa intensa e constante actividade intelectual, não se torna necessário apoucar vivos sentimentos de respeito, afecto, gratidão e admiração de uma cidade, como é o Porto, pelo imaginativo artificio descritivo de incidentes apagados há muito da memória dos velhos; incidentes que a não diminuem nem deslustram, visto que o Porto soube sempre, através das suas entidades responsáveis e da sua população, acolhedora e honesta, manter a maior admiração para com aqueles que, como o Prof. Ricardo Jorge, devotadamente trabalharam pelo seu progresso e pelo seu engrandecimento material e moral. E o velho mas sempre nobre aldeão, o Porto, como em hora infeliz foi apelidado, soube sempre responder, com altivez e orgulho, àqueles que, esquecendo um passado aqui vivido, não aprenderam ali, na fidalguia do seu proceder, lições de humanidade, de dignidade e de respeito que ele soube dar aos seus detractores.

Sr. Presidente: é bem cabida e bem oportuna esta minha intervenção, lembrando Ricardo Jorge, na hora conturbada e desmoralizadora que atravessamos, em que aos valores do espírito e da cultura pretende sobrepor-se um materialismo sórdido, diminuindo e avassalando os grandes princípios orientadores da vida das nações, que, à sombra da civilização ocidental e cristã, se criaram e educaram. E aqueles que, como Ricardo Jorge, gastaram a sua existência, uma vida inteira, despendendo generosamente energia e consumindo inteligência em persistente combate pelo bem, pelo progresso e pela conservação da humanidade dentro do espírito que a criou, são inteiramente dignos de ser lembrados e justamente enaltecidos.

Sr. Presidente: bem o merece o mestre insigne, professor e investigador eminente, higienista e sanitarista de projec-

ção mundial, que atingiu pelo saber as culminâncias da posteridade, como elemento, sempre activo, que ao estudo e à aplicação das ciências dedicou um grande quinhão da sua existência, o maior, dando-lhe toda a generosa grandeza do seu esforço criador e realizador; em harmonia com a sua inteligência, nas mais úteis manifestações de amor pela sociedade em que viveu.

E foi ainda admirável cultor das letras, inconfundível crítico de arte, grande filósofo, notável conferencista e polemista, detentor de uma enorme bagagem de conhecimentos que o tornaram autoridade indiscutível na vastidão das mais diversas matérias. Mas nas derivações da sua atenção, em permanente vigília, e da sua actividade, em movimentação ordenada e constante, ele foi, acima de tudo, e assim o afirmou sempre, verdadeiramente médico, dedicando ao ensino, à investigação e à assistência, nos seus mais variados ramos, um labor intenso e fecundo, que se estendeu até aos últimos anos da sua longa existência.

Na cátedra ou na tribuna, no laboratório ou no hospital, na investigação ou na assistência, utilizando os seus inigualáveis recursos, conservou-se sempre dentro da actualização de conhecimentos, princípios e métodos exigidos ao metucioso, honesto e proficiente desempenho das altas funções que exerceu, no País e no estrangeiro, com o mais reconhecido saber e a mais distinta competência.

Para atingir o grau de conhecimentos de tantos e tão variados problemas médicos, da maior gravidade e importância, não poupou sacrifícios ou cansaças, que lhe renderam indiscutível autoridade para agir dentro do programa que traçou como higienista eminente e epidemiologista consumado, grande defensor da saúde pública, prestando ao País, em horas bem amargas, os mais assinalados serviços no combate a doenças infecciosas de extrema malignidade que em diferentes períodos grassaram entre nós com a maior virulência.

Não acusou limitação a sua actividade científica, desdobrando-se em sucessivas manifestações do seu esplendoroso espírito, inspirando e realizando obra magnífica numa época erizada das maiores dificuldades, pertencendo-lhe a autoria da maior parte da legislação que orienta e rege os diversos problemas da saúde pública, cuja direcção ocupou em larguíssimos anos.

Não é, Sr. Presidente, tarefa fácil falar de alguém que, como Ricardo Jorge, soube, dentro e fora da Nação, desempenhar os mais diversos cargos: director-geral da Saúde Pública, presidente do Conselho Superior de Higiene, sócio dos mais altos institutos científicos europeus, representante de Portugal no Office Internacional de Higiene e do Comité de Higiene da Sociedade das Nações, e tantos outros, em que pôs à prova o seu grande saber, com direito bem reconhecido à consagração internacional.

CERTEZA DE ÊXITO

... em todos os graus e formas da SÍFILIS

... em todas as doenças INFECCIOSAS e INFLAMATÓRIAS (Anginas, gengivo-estomatites, anexites e outras)

BISMOGENOL

- Para aplicar só.
- Como terapêutica de base para o tratamento moderno com os antibióticos.



E. TOSSE & C.^{IA}
HAMBURGO

REPRESENTANTE GERAL — SALGADO LENCART — R. Santo António — 203 PORTO
SUBAGENTE: ZULAY & C.^{IA} LDA. — Rua Áurea, 100-2.^ª-D^{ta} — LISBOA

E, Sr. Presidente, quero afirmá-lo bem alto: o espírito que lhe preparou esse movimento consagratório bem merecido nasceu no Porto, que jamais poderá esquecer os altos serviços que na sua actividade tão fecunda lhe prestou, vida inteiramente dedicada ao bem da humanidade.

Não cabe numa pequena intervenção parlamentar como a que estou realizando o elogio de um homem, cultor, propagador e criador da ciência, como foi o Prof. Ricardo Jorge. Esse elogio, feito à face da obra que nos legou, não passa de um ligeiro comentário recordatório da personalidade cujo centenário se está comemorando. Resumo, aliás, bem curto e bem reduzido de uma obra que nos orgulha.

Sr. Presidente, não tive o prazer e a honra de ser discípulo de tão grande mestre; de ter escutado as suas lições magistrais, que gerações de médicos ouviram encantados e dominados pela sua palavra, que encerrava volumoso repositório de ensinamentos, plenos de actualidade e de verdade em princípios e conceitos, adoptados e seguidos ainda na hora presente. Mas li com atenção e interesse grande parte das suas publicações, condensadas ou dispersas, cujo conteúdo é factor demonstrativo da sua prodigiosa actividade científica. E isso me basta para fundamentar o meu juízo.

É extraordinariamente vasta a sua bibliografia, não só no campo científico, mas também no campo literário, onde, em prosa admirável, com estilo próprio, deixou magníficas páginas de um vivo descritivo em que esse inquieto caminhar do

bem assinalou uma actividade literária produtiva e brilhante.

A demonstração fiel da sua cultura de sentido e perfeito humanismo ficou ricamente documentada através de uma enorme série de publicações, abrangendo centenas em que o seu génio se desdobra num labor exaustivo e constante; onde ao lado de estudos científicos de natureza médica, e tantos foram eles, escritos com admirável elegância de forma e perfeito estilo, não fosse ele um mestre da língua portuguesa, enfileiraram outros de natureza literária, não menos ordenados e brilhantes, respeitantes à crítica da arte, à história da medicina e dos seus valores, não devendo esquecer-se as suas tão lidas crónicas de viagem. Ficaram célebres e são lembradas com admiração as polémicas sustentadas pelo Prof. Ricardo Jorge com individualidades marcantes na vida social e literária da época, onde o seu valor combativo e a agudeza das suas respostas o distinguiram como temido polemista.

Sr. Presidente: Ricardo Jorge pertenceu a uma geração de pensadores e artistas que floresceram numa época que não vai distante, pelo espírito, pela inteligência e pela cultura, procurando nos diferentes sectores da sua actividade o remédio para solução de muitos e variados problemas candentes, que se debatem, e que a humanidade reclama. Das suas ideias brotaram caudais de bondade e fraternidade humana, que o mundo vai esquecendo e abandonando, dominado por falsas e enganadoras doutrinas, sem projecção e sem grandeza. Ricardo Jorge marcou bem o seu lugar, a sua posição, nesse concerto humano de

valores que tanto se notabilizaram e a quem rendo o merecido preito da minha admiração.

Sr. Presidente: estão terminadas as considerações que me propus fazer. Pretendia, mas faltam-me qualidades para o realizar, que elas fossem dignas do vulto eminente que me habituei a admirar há largos anos, quando iniciei os meus estudos médicos, admiração que tenho mantido no mais alto grau pela vida fora, onde topo a cada instante com os ensinamentos que Ricardo Jorge nos legou.

O Porto, velho e notável burgo onde ele nasceu e ali quis dormir o seu derradeiro sono eterno, numa manifestação de afecto pela terra que lhe foi berço, o criou e lhe formou o seu alto espírito, acompanhou-o, naquela tarde triste e cinzenta, à sua última morada, em manifestação de saudoso e agradecido afecto e respeito.

Dentro de curto período de tempo erguer-se-á em pedestal de granito a sua estátua, enfrentando a Escola de Medicina, onde vive e sobrevive o seu talentoso espírito, na pujança do seu reconhecido e admirado saber. Nesse monumento, símbolo de gratidão, na majestosa concepção da sua grandeza, lá ficará, através dos tempos, dialogando simbolicamente com mestres e alunos, como exemplo imperativo de que só pelo estudo consciente, em labor inteligente e constante, o médico pode bem cumprir a sua missão, alto apostolado que Ricardo Jorge soube sempre honrar e dignificar, no seu carácter diamantino, na sua robusta inteligência, na dedicação e amor pelo seu semelhante.

Rectofenicol

ADULTOS SUPOSITÓRIOS INFANTIL

NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS
COMPLICAÇÕES DOS ESTADOS GRIPAIS

Associação de cloranfenicol com acção antibacteriana polivalente, sulfadiazina e canfocarbonato de bismuto.

LABORATÓRIO ÚNITAS, L.D.A
C. Correio Velho, 8 = LISBOA

Centro de Estudos Egas Moniz

A convite do Instituto de Alta Cultura e do Instituto de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa e de acordo com o programa de intercâmbio universitário estabelecido entre Portugal e a Grã-Bretanha, o Prof. Norman M. Dott, de Edimburgo, veio ao nosso País, proferir várias conferências, duas das quais, que se realizaram nos dias 13 e 14 de Novembro do ano findo, foram feitas no Centro de Estudos Egas Moniz.

Na primeira, apresentado pelo Prof. Almeida Lima, o conferencista, que já efectuara conferências nas Faculdades de Medicina de Coimbra e do Porto, falando acerca de «Traumatismos cranianos», expôs os principais problemas de diagnóstico e terapêutica dos traumatismos cranianos, salientando o aumento crescente dessas lesões, principalmente devidas a acidentes de viação, e descreveu por último os métodos de tratamento cirúrgico e não cirúrgico actualmente mais eficientes.

Na segunda conferência, sobre «Comocção cerebral», o Prof. Norman M. Dott focou os principais problemas de diagnóstico e tratamento das comocções cerebrais, apontando, por fim, os métodos de tratamento.

DIARIO DO GOVERNO

(De 20 a 26/III/1959)

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA

Portarias

Portaria n.º 17.075 que aprova o mapa de distribuição do pessoal não compreendido no quadro de direcção e chefia do Instituto de Assistência Psiquiátrica.

19-III-59

CONCURSOS

Estão abertos concursos:

Para habilitação ao lugar de médico director do Dispensário Antituberculoso de Mértola, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

20-III-59

Para provimento do partido médico municipal da vila de Terras de Bouro (Braga), com sede na mesma, que se compõe das freguesias de Balança, Brufe, Chamoim, Choreense, Cibões, Gondoris, Moimenta, Ribeira, Souto e Vilar, todas do referido concelho.

20-III-59

Para habilitação ao provimento do lugar de analista-chefe do laboratório do Sanatório das Penhas da Saúde, depen-

dente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

20-III-59

Para o provimento de um lugar de assistente de otorrinolaringologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

20-III-59

Para habilitação ao provimento do lugar de cinesiterapeuta do Centro de Cirurgia Torácica da Zona Norte.

24-III-59

Para habilitação ao provimento dos lugares de cinesiterapeutas do Centro de Cirurgia Torácica da Zona Sul.

24-III-59



ALGICINA

(Ácido acetilossalícilico)

ALGICINA CAFEINADA

(Algicina + Cafeína)

DORIDINA

(Antipirético e analgésico)

ALGIFEDRINA

(Algicina + Cloridrato de Efedrina)

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

INSTITUTO DE ALTA CULTURA

Dr. Francisco da Silva Alves, médico de otorrinolaringologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa — concedida equiparação a bolsheiro fora do País de 11 a 24 do corrente.

20-III-59

Dr. Amândio Gomes Sampaio Tavares, primeiro-assistente da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto — concedida uma bolsa de estudo fora do País, durante três meses, a partir de 23 do corrente.

23-III-59

Dr. Carlos Horácio Gomes de Oliveira, director de serviço clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa e director clínico do Hospital de Santo António dos Capuchos — foi concedida missão oficial fora do País, durante trinta dias, a contar de 25 de Agosto de 1959.

23-III-59

NOMEAÇÕES

Faculdades de Medicina

Dr. Francisco José Aboim de Azevedo Borges — nomeado para o exercício das funções de segundo-assistente, além do quadro, da cadeira de Anatomia Descritiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

26-III-59

Outros organismos

Dr. Amaro Fernandes de Bragança — nomeado médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português e colocado na Província de Cabo Verde.

20-III-59

Dr. José Óscar Monteiro da Silva — nomeado médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português e colocado na Província de Moçambique.

20-III-59

Dr. Rui Furtado — nomeado médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português e colocado na Província de Cabo Verde.

20-III-59

Dr. Carlos Joaquim de Lemos Elias — nomeado médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português e colocado na Província de Moçambique.

24-III-59

Dr. António Vitorino Vaz Pimentel, médico — nomeado para substituir o subdelegado de Saúde efectivo do concelho de Vila Flor.

26-III-59

Dr. João Henrique Estêvão Fialho — nomeado médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português e colocado na Província de Macau.

26-III-59

Curiosidades obstétricas

Lendas, superstições e monstruosidades

COSTA-SACADURA

No volume «Histoire des Accouchements chez tous les peuples» (obra contendo 1.584 gravuras intercaladas no texto de 708 páginas — obra dedicada ao célebre professor Pajot) (Livro Med.^a 2.695 da minha colecção) livro interessantíssimo e de leitura proveitosa sob vários aspectos, encontramos no capítulo — *Grossesses et accouchements simulés* (pág. 259), uma lenda referente a Tomar e ao rio Nabão em Portugal.

Como não me consta que esta lenda esteja registada em publicações portuguesas, julgo interessante levá-la ao conhecimento dos leitores de «O Médico».

«Os Hagiógrafos cristãos (*Fleurs de la Vie des Saints*, pelos Pp. Ribadénéira et Giry) referem uma singular história de uma falsa gravidez maldoamente imputada a uma jovem rapariga e que lhe causou a morte. Numa época desconhecida dos cronologistas, Bertaut, cavaleiro modesto e de bom porte, amava Irene, virgem, de Tomar

em Portugal. Mas esta já se tinha dado religiosamente ao Senhor: Bertaut caiu doente de desespero, Irene foi visitá-lo; prégou ao seu apaixonado o elogio da castidade, e, inspirada por Deus, foi tão persuasiva que Bertaut dominou o seu amor. Exigiu somente de Irene o juramento de que se algum dia ela se decidisse a amar um homem lhe desse a preferência. Célio, tio de Irene, era abade de um convento próximo do mosteiro onde a sua sobrinha se tinha instalado; deu-lhe para director espiritual um frade, chamado Reni. Este impúdico personagem convidou a sua penitente para o pecado. A eloquente Irene mostrou-lhe todo o horror da concupiscência, mas não conseguiu tocar a sua alma.

O frade, para se vingar da sua recusa, ministrou-lhe uma beberagem que lhe inchou o ventre. Todos a julgaram grávida, e Bertaut furioso por ver que ela o tinha trocado por outro, encarregou um soldado de a matar. O corpo

da pobre Irene foi desprezado e lançado no rio Nabão. No entanto, uma revelação do alto mostrou a verdade ao tio Célio; o povo foi elucidado e partiu em procissão com o abade à frente procurar o cadáver. O rio Nabão tinha-a arrastado para outro rio, e a corrente deste levou-o para o Tejo.

A procissão seguiu as margens desse rio; e verificou que em certo sítio ele tinha saído do leito. Investigaram; o rio tinha deixado a seco o corpo da virgem que repousava num rico túmulo edificado pelos anjos. Não o poderam tirar de lá; era a vontade de Deus que ele ali permanecesse.

O povo contentou-se em tirar uma parte dos cabelos e a camisa da santa.

Célio depositou no seu convento estas preciosas reliquias, imediatamente reconhecidas soberanas contra as doenças dos olhos e a paralisia. «*A quelque chose malheur est bon*».

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 INJECCÕES 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

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. Melo Silvestre, A. Tavares de Sousa, Albertino de Barros, Bártolo do Vale Pereira, Elísio de Moura, F. de Almeida Ribeiro, Henrique de Oliveira, Hermínio 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 Larróudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, J. Oliveira Machado, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Juvenal Esteves, L. eonardo 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), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L. — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

Ernesto Moraes (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 Estomatológica do Disp. de Higiene Social), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de 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.leg. de Saúde de Castejo Branco), Ladislau Patrício (Lisboa), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matosinhos), J. Pimenta Presado (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

Madreia: Celestino Mala (Funchal); Espanha: CIÊNCIA VIVA. Castillo de Lucas, Enrique Nogueira e Fernan DE COIMBRA Perez (Madrid); França: Jean Huet (Paris); Alemanha: Gerhard Kock (Munster)

SEMANA A SEMANA A VIDA MÉDICA NACIONAL

Efemérides

(De 21 a 27 de Março)

Dia 21 — O Ministério da Saúde e Assistência torna público o resultado do seu inquérito sobre os acidentes mortais verificados no Porto e Lisboa após a aplicação de injeções de penicilina, concluindo, em resumo, o seguinte: 1.º — Não constam razões que permitam atribuir os acidentes a efeitos tóxicos relacionados com deficiente preparação dos medicamentos. 2.º — Que os factos não ultrapassam os já do conhecimento médico generalizado, pelo que, não devem ser aplicados antibióticos sem expressa indicação médica.

— A Setúbal, em visita particular, chegam os Ministros das Obras Públicas e da Saúde, os quais percorrem as instalações do novo Hospital Regional, a passar pela fase de apetrechamento, cuja inauguração se calcula venha a ser feita no mês de Maio próximo. Os membros do Governo, são recebidos pelo Governador Civil, Dr. Miguel Rodrigues Bastos, que os acompanha na visita, estando presentes, entre outras individualidades, os provedor da Misericórdia, eng. João Borba, presidente da Câmara, major Magalhães Mexia, Dr. Manuel Carqueijeira, deputado, capitão Sirgado Maia, comandante da P. S. P., Dr. Sousa Fialho e eng. José Fernandes Picado, director da Urbanização de Setúbal.

De passagem, os Dr. Martins de Carvalho e eng. Arantes e Oliveira, percorrem igualmente o Balneário Dr. Paula Borba, tendo-se inteirado da urgência de importantes trabalhos de beneficiação, ficando logo resolvido executá-los com a comparticipação do Estado.

— Visitam Coimbra os cirurgiões britânicos que vieram ao Porto numa visita de intercâmbio científico e que são acompanhados pelo Prof. Lima Bastos. Os ilustres visitantes dirigem-se ao Paço das Escolas, onde são recebidos pelo Prof. Luís Raposo, em representação do reitor da Universidade, ausente de Coimbra, que os saudou em nome da Universidade e da Faculdade de Medicina, tendo agradecido e retribuído as saudações o Dr. R. S. Handley, de Londres. Depois dos cumprimentos, os cirurgiões britânicos que se faziam acompanhar por senhores de suas famílias, visitam as dependências universitárias, a capela, os dois edifícios da Biblioteca Geral, Faculdade de Letras, Faculdade de Medicina e outros monumentos, no que são acompanhados pelo Prof. Luís Raposo.

23 — O Ministro da Saúde e Assistência, acompanhado do chefe do seu gabinete, visita inesperadamente o Sanatório do Barro e o Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Torres Vedras.

— No Porto, o general-comandante da 1.ª Região Militar visita o Hospital Militar Regional n.º 1, discursando então o director, major-médico Dr. Vitorino Simões Cardoso que, entre outras afirmações, disse:

Devo pôr em relevo que os médicos que aqui prestam serviço, no louvável desejo de estreitar cada vez mais os laços de camaradagem que os unem e de manter actualizados os seus conhecimentos científicos, se reúnem, quinzenalmente, para, em conjunto, estudarem os problemas que interessam ao constante aperfeiçoamento dos seus delicados serviços. O legítimo orgulho de me encontrar rodeado de tão admiráveis servidores, cuja competência e abnegação têm prestigiado, grandemente, as instituições militares.

Aludiu, em seguida, às reformas indispensáveis nas instalações do Hospital Militar do Porto, que, brevemente, vai comemorar o segundo centenário, e disse:

— Por mais extraordinária que seja, como, realmente, é, a dedicação dos que servem, nunca o seu trabalho em benefício dos doentes e, conseqüentemente, do Exército e da Nação poderá atingir o máximo

de rendimento sem instalações hospitalares que o facilitem.

Concluiu, reafirmando o apreço de todo o pessoal do Hospital Militar pela distinção da visita.

C general manifestou a sua grande satisfação pelo prestígio que o Hospital e os seus servidores gozam tão legitimamente.

24 — Em Lisboa, no anfiteatro do Hospital do Instituto Português de Oncologia, realiza-se, à noite, a cerimónia da graduação das enfermeiras do curso de 1957 e da entrega da «touca» às alunas do curso de 1961.

Presidiu o Prof. Leite Pinto, Ministro da Educação Nacional, que tinha à sua esquerda os Prof. Marcelo Caetano, reitor da Universidade Clássica; Dr. Luís Raposo, da Universidade de Coimbra; Prof. Francisco Gentil, director do Instituto Português de Oncologia; e enfermeira D. Crisanta Monteiro Regala; e à sua direita, o Prof. João de Almeida, director-geral do Ensino Superior; Prof. Toscano Rico e enfermeira D. Beatriz Plácida de Melo Correia, directora da Escola de Enfermeiras.

Aberta a sessão, em nome do Ministro da Educação Nacional, pelo Prof. Francisco Gentil, proferiu a oração de abertura o Prof. Luís Raposo, que disserta largamente sobre a difícil missão da enfermeira, sugerindo que, no sentido de dar às novas enfermeiras maior bagagem técnica, o curso seja prolongado por mais dois anos, preenchidos com um estágio prático, o qual seria objecto de um relatório sobre a acção individual das estagiárias feito pelas monitoras e chefes, a fim de melhor se aquilatar da propensão de cada uma das cursadas.

Após o discurso do Prof. Luís Raposo, fala a sr.ª D. Beatriz Plácida de Melo Correia.

No final da entrega dos diplomas e toucas, as novas enfermeiras pronunciam o juramento de Florence Nightingale.

25 — São aprovados os estatutos da «Fundação-Hospital D. Ana Laboreiro de Eça» em Condeixa-a-Nova, e da «Creche Coronel Sousa Tavares», de Beja.

27 — Reune-se, pela primeira vez, no Ministério da Saúde, a comissão dos representantes dos Ministérios da Educação e da Saúde, destinada a evitar duplicações de esforços e despesas entre os serviços daqueles dois departamentos de Estado. É eleito presidente para o ano corrente, o Dr. João de Almeida, director-geral do Ensino Superior.

— O Ministério da Saúde fornece à Imprensa a seguinte nota:

«Por várias vezes tem sido defendida na Imprensa a necessidade de se promulgar um diploma legal que permita e condicione a colheita de tecidos e órgãos de cadáveres, para aplicação terapêutica. Podem citar-se nesse sentido, entre outros, os artigos do «Diário Ilustrado» de 24 de Fevereiro último e do «Século» de 2 do corrente. Sobre um dos aspectos mais relevantes do problema foi aliás recentemente apresentado à Assembleia Nacional um importante projecto de lei.

O Ministério da Saúde tem em curso há bastante tempo os estudos indispensáveis à necessária regulamentação do assunto e efectuou já numerosas consultas a entidades científicas e oficiais.

Um diploma que estabeleça o regime jurídico a que deverão obedecer as colheitas de tecidos e órgãos de cadáveres, para fins terapêuticos, é particularmente delicado e terá de condicionar cuidadosamente aquela prática, hoje corrente em muitos países.

Mas torna-se indispensável que seja rodeada de todas as precauções e garantias, e posta de acordo com os nossos costumes e a nossa sensibilidade».

NOVIDADE TERAPÊUTICA

HEMOFIR

A. T. P. + HEMATOPORFIRINA + 12 ELEMENTOS
VITAMINICOS + 10 ELEMENTOS MINERAIS

CÁPSULAS

HEMOFIR

reúne,

pela primeira vez

num produto terapêutico,

o A. T. P. (trifosfato de adenosina),

a hematóporfirina

e uma associação de
minerais e vitaminas

(numa percentagem

criteriosamente

equilibrada).

SUPLEMENTO DIETÉTICO

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

VIRGÍNIO LEITÃO VIEIRA DOS SANTOS & FILHOS, S. A. R. L.

INVESTIGAÇÃO E PREPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS DESDE 1895

DIABÊZÊ

Bial

DIABÊZÊ

DIABÊZÊ

“O BZ 55 é, em menores doses, mais rápido e seguro do que o D860 (tolbutamida).”
Conclusão de Bertam, baseada no estudo de 1.600 doentes, e comunicada ao
III CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIABETES
(Düsseldorf, 21 a 25 de Julho de 1958).
Rev. Clin. Esp. 71: 141, 1958.

DIABÊZÊ

DIABÊZÊ

DIABÊZÊ

DIABÊZÊ

DIABÊZÊ

DIABÊZÊ

DIABÊZÊ

“... a tolbutamida, mostrou-se, nos nossos doentes, como um agente nitidamente inferior à carbutamida, tanto para controlar a diabetes no mesmo tipo de pacientes, como na sua potência comparativa grama a grama, como, enfim, no seu “espectro” de aplicação.”
Dr. Arturo Cabarro e Dr. Hector V. Caino (Professores adj. de Clínica Médica e Chefe e Subchefe do Serviço de Nutrição e Endocrinologia do “Instituto General San Martín”. La Plata.), Dr. N. O. Bianchi (Médico agregado) e Dr. O. L. Pintado (Bioquímico). — *La Prensa Méd. Arg.* 44: 5626, 1957.

DIABÊZÊ

DIABÊZÊ

“4.º ... a carbutamida, em doses terapêuticas, não se comportou como um agente capaz de acelerar, por si mesmo, a evolução de lesões vasculares degenerativas ou de causar dano em parênquimas nobres previamente são (fígado, rim, etc.). 5.º ... a carbutamida tem, na nossa experiência, um poder hipoglicemizante muito superior, em doses iguais, ao da tolbutamida; 6.º ... o número e a qualidade dos nossos doentes diabéticos que beneficiaram com BZ 55 é notoriamente mais elevado e amplo nas suas projecções do que o que foi possível controlar com o D860”.
Dr. Arturo Cabarro e Dr. Hector V. Caino (Professores adj. de Clínica Médica e Chefe e Subchefe do Serviço de Nutrição e Endocrinologia do “Instituto General San Martín”. La Plata.), Dr. N. O. Bianchi (Médico agregado) e Dr. O. L. Pintado (Bioquímico). — *La Prensa Méd. Arg.* 44: 5190, 1957.

DIABÊZÊ

DIABÊZÊ

DIABÊZÊ

DIABÊZÊ
Bial

é, de resto, um produto diferente dos seus similares, dotado de maior actividade, pois alia à consagrada eficiência hipoglicemizante da N₁-Sulfanilil-N₂-Butilcarbamida (BZ 55) a acção sinérgica da Cocarboxilase, nas seguintes doses:

N ₁ -Sulfanilil-N ₂ -Butilcarbamida (BZ 55)	0,5 g
Cocarboxilase	0,01 g

Por comprimido

O Tempo passa...

e com ele se confirmam os bons resultados obtidos na terapêutica antidiabética, por via oral, do BZ 55, Carbutamida ou N₁-Sulfanilil-N₂-Butilcarbamida, um dos componentes do

DIABÊZÊ