

MORTALIDADE E PROFISSÕES

«Bruxelles Médical» (26-X-1958) referiu-se a uma interessante estatística inglesa de causas de mortalidade em diferentes profissões, como a dos médicos, nos quais a taxa de mortalidade mais anormalmente elevada diz respeito às psicoses, ao suicídio, à cirrose do fígado, à colelitíase e à colecistite; são também anormalmente elevadas, mas não mais do que nos advogados e nos sacerdotes, as taxas respeitantes às doenças das coronárias e à poliomielite.

PERTURBAÇÕES DA CIRCULAÇÃO PERIFÉRICA

Meng e Riben publicam na «Schweiz. Med. Wschr.» (n.º 87, 1957) um tratado sobre o uso do oxigénio (em insuflações intra-arteriais e subcutâneas) em 37 doentes com perturbações da circulação periférica. Julgam que a terapêutica com oxigénio deve considerar-se como útil adjuvante aos métodos conservadores de tratamento daqueles doentes, pois obtiveram resultados satisfatórios em 73 por 100 dos seus doentes. Consideram também que nos doentes com oclusão da artéria femoral são melhores os resultados do que os que se obtêm na oclusão da poplítea ou na combinação poplítea-femural.

A HIPERTENSÃO ARTERIAL

Em muitos países a hipertensão arterial é considerada como um problema fundamental de saúde pública. Em nenhum outro, porém, além da Checoslováquia, a hipertensão é doença de declaração obrigatória. Neste país, há dispensários especiais destinados aos hipertensos, onde são seguidos os doentes, aos quais se aconselham trabalhos especiais compatíveis com o seu estado de saúde. Continua a afirmar-se que os casos de hipertensão são mais frequentes em pessoas que ocupam cargos de grande responsabilidade, como o confirmam alguns inquéritos levados a efeito nalguns países, entre os quais se conta, precisamente, a Checoslováquia.

O CANCRO PULMONAR E O TABACO

O «Journal of the American Statistical Association» (Março de 1958) publicou um artigo de Joseph Berkson, que analisa detalhadamente os relatórios, subscritos por Hammond e Horn, que concluíram pela correlação entre o uso do tabaco e o cancro do pulmão,

deduzindo que o tabaco apresenta substâncias cancerogêneas. O primeiro dos citados autores não concorda com a opinião manifestada pelos outros, provando que há uma associação não apenas com o cancro, mas com a maior parte das doenças de degenerescência, como a trombose coronária e outras afecções cardiovasculares. Admite que o uso imoderado do tabaco contribui para o envelhecimento das células, diminuindo a resistência do indivíduo a todas as doenças.

RESISTÊNCIA AOS INSECTICIDAS

Na Conferência do Paludismo para a Europa do Sudeste e regiões vizinhas, que se reuniu em Bucarest sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde, foi comunicado que na Turquia se verifica resistência dos mosquitos aos insecticidas portadores de paludismo, o que causou grande inquietação entre os delegados dos vários países, pois, até agora, na Europa, só na Grécia se notava tal fenómeno. Unanimemente, foi resolvido na Conferência aconselhar aos Governos medidas enérgicas e urgentes para se conseguir o desaparecimento do paludismo na Europa antes que a resistência dos mosquitos se manifeste noutros países.

TERAPÊUTICA PELAS RADIAÇÕES NUCLEARES

Na «Minerva Médica» (Set. 1958), A. Privellini, na lição inaugural do Instituto de Patologia Cirúrgica da Universidade de Milão, que proferiu como novo director daquele prestigioso organismo, ocupou-se das aplicações dos radio-isótopos em semeologia cardiovascular, no diagnóstico e na terapêutica hematológicos, na endocrinologia e no domínio dos tumores. Em terapia, referiu-se especialmente ao emprego de agulhas de ytrium radioactivo para os tumores da hipófise com o fim de realizar uma hipofissectomia radio-cirúrgica e a telecobalto-terapia. Esta última técnica dá grandes possibilidades ao cirurgião chamado a resolver o problema das formas tumorais não tratáveis cirurgicamente.

SIMPOSIO SOBRE POLIOMIELITE

Em Setembro último realizou-se em Madrid o 5.º Simpósio Europeu sobre Poliomielite, com 250 participantes de 14 países. Entre outros temas foram discutidos os problemas relacionados com a vacinação e o estado das cam-

panhas de vacinação que se têm desenvolvido na Europa (eficácia dos métodos e inocuidade das injeções vacinais). Algumas conclusões foram aprovadas por todos os delegados: inocuidade da vacinação; necessidade de continuarem as respectivas campanhas; a vacinação parece tão segura como as vacinações empregadas para a profilaxia de outras doenças; não é possível actualmente avaliar a eficácia da vacinação porque se trata de um problema complexo e uma opinião definitiva seria prematura. Outros assuntos tratados diziam respeito ao problema das doenças semelhantes à poliomielite, ao futuro dos poliomielíticos respiratórios crónicos, aos aspectos neuro-fisiológicos e neuro-patológicos da poliomielite, aos problemas psico-sociais e à reeducação.

FENÓMENOS PARANORMAIS

Realizou-se há pouco em Bruxelas uma sessão pública promovida pelo Comité Belga para a Investigação dos Fenómenos considerados Paranormais. Nessa sessão, que despertou grande interesse nos meios médicos e extra-médicos, o Engenheiro Klingsor reproduziu as experiências que levou há alguns meses a efeito em Paris, sendo-lhe então concedido o Prémio «Magicus» 1958. Nessa mesma sessão, o Prof. Bessemans falou sobre «Mistificações, ilusões e erros da parapsicologia».

REUNIÕES MÉDICAS

Em Abril próximo, realizam-se as seguintes reuniões médicas: 1 a 4 — 11.º Congresso da Sociedade de Urologia do Mediterrâneo Latino (Roma); 1 a 4 — Conferência técnica Europeia sobre os Problemas Médicos e de Saúde Pública relacionados com as Radiações (Copenhague); 5 — Simpósio sobre a Tripsina (Milão); 5 a 6 — Jornadas do Grupo lionês de Estudos Médicos, Filosóficos e Biológicos (Chatelard-Francheville); 6 a 8 — Congresso Internacional da Neutralidade em Medicina em tempo de guerra (Paris); 6 a 9 — 9.ª Reunião médica da Associação Internacional dos Transportes por ar (Málaga); 6 a 11 — Conferência técnica europeia sobre a readaptação médica (Copenhague); 13 — Colóquio sobre os aspectos actuais da leucémia mielóide (Paris); 17 a 26 — Salão internacional da Saúde; 22 a 24 — Colóquio Internacional sobre o ruído (Paris); 25 — Reunião da Associação dos directores médicos das Companhias aéreas (Los Angeles); 27 a 30 — Reunião da «Air Medical Association» (Los Angeles); 30 a 1 de Maio — Jornadas médico-cirúrgicas da Pneumo-Tisiologia (Paris).

(Continua na página seguinte)

Semanário de assuntos médicos e paramédicos

X ANO — N.º 393

Vol. X (Nova série)

12 de Março 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

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.

«Gal. Clin.»:

Estado actual do tratamento da tuberculose — A. Urgoiti (Fev. de 1959).

Uso e abuso dos antibióticos nas afecções respiratórias — Editorial (Fev. de 1959).

«The Lancet»:

Aspectos de cardiologia preventiva — A. Southwood (7069, Fev. de 1959).

Modo de acção dos antidiabéticos orais — A. Káldor e G. Pogátsa (7069, Fev. de 1959).

«Min. Med.»:

Actualidades em aerosologia — D. Cavanaugh e S. Rocchietta (5-Jan. de 1959).

A dor torácica e sua terapêutica — G. Pardini (5-Jan. de 1959).

«Brit. Med. Journ.»:

Contribuição do laboratório para o problema do tabaco e cancro — E. Wynder (5118, Fev. de 1959).

Córtex suprarrenal e desportos de inverno — L. Pugh (5118, Fev. de 1959).

«Coimbra Méd.»:

C diencéfalo endócrino em neuro-psico-farmacologia — J. Oliveira e Silva (I, Jan. de 1959).

O tratamento das verrugas — A. Baptista (I, Jan. de 1959).

«La Rev. du Prat.»:

Sobre as dificuldades do diagnóstico precoce do cancro — A. Lacassagne (9-5, -1959).

A quimioterapia dos cancros — J. Lavedan (9-5, 1959).

«La Pren. Med. Arg.»:

Galactorreia postcastração — V. Bearzi e col. (45-31, 1958).

A eritrosedimentação na cirrose — M. Joselevich e A. Paperchi (45-31, 1958).

«Med. d'Afr. Noire»:

A poliomielite — M. Armengaud (3-Fev. de 1959).

«La Pres. Med.»:

O problema da bile branca intra-hepática — L. Leger e col. (67-5, 1959).

Tumores primitivos do fígado e modalidades de ressecção — C. Popesco (67-5, 1959).

«A Med. Cont.»:

Estudo preliminar sobre a génese das ondas balistocardiográficas — Carlos Ribeiro e Orlando Ramos (17-1, 1959).

Panencefalite sub-aguda — Lobo Antunes, Gameiro Pais e Nogueira da Costa (77-1, 1959).

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

Anunciam neste número:

A. G. Alvan	596	Instituto Pasteur de Lisboa	
R. da Madalena, 66-2.º, D.to		561, 583	588
— Lisboa		Rua Nova do Almada, 67	
Abecassis	2.ª capa	— Lisboa	
Rua Conde Redondo, 64-3.º-Dt.º		J. A. Baptista d'Almeida	557
— Lisboa		R. Actor Taborda, 13 — Lisboa	
Andrade	569	Leacock	591
R. Henrique Paiva Couceiro		Av.º 24 de Julho, 16 — Lisboa	
Venda Nova — Amadora		Luso-Fármaco	553 e 1.ª capa
Asclépius	3.ª capa	R. do Quelhas, 14-2.º — Lisboa	
Avenida Miguel Bombarda, 42		Micra	575
— Lisboa		R. João de Deus — Venda Nova	
Atral	579	— Amadora — Lisboa	
Av.º Gomes Pereira, 74-Lisboa		Neo-Farmacêutica ...	581, 590 e 597
Bayer	593	Av.º 5 de Outubro, 21 — Lisboa	
Rua da Sociedade Farmacêutica,		Química Hoechst	570
3-1.º — Lisboa		Avenida Duque d'Ávila, 169-1.º	
Bial	4.ª capa	— Lisboa	
R. João Oliveira Ramos — Porto		Remédios	587
Celsus	582	Rua da Prata, 184 - 3.º - Dt.º	
R. dos Anjos, 67-1.º — Lisboa		— Lisboa.	
Delta	558	Sanitas	595
Av.º Duque de Loulé, 108-1.º		Rua D. João V, 24 — Lisboa	
— Lisboa		União Fabril Farmacêutica	585
Estácio	589	Rua da Prata, 250-2.º — Lisboa	
R. Sá da Bandeira, 118 — Porto		Unitas	565 e 587
Farmoquímica Baldacci	566	Caçada do Correio Velho, 8	
R. Duarte Galvão, 44 — Lisboa		— Lisboa	
Ferraz Lynce	580	Vicente Ribeiro	584
R. Rosa Araújo, 27-1.º — Lisboa		R. da Prata, 237-1.º — Lisboa	
Fidelis	576, 577 e 578	Vitória	564
Terras de Santana, 1 — Lisboa		R. Elias Garcia, 26 — Venda	
		Nova — Amadora	



GRAMIXINA

PARA NEBULIZAÇÕES NASAIS

CONSTIPAÇÕES
e formas de rinites agudas e crónicas
SINUSITE—DOENÇAS
EXANTEMÁTICAS—APLICAÇÕES
PÓS-OPERATÓRIAS DEPOIS DE
INTERVENÇÕES RINOLÓGICAS.

Hidrocortisona, 1,5 mg; cloridrato de 2-(1-naftil-metil)-2-imidazolina, 10 mg; citrato de N,N-dimetil-N'-(2-piridil)-N'-(5-cloro-2-tenil) etilenodiamina, 20 mg; sulfato de polimixina B, 5.000 U.I.; gramicidina, 0,5 mg.

UM PRODUTO DO INSTITUTO LUSO-FÁRMACO—LISBOA • MILÃO

O Dispensário de Higiene Mental

FERNANDO ILHARCO

Só o desejo de ser útil à Liga Portuguesa de Higiene Mental, de que sou sócio e a cuja Assembleia Geral tenho a honra de presidir, me poderia ter levado a aceitar o honroso convite do Senhor Prof. Barahona Fernandes para vir aqui — e logo no primeiro dia — tomar parte neste Curso de Higiene Mental que a Direcção da Liga em boa hora resolveu levar a cabo.

Ao ver-me neste lugar, pela primeira vez na minha vida, e para mais na presença de V. Ex.^{sa}, Senhor Subsecretário de Estado da Assistência Social, eu não posso deixar de me julgar ousado, pois embora reconheça que sou possuidor de algumas qualidades de trabalho, de inegável interesse pelos problemas da assistência psiquiátrica, de certa isenção pelos benefícios económicos da profissão, reconheço também que me faltam todas as qualidades para ser prelector de um curso, por isso me julgando numa situação de inferioridade perante todos os que me escutam, sobretudo depois da lição indiscutivelmente magistral, que acabamos de ouvir ao Prof. Barahona Fernandes. Desta ousadia eu peço perdão a V. Ex.^{sa}, Senhor Subsecretário de Estado, e peço desculpa a V. Ex.^{as}, minhas senhoras e meus senhores. Julgo poder dizer-lhes que satisfeitos devem ficar aqueles que não me ouvirem e que poderiam dizer, parafraseando o dito de um escritor célebre: «Não ouvi, mas não gostei».

Felizmente para mim, o Senhor Prof. Barahona Fernandes destinou para assunto desta lição um tema que posso considerar particularmente grato ao meu espírito, porquanto se refere a uma instituição do tipo daquelas a que tenho dado o melhor do meu esforço e em cujo funcionamento tenho consumido parte apreciável da minha saúde.

Apesar disso, peço a V. Ex.^{sa} que releve a pobreza da exposição que vão ouvir e que me esforçarei porque seja tão curta quanto possível — que não vá ela constituir, bem contra minha vontade, um atentado à saúde mental de quem me escuta e, por isso, um acto que seja em si contrário à higiene mental de V. Ex.^{as}.

A nossa legislação psiquiátrica — que data de 1945 — estabeleceu as bases legais para o exercício da profilaxia das doenças mentais e para o da higiene mental individual e colectiva. Não definiu doutrinas, não marcou orientações, não fixou directrizes, deixando a quem tiver o encargo de pugnar pelas ideias que as informam, uma liberdade completa.

Criou, porém, os órgãos destinados a pô-las em execução, a estabelecer, concreta e positivamente, os moldes em que devem ser aplicadas as normas mais geralmente aceites em tal domínio da assistência psiquiátrica. E para tal, criou os Dispensários de Higiene e Profilaxia Mental — instituições cuja direcção pertence aos Directores dos Centros de Assistência Psiquiátrica — e aos quais compete a actividade preventiva e o tratamento ambulatorio de todos os casos passivos dele.

Mas deixemos por agora os nossos Dispensários de Higiene e Profilaxia Mental e passemos em revista o que deve ser, o que se pretende que seja, um Dispensário de Higiene Mental.

A higiene mental propriamente dita consiste na procura da difusão e da aplicação das regras de vida mais próprias a manter a saúde mental dos indivíduos. Deve tender, em particular, a formular prescrições práticas, que permitam a cada indivíduo assegurar a sua adaptação:

- adaptação das capacidades mentais às capacidades físicas;
- adaptação aos diversos meios em que tem de viver
 - família, escola, meio profissional e meio social.

Por extensão e porque a ciência da higiene mental só tem interesse pelas suas aplicações, é costume englobar sob

esta designação, os diversos meios de profilaxia mental: quer dizer, o conjunto das medidas próprias, quer para evitar, quer para despistar as perturbações psíquicas na criança ou no indivíduo predisposto.

Estas perturbações representam um atentado ao bem mais precioso do homem: a sua saúde mental. Os inimigos que ameaçam esta são numerosos: anomalias hereditárias, taras constitucionais, insuficiências educativas, mau meio social, dificuldades de adaptação e tantos outros. Depois é preciso, também, pagar o preço do progresso: a média de longevidade humana aumentou muito e, paralelamente, a frequência das doenças sénis e pré-sénis. A mortalidade infantil baixou e um grande número de crianças de constituição física e nervosa delicada sobrevivem e põem problemas, cada vez mais numerosos e difíceis, à higiene e à profilaxia mental. Por outro lado sabemos que a sociedade humana está em rápida evolução exigindo a cada um esforços de adaptação, que não são possíveis para todos e que constituem uma das causas das perturbações e do desequilíbrio psíquico.

Mas, compreendendo que não só os indivíduos lhe interessam, mas também o seu agrupamento, a sociedade no seu conjunto, a medicina pensa que a esta interessa não só a saúde física mas também e sobretudo a saúde mental sem a qual as sociedades estão votadas aos piores males: à criminalidade, às toxicomanias, às crises sociais, etc.

Entendendo, porém, que uma das condições para a saúde mental do grupo reside, exactamente, na integridade psíquica dos elementos que a compõem, a higiene e a profilaxia mentais continuam a interessar-se, especialmente, pela saúde mental dos indivíduos.

Por isso a base mais segura e mais simples de praticar a higiene mental, de tomar as medidas profiláticas necessárias e adequadas, continua a ser, indubitavelmente, pôr em funcionamento o Dispensário de Higiene Mental: essa instituição que fez a psiquiatria, como disse Jean Oulès, sair dos hospitais psiquiátricos para vir exercer a sua acção onde é mais útil: na despistagem e tratamento das crianças anormais mas reeducáveis (Institutos Médico-Pedagógicos) na despistagem e tratamento de doentes mentais leves (no domicílio e no Dispensário), na despistagem das perturbações psíquicas nos primeiros tempos do seu aparecimento e na vigilância e re- adaptação dos doentes saídos dos hospitais psiquiátricos.

Hoje em dia reconhecemos que só com hospitais psiquiátricos estamos imperfeitamente armados para lutar contra as doenças mentais, tal e qual como o estaríamos na luta contra a tuberculose, se apenas houvesse sanatórios.

Esta verdade não é de agora, foi há muito reconhecida; e porque o foi entre nós, por ela se explica a abertura da consulta externa de doenças nervosas e mentais no Hospital Miguel Bombarda e que remonta a 1911 e a criação do primeiro Dispensário de Higiene Mental que houve em Portugal, criado pela iniciativa e pela vontade do Senhor Prof. Barahona Fernandes e que funcionou no Hospital Júlio de Matos desde a fundação deste estabelecimento, em 1942, até à criação do Dispensário de Higiene e Profilaxia Mental de Lisboa.

O Dispensário de Higiene Mental assegura, em primeiro lugar, o serviço de consultas de psiquiatria, cujos objectivos principais são, por um lado, a despistagem das perturbações mentais e pelo outro a triagem dos doentes apresentados, quando a família vem procurar, para cada um, um diagnóstico e um tratamento.

No exercício destas funções podem dar-se vários casos:

- se se trata de perturbações psíquicas pouco marcadas, o médico do Dispensário pode dar todas as indicações sobre a profilaxia do caso, sobre o seu tratamento; deste se poderá encarregar o médico assistente que reenviará os doentes ao Dispensário tantas vezes quantas forem precisas;
- se se trata de perturbações que necessitem de um

tratamento especializado — electrochoque ou insulina ou psicoterapia, por exemplo — sem ser reconhecida a necessidade de hospitalização, o Dispensário organiza sessões de tratamentos especializados, que aplicará em condições de melhor aproveitamento de tempo e de espaço;

— se se trata de casos de psicoses agudas, que perturbam a vida da família ou a ordem e a segurança pública, o médico do Dispensário informa a família e o doente da necessidade de hospitalização, calmando a ansiedade duns e doutro em face de tais perspectivas, informa-os das medidas necessárias à admissão e encaminha-os, depois, para os Serviços Administrativos encarregados de a promoverem;

— se se trata de crianças, o psiquiatra distinguirá os que são reeducáveis daqueles que o não são, aqueles que devem ser dirigidos para Centros de observação, ou para os Institutos Médico-Pedagógicos; esta actividade interessa, em especial, às crianças simplesmente atrasadas mentais, garantindo o seu futuro social e psíquico e nesse sentido pode vir o psiquiatra, interessado junto das famílias, muitas vezes incompetentes em matéria de educação, ou fazendo intervir, para cada caso e conforme os casos, a inspecção escolar ou a orientação profissional.

Mas não se reduz apenas a estas funções à actividade do Dispensário.

Com base nas informações e na documentação que pode coleccionar, ele tem a possibilidade de realizar investigações científicas e estatísticas que tenham incontestável interesse prático, médico e social. Ele pode auxiliar outras entidades nos seus serviços de controle administrativo ou judicial, quer examinando e vigiando os agentes de certas profissões (condutores de automóveis, ferroviários, etc.), quer encarregando-se da vigilância, por meio de inspecções periódicas, de doentes dependentes de poder judicial e restituídos a uma liberdade condicional, condicionada exactamente a esta vigilância (alcoólicos, epiléticos, etc.), e pode ainda dar pareceres, quer sobre matéria de profilaxia mental propriamente dita (atestados pré-nupciais, por exemplo), quer sobre motivos e razões de acidentes ocorridos que interessem à saúde pública dos indivíduos (acidentes de viação, etc.).

Não se julgue, por outro lado, que o Dispensário de Higiene Mental se reduz à actividade, intensa, interessada e muito louvável, do psiquiatra ou psiquiatras que nele trabalham.

Todo o seu valor se acrescenta, toda a sua actividade se completa, toda a sua interferência na vida dos indivíduos que o procuram se valoriza, pelo complemento indispensável de um serviço médico-social.

Através de assistentes sociais especializadas em assistência psiquiátrica e que ajudam e prolongam a acção dos médicos do Dispensário, este protege e socorre o doente e a sua família; intervém na realização dos internamentos; vigia e dirige a recuperação dos ex-doentes; favorece a prestação de auxílios de toda a espécie, morais, práticos e económicos, às famílias dos assistidos; fornece aos médicos informações referentes ao comportamento do doente, quer em família, quer no trabalho; informa sobre as suas reacções ambientais; promove a readaptação dos ex-doentes quer ao ambiente familiar, quer ao meio em que trabalhavam anteriormente.

Não seja de estranhar este empenho do psiquiatra e do serviço social em seguir o doente mesmo depois de curado. No seu interesse, muito convém verificar e vigiar a sua reabilitação profissional e social, prevenir as recaídas e as recidivas. Numerosos estudos feitos sobre este assunto tem provado que as recaídas foram, as mais das vezes, precedidas dum regresso às condições familiares, profissionais e económicas que concorreram para o desencadeamento da primeira crise. Por isso, podemos dizer, com René Deguiral, que a profilaxia mental verdadeira deve não só ser precoce, mas seguir durante muito tempo os indivíduos que apresentaram perturbações psíquicas.

Num programa de verdadeira e eficiente campanha de higiene e profilaxia mentais deverão, pois, existir serviços complementares, orientados pelo serviço social e destinados a prestar assistência e protecção aos indivíduos que alguma vez sofreram de perturbações psíquicas: centros de readaptação social e profissional, abrigos para recolha eventual, clubes de doentes curados em especial para antigas vítimas do alcoolismo, agências de colocações, centros de colocação familiar

para crianças e para adultos, hospícios para doentes velhos inofensivos — e tantas outras instituições cuja existência, juntamente com a actividade já referida do Dispensário propriamente dita e com a acção, já mencionada, das trabalhadoras sociais, muito contribuirá para a defesa e manutenção da saúde mental dos indivíduos.

Desejamos agora dizer apenas duas palavras sobre algumas das doenças que a profilaxia mental pode esforçar-se por evitar, o que deve constituir a principal actividade dos Dispensários de Higiene Mental.

Dentre todas essas doenças, a mais evitável — embora seguramente a que está mais longe de ser evitada —, é o alcoolismo.

Não se pode dizer que o alcoolismo tenha, entre nós, o desenvolvimento que tem, por exemplo, em França, onde constitui, na expressão de um autor cujo nome me não ocorre, uma verdadeira catástrofe nacional. No entanto, pouco a pouco, a existência de hábitos alcoólicos tem encontrado, entre nós, uma expansão cada vez maior. E abrange todas as classes: desde as classes pobres, operários e trabalhadores rurais, até às classes mais abastadas e mais bem colocadas na sociedade, os vinhos, os aperitivos, os conhaques, os cocktails têm, paulatinamente, invadido as salas e os salões.

Para tal difusão muito tem contribuído a chamada defesa de interesses comerciais, mais ou menos legítimos, que pela imprensa e pela rádio, através de publicidades pagas e que, por isso, não podem ser recusadas, levam a toda a parte os mais variados slogans, prègando o uso das bebidas alcoólicas e recomendando-as como remédio para muitos males.

Não se diga porém que este hábito de beber não tem inconvenientes. «A intoxicação alcoólica atinge indivíduos nos seus móveis mais elevados. Faz do marido, um bruto para sua mulher, do pai um perigo para as suas filhas. Ela, essa intoxicação, provoca o aparecimento de dementes que fazem tentativas de se matar ou que têm de ser internados; provoca o aparecimento de criminosos que matam, que incendiam, que cometem atentados ao pudor e aos costumes, que enchem os calabouços da Polícia e dos Tribunais. Provoca ainda o aparecimento de crianças degeneradas, o que obriga à criação de estabelecimentos e classes para atrasados mentais, o que vem tornar mais pesada, difícil e dispendiosa a missão de ensinar. Provoca, por fim, numerosas doenças de lesões polimorfos, que invadem os hospitais, os hospícios e os asilos».

Toda esta negra série de consequências do alcoolismo bastaria para justificar todas as medidas de profilaxia, que todos conhecem, mas poucos têm coragem de pôr em execução.

Por isso, nos Dispensários de Higiene Mental pouco mais se tem feito do que o tratamento das manifestações alcoólicas que, digámo-lo de passagem, pode e deve variar com a categoria a que pertencem os alcoólicos:

— aos alcoólicos recentes, sem etiologia nevrótica grave, basta muitas vezes o tratamento ambulatorio num Dispensário, onde em primeiro lugar devem considerar-se o tratamento psicoterápico e a reeducação do doente;

— aos alcoólicos de estado médio, com sintomas nevróticos primários, pode o tratamento ser feito ainda no Dispensário, mas quase sempre é preferível aplicá-lo em clínica especializada em psiquiatria e higiene mental;

— aos alcoólicos crónicos com manifestações psicóticas ou com degradação da personalidade aparentemente irreversível, o tratamento só poderá ser tentado em regime de internamento, tantas vezes com êxito discutível.

Quanto às medidas profiláticas devemos acentuar que não somos partidários das atitudes proibitivas radicais. Está ainda na lembrança de todos a que nefastos resultados conduziu a campanha proibicionista da América do Norte. Perfilhamos, no entanto, todas as medidas restritivas da produção de bebidas alcoólicas, todas as medidas que condicionem a venda dessas bebidas e, por fim, todas as medidas punitivas dos abusos alcoólicos, não só no sentido médico (permitindo internamento dos portadores de hábitos alcoólicos excessivos), mas também no sentido judicial (medidas judiciais adequadas).

Outro grupo de doenças psíquicas de que o Dispensário pode e deve ocupar-se é o das toxicomanias — com exclusão do alcoolismo.

É claro que o tratamento verdadeiramente eficaz e eficiente das toxicomanias só se faz em regime de hospitaliza-

ção; mas a sua prevenção pertence, de facto, ao Dispensário, tanto pelo seu uso se pode chegar ao abuso das drogas susceptíveis de criar a toxicomania.

Porfiados têm sido os esforços de Sociedades Científicas, médicas e outras, e dos Dispensários no sentido de tornar difícil, se não impossível, a aquisição de drogas capazes de provocarem tais perturbações. Esse objectivo conseguiu-se inicialmente para os estupefacientes propriamente ditos — cocaína, morfina, outros derivados do ópio, etc.; depois veio a interdição para a venda de drogas do tipo da dolantina; por fim, surgiu a proibição de venda sem receita de todos os barbitúricos, o que só muito parcialmente é respeitado, pelo menos entre nós.

Resta-nos, ainda, obter a fiscalização da venda de outras substâncias, mais modernas, mas ao que parece não isentas do perigo de conduzirem à habituação e à toxicomania — drogas tanto mais perigosas que com elas se pretende libertar o doente do flagelo das dores crónicas (as relacionadas com os carcinomas, com o reumatismo crónico, etc.) e tanto é certo desejar cada um de nós, na hora presente, viver sem dores físicas, que já nos bastam as dores morais de todos os dias.

Nada quero dizer a V. Ex.^{as} acerca da profilaxia mental das perturbações psíquicas da infância, das alterações intelectuais ou caracteriológicas da criança na idade escolar, das alterações temperamentais e da conduta da adolescência, da profilaxia mental das neuroses, das psicoses endógenas, das perturbações psíquicas dependentes da sífilis, das alterações mentais dependentes da senilidade, etc. Tais temas fazem parte de lições deste Curso e serão certamente expostas com o pormenor que eu aqui não lhes poderia dar e com a proficiência que o prestígio dos nomes dos respectivos prelectores amplamente justifica.

Não me deterei, portanto nestes temas.

Vejamos agora como é e como funciona o Dispensário de Higiene e Profilaxia Mental de Lisboa.

Criado em 1 de Junho de 1945, tem funcionado sem interrupção em dependências do Hospital Júlio de Matos. Isto lhe tem valido não ter a projecção, nem a fama que deveria e merecia ter.

Instalado num Hospital, considerado por muitos como uma dependência sua, não tem conseguido deixar de ser olhado com desconfiança e com preconceitos que já não deviam existir, mas que existem realmente.

Como quer que seja, diremos que nas suas consultas passaram, até à presente data, mais de 46.000 doentes e que destes só tomaram o caminho dos hospitais psiquiátricos cerca de 18.000. Não queremos dizer, note-se bem, que o Dispensário tivesse tratado e evitado internamentos de 28.000 doentes, e isso porque muitos daqueles que nos procuram não necessitam felizmente, de admissão em hospital. Pretendemos apenas significar a soma de trabalho que tem sido exigida ao corpo clínico, ao serviço social e ao pessoal de enfermagem que exerce a sua actividade no Dispensário de Higiene e Profilaxia Mental de Lisboa.

Esta actividade tem-se exercido através de 10 postos de consulta estabelecida em Lisboa, além daqueles que criamos em localidades da província, de molde a dar a todos os habitantes da Zona Sul do País não as mesmas, mas aproximadas probabilidades de recorrerem aos nossos serviços médicos, aos nossos socorros sociais, aos nossos recursos terapêuticos.

A respeito de cada uma destas probabilidades queremos dizer, em resumo, duas palavras.

Socorros médicos — Temos em funcionamento consultas de psiquiatria geral, consultas para epiléticos, consultas para psiconeuróticos, consultas para alcoólicos e consultas para crianças.

É claro que estas consultas vivem, por enquanto, da colaboração pedida, e sempre dada com a melhor vontade, doutras instituições, em especial dos Hospitais Cívicos de Lisboa, do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, do Hospital Júlio de Matos e do Hospital Miguel Bombarda.

Não nos temos poupado a esforços no sentido de dotar o Dispensário com todas as instalações materiais, com o equipamento e com o pessoal que lhe são inteiramente indispensáveis para uma completa e eficiente actividade. Nem tudo,

porém, se tem conseguido e, reconhecendo-se embora que muito do que se pede não pode ser concedido, não me furto ao ensejo de, aproveitando a presença de V. Ex.^a, Senhor Subsecretário de Estado da Assistência Social, renovar aqui o meu pedido para que seja dada satisfação às aspirações do Dispensário de Higiene e Profilaxia Mental de Lisboa, no sentido de o podermos instalar e equipar condignamente.

A estes serviços médicos acodem, em grande número, nervosos, psiconeuróticos, epiléticos, alcoólicos e doentes mentais propriamente ditos. E acorrem, também, sempre que assim o desejem e com vários objectivos, pessoas ditas normais mas que carecem em dada oportunidade da sua vida, de conselhos, de opiniões, de orientações, de protecção. A todos atendemos, na convicção de que a todos reconhecemos o direito de conhecerem a sua capacidade de resistência aos contratemplos e às contrariedades, aos desgostos, às frustrações que a vida traz em cada dia. Desgostos que podem conduzir ao suicídio, conflitos que podem conduzir ao crime, arrelias e contrariedades que podem levar ao alcoolismo, de um modo geral problemas de inadaptação social ou da conduta que, na maioria dos casos, tem por base um transtorno psíquico ou uma doença mental, que exigem sempre um estudo psicológico e psiquiátrico, individual e social, para preveni-los e para tratá-los, tão precocemente quanto possível — uma das condições eficientes da higiene mental, como já dissemos.

É claro que não pretendemos fazer entrar no âmbito da higiene mental casos, como um que há tempos nos surpreendeu em plena consulta do Dispensário. Um guarda de polícia conduziu ali, por ter verificado na rua a sua excitação e perturbação afectiva, uma pobre mulher que assistira, momentos antes, à morte de um filho, uma criança, apanhada na rua pelo rodado de uma camioneta. A dor desta mãe, perfeitamente normal e compreensível, não pode de modo algum ser considerada de natureza psicopatológica e não são os conselhos de um psiquiatra, por mais compassivo e compreensivo que seja, que poderão limitá-la ou corrigi-la. Outros socorros, que não os médicos, lhe poderiam servir de lenitivo.

Socorros sociais — O Serviço Social do Dispensário de Higiene e Profilaxia Mental de Lisboa, sob a direcção da Sr.^a D. Maria Gabriela Horta Moreira Sales, que também vai ser prelectora neste Curso e que é a nossa primeira assistente social psiquiátrica — primeira no tempo e na formação e primeira no zelo e na competência — entrega-se à mais intensa e eficiente actividade. Ele tem bem aquela actividade que, no dizer do Prof. Barahona Fernandes, «leva a sua ajuda e protecção junto dos lares, ao seio das famílias desprotegidas, auscultando as suas misérias e pesares, vendo e sentindo, no meio do seu viver, as suas dificuldades e necessidades».

Além do serviço de inquérito para efeitos de classificação económica com vista a estabelecer-se quanto os doentes deverão pagar pelos serviços que recebem no Dispensário, medida, a meu ver, muito discutível por dizer respeito a serviços de profilaxia — o Serviço Social tem a seu cargo:

— a vigilância dos doentes consultados e reenviados para a família;

— o estudo das condições ambientais — família, escola, ofício, emprego —, em que a doença se instalou e desenvolveu;

— a prestação de socorros económicos e educativos às famílias dos doentes;

— a resolução de pequenos problemas de ordem social — alojamentos, viagem de regresso, alimentação que tantas vezes tomam para os doentes aspectos de complicações insuperáveis e que, de facto, são resolúveis mediante a possibilidade de se gastarem pequenas quantias;

— a informação, minuciosa e protectora, de todos os processos relativos a pagamento das despesas feitas no Dispensário e nos hospitais — quando tal pagamento tem lugar — evitando os desequilíbrios económicos que daí podem resultar em economias pouco resistentes, como são as da maioria dos frequentadores das nossas consultas;

— a preparação do regresso ao ambiente de onde vieram os doentes que houveram de ser hospitalizados;

— a preparação e educação das famílias que vão receber antigos doentes hospitalizados, em regime de colocação homofamiliar ou heterofamiliar;

— e, finalmente, a consecução de medidas económicas,

Homogèneamente equilibrado

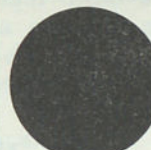
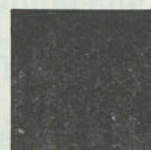
nos altos e baixos da vida cotidiana



Doscalun [®]

- Perlonguetas

Sedativo-depósito com libertação progressiva e regulada dos princípios activos.



Indicações:

Irritabilidade nervosa
Espasmos do tracto gastrintestinal de carácter funcional
Úlceras gástrica e duodenal
Perturbações cardíacas de carácter funcional
Perturbações climatéricas
Dismenorreia
Mal dos transportes
Perturbações do sono
Perturbações pós-comocionais e excitação psicomotora na esclerose cerebral

Apresentação:

Perlonguetas
Caixa com 6



C. H. Boehringer Sohn · Ingelheim am Rhein · Alemanha

Representantes para Portugal e Ultramar:

JABA · J.A. BAPTISTA D'ALMEIDA, LDA. · Rua Actor Taborda, 13 · LISBOA

SISTOBIOL

CARDIOTÓNICO

COMPOSIÇÃO

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

INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS

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

profissionais e familiares, que evitem as circunstâncias que concorreram para a eclosão das doenças.

Socorros terapêuticos — Os muitos e variados tratamentos que fazemos no Dispensário de Higiene e Profilaxia Mental de Lisboa são aplicados graciosamente aos doentes pobres e, por vezes, aos doentes classificados nos escalões mais baixos, se dessa aplicação pode resultar benefício, já não digo económico, mas social e psicológico para os doentes. E fazemos, a bem dizer, todos os tratamentos gerais e especializados que a espécie nosográfica aconselha.

Não vou naturalmente massar V. Ex.^{as} com a indicação de todos os tratamentos. Nem o caso tem interesse ou relevância de maior. Basta que se saiba que fazemos todas as aplicações que as mais modernas orientações aconselham, com resultados em tudo semelhantes aos que se obtêm nas instituições similares do estrangeiro. E que, por via delas, se tem evitado milhares de internamentos, melhorando ou curando, mediante tratamentos ambulatorios, as doenças que os acometeram.

Também não posso referir, um a um, os tratamentos das várias psicoses, os dos diversos estados de perturbação psíquica, mais ou menos anormais, que temos de resolver. O caso será abordado por cada um dos prelectores deste Curso de Higiene Mental e por isso me abstenho, como já disse, de a tal me referir. Não queria, porém, deixar de afirmar que tenho, em matéria de higiene e profilaxia mental, ideias e opiniões que, sem serem pessoais, não são perfilhadas por todos os espíritos, nem são admitidas por todas as escolas.

Assim, não quero deixar de afirmar aqui que, de acordo com as minhas convicções, não perfilho ideias radicais sobre os problemas eugénicos, sobre o contróle dos nascimentos, sobre a esterilização dos doentes.

Em tais capítulos — alheando-me das opiniões alheias, respeitáveis como todas as opiniões sinceras e dadas sem intenções equívocas — eu posso dizer que nos limitamos, no Dispensário de Higiene e Profilaxia Mental de Lisboa, a aconselhar os exames pré-nupciais, defendendo a sua obrigatoriedade, mas apenas com a faculdade de o atestado consequente referir somente a circunstância de o exame ter sido realizado; limitamos os nossos conselhos anti-concepcionais ou a abstinência pura e simples, ou a aceitação da doutrina de Ogino e semelhantes, que a moral não condena; e não admitimos, nem sequer por hipótese, a esterilização do doente.

Pensamos que, com tais orientações, não prejudicamos as ideias mestras da higiene mental. Pode ser que nos enga-

nemos, mas aguardamos que outros, depois de nós, venham provar que nos enganamos e que a saúde mental dos indivíduos se há-de conseguir com actos mutiladores e não com medidas morais, sociais, económicas e familiares, individuais e colectivas, que traduzam o aperfeiçoamento da humanidade, uma melhoria das condições de vida e uma elevação progressiva das aspirações de cada um.

Ainda recentemente, Laugier, Presidente da Liga Francesa de Higiene Mental, referindo-se ao problema da luta contra as doenças mentais dizia — «Esperando mobilizar as forças individuais, as forças colectivas, as forças governamentais nacionais e a cooperação internacional contra as agressões e as perturbações mentais que ameaçam o homem de hoje, nós entramos num combate sem limites. Por mais ardentes que sejamos em conduzi-lo, ele durará até ao fim da humanidade. Não podemos imaginar que as descobertas científicas cheguem a proteger mecânicamente o cérebro humano contra todos os factores que tendem, em cada dia, a desequilibrar o seu comportamento. Isto quer dizer que os homens, o Governo, todos nós, devemos empenhar-nos no combate contínuo, em cada dia mais activo, tendente a proteger os equilíbrios mentais frágeis contra as agressões do meio, pressões recidivantes e todos os dias mais variadas, mais activas e mais eficazes».

Isto nos indica que a acção dos nossos Dispensários de Higiene Mental — o de Lisboa, o do Porto, o de Coimbra e o do Algarve, com as suas múltiplas consultas, quer as das suas sedes, quer as que, por intermédio de brigadas móveis, vamos dando por todo o País — não bastam para resolver os problemas que a Higiene Mental encara.

Por isso daqui dirijo a todos os que me escutam um apelo solene para que por si próprios, pelos organismos a que pertencem, pela imprensa, pela rádio, por todas as actividades enfim, façam quanto lhes for possível para que a Liga Portuguesa de Higiene Mental possa transformar-se num poderoso organismo de prevenção e de socorro contra todas as ameaças que a humanidade recebe, em nossos dias, de todos os lados.

Nós, os que trabalhamos nos Dispensários de Higiene Mental, certamente faremos o que pudermos.

(Lição proferida no I Curso de Higiene Mental, de iniciativa da Liga Portuguesa de Higiene Mental, na Aula Máxima da Faculdade de Medicina de Lisboa).

Diabetes insípida

PEDRO P. PIMENTA JACINTO

(Continuação do número anterior)

ANATOMIA PATOLÓGICA DOS OUTROS ÓRGÃOS

Em quinze exames necrópsicos de doentes com diabetes insípida, não havia lesões macroscópicas ou microscópicas no rim. Por vezes, conforme tem sido apontado, os rins são um tanto maiores do que o normal.

Não há alterações patológicas específicas, em outros órgãos. Qualquer alteração, parece ser secundária ou coincidente com a lesão que produziu a diabetes insípida. O coração, pulmões, tiroideia, pâncreas, tracto gastro-intestinal, fígado, baço, suprarrenais e glândulas sexuais, têm sido encontrados normais na autópsia.

Em três casos de diabetes insípida, que tinham sofrido tiroidectomia total, a tiroideia foi estudada com maior pormenor, macroscópica e quimicamente. Em dois dos casos, havia sinais de hiperactividade. Os resultados sugerem que há uma diminuição da quantidade de iodo na tiroideia de doentes com diabetes insípida.

ETIOLOGIA

Segundo Cannon, clínica e etiológicamente, a diabetes insípida, pode dividir-se em:

- 1 — *Tipo pituitário*: Há uma deficiência pituitária, em que os sintomas são atenuados pela administração de extractos hipofisários.
 - a) Primária — hereditária.
 - b) Secundária — infecções, neoplasias, etc.
- 2 — *Tipo extrapituitário*: A administração de extractos hipofisários, não atenua os sintomas; este tipo pode ser renal (com insuficiente reabsorção) ou hipotalâmico.
 - a) Primária — hereditária.
 - b) Secundária — infecções, etc.

3 — *Polidipsia psicogénica*

A etiologia da diabetes insípida, é muito variada. Em 50 dos 112 casos de Blotner, era idiopática. Os tumores e as infecções, são das causas mais frequentes. No entanto, qualquer doença que produza uma lesão no sistema supra-óptico-hipofisário, pode causar diabetes insípida.

Hereditariedade: O factor hereditário, na diabetes insípida, tem tido um interesse particular, desde que foi descrito, a primeira vez, por Lacombe em 1841.

A revisão da literatura da diabetes insípida, mostra-nos que esta doença pode ser herdada e transmitida através de várias gerações duma família.

Um dos relatos mais elucidativos sobre as características familiares da diabetes insípida, é-nos fornecido por Adolph Weil (1884) e continuado, depois, por seu filho Alfred Weil (1908): trinta e cinco casos (19 homens, 14 mulheres e 2 desconhecidos, talvez mulheres); seis gerações estudadas.

É o exemplo clássico de diabetes insípida hereditária.

Um estudo muito interessante, foi feito mais recentemente por Ellerman (1937), que estudou uma família que contava 73 membros, 26 dos quais (15 homens e 11 mulheres) tinham poliúria; a diurese diária da maioria destes doentes, era de 12 a 16 litros, enquanto que noutros era menos intensa, com quantidades de 4 a 9 litros.

Blotner, nos seus 112 doentes, encontrou apenas três casos herdados.

A transmissão da diabetes insípida, pode fazer-se tanto pelo lado materno como paterno, aos filhos de ambos os sexos. Geralmente, a doença aparece mais nos homens do que nas mulheres, e algumas vezes poupa uma geração, para aparecer somente na geração seguinte. A diabetes insípida herdada, pode revelar-se pouco tempo após o nascimento, ou mais tarde.

Nas crianças, os rins desempenham um papel comparativamente menor, na regulação das perdas de água, sendo factores importantes, a pele e o tracto gastrointestinal. Quando as crianças estão próximo dos 2 anos de idade, os rins juntam à sua função de excreção dos detritos metabólicos e da regulação do balanço hídrico. Nesta mesma idade, os sintomas de diabetes insípida hereditária, são mais susceptíveis de aparecer.

Alguns autores (Weil, Levit e Pessikova), afirmaram que o desenvolvimento de diabetes insípida familiar, é devido a um gene condicionalmente dominante, com uma «penetração» fraca.

Blotner admite que, uma vez que se tenha demonstrado que a diabetes insípida seja herdada, há uma boa possibilidade de que esse indivíduo possa transmitir a doença a alguns dos seus descendentes.

Forssman (1945), publicou um estudo desenvolvido, sobre a diabetes insípida hereditária. Nos seus resultados, refere que o aparecimento da sede e da polidipsia, faz-se em qualquer altura, desde as duas semanas de idade, até aos 3 anos; na maior parte das vezes, durante o primeiro ano de vida. As mães contavam que estas crianças chupavam mais avidamente nos panos de lavagem e bebiam a água do banho. De noite, quando choravam, apenas podiam ser caladas com água.

Diabetes insípida em gémeos: A existência de gémeos com diabetes insípida, é bastante rara. Nos estudos de Weil e de Forssman, não havia casos de gémeos com aquela doença.

Por outro lado, Harding (1943) descreveu 8 casos de diabetes insípida, nos quais havia duas raparigas gémeas verdadeiras, com crescimento e desenvolvimento normais; o pai, o avô e uma irmã do pai, tinham todos diabetes insípida.

No decurso das suas investigações, Blotner encontrou um rapaz de 18 anos, com diabetes insípida, que tinha uma irmã, falsa gémea, sem diabetes insípida. Havia um contraste notável entre estes gémeos, diferiam acentuadamente na estatura, configuração geral e grau de desenvolvimento.

Diabetes insípida por habituação: Albeaux-Fernet, Chabot e Prussier, apresentaram recentemente um estudo muito interessante sobre uma variedade etiopatogénica de diabetes insípida, a que chamaram «diabetes insípida por habituação».

As mais autênticas polidipsias primárias, podem levar a entrar em repouso, o sistema de elaboração da hormona

anti-diurética: assim se constitui uma diabetes insípida secundária «por habituação», ligada à inércia neuro-hipofisária e comportando tests negativos. A existência deste tipo de diabetes insípida, está presentemente bem estabelecida, graças ao estudo de voluntários, submetidos a grandes e prolongadas ingestões de água.

Regnier (1916) ingeriu 6.500 c.c. de água por dia, durante onze dias; criou, assim, uma necessidade de beber que se manteve depois da supressão dos líquidos.

Kuntsmann (1933) repetiu esta experiência e, durante 127 dias consecutivos, bebeu 10 litros de água por dia; o hábito de beber estabeleceu-se ao fim de alguns dias; a sede manifestou-se ao fim de uma semana, despertando o indivíduo durante a noite. A prova da restrição hídrica, é então muito mal suportada.

Kourilsky e Fournier (1949), chegaram a conclusões idênticas, em seis enfermeiras voluntárias, que ingeriram entre 2.500 e 5.000 c.c. de líquidos por dia.

Na clínica, outras observações ainda mais explícitas, têm sido referidas.

Gilbert-Dreyfus, Savoie e Lumbroso, descrevem o caso de uma mulher jovem, com um síndrome poliuro-polidipsico desde há 3 anos, de instalação brusca; a diurese, cerca de 12 litros por dia, é perfeitamente reduzida com aspirações nasais de post-hipófise. A prova da restrição hídrica, é mal suportada, com desidratação e emagrecimento; a prova de Carter e Robins, não provoca nenhuma diminuição importante da diurese; a prova da nicotina, dá uma resposta normal. O diagnóstico de diabetes insípida orgânica, verdadeira, é portanto excluído. Com efeito, após três semanas de condicionamento, a doente curou-se completamente, baixando a diurese para 2 litros diários.

J. Decourt, Weil e Bauline, referiram uma observação bastante curiosa, em que as provas fundamentais testemunhavam a não reactividade post-hipofisária. Neste doente, os antecedentes psicopáticos acusados e o carácter intermitente do síndrome poliúrico (cura passageira após ventriculografia e encefalografia gasosas), fizeram suspeitar da natureza nevrópica das ingestões líquidas maciças (até 30 litros por dia!). Graças a uma longa fase de condicionamento, seguida da substituição das injeções de post-hipófise por placebos, obteve-se a cura completa. Nesta altura, as provas de Carter e Robins e da nicotina, deram resultados perfeitamente normais.

Todas estas observações, experimentais e clínicas, mostram bem que, antes de concluir uma diabetes insípida orgânica, irreversível e definitiva, deve procurar-se por todos os meios despistar a simples inércia post-hipofisária, constituindo uma diabetes insípida por habituação.

Na origem deste síndrome, deve atender-se a duas circunstâncias etiológicas principais:

1 — Certas diabetes insípidas orgânicas, transitórias, podem estar na origem, numa segunda fase, duma diabetes insípida por habituação, então reversível. Tais diabetes insípidas transitórias, foram descritas no decurso da gravidez, depois de um traumatismo (Portes e Miller) ou concomitantes de fenómenos reumáticos e curados por amigdalectomia (Goia e colaboradores).

Viswanathan, referiu uma epidemia de diabetes insípida, em 1952-53, na Índia, em certos distritos do estado de Bombaim. Foram reunidos 1.082 casos, com uma incidência familiar frequente, não se conseguindo precisar a etiologia da doença. Registou-se uma certa mortalidade (2,7%); a maior parte dos outros casos, curaram-se ao fim de algumas semanas, com simples repouso no leito.

É bem certo que estes síndromas poliuro-polidipsicos, podem sobreviver à sua causa orgânica, por desvio do mecanismo de regulação da hidrémia, devido a uma inibição muito profunda ou a uma sensibilidade particular do sistema supra-óptico-hipofisário.

Tais diabetes insípidas funcionais, têm pois uma origem primitiva orgânica, e seria lamentável, no aspecto psicológico, considerar estes doentes como patomaníacos; mas seria mais grave ainda, submetê-los indefinidamente aos extractos post-hipofisários: à menor dúvida, deve tentar-se uma prova diagnóstica de condicionamento.

2 — A potomania ou nevrose da sede sobrevém, as mais das vezes, num terreno débil e associado a outras perturba-

NOVIDADE TERAPÊUTICA

HEMOFIR

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

CÁPSULAS



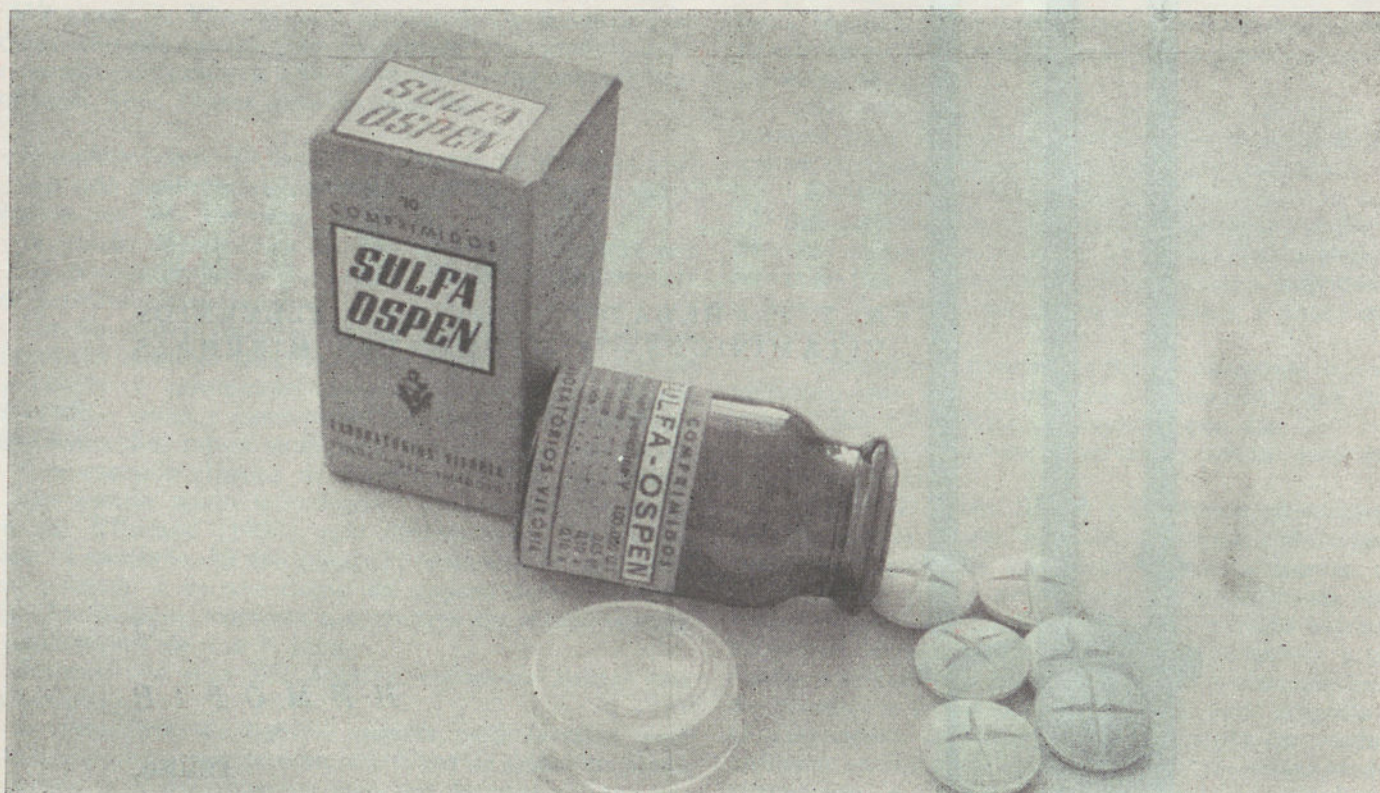
O
H E M O F I R
reúne,
pela primeira vez
num produto terapêutico,
o A. T. P. (trifosfato de adenosina),
a hematóporfirina
e uma associação de
minerais e vitaminas
(numa percentagem
criteriosamente
equilibrada).

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



SULFA-OSPEN

Trata-se de uma associação de Penicilina V e três sulfamidas, destinada à quimioterapia por via oral. A penicilina V ou fenoximetilpenicilina é, como se sabe, activa por via oral por ser estável em meio ácido, além de que sofre reabsorção total ao nível do intestino. Esta nova penicilina administrada por via oral tem uma eficiência e um grau de segurança iguais ao da Penicilina G por via parentérica.

Como sulfamidoterapia elegeu-se uma mistura já clássica: *sulfamerazina*, *sulfadiazina* e *sulfametazina* pois estes três derivados da pirimidina são das sulfas menos tóxicas, e a sua mistura está praticamente desprovida do perigo da cristalúria, desde que a solubilidade urinária é um problema individual para cada molécula, cujo teor é muito menor que o habitual. Pelo contrário, no que respeita à acção antibacteriana, o poder das três sulfas é aditivo.



O emprego de SULFA-OSPEN está indicado em todas as doenças produzidas por germes sensíveis à penicilina, entre as quais, segundo a experiência, se contam principalmente: pneumonias e broncopneumonias, angina estreptocócica, angina de Vincent, escarlatina, blenorragia, otite, osteomielite, supurações das partes moles, como abscessos, fleimões, furúnculos e erisipela; tratamento profilático em operações cirúrgicas e ginecológicas, extirpação de focos, como, por exemplo, a amigdalectomia, extracção de dentes, etc.

A maioria destas bactérias é também sensível às sulfas pirimidínicas, donde resulta um evidente reforço da acção da Penicilina V.

É particularmente útil este tipo de associação na profilaxia da febre reumática.

A tolerância a SULFA-OSPEN é excelente.

TUBO DE 10 COMPRIMIDOS



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

ções psicopáticas. Mesmo nos casos de potomania, o síndrome poliuro-polidipsico, pode ter um início franco, contemporâneo dum estado de tensão afectiva mais ou menos motivada; deve dizer-se que, muitas vezes, o potomania parece estar nos limites do funcional e do orgânico. Com a anorexia mental, como certas amenorreias, às quais J. Decourt a compara, a potomania põe em jogo uma reacção dos centros diencefálicos que, habitualmente transitória, pode dar origem, em certos indivíduos nevropatas, a perturbações prolongadas. Secundariamente, pode constituir-se uma diabetes insípida por habitude, susceptível de aumentar a confusão.

INCIDÊNCIA

A diabetes insípida é uma doença rara, como se revela pelos arquivos hospitalares.

No Beth Israel Hospital de Boston, em 75.941 doentes internados, houve 17 casos de diabetes insípida, ou seja 1 em 4.469.

Na Clínica Mayo, de 1910 a 1924, havia uma incidência de 1 para 7.600.

No Serviço de Clínica Médica, do Hospital Escolar de Lisboa, de 1934 a 1957, registaram-se 11 casos de diabetes insípida.

Incidência segundo o sexo: Dos 112 casos de Blotner, 61 eram homens e 51 eram mulheres.

Tem sido apontado, na literatura, que a diabetes insípida afecta os homens em maior número do que as mulheres e, também, mais rapazes do que raparigas. Em 36 casos devidos a tumor cerebral, havia 23 homens e 13 mulheres.

Incidência segundo a idade: A idade insípida pode aparecer em qualquer período da vida, desde a infância à idade avançada.

Nos casos de Blotner, os dois doentes mais novos começaram a ter a doença, um à nascença e o outro com 7 semanas de idade. O doente mais velho, uma mulher, tinha 60 anos quando a diabetes insípida se iniciou e aos 82 anos vivia e encontrava-se bem.

A doença ocorre mais frequentemente, em pessoas com menos de 40 anos de idade. É muito observada em crianças, cerca dos dois ou três anos de idade e mais tarde.

A diabetes insípida, não é descoberta acidentalmente, como sucede, com a diabetes mellitus. Os doentes com aquele síndrome, vão ao médico com a queixa específica de poliúria e polidipsia.

O grau e a gravidade da diabetes insípida, podem ser os mesmos, tanto nas crianças como nos adultos, isto é, pode ser grave ou ligeira em qualquer idade.

Incidência segundo a nacionalidade: Dos 112 doentes de Blotner, 35 eram Judeus. O autor não sabe explicar esta incidência elevada.

A diabetes insípida é extraordinariamente rara nos africanos, sem que se saiba porquê.

SINTOMAS

Sintomas gerais: Os sintomas cardinais da diabetes insípida são: poliúria persistente e polidipsia.

O sintoma fundamental é a poliúria. A quantidade diária de urina eliminada por estes doentes oscila, conforme a intensidade do processo, entre 3 e 40 litros; ordinariamente, a diurese é de 5 a 10 litros. Marañon atribui grande valor às poliúrias discretas de 2 a 2,5 litros nas 24 horas que passam geralmente despercebidas e, segundo este autor, injustificadamente pois têm, pelo menos, um valor diagnóstico positivo, já que nos colocam sobre a pista de transtornos leves da função hipofisária. O número de micções está aumentado, sendo frequente que interrompa o sono do doente, várias vezes durante a noite; a quantidade de cada micção é maior do que o normal.

Consecutivamente à poliúria, aparece a polidipsia que é o grande sintoma subjectivo da diabetes insípida e que, por vezes, chega a converter-se num tormento insuportável para o doente; geralmente, acorda várias vezes durante a noite,

para beber e urinar. Alguns doentes fazem isto maquinalmente, quase sem acordar.

Em muitos casos, a sede é tão intensa que os doentes têm necessidade de ingerir grandes quantidades de água, atingindo 10 a 12 litros diariamente, e mesmo mais. Blotner, cita o caso de um rapaz de 17 anos que bebia e urinava 32 a 37 litros por dia, chegando a atingir 47 litros num dia! Em geral, o volume dos líquidos ingeridos é comparável ao volume da urina.

Os sintomas são continuos e mantêm-se durante o dia e a noite. *Se um doente puder dormir a noite inteira sem beber ou urinar, é muito provável que não tenha diabetes insípida.*

O início dos sintomas da doença, habitualmente, é agudo. Isto é verdade, particularmente nos casos de origem idiopática e traumática. No último caso, contudo, a poliúria pode ser apenas temporária. Em outros casos, como os devidos ao crescimento lento de tumores cerebrais ou a infecções, como a sífilis e a doença de Parkinson post-encefalítica, o começo da diabetes insípida é antes gradual e os doentes notam finalmente, que urinam e bebem quantidades consideráveis. Raramente, os sintomas iniciam-se depois de um transtorno emocional.

A restrição dos líquidos constitui uma verdadeira tortura para os doentes, que chegam a beber as próprias urinas para satisfazerem a sede. Sentem a língua grossa e dificuldade na fala e têm, também, a sensação de se formarem vesículas nos lábios.

Nas crianças a doença revela-se porque não se satisfazem com as quantidades de líquidos que lhes fornecem habitualmente, e choram logo que são afastadas do peito ou quando o biberão se acaba. Se a sede é interpretada como fome, dão-lhes comida suplementar, de que pode resultar diarreia pela alimentação excessiva crónica. No entanto, muitas vezes a situação é reconhecida por estarem frequentemente molhadas, durante dia e noite, em comparação com as crianças normais. Por vezes há enurese, que desaparece com a idade.

Em alguns casos, os doentes ingerem, além de água grandes quantidades de bebidas alcoólicas, sem que apresentem sinais de intoxicação alcoólica. No entanto, nestes indivíduos, o conteúdo em álcool do sangue e da urina é quase o mesmo do que se encontra num indivíduo normal depois de beber a mesma quantidade de álcool.

Há casos em que a poliúria e a polidipsia diminuem no decurso de doenças febris. Em circunstâncias bastante raras, os sintomas da doença desaparecem espontaneamente.

Além dos sintomas clássicos de diabetes insípida há outros secundários que, embora relacionados com ela, dependem da causa fundamental e da complicações da doença.

Assim, o déficit de visão, é um sintoma de tumor cerebral. Em qualquer doente com diabetes insípida, que se queixe de diminuição da visão, pode suspeitar-se que tenha um tumor cerebral. Outros sintomas são: diplopia, cefaleias, vertigens, perda de peso, astenia e impotência.

Em casos raros, há outras alterações endócrinas que se traduzem por menstruações irregulares ou amenorrea, impotência, síndrome de Fröhlich, hipoplasia genital, atrasos do crescimento, etc. O libido e as funções sexuais, nos doentes não complicados são normais e algumas situações aumentam durante a terapêutica com extractos hipofisários.

Tem-se afirmado que os doentes com diabetes insípida transpiram muito pouco, mesmo depois de exercícios. Contudo, em casos observados por Blotner durante anos, pareciam transpirar normalmente.

Alguns autores referiam uma melhoria dos sintomas de diabetes insípida durante a puberdade. Blotner, no entanto, não viu quaisquer melhoras durante ou depois da puberdade.

Segundo se pensa, a poliúria e a polidipsia aumentam até que o doente tenha atingido o desenvolvimento físico completo, depois do que parecem não aumentar.

A duração da doença depende, evidentemente, da etiologia. Nos casos de Blotner, a duração vai desde um dia a 46 anos. Na maioria dos casos, dura anos.

Sintomas especiais: As observações feitas num numeroso grupo de doentes com diabetes insípida, revelaram uma elevada percentagem de cáries dentárias em indivíduos jovens.

A boca está seca e é segregada uma pequena quanti-

dade de saliva espessa. A administração de pituitrina, tende a produzir efeitos opostos.

Segundo Starling, a saliva normal é quase neutra, com um pH de 6,4 a 7,0 e com uma densidade de 1.002 a 1.008. Em doentes com diabetes insípida, a saliva estava também próximo da neutralidade, como no normal.

Sintomas gástricos indefinidos, tais como náuseas, vômitos, azia e anorexia, parecem ser comuns em doentes com diabetes insípida. A causa destes sintomas, é motivo de controvérsias. No entanto, do resultado de experiências realizadas, admite-se que estes doentes têm, em seguida a certas estimulações, um maior volume de suco gástrico com um grau de acidez mais elevado e aumento da pepsina, do que o indivíduo normal. A injeção de pituitrina, inibe estes efeitos. Em face destes dados, parece que o lobo posterior da hipófise tem algum controle sobre a secreção gástrica. Em consequência da falta de secreção da neuro-hipófise, na diabetes insípida, haveria um aumento de certos constituintes do suco gástrico.

Tem sido demonstrado que a urina humana normal contém uma substância, a urogastrona que, injectada endovenosamente em cães, inibe a secreção gástrica. Kaulberg e colaboradores (1947) estudaram este problema e verificaram que os extractos, contendo urogastrona, preparados a partir da urina de cães normais, inibiam a secreção gástrica e diminuíam a acidez do suco gástrico. Cães hipofisectomizados, com diabetes insípida, não produziam urogastrona em quantidades suficientes para diminuir a secreção gástrica. Pelo contrário, extractos da urina destes cães, aumentavam a quantidade e a acidez do suco gástrico, depois da injeção de histamina. A análise destes factos, leva à conclusão de que a hipófise desempenha um papel na formação ou excreção da urogastrona.

Marañon e colaboradores (1939), chamaram a atenção para a frequência de síndromas abdominais agudos em doentes com diabetes insípida. Estes sintomas foram divididos em dois grupos. No primeiro, incluíam-se paralisias intestinais que simulavam ileus paralítico; no segundo grupo, predominavam o espasmo e a dor que simulavam apendicite aguda, perfuração de úlcera péptica, colecistite ou qualquer outra situação abdominal aguda. O diagnóstico diferencial impõe-se, para evitar uma intervenção cirúrgica desnecessária.

Intoxicação pela água: O fenómeno da intoxicação pela água pode aparecer nos doentes com diabetes insípida, em determinadas condições.

Weir e colaboradores (1922) citam o caso de um doente que, depois da administração de extracto hipofisário, continuou a beber as quantidades habituais de água durante um período de oito horas, ingerindo 5,25 litros, enquanto eliminou apenas 800 c.c. de urina. Passadas 3 a 4 horas, sentiu-se bastante doente, com cefaleias intensas e náuseas; a observação revelou, unicamente, edema das pálpebras inferiores e dos tornozelos. A repetição desta experiência no mesmo doente e em outros, produziu os mesmos sintomas e, num dos casos, ataxia.

Snell (1928-29) confirmou estes resultados em três doentes com diabetes insípida post-encefalítica.

Weir e colaboradores, efectuaram experiências em cães, dando-lhes grandes quantidades de água, por via oral, em seguida à administração de extracto hipofisário; algum tempo depois, os animais tinham tremor acentuado, salivação, vômitos e, finalmente, convulsões e coma. Porém, fornecendo-lhes apenas grandes quantidades de água, não se manifestavam quaisquer sintomas. Determinações do volume sanguíneo feitas antes da administração do extracto hipofisário, antes do fornecimento de água e depois do início dos sintomas, não mostraram alterações apreciáveis.

A causa da intoxicação aquosa, é muito discutida. Pensou-se que seria devida a uma plétora hidrémica, mas não se encontraram dados a favor desta hipótese. Demonstrou-se que nem o extracto hipofisário, nem as grandes quantidades de água, só por si, foram capazes de produzir este fenómeno. Sugeriu-se o edema do cérebro, mas não foi comprovado. O aumento da pressão sanguínea, também não é suficiente para explicar as manifestações tóxicas. A eclampsia também foi proposta como causa, em virtude do início súbito dos sintomas e do restabelecimento rápido.

Blotner estudou um doente com diabetes insípida devida a doença de Parkinson post-encefalítica; foi-lhe feita tireoidectomia total e a poliúria e a polidipsia diminuíram. Depois disto, fizeram-se determinações do volume sanguíneo, antes e depois da administração de pituitrina; o volume total de sangue era de 5.000 c.c. antes do uso da pituitrina e aumentou para 6.000 c.c. depois da administração da droga. O doente não teve sintomas tóxicos. Esta variação no volume do sangue, estava em nítido contraste com o que se observou em doentes com diabetes insípida idiopática, que mostraram variações muito pequenas ou nenhuma no volume sanguíneo, depois da terapêutica pela pituitrina. Parece possível que os doentes com diabetes insípida secundária a encefalites, tenham uma particularidade que os torna susceptíveis para a retenção de líquidos e intoxicações pela água, em seguida à administração de pituitrina.

Em certos casos de diabetes insípida post-encefalítica, apesar da terapêutica pela pituitrina, pode existir uma tendência para a sede, levando a um consumo exagerado de água e intoxicação aquosa. Nestas circunstâncias, é necessário restringir a ingestão de líquidos, durante a terapêutica pela pituitrina.

EXAME FÍSICO

Segundo Blotner, o estado geral físico dos doentes com diabetes insípida idiopática é normal, a não ser que haja qualquer complicação.

Quando a doença é devida a outras causas, como um tumor cerebral, o estado físico dos doentes depende do factor etiológico.

Por vezes, há a impressão de que os indivíduos com diabetes insípida, têm um aspecto anormal. Esta ideia provém do facto de que, geralmente, são publicadas fotografias, não de doentes de aspecto vulgar, mas de casos raros de diabetes insípida com alguma doença complicativa, como o síndrome de Fröhlich, xantomatose, atraso do desenvolvimento, raquitismo renal, etc. Os doentes com diabetes insípida não complicada, têm uma fisionomia normal.

Em geral, não há alterações apreciáveis no peso e na altura; uns são gordos, outros magros.

A secura da pele, considerada um sintoma regular da doença, nem sempre se observa; nos casos de Blotner, não havia modificações da pele.

Os olhos são normais, a não ser que a diabetes insípida seja devida a um tumor cerebral, xantomatose ou sífilis; no tumor cerebral e na xantomatose, pode haver exoftalmos. Nos casos com tumor cerebral, habitualmente há perda de visão, hemianopsia, diminuição do campo visual, diplopia, atrofia do nervo óptico e nevrite óptica. Na sífilis, podem observar-se anisocoria e alterações dos reflexos pupilares. As cataratas, tão frequentes em indivíduos com diabetes mellitus, não se verificam nos doentes com diabetes insípida.

A mucosa da boca, geralmente está seca.

O coração e a pressão sanguínea, habitualmente não revelam alterações. As doenças vasculares são, relativamente, raras nestes indivíduos. A imagem radiográfica da silhueta cardíaca, mostra configuração e dimensões normais. Não se observam alterações, depois da administração de extracto hipofisário.

Os pulmões são normais. As infecções respiratórias são raras nestes doentes.

O fígado, o baço e os rins, estão geralmente normais.

As perturbações genitais não são vulgares (Blotner). Em algumas circunstâncias, tem-se observado hipogonadismo, particularmente quando a diabetes insípida é devida a um tumor cerebral. Por outro lado, há casos de puberdade precoce, quando a diabetes insípida coexistiu com tumor da glândula pineal.

Os ossos, ordinariamente, não apresentam alterações, excepto quando haja alguma doença particular que cause a diabetes insípida.

O sistema nervoso central revela-se normal pelo exame, a não ser em casos devidos a tumor do cérebro ou a infecção.

EXAMES LABORATORIAIS

Urina: Na diabetes insípida, a urina é quase incolor. a sua densidade é, persistentemente, baixa entre 1.001 e 1.005,

TERAPÊUTICA SINÉRGICA DOS ESTADOS GRIPAIS,
BRONQUITES, PNEUMONIAS E SUPURAÇÕES PULMONARES

ACÇÃO ANTIBIÓTICA,
ANTISSÉPTICA E BALSÂMICA

TRANSCILINA

EM FRASCO:

PENICILINA G CRIST. + PENICILINA G PROCAÍNA

EM AMPOLA:

VITAMINA A + GLUCONATO DE QUININA + TERPINOL +
EUCALIPTOL + CÂNFORA SOLÚVEL + MENTOL
= EM SOLUÇÃO AQUOSA =

TRANSCILINA-E

(COM ASSOCIAÇÃO DE SULF. DE DIHIDROESTREPTOMICINA)

PARA SUSPENSÃO EXTEMPORÂNEA

200.000 U. O.

400.000 U. O.

600.000 U. O.

800.000 U. O.

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO 8 - LISBOA

TRADIÇÃO QUE NÃO MORRE E EVOLUÇÃO QUE NÃO PARA



IODARSOLO

iodo + arsénio

IODARSOLO B₁₂

iodo + arsénio + vit. B₁₂

Debilidade geral orgânica — Linfatismo — Anemias secundárias
Anorexia — Raquitismo — Estados de convalescença
Frs. de 200 cm³ de Iodarsolo + 140 meg. de Vit. B₁₂

IODARSOLO B₁₂

INJECTÁVEL

Em todos os casos indicados para a forma bebibel,
mas em que se julgue necessário um tratamento mais
rápido e intenso.

Os medicamentos que nenhum doente se
recusará de tomar à hora fixada.

PRODUTOS
Baldacci

FARMOQUÍMICA BALDACCI S.A.R.L.

RUA DUARTE GALVÃO, 44 — LISBOA — TELEF 78 04 20 - 78 07 19

habitualmente; uma densidade de 1.010 ou mais, torna pouco provável o diagnóstico de diabetes insípida. O ponto de congelação, desce a —0,26 ou —0,30. A reacção é geralmente anfotérica. Quando os líquidos são restringidos, a densidade pode subir até cerca de 1.012. Isto verifica-se, também, durante a febre.

O volume diário, depende da intensidade do processo; na maioria dos casos varia entre 5 a 10 litros chegando, em circunstâncias raras, a atingir 40 litros. A urina não contém albumina ou açúcar, nem outros elementos anormais, a não ser que haja alguma complicação. Todas as substâncias dissolvidas, diluem-se proporcionalmente ao volume urinário.

Na diabetes insípida tratada com extractos post-hipofisários, a urina torna-se concentrada e adquire uma cor de âmbar; a densidade sobe e o volume desce.

Sangue: Não há variações importantes no número dos glóbulos vermelhos, quer o doente esteja ou não submetido à terapêutica pela pituitrina. Se houver uma diminuição acentuada dos eritrócitos, será devida a outra causa secundária, como uma neoplasia, rotura de úlcera péptica, factor carencial, etc. Nos doentes com restrição de líquidos, pode haver poliglobulia por hemoconcentração.

A velocidade de sedimentação está, também, dentro dos limites normais ainda que, frequentemente, no limite extremo da normalidade. A pituitrina não causa modificações apreciáveis na velocidade de sedimentação.

Tem-se discutido se há ou não variações na concentração sanguínea, quando os doentes com diabetes insípida são tratados com pituitrina. Nos casos de Blotner não houve variações nítidas da concentração do sangue. Em algumas circunstâncias, pouco comuns, tem-se verificado uma hemodiluição em seguida à terapêutica pela pituitrina; eram doentes que estavam desidratados antes do tratamento.

As proteínas totais estão, sensivelmente, dentro dos valores normais, com ou sem terapêutica pela pituitrina. Por outro lado, foi verificado que a pitressina reduz a concentração das proteínas do soro. Kourilsky e Fournier referiram a existência de hiperproteinemia e hiperclorémia, que se acentuaram durante a restrição de líquidos, em casos de diabetes insípida não tratados.

Determinações feitas em diversos doentes, mostraram valores normais das seguintes substâncias no sangue, em jejum: ureia, azoto não proteico, glicose, cloretos, fósforo, ácido úrico, creatina, magnésio, potássio e índice icterico. Em alguns casos, os valores do cálcio, colesterol e iodo estavam alterados. O cálcio foi determinado em 14 doentes, verificando-se que em 5 deles estava mais elevado do que o normal, com valores de 11,4 a 14,4 miligramas por 100 c.c. Quando os doentes foram tratados com pituitrina, o cálcio não variou apreciavelmente, excepto num caso em que de 11 miligramas, subiu para 12,8 miligramas depois do tratamento (Blotner).

Nos doentes com diabetes insípida, o volume sanguíneo mantém-se normal; quando se administra pituitrina, há uma variação muito pequena deste volume.

O tempo de circulação braço-língua (usou-se a decholina), foi estudado num grupo de doentes, antes e depois da terapêutica com pituitrina; os valores encontrados eram normais.

O test de tolerância para a glucose por vezes dá curvas um pouco diferentes do normal.

Discute-se a causa da variabilidade de tipos de curvas nestes tests de tolerância para a glucose. As curvas de tolerância normais ou baixas, podem ser explicadas pela falta de secreção do lobo posterior da hipófise; esta ideia baseia-se nos resultados apontados por Blotner e Fritz, que verificaram que a injeção de pituitrina, causava uma subida da glicémia, seguida de uma descida para o normal ou abaixo do normal. As curvas de tolerância elevadas, explicar-se-iam por uma sobre-actividade da hipófise anterior.

Em alguns casos de diabetes insípida, verificou-se um aumento do colesterol sanguíneo. Esta subida, atribuiu-se à deficiência do lobo posterior da hipófise. A tolerância para as gorduras está por vezes um pouco reduzida, como se

demonstra com a execução de provas de tolerância para as gorduras.

Cloretos no sangue e na urina: Considerando a poliúria da diabetes insípida como uma diurese, esperar-se-ia encontrar uma excreção aumentada de cloreto de sódio na urina e uma descida na concentração do cloro no soro, já que os diuréticos causam um aumento da excreção de sal ligada ao aumento do volume da urina. As opiniões divergem quanto à interpretação deste facto, porque alguns investigadores têm referido, na diabetes insípida, a existência não só de hiperclorémia e hipoclorémia, como também de hiperclorúria e hipoclorúria. Também têm sido encontrados resultados diversos, no efeito da pituitrina sobre os cloretos do soro e da urina.

Neubauer, Vogel e Oppenheim em 1872, encontraram grandes quantidades, de 20 a 30 gramas, de cloreto de sódio na urina diária de cinco doentes com diabetes insípida. Quando a ingestão de sal foi reduzida, a excreção de cloreto de sódio diminuiu, ainda que o volume da urina não variasse. O sal não tinha efeito diurético.

Contudo, mais recentemente demonstrou-se que a eliminação de cloreto de sódio na diabetes insípida era normal, mas aumentando o sal na dieta aumentava o volume total de urina, a fim de eliminar-se o excesso de sal.

Swan sugeriu que as alterações do metabolismo da água na diabetes insípida, eram secundárias às do metabolismo do cloro.

Weil, dividiu a diabetes insípida em dois tipos: hiperclorémico-hipoclorúrico e hipoclorémico-hiperclorúrico.

Alguns autores têm verificado que os cloretos do sangue diminuem em seguida à administração de pituitrina. Observou-se que a pituitrina aumentava a excreção de cloretos na urina, ainda quando a diabetes insípida estava atenuada.

Pelo contrário, têm sido estudados casos desta doença, com e sem terapêutica, que revelaram que a concentração dos cloretos no sangue era normal ou baixa e que a excreção de sal não era afectada ou estava diminuída, pela administração de pituitrina (Blumgart e White). Em continuação, White e Findley, e Smith e Mac Kay, notaram que a pituitrina não modificava a excreção urinária de cloretos.

Blotner não encontrou as variações nos cloretos do soro, mencionadas por outros autores. Estudos efectuados por este autor, em doentes com diabetes insípida, mostraram que não havia alterações na concentração dos cloretos do soro ou na excreção de cloreto de sódio pela urina. Em 10 destes doentes, os cloretos no líquido céfalo-raquidiano, também estavam normais. A administração de pituitrina, não produziu quaisquer alterações significativas nos cloretos do sangue ou da urina; se houve alguma variação, foi no sentido de uma diminuição da excreção de sal.

Manchester, Smith e MacKay verificaram que, em pessoas normais, os extractos de hipófise posterior produziam um grande aumento na excreção de sódio e de cloro pela urina.

Alguns investigadores, demonstraram que vários diuréticos aumentam acentuadamente a excreção de cloro pela urina.

Mayer observou que, na diabetes insípida, a teocina não afectava o volume total da diurese, mas elevava a concentração do cloreto de sódio na urina.

Lindeboom obteve um efeito diurético com salirgan e uma concentração bastante alta de sal na urina de doentes com diabetes insípida, ainda que os valores do cloro sanguíneo não revelassem variações importantes.

Estes resultados mostram que os doentes com diabetes insípida mantêm um balanço normal de cloro, quando ingerem uma quantidade normal de sal na dieta, não obstante a perda de enormes volumes de líquidos ou a administração de pituitrina.

Iodo no sangue e na urina: As observações de Blotner na tireoidectomia total, indicaram que há uma relação entre a actividade tiroideia e o balanço da água, em doentes com diabetes insípida.

Em 15 doentes determinou-se o iodo total (com as suas fracções orgânica e inorgânica) no sangue e o iodo na urina, durante e depois da terapêutica pela pituitrina. Os resultados mostraram que, quando não foi dada pituitrina, o iodo san-

guíneo, habitualmente, estava a um nível inferior ao normal, embora num caso estivesse elevado (12,6 microg %). A administração de pituitrina, produziu efeitos opostos: o nível de iodo sanguíneo estava aumentado em muitos casos, e a excreção de iodo pela urina, nas 24 horas, estava consideravelmente diminuída.

Pode concluir-se que nos casos de diabetes insípida, não tratados, há um aumento da excreção de iodo pela urina e um nível inferior ao normal do iodo no sangue. Quando estes doentes são tratados com pituitrina, ocorre o contrário: a excreção de iodo pela urina diminui e o iodo no sangue aumenta.

Test de tolerância para o álcool: As pessoas normais têm uma tolerância variável para o álcool, como têm para o tabaco e outras drogas.

Blotner notou que alguns dos seus doentes com diabetes insípida, manifestavam uma tolerância fora do vulgar para as bebidas alcoólicas. Este autor, fez tests de tolerância para o álcool, em pessoas normais e em doentes com aquela doença, dando 0,6 c.c. de álcool absoluto por quilo de peso do indivíduo, depois de estarem em jejum durante a noite. A concentração do álcool foi determinada, pelo método de Gibson e Blotner, em amostras simultâneas de sangue venoso e urina, obtidas antes da refeição de prova e depois com intervalos de meia hora, durante 4 horas. Em dez pessoas normais, o álcool do sangue, em jejum, variou de 10 a 7 miligramas por 100 c.c. Depois da ingestão de álcool, houve uma subida da curva, que atingiu o máximo de concentração, 41 miligramas, em uma hora e desceu gradualmente para um nível próximo dos 15 miligramas, em quatro horas. Na urina em jejum, o álcool ia de 0,4 a 2 miligramas por 100 c.c.; em seguida à administração de álcool, subiu para 50 miligramas em hora e meia e desceu para 16 miligramas, em quatro horas.

Nos doentes com diabetes insípida, as curvas de álcool obtidas sem pituitrina, foram semelhantes embora ligeiramente mais elevadas, às que se observaram em indivíduos normais. A injeção de pituitrina impediu a subida habitual na concentração do álcool no sangue e na urina, depois da ingestão de álcool. Este facto parece dever-se à influência inibitória da pituitrina na absorção do álcool, ou porque na diabetes insípida não tratada, o álcool não é metabolizado tão rapidamente como na doença controlada.

Líquido céfalo-raquidiano: Nas diabetes insípida idiopáticas, o líquido céfalo-raquidiano é normal podendo, no entanto, haver um aumento do cálcio. O fosfato inorgânico, os cloratos e as proteínas não mostraram variações importantes. Em outros casos, quando a doença é devida a infecções ou tumores, o líquido céfalo-raquidiano pode revelar certas anormalidades, que dependem da causa fundamental.

Metabolismo basal: O metabolismo basal determinado em 45 doentes com diabetes insípida, ia de — 38 a + 20 %, excepto num caso (+ 77 %). Não havia sinais ou sintomas de mixedema ou de hipertiroidismo.

Electro-encefalograma: Nos casos de diabetes insípida idiopática, o electro-encefalograma é normal.

Electro-cardiograma: Na diabetes insípida, o electro-cardiograma é normal, a não ser que haja alguma doença cardíaca associada.

Exame radiológico: O exame radiológico da sela turca, é de grande interesse, uma vez que nos mostra alterações do tamanho da glândula, que não se manifestariam por nenhuma sintomatologia local. É muito difícil dar números das dimensões normais da sela turca, tal como se aprecia na imagem radiográfica. Temos, pois, de avaliar a sua normalidade ou anormalidade pelo tamanho relativo às dimensões do indivíduo, pelo estado da ossificação, pela forma, etc. (Marañon).

Cushing, aponta como máximo, dentro da normalidade, 15 milímetros para o diâmetro antero-posterior e 10 milímetros para a profundidade. A medição faz-se sobre a imagem radiográfica, tendo em conta que as suas dimensões excedem ligeiramente, as que nos daria a medição directa no esqueleto, no qual, segundo Keith, o diâmetro antero-posterior mede de

10 a 12 milímetros e de profundidade 8 milímetros. Galvez propõe que se revejam os métodos de medir a sela turca porque, segundo este autor, os usados actualmente são imprecisos e pouco eficazes. O índice proposto por Galvez, representa uma relação entre a superfície da sela turca e a do crânio, a primeira expressa em milímetros e a segunda em centímetros. Para obter tais medidas, basta sobrepor as radiografias sobre papel milimétrico, num negatoscópio; o contorno da sela é calculado desde o tubérculo às clinoides posteriores, unindo estes pontos em linha recta. A superfície craniana também se calcula facilmente, tomando como base dois diâmetros: o longitudinal, que vai desde a porção mais proeminente da curva frontal até à oposta do occipital; o transversal, perpendicular ao primeiro, que vai desde o conduto auditivo externo à porção interparietal média.

Busch (1951) fez um estudo muito completo da morfologia da sela turca e das suas relações com a hipófise, em 788 cadáveres, a 343 dos quais mediu a sela e relacionou-a com a morfologia do seio esfenoidal. Este autor considera como medidas normais, as seguintes: largura 11,48 a 11,56 mm; profundidade, 5,72 a 6,31 mm; capacidade, 0,94 a 0,82; volume da hipófise, 0,64 a 0,66.

Marañon distingue vários tipos de formas da imagem da sela turca.

a — Tipo grande: está aumentada em toda a sua extensão conservando, geralmente, a forma da imagem normal.

b — Tipo pequeno: tem dimensões pequenas mas conserva, em geral, a imagem da sela normal.

c — Tipo fundo: sela turca profunda e estreita.

d — Tipo plano: sela turca larga e pouco profunda.

e — Tipo esfumado: a imagem da sela turca e do seio esfenoidal desapareceu, sendo substituída por uma imagem confusa.

f — Tipo fechado: trata-se de uma sela turca de tamanho normal ou menor, mas em que existe uma espécie de ponte óssea que une as apófises clinoides anteriores com as posteriores.



Esquema dos diferentes tipos de imagem da sela turca (segundo Marañon)

A pneumoencefalografia revela-se normal, nos casos de diabetes insípida idiopática.

A urografia de eliminação, mostra uma concepção muito baixa do contraste nos rins e uma eliminação muito rápida. A maior parte das vezes, não se consegue a visualização dos rins e da pelvis renal.

PROVAS FUNCIONAIS

Prova da sede ou da privação de água: Não é suportada pelo doente com diabetes insípida. A poliúria mantém-se e instala-se uma desidratação aguda com acidentes graves: febre, convulsões e coma. Mas o indivíduo polidipsico, pode também não suportar esta prova e cair numa espécie de narcolepsia, em que será muito difícil fazê-lo beber.

Prova da restrição hídrica: Dão-se 800 c.c. de líquidos, com uma alimentação de 2.000 calorias e 2,5 gramas de sal, permanecendo o doente num quarto isolado. O polipsico sofre moralmente, mas não orgânicamente. As suas urinas normalizam-se (volume e densidade); a concentração do sangue não se modifica. O doente com diabetes insípida, continua a eliminar urinas abundantes, hipoconcentradas (densidade inferior a 1.010). A sua sede é viva; perde peso. O sangue concentra-se (elevação da albuminemia, do cloro globular e plasmático e do Δ). Infelizmente, todos os intermediários

NOVIDADE!

**HIPOTENSOR
VASODILATADOR
SEDANTE**

BAGOSÉRFIA

MARCA REGISTRADA

PELA PRIMEIRA VEZ
E POR VIA INTRAMUS-
CULAR, ACÇÃO HIPO-
TENSORA RÁPIDA
E PERSISTENTE, SEM
INCONVENIENTES
SECUNDÁRIOS

COMPOSIÇÃO:

(Por ampola ou comprimido)

Alcalóides úteis de Rauwolfia Ser-
pentina 0,5 mg.

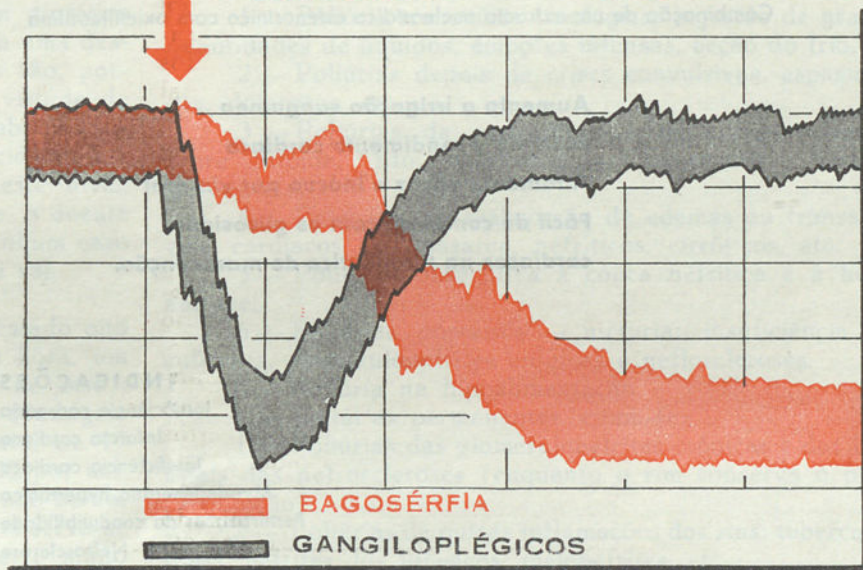
APRESENTAÇÃO:

INJECTÁVEL — Caixa de 6 × 2 cm³
COMPRIMIDOS — Frasco de 30 comp

POSOLOGIA:

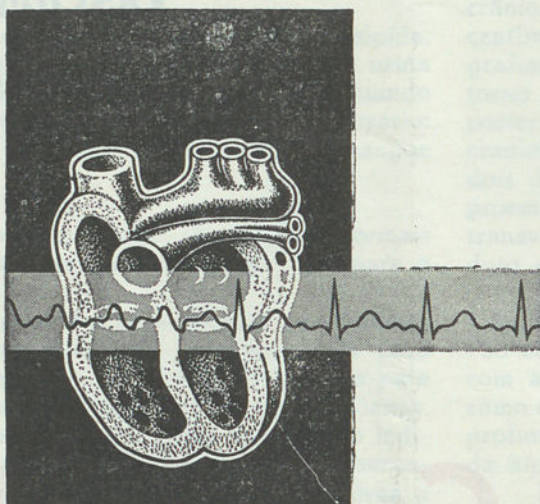
1 ampola diária por via intramus-
cular até se obter o efeito dese-
jado. Como dose de manutenção,
2-3 ampolas por semana.
Comprimidos: 1/2 a 1 comp 2-3 vezes
ao dia.

ESQUEMA COMPARATIVO DA ACÇÃO HIPOTENSORA DA
BAGOSÉRFIA E DOS GANGLIOPLÉGICOS



INDICADO EM TODOS OS TIPOS DE HIPERTENSÃO
ESSENCIAL OU SINTOMÁTICA





TERAPÊUTICA DAS PERTURBAÇÕES CIRCULATORIAS CORONÁRIAS E CEREBRAIS

PARMANIL®

Combinação de um extracto nucleosídico adenosínico com oxietilteofilina

- Aumenta a irrigação sanguínea**
- Estimula o rendimento cardíaco**
- Altamente eficaz e inócuo por via oral**
- Fácil de combinar com os glicosidos cardíacos na terapêutica de manutenção.**

INDICAÇÕES

- Insuficiência coronária
- Infarto cardíaco
- Insuficiência cardíaca
- Myodegeneratio hipertónico
- Perturbações da condutibilidade
- Nefrosclerose
- Perturbações de irrigação cerebral
- Apoplexia

EMBALAGENS

- Frascos com 20 drageas
- Caixas com 5 ampolas de 2 cc



FARBWERKE

HOECHST AG

vormals Meister Lucius & Brüning FRANKFURT (M)-HOECHST

Representantes QUIMICA HOECHST, Ld^o - Secção Farmacêutica
Av. Duque d'Ávila, 169-1^o - LISBOA

podem observar-se, e ver-se às vezes as urinas diminuírem de volume, enquanto o sangue se concentra.

Prova da injeção de hormona anti-diurética: Na verdadeira diabetes insípida vê-se, muito fielmente, quinze minutos após a injeção de hormona anti-diurética, desaparecer de maneira simultânea a sede e a poliúria. Durante seis a oito horas, raramente mais de doze, as urinas aparecem concentradas e coradas normalmente. Todavia, qualquer que seja a dose empregada, não chega geralmente a levar a diurese aos valores estritamente normais. Nos casos de polidipsia primária, a acção da post-hipófise é, teoricamente, nula. Com efeito, um indivíduo, mesmo normal, se beber muito, come parcialmente à post-hipófise. Além disso, existem casos intermediários onde a acção da hormona é muito incompleta.

Prova da ingestão maciça de água: Provoca uma taquiúria, seguida de uma volta rápida da sede.

Prova da junção de 20 gramas de Cl Na (Veil): Provoca um aumento da sede e da diurese, sem elevação paralela da clorúria, mas aumenta igualmente a sede no polidipsico e no indivíduo normal.

Prova do regime sem sal: A diurese diminui cerca de 50 %, mas não desce abaixo de um certo nível; é a este nível que se convencionou chamar, poliúria de base.

J. Decourt nota que, se a diurese diminui, o balanço hídrico torna-se negativo, e o doente perde peso. Aliás, o indivíduo normal submetido a um regime sem sal, bebe menos e urina menos; mas, se a redução da diurese é inferior à das bebidas, ele desidrata-se.

Prova da injeção de um diurético mercurial: Decourt e Kourilsky, demonstraram que a injeção de um diurético mercurial, reduz paradoxalmente a poliúria, provoca uma descarga clorúrica e acalma a sede. Os seus efeitos são, portanto, comparáveis aos do regime sem sal e em virtude de um mecanismo idêntico. Portanto, o doente com diabetes insípida, sob a influência de tal diurético, é conduzido à sua poliúria de base, não descendo nunca abaixo deste nível. Facto capital, para que o diurético mercurial actue, o doente deve estar submetido a um regime salgado. Em nenhum caso pode associar-se os seus efeitos aos do regime sem sal.

Prova de Carter e Robins: Depois de ter estado oito horas sem beber, o indivíduo ingere durante uma hora, um litro e meio de água (para uma pessoa com 70 kg de peso). Logo que o débito-minuto das urinas recolhidas por sondagem vesical ultrapasse 5 c.c., injecta-se endovenosamente, em 45 minutos, 750 c.c. de soro cloretado hipertónico a 25 por mil. No doente com diabetes insípida, o débito-minuto não baixa, enquanto que no indivíduo normal e no polidipsico, observa-se uma redução superior a 70 %. Mas, infelizmente, é muito difícil conseguir que um doente com diabetes insípida se abstenha de beber durante oito horas.

Prova de Cates e Garrod: Consiste em registar os efeitos sobre a diurese, da injeção endovenosa de nicotina. Usa-se uma solução neutra, titulando 1 miligrama de nicotina para 5 c.c., e injecta-se lentamente em cinco minutos (1 miligrama de nicotina nos não fumadores e 3 miligramas nos fumadores). Nos doentes com diabetes insípida, os efeitos são nulos, enquanto que os indivíduos normais ou polidipsicos respondem à injeção de nicotina por uma diminuição, de cerca de 80 %, do débito-minuto urinário.

Prova da injeção intra-carotídea de «Diiodone» hipertómico: Proposta por Savoie, pode servir de prelúdio a uma arteriografia cerebral e fornece resultados geralmente comparáveis à prova de Cates e Garrod.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Depois de um início brusco ou progressivo, o quadro da diabetes insípida reduz-se a uma poliúria, a mais intensa de todas as poliúrias conhecidas, e a sede imperiosa, angustiante. A ordem de aparecimento, em clínica, destes dois sin-

tomas, nem sempre é a mesma; umas vezes é a poliúria, outras vezes é a polidipsia a primeira a revelar-se. Estes sintomas mantêm-se durante o dia e a noite. Se o doente é capaz de dormir, de noite, sem que o sono seja perturbado para beber e urinar, é quase certo que não tem uma diabetes insípida.

Além destes, pode haver outros sintomas e sinais relacionados com a causa etiológica da doença.

Podem associar-se:

a — Um síndrome infundibular (de Claude e Lhermite): narcolepsia, fenómenos vaso-motores, poliglobulia, perturbações da regulação térmica.

b — Um síndrome adiposo-genital.

c — Perturbações ante-hipofisárias: gigantismo, acromegalia, nanismo, atraso da puberdade.

d — Sinais de hipertensão intracraniana e, excepcionalmente, um síndrome da parede externa do seio cavernoso.

e — Sinais endócrinos a distância (tiroideus, genitais).

É possível a associação de uma diabetes insípida com uma diabetes mellitus. Esta diabetes mellitus, não deve ser confundida com a simples perturbação da glicoregulação (despistada por uma prova de hiperglicémia provocada) que, segundo Gilbert-Dreyfus, é muito frequente. Mais adiante, focarei este aspecto com mais pormenor.

A *sintomatologia clínica não basta*, por si só, para estabelecer-se com segurança o diagnóstico de diabetes insípida. *Torna-se então necessário recorrer aos exames laboratoriais e às provas funcionais, já referidos atrás.*

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial da diabetes insípida, faz-se com todas as situações acompanhadas de poliúria.

As poliúrias, podem ser: transitórias e permanentes.

Entre as poliúrias transitórias, temos:

1 — Poliúria transitória fisiológica: ingestão de grandes quantidades de líquidos, emoções intensas, acção do frio.

2 — Poliúrias depois de crises convulsivas, espasmódicas, dolorosas, etc.

3 — Poliúrias da convalescença de certas infecções: febre tifóide, tifo exantemático, pneumonia, icterícias graves, etc.

4 — Poliúrias por reabsorção de edemas ou transsudados: cardíacos em anasarca, nefríticos, cirróticos, etc.

5 — Poliúria consecutiva à cólica nefrítica e à hidronefrose.

6 — Poliúrias posturais — noctúria: insuficiência circulatória, glomerulonefrites crónicas e nefroscleroses.

7 — Poliúria na hipotalimentação.

Das poliúrias permanentes, citam-se:

1 — Poliúrias das glomerulonefrites crónicas e das fases finais das nefroscleroses (enquanto o rim conserva o poder de diluição).

2 — Poliúrias de outras inflamações dos rins: tuberculose renal, nefrites dos litiásicos, pielonefrites, etc.

3 — Poliúria no rim amilóide e no rim poliquistico.

4 — Poliúria da diabetes mellitus.

5 — Poliúrias de outras formas de diabetes: diabetes fosfatúrica, diabetes azotúrica.

O diagnóstico diferencial da diabetes insípida, faz-se ainda com:

Hipertiroidismo: poliúria, normostenúria, sinais de hipertiroidismo.

Hiperparatiroidismo: poliúria, alterações ósseas, alterações metabólicas correspondentes.

Síndrome de Cushing: poliúria, obesidade, hipertensão, hirsutismo.

Hiperaldosteronismo primário: poliúria e polidipsia.

Administração prolongada de DOCA: poliúria e polidipsia.

É necessário, também, distinguir a diabetes insípida, das doenças da sede (que são nevroses). Entre elas contam-se:

A dipsomania: crises paroxísticas de sede, precedidas de pródromos, como a crise de epilepsia, de que a dipsomania seria, talvez, um equivalente, e acompanhadas de ansiedade e de agitação psicomotora, com tendência a abusar de bebidas alcoólicas.

A potomania: frequente, sobretudo, nos adolescentes desequilibrados, inclinados à manha e à dissimulação. Nestas

doenças da sede, tudo se normaliza desde que se consiga reduzir o volume dos líquidos ingeridos.

Os doentes histéricos, podem apresentar algumas características da diabetes insípida.

Na idiosincrasia à cafeína, há também poliúria, que cessa ingerindo água.

Em todas estas situações, os sintomas clínicos juntamente com os resultados fornecidos pelos exames laboratoriais e provas funcionais, permitem fazer o diagnóstico diferencial.

PROGNÓSTICO

O prognóstico da diabetes insípida idiopática é bom, indiferentemente da idade do doente. O prognóstico dos casos associados com outras situações, como tumores do cérebro, doença de Parkinson, xantomatose, etc., depende da situação patológica fundamental.

A ingestão excessiva de líquidos, durante anos, não tem um efeito prejudicial sobre o aparelho cardiovascular.

Um indivíduo com diabetes insípida, deve esperar viver uma vida normal. Psicologicamente, os doentes podem viver felizes e ser úteis. São pessoas mental e emocionalmente normais.

Os indivíduos com esta doença, podem casar e ter uma vida matrimonial feliz. Jovens ou velhos, devem ocupar um lugar normal na sociedade.

TERAPÊUTICA

O tratamento ideal da diabetes insípida seria, naturalmente, a eliminação da causa. Infelizmente, porém, o tratamento com êxito da causa da doença, é muito raro. Contudo, actualmente é possível controlar a poliúria e a polidipsia, pela administração de extractos do lobo posterior da hipófise, qualquer que seja a etiologia da diabetes insípida.

Na terapêutica desta doença, podemos considerar medidas curativas, substitutivas e sintomáticas.

Medidas curativas: Como já disse, a cura completa da diabetes insípida pela eliminação da sua causa, tem poucas probabilidades de êxito.

1 — Intervenção cirúrgica: A remoção de tumores da região diencéfalo-hipofisária, nem sempre possível, pode ter consequências várias sobre a diabetes insípida — ausência de efeitos, agravamento da doença, melhoria ou cura temporária e cura permanente.

2 — Radioterapia profunda, útil em casos de tumores radiosensíveis e quando o sistema supraóptico-hipofisário seja susceptível de regeneração.

3 — Irradiação pelos raios X, em doses estimulantes, da área da hipófise nos casos com SAC sem tumor hipofisário.

4 — Terapêutica anti-luética, nos casos de origem sifilítica.

5 — Medicação pela nicotinamida, na etiologia pelagrosa.

6 — Nos casos de xantomatose, têm sido recomendadas várias formas de tratamento, tais como dietas pobres em gordura e ricas em cálcio e vitamina D, injeções de insulina, extractos tiroideos e paratiroideos. À parte a acção dos raios X (que parecem ter um efeito local e específico — desaparecimento dos defeitos ósseos), aqueles métodos terapêuticos têm conseguido poucos ou nenhuns resultados eficazes sobre a xantomatose e a diabetes insípida. Pode haver remissões espontâneas da doença.

Medidas de substituição: Von den Velden e Farini (1913), independentemente, verificaram que os extractos do lobo posterior da hipófise, atenuavam a poliúria e a polidipsia de doentes humanos com diabetes insípida.

Karum e colaboradores, Stehle e outros, separaram do extracto pituitário duas fracções, a pitressina e a pitocina.

A pituitrina, pode administrar-se sob várias formas:

- a) solução (aquosa ou oleosa) — via parentérica;
- b) pó — instilação, insuflação, inalação e aplicação intra-vaginal (boa tolerância);

c) geleia — aplicação nasal;

d) enxerto subcutâneo de hipófise posterior.

A terapêutica pela pituitrina é tão formal como a insulina na diabetes mellitus e a tiroidina no mixedema; é um verdadeiro tratamento causal, cuja acção não desaparece com o tempo.

Devem-se dar as doses mínimas necessárias para obter o efeito desejado, e regular a ingestão de água (para prevenir a intoxicação pela água: inquietação, confusão mental, incoordenação muscular, hipotermia, cefaleias, vômitos e convulsões, podendo mesmo levar à morte).

Em alguns doentes, produzem-se reacções de hipersensibilidade à pituitrina (sem gravidade, excepto em pessoas idosas ou com insuficiência coronária): cólicas intestinais, palidez, palpitações, náuseas, diarreia, etc., que tornam impossível ultrapassar as pequenas doses e conseguir, portanto, bons resultados. Nestes casos, emprega-se a intermedina, que não é tão eficaz, mas melhora bastante os sintomas funcionais da diabetes insípida.

A administração de pituitrina, nem sempre consegue a redução imediata da poliúria, porque o doente adquiriu o hábito de ingerir grandes quantidades de líquidos. Então, deve fazer-se a psicoterapia.

b — pituitrina cirúrgica, duas vezes mais activa.

A dose varia de 0,5 a 3 c.c. consoante os casos; o efeito de cada injeção, mantém-se durante 5 a 8 horas e depende do indivíduo. São, por isso, necessárias várias injeções por dia.

A aplicação intranasal pode fazer-se por:

1 — Pulverização nasal: 1 c.c. de pituitrina cirúrgica dissolvida em 30 c.c. de soro fisiológico (custoso e nem sempre eficaz).

A pituitrina em solução aquosa, pode dar-se por via subcutânea, intramuscular ou aplicação intranasal:

a — pituitrina obstétrica, 0,5 a 1 c.c.;

2 — Tampão nasal 0,5 c.c. de pituitrina cirúrgica, colocado na abóbada rino-faríngea, uma vez de cada lado (bons resultados).

A eficácia da via intranasal foi demonstrada, pela primeira vez, por Blumgart. Este método não é acompanhado de reacções desagradáveis gastrointestinais e circulatórias.

Blotner afirma que esta forma de tratamento é proveitosa em todos os casos, mas que pode produzir resultados menos acentuados do que a injeção de pituitrina. Este autor verificou, ainda, que a solução de hipófise posterior, administrada sublingualmente, não produz efeitos suficientes, para ser usada na prática.

O pó de lobo posterior da hipófise, pode administrar-se por insuflação nasal, em doses que vão de 40 a 50 miligramas, 3 a 4 vezes por dia; o efeito de cada dose, mantém-se 4 a 8 horas.

Choay e Choay, em vinte anos de estudos, têm usado a inalação de pó de hipófise posterior, no tratamento de mais de cem casos de diabetes insípida. Os seus melhores resultados, foram obtidos com 3 a 5 doses de 0,01 g durante o dia e com uma dose de 0,02 g, à noite, antes de o doente se deitar. Na média dos casos, verificaram que o efeito mantinha-se 3 a 6 horas durante o dia e 6 a 10 horas durante a noite.

As contra-indicações deste método, são vários tipos de rinite. Mesmo uma simples coriza, pode causar dificuldade na absorção do pó. Por vezes, é útil a rinoscopia anterior, antes da aplicação da droga. O pó, pode misturar-se com vaselina ou gelatina.

O tanato de pitressina em solução oleosa, administra-se por via intramuscular profunda. O efeito da injeção, mantém-se durante 24 a 96 horas. 1 c.c. equivale a V unidades.

Segundo Blotner, os resultados obtidos com o tanato de pitressina em solução oleosa, são mais satisfatórios do que com qualquer outra forma de tratamento.

Ainda que se diga que a solução de hipófise posterior ou a pitressina, estejam contra-indicadas nos doentes com hipertensão, as doses terapêuticas de qualquer destas soluções administradas por via subcutânea, intramuscular ou intranasal, não causam nenhuma subida importante da pressão sanguínea.

A diminuição do débito cardíaco, depois da injeção de

pituítrina ou pitressina, deve-se em grande parte à constricção coronária, que pode ser evitada pela administração de adrenalina ou efedrina. Há casos referidos, de alterações electrocardiográficas da onda T.

A resistência à solução de hipófise posterior, apontada por alguns autores, não se verificou nos doentes de Blotner, ainda que alguns deles necessitassem de doses mais elevadas, para controlarem a poliúria e a polidipsia. Este autor pensa que, provavelmente, nos casos refractários, existe um factor neutralizante no sangue, ou há alguma variação na resistência devida a uma alergia à pituitrina.

Hirsch e Demel (1936), implantaram uma hipófise humana no abdómen de um doente com diabetes insípida, resultando a cura da doença.

Em experiências posteriores, Hirsch enxertou a hipófise de um carneiro, num jovem doente, conseguindo uma melhoria transitória dos sintomas.

Azérad, implantou fragmentos muito pequenos de hipófise posterior de boi, numa doente com diabetes insípida e obteve remissão completa da poliúria e polidipsia, meia hora depois da implantação. Repetindo este tratamento várias vezes, verificou que as melhoras obtidas duravam de 8 a 11 dias.

A desvantagem principal dos enxertos sub-cutâneos de post-hipófise, à parte o efeito transitório, é a formação de anticorpos específicos para a espécie, pelo que tem de variar-se os produtos e retirá-los de animais de espécie diferentes.

Medidas sintomáticas: Utilizam-se, apenas, quando há impossibilidade de empregar medidas curativas e falham as de substituição. Não resolvem o problema, mas diminuem a acuidade do síndrome.

Entre elas temos:

1 — Febre artificial: injeção endovenosa de vacinas bacterianas.

2 — Amidopirina, luminal, morfina, atropina (sulfato de atropina, tintura de beladona), sedativos centrais — resultados fugazes e variáveis.

3 — Piramido (0,3 g 2 a 3 vezes por dia) — retenção de água por acção impermeabilizadora da parede capilar, principalmente associado a extractos hepáticos.

4 — Diuréticos mercuriais — maior eliminação de cloreto de sódio e aumento do poder de concentração renal. Não se deve prolongar o seu uso.

Teocina (0,5 g, 2 a 3 vezes por dia) — nos indivíduos normais, actua como diurético; nos doentes com diabetes insípida, consegue elevar o poder de concentração e inibir a diurese.

5 — Hormonas sexuais: Troisier e Beltrametti, injectaram largas doses de foliculina em doentes com diabetes insípida e obtiveram um efeito anti-diurético acentuado.

Blotner não conseguiu resultados idênticos.

Allen e Stokes, curaram uma diabetes insípida num rapaz, ao corrigirem uma criptorquidia bilateral, com 25 injeções de Antuitrin-S.

Mário Fernandez, num caso de infantilismo hipofisário associado a diabetes insípida, obteve melhoras com a administração de androgéneos.

6 — Insulina — favorece o depósito de água nos tecidos; resultados pouco satisfatórios, mas deve-se ensaiar quando haja resistência à pituitrina.

7 — Tio-derivados — segundo Marañon, obtêm-se bons resultados, principalmente quando há hipoclorémia.

8 — Tiroidina — quando a diabetes insípida se acompanha de hipotiroidismo.

9 — Tiroidectomia — nos doentes com tireotoxicose acentuada; nos casos de maior benignidade, os tio-derivados oferecem possibilidades de êxito.

10 — Punção lumbar — em casos raros, consegue-se o desaparecimento da poliúria e polidipsia.

Miscelânea: Mc Phedran, refere o caso de um homem que se curou da sua diabetes insípida, depois de ter sido picado, simultaneamente, por 40 abelhas!

Os choques eléctricos foram tentados, mas sem resultado.

As ondas curtas foram usadas com sucesso, num caso de diabetes insípida traumática.

Regime dietético: Várias dietas têm sido sugeridas, incluindo a hipocloretada, a hipoproteica e a hipocalórica.

Allen e Sherrill, observaram que a restrição de proteínas e sal, reduz a sede a poliúria. A redução de cloreto de sódio, parece mais importante do que a de proteínas. Os melhores resultados foram obtidos, quando o sal era limitado a menos de 1 g diário. Contudo, é evidente que uma restrição acentuada das proteínas e do sal, é impraticável principalmente nos doentes activos. Além disso, a diminuição da polidipsia e da poliúria é relativamente pequena, e não justifica um regime assim.

A diabetes insípida não é contra-indicação para a cirurgia e para as várias formas e métodos de anestesia. As intervenções cirúrgicas podem realizar-se nestes doentes, sem riscos maiores do que nos outros.

A preparação para a operação, deve fazer-se de acordo com os métodos habituais. Contudo, antes da intervenção, é conveniente administrar pituitrina.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ALBEAUX-FERNET, M., CHABOT, J., et PRUSSIER, P. — Diabète insipide par entrainement. La Semaine des Hopitaux de Paris, N.º 34, 6 Juin, 1957.
- 2 — ALBEAUX-FERNET, M., BELLOT, L., BUGARD, P., etc. — L'action des hormones sur le néphron. L'année endocrinologique, 1954
- 3 — BERGMENN, G. V., STAEHELIN, SALLE — Tratado de Medicina Interna — Endocrinologia, tomo sétimo, Editorial Labor, 1945.
- 4 — BLOTNER, H. — Diabetes insipidus. Oxford University Press, 1951.
- 5 — BOTELHO, L., y PUCHOL, J. R. — Los 17-cetosteroides en la diabetes insípida. Acta Endocrinológica Ibérica, 1951.
- 6 — Cannon, J. F. — Diabetes insipidus Archives of Internal Medicine, vol. 96, N.º 2, pág. 215, 1955.
- 7 — CELESTINO DA COSTA, A., e CHAVES P. R. — Tratado elementar de Histologia e Anatomia Microscópica, 2.ª edição.
- 8 — COLLIN, R. — Las hormonas, 2.ª edición. Espasa-Calpe, Buenos Aires, 1941.
- 9 — DOMARUS, A. V., y FARRERAS, P. — Medicina Interna, quinta edición, Barcelona, 1956.
- 10 — DREYFUS, G. — Le diagnostic du diabète insipide. Trente exposés sur des sujets actuels d'Endocrinologie, pág. 217, Masson et Cie Editeurs, Paris, 1956.
- 11 — FERNANDEZ, M. — Diabetes insípida y androgéneos. Revista Ibérica de Endocrinologia, Tomo II, N.º 7, pág. 115-121, 1954.
- 12 — FURTADO, D. — Pelagra. Lisboa, 1938.
- 13 — GORDON, G. S. — The 1952 Year Book Endocrinology, Chicago.
- 14 — MARAÑON, G. — Nuevas orientaciones sobre le patogenia y tratamiento de la diabetes insípida, Madrid, 1920.
- 15 — MARAÑON, G. — Manual de Diagnóstico Etiológico, octava edición, Espasa-Calpe, Madrid, 1954.
- 16 — MORATO, X. — Diabetes insípida e histofisiologia da neuro-hipófise. Gazeta Médica Portuguesa, Vol. IV, N.º 2, 1951.
- 17 — PAVEL, I., OEAUSI, GH., et GALACTION, O. — Les interrelations entre le diabète sucré et le diabète insipide. La Semaine des Hopitaux de Paris, N.º 37, 20 Juin, 1957.
- 18 — PEDRO-PONS, A. — Tratado de Patología y Clínica Médicas, Tomo V — Enfermedades de la Sangre y Organos Hematopoyéticos, Glandulas Endocrinas y Metabolismo. Salvat Editores, Barcelona-Madrid, 1953.
- 19 — SARDÁ, J. M. — Elementos de Fisiologia, 7.ª edición, 1956.
- 20 — SOSKIN, S., DE BODO, R., y SLATER, I. — Diabetes insípida. Endocrinologia Clínica, 1951.
- 21 — VASCONCELOS FRAZÃO, J. — Algumas observações sobre a morfologia da sele turca e da hipófise. Revista Ibérica de Endocrinologia. Tomo III, N.º 14, pág. 151 a 177, 1956.

Seara alheia

(dos livros e das revistas)

Riscos do pré e do pós-operatório

GIBLÉL MELVIN

Pré-operatório

O factor psíquico nunca deve ser olvidado quando há necessidade de intervenção. May, após cateterismo cardíaco, verificou que os doentes ansiosos apresentavam um considerável aumento do débito cardíaco com a consequente sobrecarga. Ruth e colaboradores verificaram que 5 doentes, com estenose mitral, viram as suas intervenções adiadas, após terem dado início a um edema pulmonar antes da anestesia e que se interpretou como consequência do estado de temor. Mais tarde, tranquilizados os doentes, a operação foi executada sem qualquer acidente.

A história da doença é fundamental não devendo ser olvidadas algumas perguntas cuja resposta pode ser necessária durante a operação e no pós-operatório imediato.

Se o doente foi submetido a uma terapêutica pela cortisona, ela deve ser administrada no dia anterior, durante e no pós-operatório.

Deve saber-se se o doente apresentou sensibilidade a alguma droga e se sangra ou não com facilidade.

Como estão as funções cardíaca e pulmonar? As perguntas habituais por vezes não são suficientes, devendo proceder-se a uma prova prática para o cirurgião como, por exemplo, fazer com que o doente suba e desça umas escadas e verificar as alterações de frequência e profundidade respiratória, assim como as modificações do ritmo e frequência cardíacas.

Os exames de laboratório devem ser executados sempre: hemograma, análise de urina, glicemia e uremia, albumina e globulina, tempo de protrombina, sangria e coagulação. Certos casos exigem radiografia torácica, electrocardiograma e doseamento do sódio, potássio e reserva alcalina.

Normalmente são omitidas algumas medidas pré-operatórias. Nunca se deve esquecer que um doente obeso é um mau caso. As deficiências nutritivas por seu lado devem ser sempre atendidas no pré-operatório quer sejam avitaminoses, anemias, etc. A existência de hipoproteinemia condiciona sempre a administração duma solução de albumina.

As transfusões maciças nos doentes em caquexia é um facto divulgado. Foram até propostas fórmulas: 40 e 55 ml de sangue total por cada libra de peso perdido pelo doente. Contudo, após estudos feitos principalmente por Moore e colaboradores, e que puseram em evidência em doentes com caquexia por inanição, um aumento do volume sanguíneo e diminuição do volume globular. Assinalam o perigo da administração de grandes quantidades de plasma e sangue total pois pode surgir sobrecarga circulatória e insuficiência cardíaca. As transfusões de eritrócitos evitariam este perigo e beneficiariam o doente.

Para evitar as complicações pulmonares pós-operatórias aconselha-se o exercício respiratório antes da intervenção.

Período operatório

Usa-se a abusa-se das transfusões de sangue per-operatória. Nos Estados Unidos regista-se uma mortalidade de 1/1.000 a 1/3.000 pelo que morrem por ano (3 milhões de transfusões) 1.000 a 3.000 doentes: erros no rótulo dos frascos, confusão de tubos, nomes similares e tensão dum estado cirúrgico desesperado.

A hepatite é outra das complicações que surge em 1 % dos casos, dando uma mortalidade de 0,2 a 10 %.

Quando no pré-operatório se comprova a existência duma anemia ou duma diminuição do volume de sangue, a transfusão deve ser feita antes da operação pois a conduta terapêutica duma reacção à transfusão ou duma sobrecarga circulatória é muito mais difícil sob anestesia geral.

Período pós-operatório

O transporte do doente da sala de operações para a sala de recuperação é, em regra, um pouco descuidado.

O doente só deve abandonar a sala de operações após o cirurgião e, principalmente, o anestesista não virem inconvenientes. Deve o transporte ser feito com todo o cuidado, sem interromper os solutos parenterais, com o doente em decúbito lateral e com a sonda nasogástrica. A mobilização do doente far-se-á sob a orientação do cirurgião.

Se foi feita anestesia com intubação, o tubo não será retirado enquanto o doente não tiver reagido. Conservar-se-á a cânula oral de borracha que só será retirada após o doente estar consciente.

Entrado o doente na sala de recuperação vigiar-se-ão (cirurgião e anestesista) as funções vitais e dar-se-ão as adequadas instruções ao pessoal de enfermagem: vigilância do pulso, tensões, cor, temperatura, estado de hidratação da pele e mucosas, volume do pulso e ritmo e qualquer perda anormal de sangue.

O aparelho respiratório será também vigiado: frequência e amplitude respiratórias e possível aparecimento de cianose ou retracção dos músculos intercostais.

Devem ser cuidadosamente apontados os líquidos administrados e perdidos. Não deve esquecer-se a dor mas reduzindo ao mínimo os opiáceos e narcóticos.

As perturbações respiratórias são das complicações mais frequentes. Vários princípios derivam da prática:

1 — As complicações pulmonares são mais frequentes nas intervenções abdominais altas que nas baixas.

2 — Surgem mais facilmente em doentes com lesão prévia.

3 — Os grandes fumadores estão mais predispostos às complicações respiratórias.

4 — Devem tratar-se, antes da intervenção, as cáries dentárias.

5 — A obesidade será controlada.

6 — As incisões transversais são menos dolorosas.

7 — A delicadeza do cirurgião é fundamental: menos dores pós-operatórias e melhor ventilação pulmonar.

8 — A medicação sedativa pré-operatória em grande dose diminui o reflexo da tosse e por isso pode haver atelectasia mesmo antes da intervenção.

9 — No pré-operatório deve remover-se as secreções retidas no estômago, por meio de sonda, para prevenir e reduzir a distensão abdominal.

10 — A ferida operatória deve ser protegida com um penso não compressivo para não dificultar a expansão torácica nem abdominal.

11 — Deve ensinar-se o doente a respirar profundamente, respiração diafragmática, mas no pré-operatório.

Dos princípios enumerados deriva que as complicações pulmonares reconhecem como mecanismo primário a retenção de secreções brônquicas. Para a evitar usa-se o método denominado «stir-up regimen». Os fundamentos deste método são:

1 — O doente deve ser obrigado a tossir cada 15 a 30 minutos. A contenção da ferida operatória, que pode ser feita pelo próprio doente, tornará possível a tosse.

2 — O doente efectuará 10 a 12 respirações profundas cada 30 minutos.

3 — Durante os primeiros dias o doente mudará, frequentes vezes, a sua posição.

4 — A mobilização dos pés e pernas deve ser precoce. A deambulação deve ser estimulada, evitando-se que o doente se sente na cama com os membros pendentes.

5 — Devem reduzir-se ao mínimo os narcóticos e sedativos.

6 — Quando o doente se nega ou não pode tossir e respirar profundamente é eficaz a inalação de anidrido carbónico misturado com ar e não com oxigénio. Faz-se através dum cateter nasal até o doente respirar profundamente e tossir. Pode repetir-se algumas vezes por hora.

(Condensado de «Surg. Clin. Nort. Amer.»
— Fev. de 1958).

GAMA GLOBULINA

TERAPÊUTICA INESPECÍFICA DAS VIROSES

GLOBULINA ANTIPERTUSSIS

GAMA GLOBULINA HUMANA COM ALTA
CONCENTRAÇÃO EM ANTICORPOS ANTIPERTUSSIS

INSTITUTO AUSTRIACO DE HEMODERIVADOS

em Portugal:

LABORATÓRIOS MICRA

A entesite ou doença das inserções

G. LA CAVA

O aparelho locomotor compõe-se dum sistema motor activo (músculo) e dum sistema de transmissão passivo (osteo-articular), ligados por uma formação intermediária, «a inserção», que, sob ponto de vista anatómico e funcional, deve ser distinguido.

Com efeito, a inserção dos tendões, aponevroses e ligamento no osso e cápsulas faz-se de vários modos.

- a) Inserção no tecido ósseo através do periósseo.
- b) Reforço de feixes entre tendão e tendão ou entre tendão e cápsula.
- c) Adesão do tendão-aponevrose ao periósseo da vizinhança.

A inserção é pois o local onde se encontram diferentes tecidos de origem mesenquimatosa comum mas, muitas vezes, pouco diferenciados.

Isso explica porque a inserção apresenta uma reactividade particular a todo o estímulo irritativo, reactividade que se manifesta por fenómenos de metaplasia. A maior parte dos estímulos irritativos são de origem traumática e particularmente micro-traumática. Com efeito, a potência da contracção muscular concentra os seus efeitos na inserção que sofre o máximo de tensão e reage por um estado de inflamação com tendência à fibrose e à calcificação.

O termo «entesite» (de entesis: inserção) foi por nós proposto para designar todas as afecções que se relacionam com a inflamação, traumática ou não, da inserção e cujos aspectos clínicos e patológicos devem ser distinguidos dos dos músculos ou ossos.

Sob ponto de vista clínico, o capítulo da entesite compreende um grande número de estados patológicos (a maioria tecnopatias do desporto ou trabalho) conhecidos sob as mais diversas denominações, conforme o aspecto clínico ou a localização.

Com efeito o «glass-arm» dos jogadores de basebol e de polo aquático é uma entesite do grande e do pequeno redondos; o «tennis-elbow» ou epicondilite dos jogadores de ténis é uma entesite dos supinadores; o cotovelo dos praticantes de box e de basebol é uma entesite do bicipete braquial. Outros exemplos são: «a entesite dos adutores dos jogadores de futebol, o «shin-split» dos corredores de velocidade» a «tibia rugosa» (La Cava) ou periostite do ângulo médio da tibia (Netz e Presber), a entesite aquiliana (tendinitis achillea traumatica) dos jogadores de ténis e esquiadores.

A evolução clínica das mio-entesites crónicas desde o início é naturalmente lenta e não apresenta qualquer dos fenómenos, muitas vezes dramáticos, próprios à rutura muscular. O indivíduo começa a queixar-se duma pequena dor na inserção muscular. Esta dor não se manifesta senão ao fim do treino ou de competição ou em caso de movimentos forçados, mas os sintomas agravam-se progressivamente até que qualquer movimento do músculo se torna penoso. Muitas

vezes, o próprio indivíduo não é capaz de indicar a localização precisa da dor e o diagnóstico deve ser feito com a ajuda das provas funcionais de contracção forçada nas quais a reacção dolorosa ou a diminuição de poder permitem identificar o músculo lesado. Nesta fase inicial, a palpação revelará, se o local da lesão for acessível, uma consistência maior da massa músculo-tendinosa. A palpação indica uma certa dor, da zona de inserção óssea. Neste último caso, o exame radiográfico mostra, muitas vezes, sinais de calcificação mais ou menos regular. A calcificação, evidente ao nível da inserção do tendão, propaga-se até ao interior do músculo, num comprimento mais ou menos considerável. Temos podido mostrar claramente este detalhe, empregando raios moles.

O diagnóstico das mio-entesites crónicas de início não é muito difícil. As afecções com que pode haver confusão não são numerosas. São, em primeiro lugar, as artrites ou periartrites traumáticas. O problema não se levanta senão em caso de entesite com localização para-articular. A distinção é muitas vezes fácil. Nas artrites ou periartrites traumáticas, todos os movimentos são dolorosos enquanto que, na entesite, só a contracção do músculo lesado é dolorosa. A distinção entre entesite e bursite crónica é já mais complexa, sobretudo nas regiões recobertas de grandes massas musculares, como a da espádua. Nas bursites, a dor é mais surda e espontânea; o movimento faz sentir um ruído especial. O exame radiográfico resolve algumas vezes, a questão, revelando calcificações da bolsa. Uma explicação particular deve ser fornecida para as celulites subcutâneas e nevrites. As primeiras são produzidas por uma contusão seguida de hemorragia e de fibrose subcutânea com evolução lenta. Nas segundas, os sintomas são representados pelas irradiações dolorosas típicas.

TRATAMENTO

A evolução muito lenta destas lesões não facilita o tratamento pois que são devidas a um excesso de trabalho ou de esforço da parte dum músculo, ou dum grupo de músculos. A primeira prescrição é naturalmente o repouso. O resultado será tanto melhor quanto a cura de repouso for começada mais precocemente e será total. Infelizmente, os atletas, geralmente, não aceitam submeter-se ao repouso senão muito mais tarde, quando a sintomatologia se torna irreversível. Poder-se-á acrescentar ao repouso, como adjuvantes, os cuidados fisioterápicos, entre os quais as ondas curtas são particularmente eficazes. As correntes moduladas, segundo Bernard, estão muito indicadas. A sua acção analgésica permite que os atletas continuem, nas formas iniciais, a sua actividade desportiva sem excessiva dor.

As injeções locais de novocaína gozam de grande favor. Não estamos convencidos da sua eficácia: a evolução de alguns casos assim tratados fez-nos crer que a introdução repetida de novocaína nos tecidos e os microtraumatismos das

NO TRATAMENTO DE: CRISES ASMÁTICAS E TOSSES ESPASMÓDICAS



ANTI-ASMA

Duas formas e duas fórmulas para uma terapêutica electiva

BRONCODILATADOR

SEDATIVO DA TOSSE

Tubo de 10 drageias

Frasco de 150 c. c. de Elixir

LABORATÓRIO *Fidelis*

picadas provocam, numa região já irritada, uma inflamação asséptica que agrava a lesão.

A roentgenterapia é largamente preconizada como meio de resolução, radical e como analgésico. Aplica-se diariamente doses de 100 a 120 r. durante 6 ou 8 dias. Os resultados são, muitas vezes, excelentes; não se deve desconhecer que o tratamento provoca uma certa atrofia muscular que exige um período de exercício antes que tudo entre na normalidade (Naves).

O tratamento cirúrgico está aconselhado nas formas persistentes que não cedem à fisioterapia. A intervenção está ainda mais indicada em casos de focos de calcificação visíveis à radiografia (Hoffmann, Patterson). A operação tenderá a extirpar os focos calcificados e a restabelecer a estrutura anatómica normal.

(Rep. int. de «La Pres. Med.» — 67-1, 1959)

As cólicas idiopáticas do primeiro trimestre

A. HENNEQUET

Emprega-se o termo «cólica» a propósito dos períodos de choro e agitação de certas crianças, umas vezes por erros de higiene (sobreaquecimento ambiente) ou de dietética (manifesta insuficiência da ração alimentar), outras sem causa bem determinada, dado que persistem apesar de todas as correcções e depois de preconizados os sedativos e os tranquilizantes, mudado o tipo de leite, etc., independentemente de quaisquer afecções, pois a criança mantém-se apirética, sem vômitos, seguindo uma curva ponderal normal.

Admite-se, então, tratar-se de cólicas devidas a fermentações intestinais, aliás pequeno problema de pediatria corrente, que só demonstra como uma doença ligeira pode acarretar grandes efeitos.

Como quer que se designe — «cólicas dos três primeiros meses», «gritos paroxísticos da criança» ou «cólicas idiopáticas do primeiro trimestre» o certo é que, na forma mais severa, o síndrome aparece em crianças de compleição e aparência normais, após um intervalo livre de 8 a 10 dias, em regra logo que a parturiente regressa da clínica. E outros caracteres o distinguem, muito típicos aliás: os gritos são ritmados com as refeições, cinco a dez minutos após o biberão ou a mamada; em regra, sobrevêm de preferência durante a tarde; acompanham-se de mímica e agitação motrizes peculiares (contorsão do tronco e membros, flexão espasmódica das coxas, boca aberta, agitação turbulenta da cabeça), de fenómenos de aerocolia — embora se mantenha negativo o restante exame clínico geral.

Torna-se, pois, indispensável precisar que factores influenciam ou não estas «cólicas». Não parecem, nesse aspecto, ter qualquer efeito os biberons de água quente, as lavagens, a dilatação digital do ânus, o decúbito ventral, nem tampouco os processos dietéticos do tipo do aumento ou diminuição da ração alimentar, regimes de restrição láctea, uso de leites ácidos, ou os medicamentos como os barbitúricos, antiespasmódicos, antihistamínicos, neuroplégicos e tranquilizantes, fermentos lácticos, leveduras e diástases — uns porque provocam manifestações de intolerância, outros porque prolongam o sono para além das horas das refeições habituais.

Há, pelo contrário, dois processos muito simples, mas quase sempre eficazes: a sucção provocada e o embalo, ainda que este só actue na exteriorização do síndrome e não sobre a sua causa profunda.

Curioso é, porém, verificar o facto estranho e inesperado de, quando a mãe se acha já exausta, pelas noites sucessivas de vigília, excitação e fadiga que um tal estado da criança acarreta, os gritos cessam quase logo, em alguns dias, depois de um prazo que oscila entre 8 e 12 semanas. Cura espontânea, constante, cujo mecanismo se desconhece. O que pode é concluir-se que, 1.º — continua sem explicação, na maioria dos casos, a origem dos gritos paroxísticos; e, 2.º — por vezes é tal a sua intensidade que põe em equação um problema de ordem médica.

CONCEPÇÕES PATOGÉNICAS

Quatro rubricas, sobretudo, tentam explicar os fenómenos antes referidos.

1.º *Teoria da hipertonia congénita* — segundo a qual as cólicas do recém-nascido estariam em relação com a hipersensibilidade muscular dos órgãos dos sentidos e das terminações nervosas, durante o trabalho da digestão.

Isto, contudo, não explica muitos dos aspectos observados, o intervalo livre e a preferência do síndrome pela segunda metade do dia, por exemplo.

2.º *Teoria da imaturidade do tracto digestivo* — que pretende subsistir, por algum tempo, uma insuficiência de fixação dos órgãos intra-abdominais, com a possibilidade de tracções várias, bem como possíveis alterações funcionais no jogo peristáltico dos esfíncteres.

E se é certo que isto está de acordo com a variabilidade, frequência e desaparecimento espontâneo do síndrome, deixa ocultas as respostas a outras dúvidas, como o horário e o intervalo livre.

3.º *Teoria alérgica* — é a favor da relação entre os sintomas invocados e os entero-espasmos por fenómenos alérgicos de origem alimentar, isto é, conforme os casos, por motivo de gorduras, proteínas e açúcar do leite. O intervalo livre teria uma explicação, a de constituir a fase pré-alérgica, e a cura espontânea a da alteração judiciousa do regime alimentar, assim como a idade de eleição dos fenómenos deste género, idêntico ao da sensibilização cutânea e respiratória.

4.º *Teoria psico-somática* — atingiu grande voga entre os americanos, talvez porque procura explicar justamente o fenómeno através dum possível «terreno familiar», de tensão nervosa anormal. Ora o certo é que tal estado ansioso é uma

NO TRATAMENTO DE: ANSIEDADE • ALCOOLISMO • DELIRIUM TREMENS • PSICOSES



T O M I L

[Hidrocloroto de 10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazina]
COMPRIMIDOS SOLUTO INJECTÁVEL

NEURO-SEDATIVO
QUE NÃO ORIGINA
DEPRESSÃO

Tranquilizante sem as reacções secundárias da cloropromazina.

Tubo de 20 comprimidos
Caixa de 6 × 5 c. c.

LABORATÓRIO *fidelis*

consequência e não a causa dos gritos da criança. De resto, não se explica, por este meio, que o síndrome cesse quando a referida tensão nervosa atingiu o máximo.

Há, por outro lado, quem invoque a não satisfação duma profunda necessidade de ordem emocional — a da sucção — para justificar estas cólicas do recém-nascido; mas nenhuma das teorias citadas se revela, como se vê, verdadeiramente satisfatória. Pode o fenómeno ter várias etiologias, constituindo a expressão monótona de desordens múltiplas, ou uma única e sempre a mesma, todavia desconhecida. Não se pensou ainda nos fenómenos de adaptação e desadaptação que preenchem os três primeiros meses de existência!

ATITUDE TERAPÊUTICA

Relativamente à mãe, o médico tem como função uma obra de psicólogo e psicoterapeuta: explicar a doença, pre-

cisar os seus detalhes, fornecer interpretações simples, ajudar a descobrir soluções prováveis e até receitar, se necessário, quando observe uma fadiga grande da parte dela.

Quanto à criança: verificar que a higiene e a alimentação estão a ser bem conduzidas, eliminar as possíveis afecções médicas ou cirúrgicas existentes, medicar também se necessário, sempre com circunspecção e por períodos breves, quer se trate de gardenal, de antihistamínicos, de cloropromazina, quer da atropina e seus derivados. Como já se disse, porém, a falência dos processos terapêuticos é, muitas vezes, total e terá então de recorrer-se a outros meios.

(Artigo condens. por Taborda de Vasconcelos, de «Le Concours Médical», n.º 6, Fevereiro de 1959).

LIVROS NOVOS

Traumatismos vertebro-medulares cervicais com perturbações nervosas

A. FERREIRA ALVES, CORINO DE ANDRADE e col.

No II Congresso Luso-Espanhol de Cirurgia Ortopédica e Traumatologia, realizado em Madrid, foi apresentado, por médicos portugueses, um importante trabalho, que está publicado num volume de 110 páginas, excelentemente apresentado, com numerosas gravuras e extensa bibliografia. O trabalho, realizado na Clínica de Neurologia do Hospital de Santo António, dirigido pelo Dr. Corino de Andrade, é da autoria deste colega e do Dr. A. Ferreira Alves, com a colaboração dos Drs. J. Resende (neurologista), A. Pinheiro (pneumologista), A. Gonçalves Moreira (cardiologista), M. P. Hargreaves (endocrinologista) e M. Silva Araújo (anestesiologista). Intitula-se: «Traumatismos vertebro-medulares cervicais com perturbações nervosas (Problemas clínicos e fisio-patológicos — Tratamento)». Dele transcrevemos a seguir a «Introdução» e «Conclusões»:

INTRODUÇÃO

Posto que o tema do relatório que vamos hoje apresentar tenha sido escolhido por uma maioria dos membros desta Sociedade, julgamos estar indicado expor-vos aqui as razões que fundamentam a sua escolha para esta reunião e a orientação que demos ao trabalho, que poderia ser considerada como pouco adaptada a um tema de ortopedia pura.

É conhecido de todos que o problema dos traumatismos em geral tem vindo a evoluir rapidamente. Tendo-se inicialmente considerado o factor mais importante a estudar e a corrigir a lesão primária óssea, orienta-se neste momento o seu estudo e simultaneamente a terapêutica, no sentido de analisar o condicionalismo novo criado ao traumatizado pelas alterações fisiopatológicas desencadeadas pelo acidente, alterações estas que são fundamentalmente dinâmicas, modifi-

cando-se rapidamente nos primeiros tempos que se seguem ao traumatismo, e que exigem, por esta razão, uma vigilância apertada e contínua, uma semiologia variada e aguda e, conseqüentemente, uma terapêutica activa, adaptada a essas situações.

Este novo conceito do traumatizado permitiu reduzir muito a mortalidade e preparar melhor a reabilitação; e poderá, talvez, ajudar a compreender melhor alguns síndromos neurovegetativos e metabólicos doutros processos patológicos, dada a variedade de quadros neurovegetativos e neurohumorais, que surgem, perante o observador atento, em transformação rápida durante os primeiros tempos que se segue ao acidente.

O traumatizado grave é, antes de mais nada, um indivíduo que sofreu uma alteração profunda da sua homeostasia. Desde a fase inicial até a fase final que conduz ao novo equilíbrio, o doente vai passar por uma série de estados em que a integração neurossomática, vegetativa e metabólica apresentam ao clínico problemas que lhe cabe estudar e resolver a bem do seu doente. O que acabamos de dizer em termos gerais é hoje evidente para todos os que se debruçam sobre os problemas dos traumatizados do crânio. Tendo sido sucessivamente considerada a fractura, a hemorragia e a lesão focal como os factores mais importantes a estudar, hoje o problema do traumatizado do crânio é, também, e por vezes fundamentalmente, um problema médico e de enfermagem. O traumatizado do crânio necessita para o seu estudo e tratamento de toda uma equipa de médicos, neurocirurgiões, neurologistas, internistas, neurofisiologistas, bioquímicos e patologistas. O estudo do problema das perturbações de consciência dos doentes traumatizados do crânio ajuda-nos já hoje a com-

NO TRATAMENTO DE: HEMORRAGIAS • PÚRPURAS • PERMEABILIDADE VASCULAR



FLAVOSTON

(Citrovitamina P + Vitaminas C e K)

ANTI-HEMORRÁGICO

VITAMÍNICO

Tubo de 10 comprimidos

LABORATÓRIO *fidelis*

preender melhor o problema das relações entre os estados de consciência e o funcionamento do sistema nervoso central.

O que acabamos de dizer pode e deve aplicar-se aos traumatizados vértebro-medulares. O problema, fundamentalmente ortopédico ao começo, é actualmente um problema que exige, como nos casos dos traumatismos cranianos, um grupo de médicos de várias especialidades e a colaboração de uma enfermagem instruída e experimentada. No caso particular que nos propomos tratar hoje, o dos traumatizados vértebro-medulares cervicais, outras razões poderemos invocar que justificam, em nosso entender, a escolha do tema.

- 1) A alta mortalidade. — Nos casos de traumatismos com tetraplegia imediata, a mortalidade é de 60 % na nossa casuística e sensivelmente a mesma, em muitos outros serviços. Essa mortalidade parece-nos ser devida ao grande desequilíbrio neurovegetativo que a lesão cervical desencadeia. Ela só pode ser reduzida com o esclarecimento completo dos diferentes síndromos que esse desequilíbrio provoca, com a vigilância contínua e competente do doente, com uma terapêutica adequada às variadas situações que surgem.
- 2) Apesar da gravidade destes casos e da alta mortalidade, a morte não se dá, em regra, imediatamente em seguida ao acidente. Durante um curto período, que varia de 4 a 8 dias, podem ser observados, como num filme, variados estados patológicos (cardiocirculatórios, respiratórios, humoral, de regulação térmica, metabólico e de consciência) síndromos clínicos que se modificam rapidamente, rica patologia neurovisceral, cujo estudo poderá ser útil um dia à clínica geral.

Por todas estas razões e por necessidade de limitar o assunto, ocupar-nos-emos somente dos síndromos neurológicos vegetativos; não trataremos neste trabalho dos síndromos neurológicos, motores e sensitivos, já bem estudados por outros autores. Excluiremos também deste estudo os traumatizados vértebro-medulares abertos (feridas por arma de fogo, etc.), assim como as complicações tardias (infecção urinária, escaras) e a recuperação.

As características particulares da anatomia e fisiologia das primeiras duas vértebras cervicais e dos três primeiros segmentos medulares cervicais levam-nos, como a maioria dos autores, a não os considerar neste relatório.

As difíceis condições em que este trabalho foi realizado, associadas à complexidade múltipla dos problemas que tivemos de abordar, não nos permitem apresentar-vos, como seria nosso desejo, um trabalho rico em conclusões bem fundamentadas e soluções de aplicação prática para a maioria dos casos. Bem ao contrário, só podemos trazer-vos hipóteses de trabalho e de estudo, factos a fazer reflectir. Parece-nos, entretanto, que, apesar de todas as deficiências, se tivermos conseguido chamar a vossa atenção para a complexidade da fiso-

patologia desses casos e para a necessidade que há de aprofundar o seu estudo, de modo a baixar a alta mortalidade e a preparar a recuperação, este esforço não terá sido em vão.

CONCLUSÕES

- 1) Os traumatismos vértebro-medulares levam a situações extremamente graves, provocando uma alta mortalidade (60 %, quando existe interrupção completa das funções medulares).
- 2) A gravidade do síndrome clínico e a elevada mortalidade devem ser relacionadas com o conjunto de perturbações neurovegetativas que surgem nos primeiros oito dias, dominam o quadro clínico e sobrelevam em importância a lesão óssea.
- 3) As perturbações respiratórias, de regulação térmica e possivelmente metabólicas, são da maior importância para o prognóstico destes doentes, na primeira semana.
- 4) A redução da mortalidade, durante esse período, só se pode conseguir com o estudo mais completo destes diferentes processos fisiopatológicos e com uma terapêutica adequada.
- 5) A lesão aguda completa da medula cervical, isolando o encéfalo das aferências somáticas e vegetativas (à excepção das aferências cefálicas), cria uma nova situação orgânica, ou talvez mesmo um novo indivíduo em que as funções vegetativas e possivelmente as da vida psíquica (estados de consciência, reacções afectivas, etc.), estão profundamente alteradas.
- 6) Estes doentes podem sobreviver, ao contrário do que acontece (por enquanto) aos doentes com lesões agudas e graves do mesencéfalo e do diencéfalo. Devem ser objecto de estudo cuidadoso, que poderá ajudar-nos a compreender muitos dos problemas da fisiopatologia humana.
- 7) O mecanismo de hiperextensão aparece com frequência, confirmando-se a sua importância na patogenia das lesões vértebro-medulares. O mecanismo de hiperflexão é, também, frequente, mas existem, geralmente, associações de vários mecanismos.
- 8) No tratamento ortopédico, a fracção do crânio constitui o maior progresso técnico para a redução das fracturas-luxações.
- 9) O diagnóstico correcto, com interpretação do mecanismo da lesão vértebro-medular, e o estudo do calibre do canal vertebral são essenciais para a conduta terapêutica.
- 10) O tratamento cirúrgico está ainda mal sistematizado e terá de limitar-se a certas indicações que, em regra, exigem evolução no tempo para se poderem definir.
- 11) A laminectomia precoce, em certos casos, é certamente o tratamento mais racional, mas só poderá indicar-se com segurança quando for possível garantir o tratamento médico das complicações neurovegetativas.
- 12) O tratamento e o estudo destes doentes exigem, como primeira condição, a organização dum serviço altamente especializado em técnicos (médicos e enfermeiros, etc.), trabalhando em íntima colaboração, com o objectivo comum de investigar os seus problemas de fisiopatologia.

DEPOIMENTOS SOBRE O ENSINO MEDICO

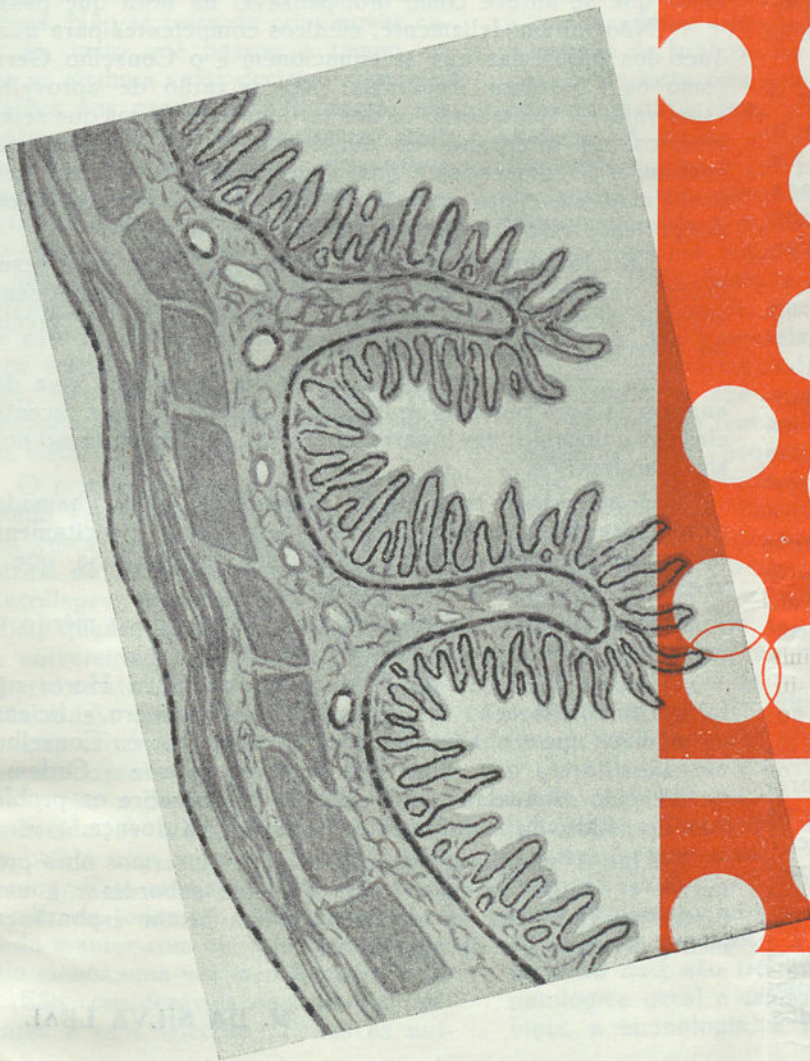
Asuntos de
e profissões

FENIBUTOL

(FENILBUTAZONA)

INJEÇÕES
GRAGEIAS
SUPOSITÓRIOS

**MODERNO
TRATAMENTO
DAS FEBRES
TIFOIDE E
PARATIFOIDE**



LABORATÓRIOS

A MARCA FARMACÉUTICA PORTUGUESA
DE MAIOR EXPANSÃO MUNDIAL

MOSAICOS NORTENHOS

XCIV

O RENDER DA GUARDA

A renovação dos quadros na Ordem dos Médicos presta-se a considerações que são oportunas e me parecem úteis.

Até há poucos meses todos quantos fossem para os corpos gerentes do nosso organismo representativo eram condenados antecipadamente à crítica dos que vivem no desconhecimento das realidades e ainda dos que costumam sentir apenas os seus próprios problemas. Até então o trabalho exaustivo dos que foram incumbidos de dirigir a Ordem não tinha o mínimo reflexo, porque nas instâncias superiores a incompreensão era manifesta e sempre se teimou em manter aquele organismo corporativo afastado dos problemas que surgiam nos sectores da saúde, da assistência e da previdência ligada à doença.

A Ordem existia... mas era como se não existisse... A sua colaboração chegou a ser recusada pelo departamento das Corporações, como já tive ocasião de referir nestas colunas quando transcrevi uma parte do Relatório do Conselho Geral referente ao ano de 1957!

Criado o Ministério da Saúde e Assistência iniciou-se uma era diferente e começou a ser solicitada a colaboração da Ordem; os corpos directivos, que agora findaram o seu mandato, firmaram uma atitude nobre acorrendo à chamada, o que já deve ter desiludido aqueles que logo no começo pretenderam pôr de sobreaviso o 1.º titular deste departamento governamental.

A colaboração pedida correspondeu a Ordem com um trabalho intenso e leal que já está a ser apreciado nas esferas superiores. A comissão ultimamente nomeada pela Presidência do Conselho e da qual fazem parte dois representantes do Ministério da Saúde, dois do Ministério das Corporações e dois delegados da Ordem dos Médicos, demonstra claramente o intuito de nos ouvirem, significando ainda que já se reconhece a Ordem como organismo corporativo.

É por isso que considero delicado o render da guarda agora havido por imposição estatutária, porque é necessário activar o labor de molde a modificar definitivamente os sectores da saúde, da assistência, do seguro-doença e da medicina do trabalho.

Os defeitos de orgânica e de execução que deram lugar a tão graves problemas, como os que já todos conhecem, não podem ser assacados aos médicos, porque nunca os quiseram ouvir. Esses defeitos são da única responsabilidade dos parquedistas que invadiram os nossos sectores e que julgaram ser possível construir uma obra dentro do mais aventureiro amorosismo. E da aventura consentida a esses senhores (aos falhados em outras profissões ou aos que ambicionaram uma vida mais fácil e mais rendosa) não resta mais do que poderem vangloriar-se das boas histórias que correm de boca em boca e a que deram origem a sua actuação isenta de competência e de saber. A manta do ridículo envolve-os a todos,

completamente e quase nem é preciso falar-se já de uma obra que ruiu ao som das gargalhadas...

O longo período dessa infeliz experiência — no seguro-doença e nos Hospitais — deve já ter terminado; creio chegada a hora dos médicos assumirem a responsabilidade de colaborar de maneira efectiva na reforma geral que se impõe, de modo a sairmos da mediocridade em que se encontram os sectores que deviam estar sob o nosso âmbito.

Daí a grande responsabilidade que pesa sobre os membros directivos da Ordem, que não devem conseguir abarcar todos os numerosos problemas que precisam de estudo profundo e detalhado.

Mas, analisando serenamente o panorama, conclue-se que o trabalho só pode ser útil, se for disciplinado, donde termos que considerar a Ordem como o fulcro desse intenso labor que se antevê como indispensável na hora que passa.

Não faltam, felizmente, médicos competentes para qualquer dos problemas que se equacionem e o Conselho Geral, como os Conselhos Regionais, não deixarão de aproveitar esses valores, incumbindo-os dos estudos minuciosos que sejam precisos, ou integrando-os em comissões de trabalho que venham a ser nomeadas e que, ventilando e dissecando esses problemas, em muito poderão auxiliar o trabalho dos corpos dirigentes e responsáveis da Ordem dos Médicos.

Esta fórmula, já adoptada ultimamente com bons resultados, vai ser, sem dúvida, mantida e mais amplamente seguida, porque o labor intenso em que vamos entrar, precisa do esforço e entusiasmo de muitos.

Só assim conseguiremos evitar que na chama viva dos anseios da hora presente se queimem aqueles que nas recentes eleições colocamos em lugares directivos da Ordem como nossos mandatários.

A actividade manifestada ultimamente pelos chamados novos, que se deve principalmente à iniciativa e incitamento do nosso Bastonário, demonstrou com exuberância que o viveiro é rico e poderá ser produtivo.

A experiência foi alentadora e teve ainda o mérito de despertar muitos que já não são novos.

Creio, pois, que ao Prof. Jorge da Silva Horta não faltará a colaboração disciplinada de um número suficiente de médicos que trabalharão de modo a auxiliar os Conselhos na árdua tarefa que sobre eles pesa, agora que à Ordem é reconhecida idoneidade para se pronunciar sobre os problemas da saúde, da assistência e do seguro na doença.

Mas — permitam que insista — se quisermos obra produtiva e valiosa, teremos todos que nos subordinar a uma disciplina que para ser perfeita, deverá brotar espontaneamente em cada um de nós.

M. DA SILVA LEAL

Nas
tosses



Penibron

Frasco de 150 g.

Dipenicilina G
Antitússico
Anti-histamínico
Balsâmicos

DEPOIMENTOS SOBRE O ENSINO MÉDICO

I V

Os estudos médicos nos Estados Unidos

O último número do excelente jornal de Genebra «*Médecine et Hygiène*» é dedicado à formação médica nos Estados Unidos da América do Norte. Desse número, publicado sob a direcção do Dr. E. Hafter, de Zurique — o que representa mais uma prova do interesse muito especial que na época em que vivemos despertam os problemas do ensino médico — transcrevemos a seguir um artigo do Dr. Alex F. Muller, médico suíço (actualmente chefe de clínica da Cadeira de Terapêutica da Universidade de Genebra), que trabalhou muitos anos nos Estados Unidos, sobretudo em Boston, no Massachusetts General Hospital.

A extensão sempre crescente dos conhecimentos obriga a novos métodos de ensino com a finalidade de os transmitir à nova geração. Em domínio algum esta necessidade é mais urgente e mais evidente do que no da medicina, onde a investigação, tanto pelo que se refere ao aspecto meramente científico como pelo que diz respeito à clínica, conseguiu considerável acumulação de novos factos e observações pertinentes. A revisão dos estudos médicos está assim na ordem do dia em todos os países. Não se trata de criar novas cadeiras, visto que passou o tempo em que se atribuía valor decisivo a simples adições aos programas. É preciso encontrar novas soluções, é preciso reorganizar a própria estrutura do ensino. Os programas das faculdades de medicina britânicas, dinamarquesas e suecas sofreram já numerosas modificações e, nos Estados Unidos, trava-se uma autêntica competição entre as diferentes escolas de medicina. Antes de discutir estas novas concepções e aquisições, torna-se necessário esquematizar a própria estrutura dos estudos médicos nos Estados Unidos.

O programa dos estudos está escalonado em quatro anos; os estudantes têm cerca de 21 ou 22 anos quando entram na faculdade, após terminarem o «college». A admissão é tanto mais difícil quanto mais elevado é o nível da universidade em questão. Em toda a parte existe um limite máximo de frequência. As diferenças qualitativas entre uma escola de medicina e outra são demasiado salientes nos Estados Unidos e são a base dum snobismo bem conhecido. A selecção dos estudantes compete a uma comissão presidida pelo decano. Esta comissão deve estudar o *dossier* de todos os candidatos e deve ainda manter com ele relações directas, pelo menos uma vez mensalmente.

São consideráveis os cuidados inerentes a esta selecção. Todas as uni-

versidades se esforçam por atrair os melhores elementos e, segundo o decano de Harvard, é pela qualidade dos estudantes que se avalia o nível duma faculdade!

O ano universitário divide-se em dois semestres, que se sucedem sem interrupção. Todos os estudantes estão pois ao mesmo nível nos seus estudos, o que é indispensável para um ensino metódico. Este sistema aplica-se entre nós com sucesso na Escola Politécnica Federal. O ano universitário dura trinta e oito semanas (meados de Setembro e meados de Junho). As aulas são suspensas durante três semanas por ocasião do Natal e duas semanas na Primavera. A última semana é dedicada aos exames, com o que perfaz um total de trinta e três semanas de aulas por ano. A disciplina escolar nestas escolas de medicina lembra a dos nossos colégios. Não basta a presença passiva dos estudantes, e, cada vez mais, exige-se a sua participação activa nos diversos seminários e é-lhes pedida regularmente a sua contribuição pessoal. O trabalho realiza-se, geralmente, distribuído por pequenos grupos e, deste modo, o estudante é constantemente vigiado e julgado pelos seus mestres. Na avaliação final, o trabalho realizado durante o semestre tem tanta importância como a nota obtida nos exames, no fim do ano universitário. A concepção dum exame final como nós a entendemos na Suíça não existe: o estudante submete-se a um exame no fim de cada ano universitário.

O primeiro ano é consagrado à anatomia, à histologia, à embriologia, à psicologia e à bioquímica. Os estudantes frequentam aulas e trabalhos práticos. O programa corresponde essencialmente ao dos nossos três semestres pré-clínicos na escola de medicina. No segundo ano, são tratadas a anatomia patológica geral e especial, a bacteriologia, a imunologia, a farmacologia e

a fisiopatologia. O estudante começa, igualmente, as suas primeiras experiências na sala do hospital, por pequenos grupos, junto ao leito do doente. Apreende a técnica do exame físico e mostram-lhe como deve interrogar um doente para a obtenção duma anamnese correcta. O objectivo deste segundo ano é o estabelecimento dum elo de ligação entre os laboratórios das ciências puras e o leito do doente. Insiste-se muito na importância dos estudos pré-clínicos na medicina clínica junto do doente. Foram precisamente esses dois primeiros anos os que sofreram maior transformação; disso falaremos mais adiante.

O terceiro ano desenrola-se já na sua maior parte nos hospitais, sobretudo nas policlinicas médica, cirúrgica, ginecológica e obstétrica, mas também em ramos especializados. É o método do «case teaching», que constitui a base do ensino. Os americanos estão convencidos de que este método produz melhores resultados do que o ensino *ex cathedra*. Os estudantes passam três meses nos serviços de medicina e de cirurgia, onde lhes servem de base de ensino doentes ambulatorios e hospitalizados. Três manhãs e duas tardes são consagradas ao trabalho prático em pequenos grupos. Os estudantes têm assim, amplamente, tempo e ocasião de se familiarizar com o doente. Eles têm igualmente possibilidade de observar outros casos para poder seguir a sua evolução em vista à obtenção duma concepção dinâmica e não estática da doença. Não há ordem na sequência dos doentes apresentados.

A par deste trabalho prático, os estudantes frequentam alguns cursos onde se pretende que eles apreendam as linhas directrices dos grandes capítulos da medicina. São apenas resumos fragmentários e incompletos. O trabalho sinóptico deve ser realizado pelo estudante, ajudado pelas suas leituras.



BISMUTOTERAPIA RECTAL

ANGIMUTH

ADULTO

(CANFOCARBOXILATO DE BISMUTO)

INFANTIL

anginas

estomatites

NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL, REUMATISMO ARTICULAR, ETC.

IODO P₂

AMPOLAS - GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO COM SOLU P₂

LABORATÓRIOS "CELSUS"

LISBOA

Visto que os assuntos dos cursos são de antemão anunciados, espera-se que o estudante se prepare para eles. O trabalho do conferencista consistirá sobretudo em separar os factos importantes dos que se revestem de menor importância. A sua exposição deve ser, simultaneamente, crítica e pessoal. É importante que o estudante se dê conta, desde o princípio dos estudos clínicos, das contradições e controvérsias da medicina. O estudante deve procurar desenvolver através das suas leituras os casos clínicos que examinou; deve apreender a servir-se duma biblioteca para assim poder realizar trabalho bibliográfico correcto. Insiste-se muito no sentido crítico que o estudante deve adquirir no decurso das suas leituras, visto que, na futura carreira de médico, ele deverá não só ler muito, mas, se possível, com discriminação e bom senso.

No decurso do *quarto ano*, o estudante transforma-se em estagiário ou externo. Começa a assumir certa responsabilidade. O seu trabalho serve, efectivamente, o doente; começa a clínica médica e atinge-se o próprio objectivo da vocação: o tratamento dos doentes. O estudante, ou seja o futuro médico, põe-se ao serviço do doente; trabalha e aceita todas as responsabilidades que o tratamento dum doente implica. O estudante faz parte integrante da equipa que o cerca e que se ocupa em curar os doentes.

O estudante não frequenta aulas no quarto ano, toda a sua actividade se exerce em hospitais (serviço de medicina, de cirurgia, de ginecologia, de obstetria, de pediatria, de psiquiatria e duma especialidade à sua escolha). O objectivo deste quarto ano é dar ao estudante possibilidade de adquirir experiência, de se tornar independente e de substituir o sistema de «*spoon feeding*».

Antes da obtenção do diploma que autoriza o exercício da medicina, o estudante — isto é, o jovem médico — deve passar um ano de internato, quer em sistema de «*straight*» (medicina ou cirurgia ou pediatria) quer em «*rotating*» (medicina e cirurgia e pediatria e obstetria).

Se bem que o objectivo do ensino não tenha mudado, os métodos para o alcançar são largamente discutidos. Estas discussões referem-se sobretudo aos dois primeiros anos do curso, isto é, à integração das ciências base no âmbito da medicina. Há quarenta anos, a medicina era mais uma arte do que uma ciência; era abrupta transição da química, da anatomia e da fisiologia para a medicina clínica. Muitas vezes, era deficiente a compreensão do homem de laboratório pelo clínico e aquele não apreciava neste mais do que o seu empirismo por vezes ilógico. A medicina consistia em formular diagnósticos e em classificar doentes segundo os seus sintomas. Entre as duas guerras e sobretudo após a de 39-45, a medicina sofreu não só uma evolução, mas uma revolução. Tende a tornar-se cada vez mais uma ciência. O objectivo do médico é, hoje, analisar, avaliar e compreender as variadas forças dinâmicas que agem no ser humano doente. Esta compreensão da doença depende de tal modo das ciências base que estas desempenham papel cada vez maior na vida quotidiana do médico. É por esta razão que as ciências base devem ser apresentadas ao estudante de maneira a evitar transição abrupta ou barreira estanque entre os estudos pré-clínicos e os estudos clínicos. Visto que o clínico não estuda nem a anatomia, nem a fisiologia, nem a bioquímica do seu doente, mas sobretudo a sua função respiratória, cardiovascular e gastro-intestinal, é da maior importância que o jovem estudante apreenda desde o princípio estas funções no seu conjunto e não através dum ramo especializado. É esta noção de *integração simultânea* de todas as especialidades que predomina, hoje, no ensino nos Estados Unidos e ainda em outros países. No primeiro ano, ensina-se a função normal do estudante, combinando anatomia, fisiologia, histologia e bioquímica; depois, no segundo ano, são estudadas as funções patológicas. O primeiro semestre do segundo ano é consagrado à patologia geral, à bacteriologia, à imunologia e à farmacologia. No segundo semestre, pelo contrário, procede-se sistematicamente: hematologia, ne-

frologia, circulação sanguínea, respiração, gastro-enterologia, endocrinologia e sistema nervoso. Todos os assuntos são abordados simultaneamente pelo patologista, pelo farmacologista e pelo bacteriologista e por um clínico que trata de psicopatologia.

Esta forma de ensino supera as barreiras entre os diferentes departamentos e permite discussão mais complexa e análise mais profunda dos mecanismos que são a base das diferentes doenças. As sessões práticas de laboratório (hematologia, química clínica, etc.) realizam-se simultaneamente e em correlação com o assunto tratado.

Além disso, existem, nestes dois primeiros anos, cursos escalonados de genética, embriologia, estatística e psicologia médica. Apesar de o programa ser pesado, está previsto tempo livre para que o estudante possa ler ou até iniciar actividade de investigação num dos laboratórios da escola de medicina. Em geral, os estudantes gostam muito de empreender pequenos trabalhos originais, o que lhes dá a possibilidade de participar e de viver na atmosfera dum departamento de ciências base. Para o desenvolvimento do seu senso crítico isto é altamente desejável.

Para estabelecer um tal programa de estudo, é necessário reunir um grupo de indivíduos que represente os diferentes departamentos. Estas pessoas devem estar interessadas, antes de mais, nos problemas pedagógicos que uma tal reforma suscita, prestes a fazer as concessões necessárias se se pretende que resulte daí uma solução prática e devem ainda ser conscientes de que hoje a principal responsabilidade duma escola de medicina é despertar e desenvolver no estudante o espírito analítico e científico para que ele compreenda os fenómenos mórbidos. O ensino deve, por consequência, ser dirigido com a finalidade da compreensão dos factos e não apenas do seu conhecimento.

ALEX MULLER

ECOS E COMENTÁRIOS

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE OU POLÍCIA JUDICIÁRIA?

OS recentes casos de «doença de etiologia desconhecida» (?) surgindo após ingestões de mariscos alarmaram a opinião pública, e penso que também a «opinião médica».

Ambas, e sobretudo a última, estão interessadas em saber a verdadeira natureza da doença ou, pelo menos, as prováveis explicações etiopatogénicas da mesma; as possibilidades da sua repetição; o carácter, local, regional ou mundial destes tipos de acidente, etc.

Trata-se, ou pode tratar-se, duma verdadeira intoxicação, por venenos ou por toxinas produzidas pelos mariscos? ou duma toxi-infecção devida a inquinação por bactérias patogénicas? Finalmente, é, ou pode ser, uma infestação daqueles por Dinoflagelados tóxicos?

É a produção destes acidentes privativa dos mariscos do nosso País? Têm eles épocas de maior probabilidade? e são susceptíveis de qualquer espécie de profilaxia?

Estas e outras perguntas estão no espírito, e na boca, de toda a gente. Quando a Direcção-Geral de Saúde publicou o seu comunicado, penso que todos esperavam encontrar nele respostas, as respostas possíveis, embora fossem negativas, a todas essas interrogações.

Sem que este reparo possa ser tomado como crítica aos nossos colegas dessa Direcção, a cujas qualidades pessoais, de competência, dedicação e seriedade se deve a maior homenagem, pode dizer-se que aquele comunicado desiludiu bastante.

Nele se fala de responsabilidades legais, de proibições de pescar, de pescarias em contração com as determinações em vigor e a ocultas das autoridades, de apuramento dos locais onde foram compradas as ameijoas, quem as vendeu no mercado, de que origem as recebeu, etc., etc.

Todos sabemos que esses pormenores são de interesse real e que em saúde pública são importantes os aspectos legais e mesmo policiaes. No entanto, como comunicado de um serviço médico, em que «se aproveita o ensejo para prestar os necessários esclarecimentos acerca das intoxicações alimentares que tiveram lugar», insiste-se demasiado em investigações e medidas policiaes, e como únicos esclarecimentos de ordem relativamente médica diz-se que casos desta natureza se devem considerar excepcionais em Portugal.

Anuncia-se o exame laboratorial de amostras, mas com o fim de se manter ou levantar a proibição de pescar. Ainda dessa vez não teremos indicações sobre a natureza da doença, mas apenas uma informação regulamentar.

A morte do casal inglês foi provocada por ameijoas pescadas no Algarve, o caso da região de Óbidos devido a berbigões pescados na lagoa em con-

tração com as determinações em vigor. Logo afirma o comunicado que as razões do sucedido nos dois acidentes são «inteiramente diversas»!

Evidentemente que são inteiramente diversas do ponto de vista dum vendedor de mariscos e de um polícia: ameijoas, pescadas no Algarve, em pesqueiros autorizados, e berbigões pescados em Óbidos, em local proibido. As diferenças são flagrantes!

Mas sê-lo-ão, também, do ponto de vista médico?

Decididamente, se quisermos esclarecimentos sobre este caso devemos dirigir-nos aos organismos judiciários.



ALGICINA

(Ácido acetilossalícilico)

ALGICINA CAFEINADA

(Algicina + Cafeína)

DORIDINA

(Antipirético e analgésico)

ALGIFEDRINA

(Algicina + Cloridrato de Efedrina)

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

O Subdelegado do procurador da República em Almada, em comunicado anterior ao da Direcção-Geral de Saúde, informa-nos, em termos médicos bastante precisos, que as vítimas inglesas morreram, provavelmente, duma «intoxicação alimentar» por um «veneno que, em determinadas épocas (o sublinhado desta indicação, com provável interesse profilático, é meu), pode existir nos moluscos bivalves, nomeadamente as ameijoas».

Não será necessário que exista na Direcção-Geral de Saúde um delegado do procurador da República, mas este merecia estar lá, pois, seguramente, a partir desta pequena pista dos «moluscos bivalves», não diria que os casos de Óbidos e de Vale de Gatos são «inteiramente diversos». Ele até nos deu indicações profiláticas sobre estas doenças!

F. R. N.

INGÊNUOS?

CEGA-NOS o eco de que causou reparos e admiração, nalguns dos nossos leitores (médicos e não médicos), o que escrevemos no último número deste semanário sob a rubrica «Má notícia». Já esperávamos a crítica com referência ao que dissemos a respeito da inoportunidade de serem aumentados, nesta ocasião, os salários nas actividades em que o patronato não pudesse suportar os novos encargos; julgo que alguém não compreendeu que o nosso objectivo era apenas fazer ver que aumentos de salários que provoquem encarecimentos seja do que for darão lugar, rapidamente, à baixa geral do nível da vida da maioria dos portugueses, tornando-se, por isso, inútil a subida de salários.

Os reparos, porém, vieram também de pessoas que se admiraram do que afirmamos quanto à imprensa médica, pois julgam esses ingênuos leitores que alguns periódicos, como «O Médico», gozam de vida próspera porque... temos muitos anúncios... pagos de acordo com tabelas que vigoram há 20 anos! E um dos leitores chega a dizer: «...é preciso que haja mais concorrência para que tenhamos melhor imprensa médica...» (!). Não sabemos se é a absoluta ignorância do que se passa — e o mesmo tem sucedido, aliás, desde sempre — no sector das revistas médicas portuguesas (e mesmo na maioria dos países) que leva a hipóteses tão extravagantes — ou se estamos em presença de pescadores de águas turvas...

Quando, há cerca de 20 anos, fiz aparecer o quinzenário «Jornal do Médico», que surgiu timidamente, com aspecto modestíssimo e impresso em pobre papel — e com o preço de assinatura trimestral de 7 escudos! — não faltaram os prognósticos pessimistas de que teríamos uma vida efêmera — semelhante à de vários outros periódicos médicos que haviam fracassado ou es-

tavam às portas da morte; e muitos diziam que o jornal não prestava... O jornal, contudo, singrou, progrediu muito, conseguiu fazê-lo semanário — e ainda hoje existe. Mais tarde, veio «O Médico» — também, depois de ser quinzenário, há alguns anos a publicar-se todas as semanas. Ambos se mantêm — mas Deus sabe com que sacrifícios, dedicações, dificuldades, força de vontade... Ambos procuram ser o melhor que é possível — neste País onde há 2 semanários médicos, que se mantêm com grande expansão porque os seus preços de assinatura são muito baixos e têm muitos anúncios porque também são muito baratos — para que não se quebre o indispensável equilíbrio; e talvez alguns dos leitores que estão lendo estes comentários se recordem do que dissemos, no princípio do ano que corre, a respeito dos semanários médicos que se publicam no Mundo: países grandes como a Rússia, a Espanha e o Brasil não tinham uma revista hebdomadária. Pois o «amável» e «compreensivo» leitor acha que poderíamos ser melhores!

Eu também suponho que é possível apresentar em Portugal uma revista semanal «melhor» do que «O Médico» — com papel melhor (por exemplo... couchê...), colaboração que viria (paga a bom preço) dos grandes países, etc., etc. Simplesmente, estou convencido também de que tal revista viveria como as rosas de Malherbe... e nasceria se houvesse capitalistas ingénuos que admittissem a hipótese de que Portugal fosse um País privilegiado — tão privilegiado que seria o único do Mundo a permitir que ganhassem boa maquia — felizes proprietários de... revistas de medicina!

M. C.

ECOS DA IMPRENSA LEIGA

ACIDENTES DO GOLFE

TÓQUIO, 21 — Um médico japonês, o Dr. Ryosuke Katayama, da Escola Médica de Jikeikai, declara que trinta por cento dos golfistas amadores que examinou têm costelas fracturadas, com aspectos mais ou menos graves. Um deles continuava a praticar o seu desporto favorito, durante o tratamento, a que se sujeitara, contra as dores de cabeça que o afligiam. Feita uma radiografia, verificaram os médicos ter seis costelas fracturadas.

A média de idades dos amadores que observou e a que se refere é de 45 anos — na sua maioria homens que, na juventude, não praticaram qualquer desporto.

Actualmente, há no Japão 300.000 jogadores que possuem a sua indispensável série de «clubes». O número total dos entusiastas é, contudo, muito maior, pois ronda o milhão — na sua maioria jogando com «clubes» emprestados ou alugados.

Um ardente entusiasta, de mais de 70 anos, morreu ao beber uma cerveja, depois de ter completado os 18 buracos de uma partida de golfe. A mulher não pôs luto, alegando: «O meu marido deve ter morrido

satisfeito, depois de uma partida de golfe, que tanto adorava».

Desprezando a advertência do Dr. Katayama, os «velhotes» tentarão reduzir os abonos que recebem dos mais novos, durante as partidas, pois a sua ardente aspiração é jogarem «taco a taco».

O mais notável praticante de golfe, no Japão, é Xingoro Takaixi, antigo presidente da cadeia de jornais «Mainichi», que aos 80 anos faz 27 buracos, duas ou três vezes por semana. — (ANI).

MORTALIDADE INFANTIL

Existem, entre nós, algumas frases feitas, que são, ao fim e ao cabo, o retrato acabado da nossa estrutura, que se mantém implacavelmente uniforme há uma

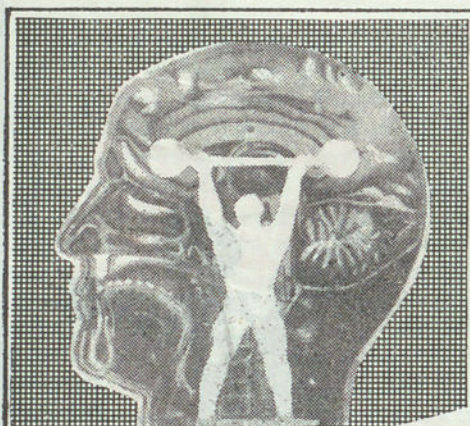
larga quantidade de anos: Portugal é um País essencialmente agrícola; a tuberculose é uma das principais causas da mortalidade; o País da Europa com mais pesada mortalidade infantil é Portugal, etc. Tais são as linhas de força através das quais verificamos que o dinamismo das condições socio-económicas não têm bastado para introduzir alterações salutaras dentro de uma estrutura social, que tende a enquistar.

Em 1956, morreram em Portugal 106.919 indivíduos dos dois sexos, dos quais 17.791 de menos de 1 ano, ou seja, 87 por mil de nados vivos. A situação melhorou em relação a 1937, ano em que o número de óbitos de crianças de menos de 1 ano atingiu a cifra dos 30.000. Deve reparar-se, para se ficar fazendo uma ideia exacta do panorama europeu, que a incidência média da mortalidade infantil foi, nesse ano, inferior a 40 por mil dos nado-vivos, e que na Suécia se atingiu o número «record» de 20, ou seja, menos de um quarto da que pode verificar-se em Portugal.

Evidentemente que não há uma distribuição uniforme desta mortalidade ao longo do País. Existem regiões mais atingidas e outras menos. Assim, em 1956, a taxa de mortalidade infantil foi de 104,9 no distrito de Setúbal, de 125,29 no distrito do Porto e de 159,5 no distrito de Ponta Delgada. O concelho de Guimarães (com uma população constituída por uma mistura de operários, trabalhando nas muitas indústrias locais, e de trabalhadores rurais), registou uma mortalidade de 137,08 por mil, ou seja, quase sete vezes mais do que o número mais baixo registado na Europa.

Nas áreas servidas por dispensários verificou-se um decréscimo, assaz acentuado, da mortalidade infantil, o que faz desejar a sua multiplicação de modo a cobrir todas as áreas necessitadas do País. Em certas zonas a permiagem de óbitos foi, em 1956, de 145,6, tendo descido em 1957 para 106,2, enquanto nas áreas não servidas por dispensários esses números estabeleceram-se deste modo: 189 em 1956, tendo descido em 1957, apenas para 182,3. Se a assistência materno-infantil tem recebido um mais sólido apoio material (em 1953 a dotação para a assistência materno-infantil era de 21.016.500\$00, equivalente a 17,02 %; e subiu em 1957 para esc. 39.131.000\$00) a verdade é que não alcança ainda os números que seria de desejar para que a sua eficiência permitisse encontrar condições óptimas de assistência em qualquer região. A formação dos quadros do pessoal deve também ser encaráda, para que possa contar-se com elementos tecnicamente bem preparados.

Cuidar da política da saúde é atender aos problemas mais directamente ligados com a elevação do nível de vida nacional. Não se pode criar um sistema de produção eficiente enquanto a população, na sua totalidade, não estiver defendida da doença, através de uma assistência preventiva com bom pessoal, de medicamentos, aparelhagem e hospitais e outras dependências.



fortex
SEIXAS-PALMA

**ESTIMULANTE
SEXUAL E
TONIFICANTE
DO SISTEMA
NERVOSO**

Associação de extractos
de testículo, próstata,

pâncreas,
hipófise e
cérebro

com
ioimbina e
cálcio lacto-
-fosfórico
em doses
próprias e
destituídas
de efeitos
secundários



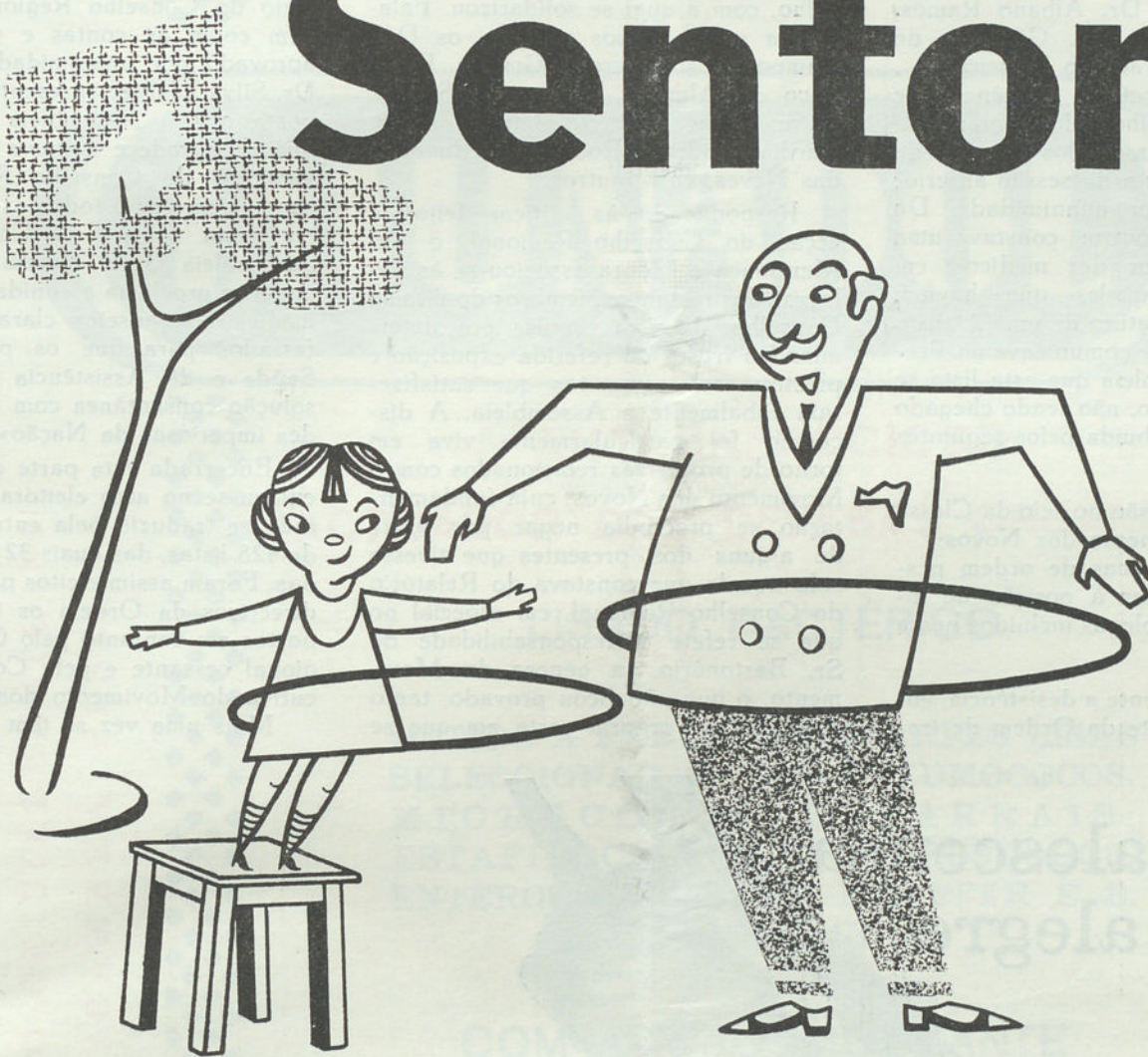
LABORATÓRIO DE BIOLOGIA
E QUIMIOTERAPIA
RUA DE S. TIAGO, 9-LISBOA



**envelhecer em plena alegria
de viver !**

com

Senton



**preparação geriátrica
que associa**

**hormonas
vitaminas
e minerais**



ORGANON - HOLANDA

REPRESENTAÇÃO EXCLUSIVA:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

Rua da Prata, 250, 2.º • LISBOA // Rua Alexandre Braga, 138 • PORTO

ORDEM DOS MÉDICOS

Assembleia Regional do Porto

Para discussão do Relatório e Contas do Conselho Regional relativos ao ano anterior e eleição dos membros dos corpos gerentes para o triénio 1959-61, realizou-se em 28 de Janeiro a sessão ordinária da Assembleia Regional, sob a presidência do Dr. Albano Ramos, secretariado pelos Drs. Giesteira de Almeida e Abel Pacheco Moreira.

Perante excepcional afluência de médicos os trabalhos decorreram em ambiente de interesse pelos assuntos da Classe, tendo a acta da sessão anterior sido aprovada por unanimidade. Do expediente, entre outros, constava uma carta assinada por dez médicos, em representação daqueles que haviam subscrito a candidatura de uma 2.^a lista eleitoral, em que se comunicava ao Presidente da Assembleia que esta lista se retirava da votação, não tendo chegado sequer a ser distribuída pelos seguintes motivos:

- evitar confusão no seio da Classe e do Movimento dos Novos;
- sanar problemas de ordem pessoal inerentes à posição de alguns dos Colegas incluídos nessa 2.^a lista.

Aceite tácitamente a desistência, entrou-se na 2.^a parte da Ordem de tra-

balhos, com a discussão do Relatório e Contas, bem como do Orçamento para o ano de 1959, que são aprovados, depois de longa discussão, em que intervieram os Drs. Virgílio Moreira, que leu uma exposição-crítica do Dr. Santos Silva, Filho, com a qual se solidarizou. Falaram a seguir vários colegas: os Drs. Campos Costa, Pereira Guedes, Francisco de Almeida, Lopes dos Santos, Vítor Blanc, Alberto Lagoa, Mário Cardia, Cidrais Rodrigues, Pimentel das Neves, entre outros.

Respondendo às críticas feitas à acção do Conselho Regional, o Dr. Mendonça e Moura associou-se às palavras dos restantes membros do mesmo Conselho, de viva repulsa por determinadas frases da referida exposição e prestou esclarecimentos que satisfizeram cabalmente a Assembleia. A discussão foi particularmente viva em torno de problemas relacionados com o Movimento dos Novos, cuja fundamentação se pretendia negar por parte de alguns dos presentes que tivesse sido aquela que constava do Relatório do Conselho Regional, em especial no que se refere à responsabilidade do Sr. Bastonário na génese do Movimento, o que não ficou provado, tanto mais que da própria carta em que se

comunica à Assembleia a desistência da 2.^a lista, consta que o espírito do referido Movimento «várias vezes tem sido definido pelo nosso Bastonário...».

Esclarecidos todos os pontos e mantido inteiramente o conteúdo do Relatório do Conselho Regional, foi este, bem como as contas e o orçamento, aprovado por unanimidade, depois do Dr. Silva Leal ter apresentado uma proposta que a Assembleia adoptou, em que se agradece e louva a acção dos membros do Conselho Regional cessante, bem como todos os representantes desta Secção no Conselho e na Assembleia Geral. Nessa mesma proposta se proclama a «unidade da Classe médica nos anseios claramente manifestados para que os problemas da Saúde e da Assistência tenham uma solução consentânea com as necessidades imperiosas da Nação».

Encerrada esta parte dos trabalhos entrou-se no acto eleitoral, cujo resultado se traduziu pela entrada na urna de 428 listas, das quais 32 foram anuladas. Foram assim eleitos para os cargos directivos da Ordem os Colegas propostos em conjunto pelo Conselho Regional cessante e pela Comissão Executiva do Movimento dos Novos.

Mais uma vez se tem de estranhar

Convalescência mais alegre



Não é um estimulante de acção efémera, mas sim um tónico *reconstructivo*—o tónico que desperta o apetite e restitui ao organismo a sua saúde e a sua energia. Com sabor e aroma agradabilíssimos é uma tentação para as crianças. Até o seu preço é um tónico!

MINADEX

MARCA REGIST.

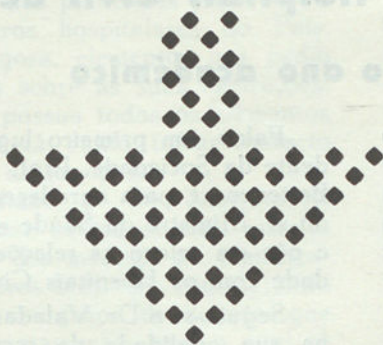
Vitaminas A e D, ferro, cobre e glicerofosfatos de cálcio, potássio, sódio e manganés.



GLAXO LABORATORIES LTD., GREENFORD, MIDDLESEX, INGLATERRA

Representantes em Portugal:

REMEDIOS, LDA., RUA DA PRATA 184-3º DTO., LISBOA



IMUNADOL

ANTI - INFECCIOSO
ACTIVADOR DAS DEFESAS ORGÂNICAS

LISADO BACTÉRICO

OBTIDO A PARTIR DE ESTIRPES LISAS
SELECCIONADAS DE PNEUMOCOCOS,
MICROCOCOS CATARRAIS,
ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS,
ENTEROCOCOS, 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

o desinteresse da Classe pelas eleições da Ordem, traduzidas numa percentagem de votantes que não excedeu 23%. Se é certo que esta falta de interesse pelas eleições associativas parece apatúrgico dos portugueses (recentemente, num dos grandes clubes do futebol nortenho, e apesar de haver luta eleitoral, a cifra de votantes não foi além de 8%) nem por isso deixa de ser necessário verberar esta posição de comodismo em que a enorme maioria nega até este mínimo de colaboração que se lhe pede, pronta contudo a exigir dos corpos gerentes da Ordem a solução de todos os seus problemas profissionais.

Foram eleitos os seguintes Colegas para os vários cargos correspondentes à Secção Regional do Norte:

ASSEMBLEIA REGIONAL

Presidente: Dr. Manuel Esteves Guimarães da Silva Leal; *Vice-Presidente:* Dr. Alberto Sebastião Alves de Freitas.

DELEGADOS À ASSEMBLEIA GERAL

Dr. Aires Martinho de Faria Duarte (Barcelos), Dr. António de Araújo de Vasconcelos Vilas Boas e Alvim (Braga), Dr. António Barbosa Leão (Paredes), Dr. António José da Silva Júnior, Prof. António Martins Gonçalves de Azevedo, Dr. António Nogueira da Rocha e Melo, Dr. Edgar de Almeida Simões, Dr. Fernando Rocha Gil da Costa, Dr. Francisco Augusto da Silva Almeida, Dr. Joaquim Pereira Guedes, Dr. José Alfredo Campos Costa, Dr. José Augusto Lopes dos Santos, Dr. José Francisco Xavier de Almeida Soares (Braga), Dr. José Maria Rodrigues de Carvalho, Prof. José Ruiz de Almeida Garrett, Prof. Júlio Machado de Sousa Vaz, Dr. Levi Eugénio Ribeiro Guerra, Prof. Manuel Cerqueira Gomes, Dr. Mário Augusto Cardia Pires, Dr. Paulo Sarmento Cardoso de Carvalho.

VOGAIS DO CONSELHO GERAL

Dr. Eugénio Saraiva Corte-Real, Dr. José Rebelo Valente Pereira Cabral.

CONSELHO REGIONAL

Dr. Álvaro Gomes Ferreira Alves, Dr. Álvaro Mendonça Machado de Araújo Gomes de Moura, Dr. Arnaldo Bastos de Magalhães, Dr. Artur Manuel Giesteira de Almeida, Dr. Hernâni de Castro e Vasconcelos, Dr. João de Sousa Guedes Pereira Leite, Dr. José João Pinto de Oliveira Martins.

SECRETÁRIOS DA ASSEMBLEIA REGIONAL

Dr. Ângelo Couto Soares, Dr. Filomeno Delfim Vieira da Silva Borges.

DELEGADO À COMISSÃO DO IMPOSTO PROFISSIONAL

Dr. José Augusto Miranda Romariz.

Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa

Inauguração do ano académico

Sob a presidência do sr. Ministro da Saúde e Assistência, a Sociedade Médica dos H. C. L. inaugurou, no dia 12 de Novembro último, as actividades do ano académico de 1958/1959, o que levou à vasta sala do Hospital dos Capuchos elevada assistência.

Na mesa de honra, a ladear o Dr. Henrique Martins de Carvalho, viam-se o Prof. Carlos Salazar de Sousa; o Dr. Rafael Ribeiro, administrador dos H. C. L.; os Profs. Mendes Ferreira e J. Moniz de Bettencourt; e os Drs. Valadas Preto e Mário Marques.

Falou, em primeiro lugar, o presidente da Sociedade, Prof. J. Moniz de Bettencourt, para agradecer a presença do sr. Ministro da Saúde e Assistência e pôr em relevo as relações da Sociedade com os Hospitais Cívicos.

Seguiu-se o Dr. Valadas Preto, que, na sua qualidade de secretário-geral daquela agremiação, leu o seu relatório, no qual dava conta da actuação da Sociedade no ano que findara, terminando por fazer algumas considerações sobre problemas hospitalares.

O Dr. Henrique Martins de Carvalho entregou, depois, os prémios atribuídos pela Sociedade, no ano académico findo, aos trabalhos de maior interesse apresentados nas sessões efectuadas no decorrer do mesmo período.

Assim, o prémio «Alexandre Cancele de Abreu», no valor de 10 mil escudos, foi atribuído ao trabalho «Ciclo-Radioterapia no cancro do esófago», da autoria dos Drs. Idálio de Oliveira e Mário Vilhena; o prémio «Sociedade Médica dos H.C.L.», no valor de 5 mil escudos, foi atribuído ao Dr. José Luís Pulido Valente, pelo seu trabalho «Valor clínico da reografia hepática».

Em nome dos premiados, agradeceu o Dr. Idálio de Oliveira.

Falou, a seguir, o sr. Ministro da Saúde e Assistência. Começou por agradecer o convite para presidir àquela sessão e, logo a seguir, disse desejar que aproveitassem a presença do Ministro da Saúde para perguntarem o que quisessem, com a certeza de que ele responderia a todos. Justificou o facto de, ainda não ter visitado nenhum dos serviços que lhe estão subordinados, dizendo que assim procedia por querer, antes disso, documentar-se com elementos-base e de contacto que já solicitara dos serviços.

Referindo-se ao caso concreto dos Hospitais Cívicos de Lisboa, apontou a necessidade de, em seu entender estruturar os diversos cargos da hierarquia hospitalar. Assim, havendo sete hospitais adentro dos H.C.L. só dois têm director clínico, o que pensa não estar bem, sendo por isso necessário indicar quanto antes, os nomes dos que hão-de preencher os cinco lugares vagos. Tem também a opinião, afirmou, de que é preciso, quanto antes, designar o Enfermeiro-mor, o que pensava poder fazer dentro de poucos dias, para tanto contando com a valiosa colaboração dos médicos hospitalares e do conselho técnico dos H.C.L.

Concordou, a seguir, com a necessidade de se descentralizar a administração hospitalar, a propósito do que afirmou que essa descentralização comporta problemas numerosos e complexos. Referindo-se às instalações hospitalares, disse que tem já em seu poder os elementos fornecidos pelo Ministério das Obras Públicas, que lhe dão a conhecer o panorama actual das obras



**A N A L G É S I C O
DE USO EXTERNO**

apresentado na forma de stick

**ACÇÃO RÁPIDA
COMODIDADE DE APLICAÇÃO
ODOR AGRADÁVEL**

**LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

em curso e das planeadas para os diversos centros hospitalares do País. Aguarda, agora, elementos que pediu aos serviços sobre as suas aspirações, e logo que possua todos os elementos pedidos, poderá, então, tomar contacto directo com os serviços.

Mais adiante, o Dr. Martins de Carvalho disse pressupor uma estreita colaboração dos médicos na planificação dos futuros hospitais, considerando estes como um grupo de doentes que precisa de tratamento, para o qual só os médicos estão indicados.

Terminou, pedindo a todos os presentes que criticassem os pontos de vista que acabara de expor com o mesmo à-vontade com que ele os expusera, pois se verificasse que não tinha razão na maneira como via o problema, o confessaria leal e sinceramente.

Seguiu-se-lhe o Dr. António de Vasconcelos Marques, director do Serviço de Neurocirurgia, que referiu ter o seu serviço um número de doentes muito superior à lotação regulamentar, o que tornava o trabalho impraticável, pelo que se vira na dura necessidade de determinar que não mais se admittissem doentes além da lotação, salvo os que se apresentassem em perigo de vida. Falou do problema da enfermagem, afirmando que não tinha coragem de exigir desse pessoal, em número infinitamente inferior ao das necessidades, e mal pago, que produzisse mais do que produz. Aludiu, ainda, ao problema dos paraplégicos, dizendo que

todos os médicos dos Hospitais Cívicos de Lisboa sabem como eles se tratam, mas que o não podem fazer, por se verem obrigados a terem-nos em promiscuidade com os restantes doentes, por carência de instalações condignas.

Também o Dr. Armando Luzes, director clínico do Hospital de S. José, apresentou o caso dos Serviços daquele hospital destinados ao tratamento dos fracturados, afirmando que ali o problema é ainda mais grave do que o apresentado pelo seu colega Dr. Vasconcelos Marques, e pedindo ao sr. Ministro da Saúde que não deixe de visitar aqueles Serviços no dia em que se disponha a visitar os Hospitais Cívicos de Lisboa.

O Dr. Rafael Ribeiro, administrador dos Hospitais Cívicos de Lisboa, referindo-se às considerações que acabara de ouvir ao Dr. Luzes, lembrou que, já em Maio deste ano, anunciara publicamente que ia pedir ao Governo a construção de um hospital para fracturados.

O sr. Ministro da Saúde respondeu a cada um dos oradores. Assim, e acerca do que o Dr. Vasconcelos Marques ali dissera sobre o problema dimensional, era de opinião que é sempre possível, tendo em vista o que determina o regulamento e bom senso clínico dos directores dos serviços, usar do direito de mandar armar camas para as necessidades. O orador defendeu o ponto de vista da necessidade do aumento da capacidade hospitalar de Lisboa e, a propósito, fez várias considerações so-

bre o problema da rede hospitalar do País, bem como da assistência domiciliária, a cargo da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Quanto ao problema da enfermagem, disse que também ele o preocupava profundamente, e que tinha conseguido arrecadar algumas verbas que contava, ainda naquele mês, poder empregar em obras em benefício da classe de enfermagem. Defendeu a necessidade de reformar o ensino da enfermagem e, mais adiante, referiu-se ao problema dos doentes tuberculosos crónicos.

Respondendo ao Dr. Armando Luzes, o sr. Ministro da Saúde voltou a pedir a todos que pessoalmente ou por escrito, ou ainda por intermédio dos serviços, que lhe dêem sugestões, pois considera essa colaboração indispensável para boa resolução dos assuntos que dependem do Ministro da Saúde.

SESSÕES DE TRABALHOS

Devido ao adiantado da hora, não houve possibilidade de dar cumprimento ao programa previsto para a sessão inaugural e, assim, a sessão foi interrompida, para prosseguir no dia seguinte, com a «ordem dos trabalhos» anunciada para aquela sessão. Presidiu a esta sessão o Prof. J. Moniz de Bettencourt, secretariado pelo Prof. Mendes Ferreira e pelos Drs. Valadas Preto e Mário Marques.

Falou, em primeiro lugar, o Dr. Ferreira de Lima, a propósito do pri-

NEO-VERMIOL

Citrato de piperazina em veículo açucarado e aromatizado

Anti-helmíntico inócuo e de sabor agradável

CERI-NUTRINA

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

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

LABORATÓRIOS ESTÁCIO
PORTO

meiro caso de insuficiência renal aguda tratada pelo rim artificial. Seguiu-se o Dr. José de Melo e Castro, que falou sobre «O emprego do rim artificial num caso de glomerulonefrite aguda». O terceiro trabalho apresentado, da autoria dos Drs. M. Monteiro e Duarte Silva, intitulava-se «O emprego do rim artificial num caso de nefropatia pelo sublimado», tendo, por último, o Dr. Filipe Vaz apresentado um filme sobre «A mecânica do rim artificial».

★

Em nova sessão, efectuada, sob a presidência, também, do Prof. J. Moniz de Bettencourt, no dia 18 de Dezembro, o Prof. Juvenal Esteves apresentou uma comunicação intitulada «A profissão como factor patogénico das dermatoses», tendo começado por analisar a diversidade que existe nos elementos estatísticos quanto à frequência das dermatoses profissionais. Prosseguindo, acentuou que essa diversidade é devida não só à variação de incidência de carácter ocasional e regional, mas sobretudo à dificuldade de estabelecer o próprio conceito de doença profissional. Referiu depois a divergência de critério, relativamente à designação de acidente e doença profissional, pelo que se refere às dermatoses, e a evolução do conceito destas quando relacionadas com actividades profissionais. O Prof. Juvenal Esteves afirmou, por fim, que a tendência actual é para considerar a profissão entre os factores patogénicos determinantes da doença cutânea, de preferência a admitir aquela em sentido etiológico estrito. Esta orientação — afirmou ainda — tem significado prático na avaliação dos casos concretos, tanto pelo que se refere ao diagnóstico, profilaxia e tratamento, como às eventuais implicações legais.

Seguiu-se o Dr. Fernando de Melo Caeiro, para apresentar um trabalho sobre «Tratamento da febre tifóide e paratifóide B pela fenilbutazona», com exclusão de qualquer outra terapêutica específica ou inespecífica. Depois de afirmar que a fenilbutazona não interfere com o estabelecimento dos mecanismos de imunidade, não se registando nem recaídas nem problemas de portadores de germes, convalescentes ou crónicos, o Dr. Melo Caeiro disse que este trabalho constituía uma nota prévia em que se poderão basear posteriores trabalhos de uma equipa de investigação clínica, laboratorial e epidemiológica.

DIARIO DO GOVERNO

(De 27/II a 5/III/1959)

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA

Portaria n.º 17.046 que aumenta de um lugar de director clinico adjunto o quadro do pessoal de direcção e chefia do Hospital Rainha D. Leonor, aprovado pela Portaria n.º 12.683.

24-II-59

ACUMULAÇÕES

Foram autorizados a acumular os seguintes lugares:

Dr. Américo da Silva Prates — de assistente do Instituto Português de Oncologia com o de assistente de radiologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

2-III-59

Dr. António Pinto de Magalhães de Almeida Fernandes — de médico assistente do Dispensário D. Amélia, do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos com o de médico da Liga dos Amigos dos Hospitais.

2-III-59

Dr. Francisco José Brandão Rodrigues dos Santos, médico municipal do 2.º partido do concelho de Penafiel — de médico, contratado, da Guarda Nacional Republicana, servindo no posto de Penafiel, e de substituto do subdelegado de Saúde do mesmo concelho.

2-III-59

Dr. Leonel Pais de Carvalho Sant'Ana Marques — de médico oftalmologista da Casa Pia de Lisboa com o de médico interno estagiário do Hospital do Ultramar.

2-III-59

Dr. Amadeu Viegas Baptista — médico estomatologista das Cadeias Cívicas Centrais de Lisboa e do Dispensário Policlínico Central da Junta de Província da Estremadura com o de médico estomatologista da Liga dos Amigos dos Hospitais.

4-III-59

Dr. Coriolano Albino Ferreira — de administrador do Hospital de Santa Maria, em comissão de serviço, com o de vogal da comissão instaladora e administrativa do Hospital de S. João.

4-III-59

Dr. Henrique Soeiro Martins Ruas — médico da Polícia de Segurança Pública de Lisboa com o de segundo-assistente da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e de médico da Polícia Internacional e de Defesa do Estado.

4-III-59

CONCURSOS

Estão abertos concursos:

Para provimento do lugar de inspector de Saúde do Distrito Autónomo do Funchal.

28-II-59

Para provimento do lugar de médico municipal do partido com sede na freguesia de S. Mamede de Infesta (Matosinhos).

28-II-59

INSTITUTO DE ALTA CULTURA

Dr. Mário Jerónimo Caetano Quintiliano Cordeiro, primeiro-assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa — foi concedida missão oficial fora do País durante trinta dias, a contar de 10 de Julho do corrente ano.

27-II-59

NOMEAÇÕES

Faculdades de Medicina

Dr. Alvaro Gomes de Bastos Araújo — para o exercício das funções de segundo-assistente, além do quadro, da cadeira de Bacteriologia e Parasitologia do 5.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

28-II-59

Dr. Henrique Manuel Pinto da Silva Freitas — para o exercício das funções de segundo-assistente, além do quadro, da cadeira de Propedêutica Cirúrgica do 7.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

28-II-59

Dr. José Fernando de Barros Castro Correia — para o exercício das funções de primeiro-assistente do 1.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

28-II-59

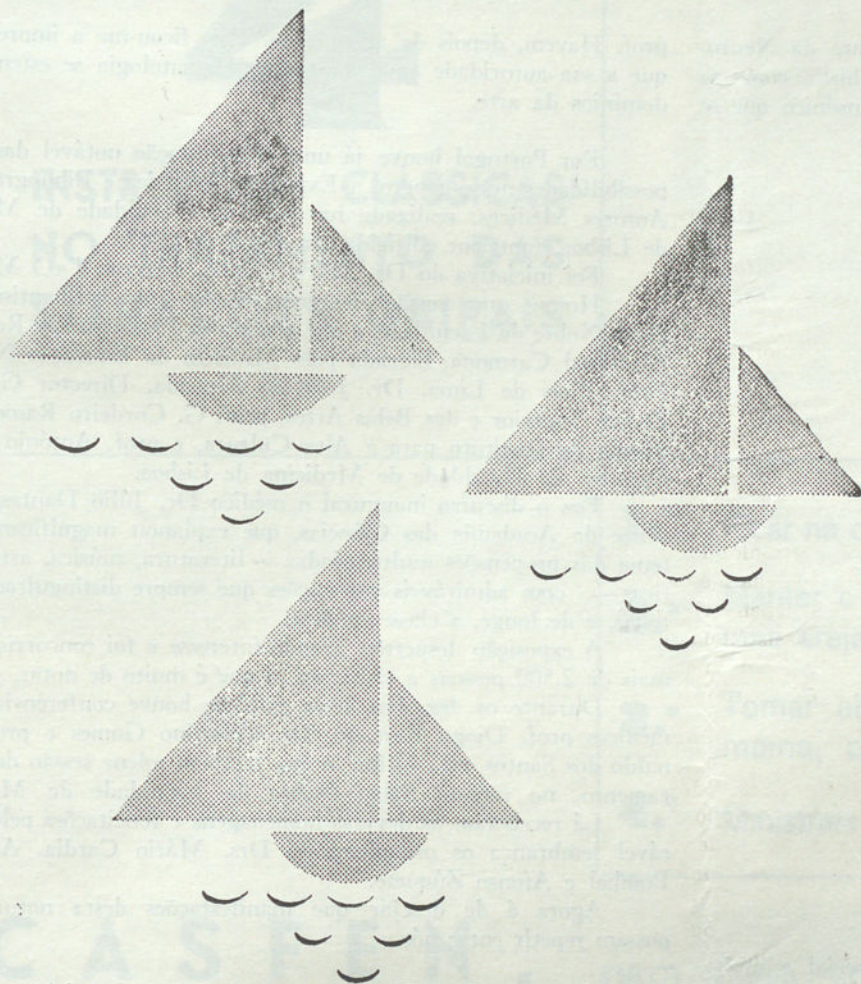
COMBIÓTICO*

COMBINAÇÃO DE PENICILINA - DIHIDROESTREPTOMICINA



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

A TRANQUILIDADE



Neuro-Ferlecit

O sedativo-nervino contendo FERRO e o alimento das funções do sistema nervoso e factores do complexo de Vitamina B.

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

DRAGEIAS Frascos de 30, 100 e 750 drageias



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

MISTURA DE ESPÉCIES

FELICIANO GUIMARAES

(Continuação do n.º anterior)

O próprio Charcot, seu mestre, figura eminente da Neurologia no séc. XIX, tinha dotes de muito bom desenhista, como se pode ajuizar pelo vivo e expressivo croquis de parkinsoniano que se reproduz. (Fig. 20).



Paralisia agitante
(Croquis por Charcot)

Mas há mesmo uma documentação muito especial e muito abundante sobre esta predileção de médicos por temas de arte plástica.

Em França, por exemplo, tem-se realizado desde há muitos anos, o *Salon* dos médicos, com produções de pintura, escultura e desenho devidas exclusivamente a membros da classe. E não se julgue que tudo aquilo é amadorismo sem grande valor. Abundam as produções com bem marcadas qualidades artísticas. Muitas têm sido adquiridas pelo Estado para figurarem nos principais museus nacionais.

Lamento não ter visto nenhuma dessas exposições. Conheço-as de referências e de apreciações críticas e também ajuízo delas, tanto quanto é possível, por fotogravuras. Alguns dos trabalhos que nelas se apresentam agradam-me muito pelo arranjo da composição, pelo desenho e pela largueza da execução segura, reveladores de bons dotes de artista.

As esculturas que Héraïn, Sabouraud, M.elle Quinquaud (2.º prémio de Roma) e outros tem apresentado nesses certames bastariam a criar-lhes um nome prestigioso nos domínios da grande arte.

Aquilo é francamente bom.

Na pintura, coisa idêntica.

Mesmo fora dessas exposições, em trabalhos públicos há obras de médicos que marcam. Tenho diante de mim as fotogravuras duma admirável medalha do jubileu médico póstumo de Clémenceau — outro da classe, — celebrado no grande anfiteatro da Sorbonne em 11 de Novembro de 1933. E com essa a duma escultura vigorosa, cheia de expressão e vida, da cabeça do Tigre, que foi posta a encimar o monumento votivo levantado no próprio jardim de Clémenceau, na Vendeia, em frente ao mar.

São obras do Dr. Charles Villandre, cirurgião, pintor e escultor. E notável em qualquer destas qualidades.

Vários nomes bem conhecidos de mestres da Medicina francesa figuram muitas vezes entre os expositores do *Salon* dos médicos. Foi para mim uma revelação, por exemplo, ver reproduções de medalhas, género muito cultivado por franceses, executadas pelo

prof. Hayem, depois de aposentado. Pois ficou-me a impressão de que a sua autoridade em assuntos de Hematologia se estendia aos domínios da arte.

Em Portugal houve já uma manifestação notável das nossas possibilidades nesse género, a Exposição Artística e Bibliográfica de Autores Médicos, realizada nas salas da Faculdade de Medicina de Lisboa, (anterior edifício), em Abril de 1947.

Foi iniciativa do Dr. Mário Cardia, director d'«O Médico».

Houve uma sessão inaugural de grande brilhantismo, no Salão Nobre da Faculdade, a que presidiu o Presidente da República Marechal Carmona, ladeado pelo Ministro da Educação Nacional Prof. Pires de Lima, Dr. João de Almeida, Director Geral do Ensino Superior e das Belas Artes, prof. G. Cordeiro Ramos, Presidente do Instituto para a Alta Cultura, e prof. António Flores, Director da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Fez o discurso inaugural o médico Dr. Júlio Dantas, Presidente da Academia das Ciências, que explanou magnificamente o tema das propensões multivariadas — literatura, música, artes plásticas —, com admiráveis realizações que sempre distinguiram entre todas, e de longe, a classe médica.

A exposição despertou grande interesse e foi concorridíssima: mais de 2.500 pessoas a visitaram, o que é muito de notar.

Durante os dez dias dessa exibição houve conferências pelos médicos prof. Diogo Furtado, Dr. Celestino Gomes e prof. Reinaldo dos Santos, esta última numa também solene sessão de encerramento, no mesmo Salão Nobre da Faculdade de Medicina.

Lá receberam as devidas homenagens e felicitações pela admirável lembrança os organizadores Drs. Mário Cardia, Armando Pombal e Afonso Zúquete.

Agora é de desejar que manifestações desta natureza se possam repetir entre nós.

Continuemos atidos ao tema restrito de Medicina e Artes plásticas.

Muito cheio de interesse neste assunto é o que diz respeito às imagens da Senhora do Ó.

Representam, como é sabido, a gravidez da Mãe de Deus. À parte o seu valor intrínseco, está nelas bem vincada a feição naturalista da imaginária portuguesa desde o período medieval, sem que isso lhes prejudique o ar de ternura simpática, toda repassada de poesia.

Nessa tendência diferem profundamente das que com idêntico significado mas de expressão simbólica predominam na arte francesa, por exemplo.

Das nossas se ocupou em desenvolvido estudo o prof. Rocha Brito, tendo conseguido com louvável esforço e amorosa solicitude apontá-las em importante inventário (1).

Um outro aspecto pleno de interesse das relações entre Arte e Medicina é o que respeita à interpretação dada por artistas a cenas religiosas bíblicas ou da vida de Cristo e de Santos.

Eis aí um fecundo campo que ainda permite larga exploração aos espíritos amantes destas coisas.

Já uma vez por aí encarreirei tentado por certas observações de ordem médica que me mereciam as interpretações dadas por artistas, através do tempo, à representação da Crucificação de Jesus Cristo.

Depois de ter referido a evolução da iconografia da cena fiz alguns comentários médico-artísticos: localização da lançada; as explicações dadas para o sangue e água que, no dizer do evangelista S. João, saíram do golpe; os pontos em que foram metidos os cravos nas mãos e nos pés para a fixação do corpo na cruz; etc.

E aludi ainda às interpretações que a atitude e a expressão

(1) V. «O Tripeiro», V Série, 1945.

4

INSTRUÇÕES CLÁSSICAS NO TRATAMENTO DAS SITUAÇÕES GRIPAIS

- 1.º** Ficar na cama.
- 2.º** Manter o ambiente quente mas arejado.
- 3.º** Tomar abundantes líquidos (água morna, chá de limão ou sumos)
- 4.º** Ministras :

C A S F E N , para alívio sintomático;

R U T I N I C Ê
F O R T Í S S I M A , para estímulo das defesas orgânicas.

T O S S I N A ou
T O S S I F E D R I N A , se houver tosse;

E F E L A B S A N
ou **L A B S A N**
ou **L A B S A N T ,** se houver afecções brônquicas

Furostilbene



Contra as perturbações
tróficas e vasomotoras
da menopausa
e da castração

Suspensão oleosa (5 micros) do difuroato de dietil-
lestilboestrol activo

Possui uma acção estrogénica constante durante
25-28 dias.

Caixas de 1 ampola de 1 c.c. a 10 e a 100 mg

Furoato de testosterona em suspensão oleosa micro-
cristalina

Combina no mais elevado grau as propriedades
exigidas a um androgénio:

UMA ACTIVIDADE AUMENTADA

UMA ACÇÃO MAIS PROLONGADA

Porque é insolúvel na água

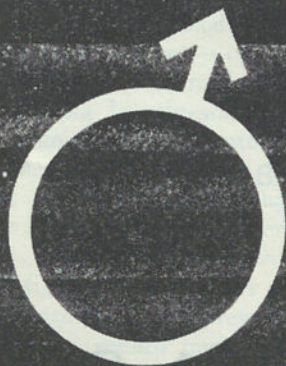
Porque é pouco solúvel nas gorduras

Porque inibe deste modo a assimilação

Porque assegura uma perfeita regularidade na veloci-
dade de absorção

Caixas de 1 ampola de 1 c.c. a 50 mg e a 200 mg

Furotest



UNION CHIMIQUE BELGE, S. A.
Divisão Farmacéutica
BRUXELAS BELGICA

Representantes:

NEO-FARMACEUTICA, LDA.
Avenida 5 de Outubro, 21 — LISBOA-1
R. Sá da Bandeira, 605-2. — PORTO

do Crucificado tem merecido aos artistas desde que elas tiveram, no séc. IV, se não erro, a sua primeira representação plástica. (1)

As máximas figuras da arte — italianas, flamengas, espanholas, holandesas, alemãs, francesas, portuguesas, etc., artistas como Rafael, Miguel Ângelo, Leonardo de Vinci, Rubens, Velasquez, Rembrandt, sei lá quantos e quais! não lograram nunca dar uma efígie de Cristo com o ar de magestade e a serena beleza que a fotografia veio a revelar no Sudário de Turim, mesmo que se duvide da autenticidade deste como o verdadeiro envoltório tumular do Senhor.

VI — SANTOS PATROCINADORES

A agiologia médica é campo de vasta colheita. A acção, por exemplo, dos Bemaventurados invocados a favor de doentes tem dado tema para numerosos estudos.

Há os Santos Patrocinadores ou Santos Advogados, designações que lembram tarefas de jurisprudência, mas adequadas porque em regra a intervenção dos Invocados não é directamente de ordem médica. Na maioria dos casos, com efeito, são solicitados, segundo a especialização que lhes é atribuída, a interceder junto de Deus a favor dos enfermos.

A medicina popular nas suas práticas, com invocação em prosa e verso a Santos Patrocinadores, tem prendido largamente a atenção dos estudiosos, dando importantes contribuições para o conhecimento do *folclore* nacional.

Não me vou ocupar disso, é claro, porque nada acrescentaria ao muito que já temos na matéria, obra, como é natural, principalmente de médicos.

Mas julgo ainda por esgotar o aspecto artístico. Imagens esculpidas ou pinturas de Santos advogados *pro infirmis*, muitas delas com atributos da sua acção no campo médico ou cirúrgico, estampas, objectos de culto com representações simbólicas, etc.... há muito que respigar nesses domínios.

Tenho para mim como certo que lindas coisas se encontrariam por esses museus, igrejas, capelinhas e até casas particulares. Isso interessa à Arte.

Dalgumas dessas imagens em escultura e em pintura sei eu que são bem dignas de apreço.

E já agora para quem por aqui quiser começar direi que se encontram várias esculturas em pedra de Santos patrocinadores de doentes no Museu M. de Castro: S. Braz, invocado para males de ouvidos, nariz e garganta; S.ta Luzia, para doenças de olhos; S.ta Águeda com os seios, cortados, num prato; S.ta Catarina; N.ª Senhora do Ó, etc.

A maior parte destas imagens são do período românico-gótico, a que também pertencem três outras figurando S.to Antão ou S.to António-abade, com os atributos costumados: o livro, a campainha, por vezes uma matraca pendurada à cinta, e ao lado o porco.

De época posterior não se vêem lá pelo Museu imagens deste Santo.

E não creio que fora dele se encontrem muitas, pelo menos com aqueles atributos.

Não será isso motivo de admiração se nos lembrarmos que Ele era invocado contra o mal grave que tinha o seu nome, o *Fogo de S.to Antão*, causador de tantas vítimas na época medieval.

Verdade seja que não teve entre nós a intensidade que assumiu noutros países europeus o terrível flagelo, hoje difícil de identificar.

Ergotismo (intoxicação pela cravagem do centeio) gangrenoso, devido a muita defeituosa panificação? Forma de lepra? Dermatose hoje de impossível diagnóstico?

«A doença queimava os doentes pouco a pouco, até que se consumiam sem remédio. Para evitá-la, os habitantes de Paris abandonavam a cidade em direcção ao campo. Outros documentos referem-se a um ardor insuportável, seguindo-se-lhe por vezes o esfacelo de braços e pernas. Tornavam-se estes negros como o car-

(1) F. G. Crucifixão — Notas médico-artísticas. Acção Médica, ano XVIII, n.º 71 — Janeiro-Março de 1954.

CAMPOLON® «forte» CAMPOFERRON®

Preparados contendo todas as substâncias
activas do fígado. Avaliação por via microbiológica.

CAMPOLON «forte» contém também
60 mcg de vitamina B₁₂ por ampola

Extractos de fígado e vitamina B₁₂ determinam
uma remissão clínica e hematológica da ane-
mia perniciosa.

CAMPOFERRON - contém além da vita-
mina B₁₂, 0,25% de ferro e 0,003% de cobre.

Ambos os elementos contribuem para a for-
mação da hemoglobina.

Campo de indicação «clássico»:

Anemia perniciosa e outras anemias de etiologia diversa.

Outras indicações:

Estados de esgotamento

Doenças geriátricas

Para a protecção das células hepáticas

»Bayer«



Leverkusen

Alemanha

Representante para Portugal: **BAYER-Farma**, Limitada, Rua da Sociedade Farmacêutica, 3, 1º Lisboa 1

vão, e os indivíduos que sobreviviam ficavam privados do seu uso (1)».

Para combater a doença fundou-se em França a Congregação dos religiosos de S.to Antão que, como a de N.ª S.ª de Rocamador, entrou em Portugal com os cruzados, quando estes, a caminho do Oriente, faziam escala pelos nossos portos.

Alguns desses religiosos, os Antoninhos, por cá ficaram e fundaram conventos.

A doença desapareceu há muito.

E a congregação religiosa também.

A invocação do Santo contra o mal a que davam o seu nome deixou de fazer-se. O povo, vendo-o representado com um porco ao lado, símbolo de tentações imundas, interpreta o caso a seu modo e fez de S.to António *advogado dos porcos perdidos*. E na invocação confunde os dois Santos homónimos: o eremita e o frade menor ou S.to António de Lisboa, mas isso para o efeito não interessa. Também fartamente o têm feito lá por fora homens de outra responsabilidade intelectual, literatos e artistas.

Posteriormente à época medieval há por aqui muitas imagens, em escultura e pintura, de Santos invocados contra doenças.

Logo da Renascença se encontram algumas.

Tem a Universidade duas belas tábuas quinhentistas, uma representando S.ta Luzia e outra S.ta Catarina. À mesma série pertencerá talvez uma Santa Mártir que está no Museu M. de Castro. Mas há mais que apontar. Por exemplo: um grupo de cinco pinturas em madeira, de igual tamanho, existentes na sacristia de S.ta Cruz, representando S.to António de Lisboa, S. Lourenço, S. Vicente, S. Sebastião e S. Roque, os três últimos invocados contra a peste, designação genérica outrora aplicada a males epidémicos. São obras da primeira metade do séc. XVI, presumivelmente de Garcia Fernandes, e figuraram na Exposição dos Primitivos Portugueses, em Lisboa, por ocasião dos centenários de 1940.

Constituem trabalhos de aprazível arte.

À segunda metade do séc. XVI pertencem as imagens em pedra de S. Sebastião e de S. Roque existentes no edículo que encima o principal dos Arcos do Jardim, arco que do primeiro Santo tomou o nome. Não poderão dizer-se peças de apreciável valor artístico. Mais que por méritos plásticos é conhecida a primeira pelo episódio das setas de prata, arrancadas por uns estudantes que deixaram afirmada a sua generosa intenção no letreiro: basta de tanto sofrer!

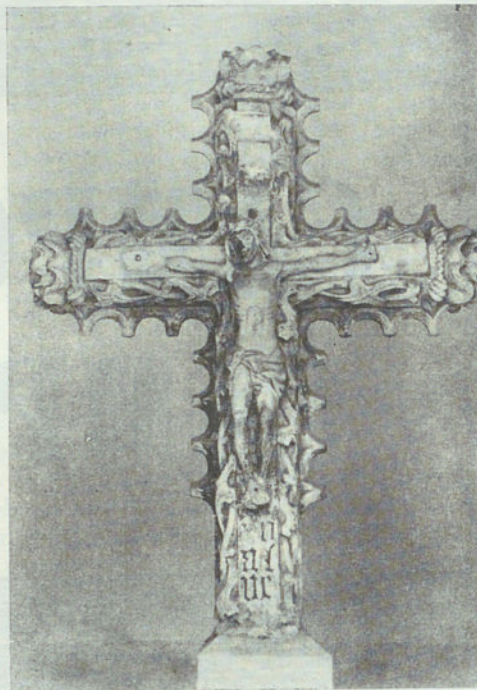
Para esses lados dos Arcos do Jardim, quando aquilo tudo tinha outro arranjo, existiu em tempos uma ermida dedicada a S. Martinho, um dos protectores dos leprosos. E perto estava, segundo leio, uma capela, também já desaparecida, chamada do «Santo Cristo das Maleitas», com um elegante cruzeiro no interior.

Ficavam assim reunidas numa zona limitada imagens que eram o grande recurso das gentes contra males para os quais eram pouco menos que impotentes a profilaxia e a terapêutica terrenas do tempo.

O «Santo Cristo das Maleitas» pode ver-se hoje no Museu Machado de Castro. É um crucifixo de pedra, trabalho manuelino, com 0,75 de alto, sem o pedestal. (Fig. 21)

A invocação diz tudo. Invocação permanente numa terra cujos subúrbios estavam cheios de maleitas. Só por cá se troca essa velha designação portuguesa pela de *sezões*, aludindo, sem dúvida, ao facto de dependerem de estações do ano os surtos endémicos do paludismo.

Compreende-se que houvesse a capela e a invocação. Que fazer? Desconhecia-se ainda a «casca peruana» ou «pó dos jesuítas» e ainda menos a quinina. Dos mafarricos que transmitiam o mal — o plasmódio e o anofeles — quem sonharia com eles?



Santo Cristo das Maleitas
(Museu Machado de Castro)

VII — SANTOS MÉDICOS

A medicina está bem representada na Corte Celestial. Lá têm assento figuras que neste vale de lágrimas deixaram um rasto luminoso. A caridade cristã gerou na alma de alguns deles o pensamento elevado de socorrer os que sofrem, de os tratar, de os confortar no corpo e no espírito.

Foram os grandes obreiros da Assistência médica, os que a fundaram e lhe traçaram as directrizes.

E só nisso está uma epopeia.

A ciência tem utilizado e orientado essas grandes forças por eles criadas e chegou a realizações que são uma glória da humanidade.

Mas o dinamismo que as gerou é obra de santos que não eram sábios.

Temos um, português, um zé-ninguém que realizou uma obra de prodígio: S. João de Deus.

A medicina está também representada no Céu por membros da classe, reconhecidos oficialmente como no goso da Bemaventurança eterna.

— Quantos?

— Sabe-se lá ao certo! Não é fácil destrinçar nos agiologios católicos os santos que se pode com propriedade qualificar de médicos.

Muitas vezes a testemunhar-lhes a profissão não há mais que uma saudação, um vago apelativo ou uma ainda mais vaga referência numa passagem dum agiógrafo. A tradição nos primeiros séculos do cristianismo apunha facilmente a etiqueta de médico tanto a quem com maior ou menor cultura se dava ao místico de tratar males físicos como ao que fazia curas espirituais nos míseros afectados da lepra do paganismo.

O mesmo qualificativo para os que tratavam os corpos e

(1) Maximiano de Lemos — História da Medicina em Portugal Lisboa, 1899.

**O CATGUT
MAIS ANTIGO
QUALIDADE SUPERIOR**

Lukens
Surgical Sutures

CERA HEMOSTÁTICA
LINHO E SEDA OYLOIDIN
E WAXOID. ATRAUMÁTICA
SEDAS ESTERILIZADAS

DISTRIBUIDOR GERAL: **A. G. ALVAN** — R. da Madalena, 66-2.º-D.to - Lisboa - Telefone, 25722

os que zelavam as almas. E ainda ele era estendido àqueles que, não por humana ciência mas por graça especial concedida pelo céu, curavam males físicos.

Confusão da Medicina com a Taumaturgia.

Alguns houve a quem o título foi outorgado *post-mortem* pelos prodígios terapêuticos operados nos seus sepulcros.

O assunto dos santos médicos tem prendido sempre a atenção de agiôgrafos e de historiadores da medicina que deles nos têm dado variadas listas. Há mesmo uma ladainha exclusiva de santos médicos onde são invocados nominalmente 58, desde o Arcanjo S. Miguel até S.ta Ildegarda.

Sim, que lá estão várias médicas.

Sessenta canonizados contou não há muitos anos o médico e frade beneditino francês D. Alphonse Marie Fournier ⁽¹⁾.

O número sobe a 66 nos cálculos do Dr. Henri Bon ⁽²⁾. Pazzini, em obra volumosa ⁽³⁾ pretende aclarar o assunto com o seu «catálogo crítico», estabelecendo cinco classes entre os santos ordinariamente havidos como médicos:

- I — Médicos segundo documentação histórica
- II — Médicos segundo documentação agiográfica e médicos taumaturgos
- III — Escritores de argumentos médicos ou científicos
- IV — Praticantes da assistência médica por caridade cristã
- V — Não médicos.

Na primeira classe, além de vários outros, entre eles o evangelista S. Lucas, lá está o nosso S. Frei Gil de Santarém, que também é incluído na maioria das outras listas.

Os muito citados SS. Cosme e Damião figuram na classe II, a par dos apóstolos S. Pedro e S. Paulo.

Em suma, é de concluir que a Medicina tem larga representação no Paraíso. E devemos acreditar que muitos da profissão terão ido crescer os registos da Côte Celestial em prémio da vida benfazeja que na Terra levaram, na modéstia de Joões Semanas incansáveis e generosos.

Dos Santos que a folhinha cita apontam-se logo dois, os SS. Cosme e Damião, de história muito conhecida, tidos por médicos e até patronos da classe, decapitados por ordem de Diocleciano. São os do «Milagre da perna», a que aludi em capítulo anterior (v. «Cabeça isolada, viva»). Desse prodígio e dalgumas imagens destes santos se ocupou o meu amigo e colega, já falecido, prof. Alberto Pessoa.

Outro, e esse o máximo da série, é o evangelista S. Lucas, discípulo e grande colaborador de S. Paulo. É o grande padroeiro da classe.

Medicorum Christianorum princeps et patronus lhe chamavam numa oração cantada na capela da Faculdade de Medicina de Paris. Numa das suas epístolas S. Paulo, referindo-se a ele, chama-lhe *Lucas, o médico*. Fournier aponta esta particularidade: «enquanto que os outros evangelistas se servem de expressões vulgares para designar as diversas doenças, S. Lucas emprega termos técnicos que se encontram em Galeno e que estavam sem dúvida já em uso entre os médicos gregos» ⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ Cit. por Cabanès in «Remèdes d'Autrefois».

⁽²⁾ H. Bon — «Précis de Médecine Catholique» — Paris, 1936.

⁽³⁾ «I Santi nella Storia della Medicina».

⁽⁴⁾ Cabanès, obra cit.

Ora, S. Lucas era também artista.

Nem mais nem menos que o patrono dos pintores. As confrarias que estes em Portugal formaram desde pelo menos o séc. XVI tinham a sua invocação. E não só em Portugal.

Manejava bem os pincéis, dizem.

Segundo a tradição, ele pintou do natural o retrato da Virgem Maria, a quem servia e acompanhava em respeitosa veneração depois da tragédia do Gólgota.

Este assunto — S. Lucas pintando a Mãe de Deus — já tem prendido a atenção de pintores e escultores. Um exemplo disso aqui em Coimbra, e que serve de ilustração a estes dizeres, é um quadrinho escultórico em madeira na predela do soberbo altar-mór da Sé Velha, obra flamenga do séc. XV, como se sabe, executada por Olivier (de Gand) e Jean (de Ypres).

Vê-se aí S. Lucas sentado diante dum cavalete, com a paleta enfiada no polegar da mão esquerda, que também segura o pau de apoio, e o pincel na direita. (Fig. 22)



S. Lucas pintando o retrato da Virgem
(Sé Velha — Coimbra)

No cavalete, o retrato de N.^a Senhora.

À direita, de frente, em atitude magnificamente observada, um pretinho com as mãos sobre uma moleta prepara tinta para o artista em cima duma mesa com tampo de pedra.

Aos pés do Evangelista, o boi, seu atributo simbólico.

Delicioso conjunto como composição, como execução e como documento. Por ali se ajuiza do que era um atelier de pintura no séc. XV.

Lembra o quadro do flamengo Otto Venius: o pintor rodeado de sua família (Louvre), do holandês Jan Vermeer (de Delft), este já do séc. XVII, e tantos outros.

O mesmo Santo, patrono de médicos e de pintores porque era uma e outra coisa...

Que melhores relações se poderiam arranjar?

E com tal citação sugestiva e apropriada ponho ponto, que é tempo, a estas notas ligeiras sobre Arte e Medicina.

Coimbra, Maio de 1946

Pfizer

Tyzine

superior descongestionante nasal

GOTAS
NEBULIZADOR
GOTAS INFANTIL

O MÉDICO

CONSELHO CIENTIFICO

Júlio Dantas (Presidente da Academia de Ciências de Lisboa)

Augusto Vaz Serra (Director da Fac. de Med.), A. de Novais e Sousa, A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Tavares de Sousa, Albertino de Barros, 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 Larroud, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, J. Oliveira Machado, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos, Costa Sacadura, Toscano Rico e Xavier Morato (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical) Almerindo Lessa (Dir. do Serv. de Sangue dos H. C. L.), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro, Alexandre Sarmento (Dir. do Lab. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L. — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

Ernesto Morais (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), A. Rocha Pereira, António de Almeida Garrett, J. Afonso Guimarães, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Emídio Ribeiro, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antirracomatososa 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 (1.º Leg. de Saúde de Castelo 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

Madeira: Celestino Maia (Funchal); Espanha: A. Castillo de Lucas, Enrique Nogueira e Fernan Perez (Madrid); França: Jean Huet (Paris); Alemanha: Gerhard Kock (Munster)

SEMANA A SEMANA A VIDA MÉDICA NACIONAL

Efemérides

(De 28 de Fevereiro a 6 de Março)

Dia 28 — Em Lisboa, no Hospital Miguel Bombarda a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria promove uma sessão dedicada à memória do Prof. António Flores, Preside o Ministro da Saúde. Entre a numerosa assistência os principais vultos da medicina portuguesa. Em lugar de destaque senta-se a sr.ª D. Cecília Flores, viúva do homenageado.

Aberta a sessão, fala o Dr. Almeida Amaral que traça a biografia do Prof. António Flores, enaltecendo as suas actividades científicas, culturais e universitárias.

O Prof. Robert Debré, da Universidade de Paris, que desde há dias está em Lisboa, onde, no Hospital de D. Estefânia preside a sessões de apresentação de doentes, profere, no Instituto de Medicina Tropical, uma conferência subordinada ao tema «O estado actual da luta antituberculosa». Faz a apresentação do conferencista, enaltecendo as suas qualidades de mestre da medicina, o Prof. Fraga de Azevedo, director do Instituto.

O Prof. Alfredo Jost, da Faculdade de Ciências de Paris, profere no anfiteatro Celestino da Costa, do Instituto de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, a sua última conferência em Portugal, trabalho que subordina ao título «amputações congénitas e outras lesões das extremidades, provocadas por acções hormonais».

Dia 1 — Com a presença do Subsecretário da Educação e de outras individualidades, é entregue aos Serviços de Saúde Escolar do distrito de Lisboa um autocarro destinado a transportar os alunos das escolas primárias e técnicas e liceus, num total de 52 mil educandos, à sede da respectiva inspecção geral, situada em edificio anexo ao Liceu Pedro Nunes, a fim de ali serem examinados.

No seu discurso o Subsecretário declara ser necessária uma reforma quase total da estrutura vigente no domínio da saúde escolar.

São contratados para segundos assistentes da Faculdade de Medicina de Coimbra, os Drs. Henrique da Silva Feitor e Alvaro Bastos Araújo; e para primeiro assistente da Faculdade de Medicina do Porto o Dr. Barros Castro Correia.

Em Coimbra, sob a presidência do Ministro da Educação Nacional, Prof. eng. Leite Pinto, inaugura-se o Laboratório Rádio Isótopos da Faculdade de Medicina, que se encontra instalado no rés-do-chão do novo edificio da Faculdade de Medicina e é dirigido pelo Dr. Rodrigues Branco, chefe de serviços, assistido pelos Drs. Pedroso Santos Rocha e Dario Cruz.

Nos actos, durante as cerimónias que se effectuam, discursam os Profs. Vaz Serra, Maximino Correia e o Ministro que, entre outras afirmações diz que o Ministro das Finanças lhe declarou que durante o mês de Abril seria remodelado o quadro da Faculdade de Medicina.

No Porto, na sequência das reuniões mensais de um grupo de estomatologistas, é prestada homenagem, durante um almoço, ao Dr. Frazão Nazareth, por ter sido distinguido novamente com a nomeação para o cargo de director clínico do Hospital Geral de Santo António. Enaltecem as qualidades do homenageado, de entre outros presentes, os Drs. Esteves Pereira, Alberto Pires, Vaz Osório, Carneiro Martins, Mário Aragão, Silva e Costa, etc.

Em Lisboa, na Sociedade de Ciências Médicas, realiza-se uma sessão com a seguinte ordem de trabalhos: Dr. Cortez Pimentel — «Um caso de «Ossificação maciça» dum lobo pulmonar»; Dr. Thomé Villar e José Granate — «Doença de Hodgkin de localização pulmonar aparentemente

única», e Fernando Marques — «Um caso de hidatidose pleural».

No Porto, o Prof. Alfred Jost profere a sua conferência intitulada «Amputações congénitas e outras lesões das extremidades provocadas por acções hormonais».

Em Coimbra, o mesmo professor repete a sua conferência.

O deputado Dr. Urgel Horta presta homenagem na Assembleia Nacional à memória do Dr. Ricardo Jorge.

O Dr. Almerindo Lessa profere, à noite, no Centro de Estudos Políticos e Sociais da Junta das Missões Geográficas e de Investigação no Ultramar, uma conferência intitulada «O homem caboverdeano, suas raízes, sua multiplicação e suas doenças», que constitui a linha vertebral de um ensaio demográfico para o estudo do mestiço e do luso tropical.

No Porto, no salão nobre da Faculdade de Medicina, iniciam-se, às 15 horas e 30, as provas de doutoramento do licenciado Daniel dos Santos Pinto Serrão.

O júri, da presidência do Reitor da Universidade, Prof. Amândio Tavares, é constituído por todos os professores em exercício daquela Faculdade e pelos Profs. Lúcio de Almeida e Jorge da Silva Horta, das Universidades de Coimbra e Lisboa.

Intervêm nas primeiras provas — discussão das teses «Para a interpretação semiológica das hiperglobulinemias-gama, é muito promissor o método da imuno-electroforese» e «Certos casos de icterícia do recém-nascido têm, inegavelmente, etiologia disenzimática», os Profs. Lúcio de Almeida e Ernesto de Morais.

O eng. Maurício Vieira Brito entrega os estatutos da Fundação Mário Cunha Brito ao Ministro da Saúde e Assistência. A Fundação foi criada em S. Pedro de Alva, Penamacor, com verbas já oferecidas que sobem a doze mil contos.

Realiza-se na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa uma reunião conjunta da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, com a seguinte ordem da noite: Dr. Serra e Costa — «Lesões traumáticas nos tendões flexores dos dedos. Introdução a uma nova técnica cirúrgica»; Dr. Fernando de Magalhães — «Tratamento das perdas de substâncias dos ossos longos pela técnica de Nicoll — Dois casos clínicos»; Dr. José Botelho — «Um caso de paralisia do grande dentado, romboide e deltóide com «Luxação escapulo-torácica» e Drs. Lino Ferreira e Moradas Ferreira — «Paraplegia em cifo-escoliose congénita».

Termina o doutoramento do licenciado Daniel dos Santos Pinto Serrão, com a defesa da dissertação intitulada «Contribuição Histopatológica para o Estudo das Relações Hepato-biliares», tendo como arguentes os Profs. Jorge da Silva Horta e Cerqueira Gomes.

O júri, constituído por todos os professores catedráticos da Faculdade de Medicina e ainda pelos Profs. Lúcio de Almeida e Jorge da Silva Horta, das Universidades de Coimbra e Lisboa, aprova o candidato por unanimidade, com dez nove valores.

Na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, reúne a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia com a seguinte ordem da noite. Drs. Ruela Torres e Silva Araújo — «Considerações sobre o emprego do succinato de hidrovipregnação como terapêutica adjuvante em 4 casos de tétano»; Dr. Mário Santos — «Emprego da hipotensão controlada num caso de hemorragias incoercíveis no tubo digestivo»; Dr. Maia Mendes — «A propósito de alguns casos de respiração de Cheyne — Stokes pós-anestésicos»; Dr. Carlos Guimarães — «Anestesia geral em dois doentes com aniquilamento da coluna cervical».