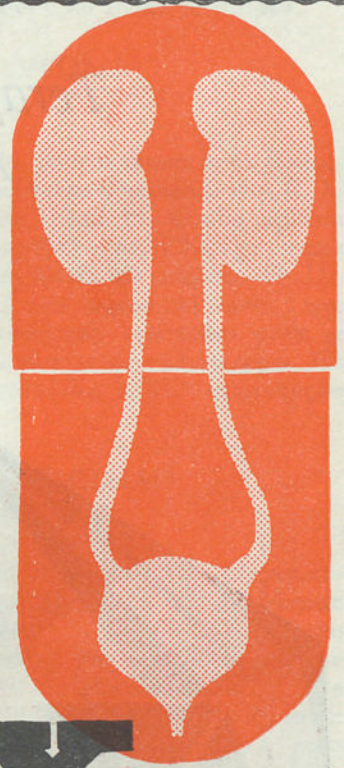
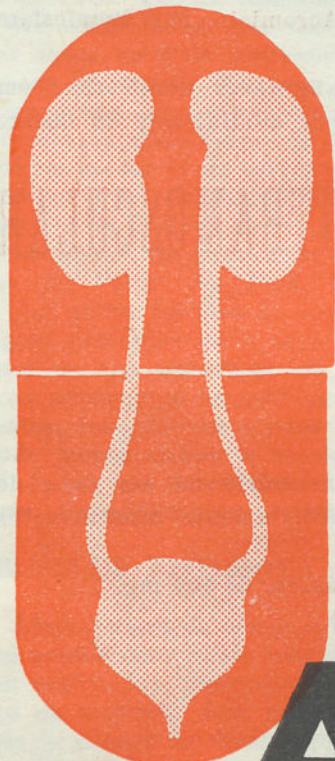


X ANO - N.º 391
26 de Fevereiro de 1959

DIRECTOR E EDITOR
MÁRIO CARDIA

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

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



DOMÍNIO COMPLETO
das infecções do aparelho urinário

Acção antibacterica
GERAL e LOCAL

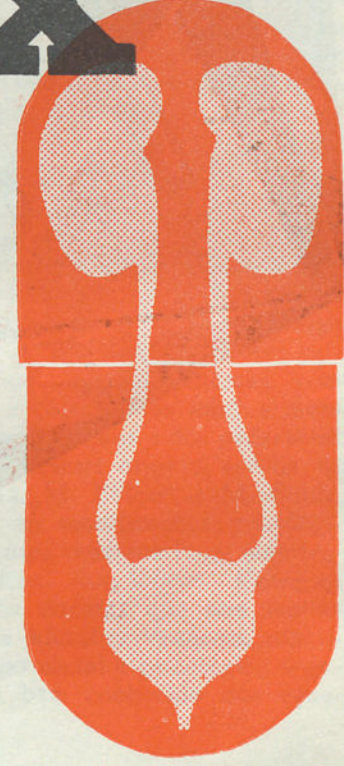
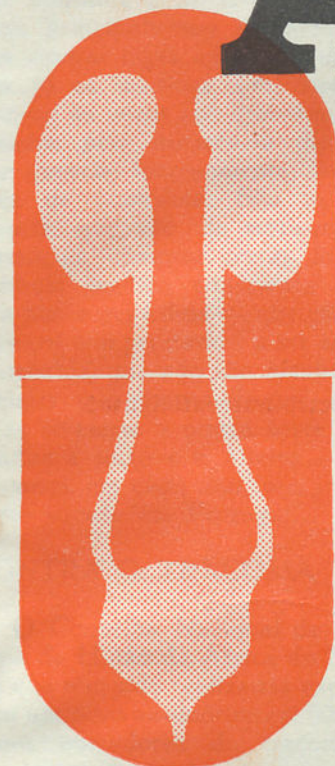
Azotrex

Associação de
Complexo fosfatado de tetraciclina (TETREX)
Sulfametizol
e
Cloridrato de fenilazo-diamino-piridina

CÁPSULAS

Um produto preparado pelo
INSTITUTO LUSO-FARMACO • LISBOA

Sob Licença da
Bristol Laboratories Inc. - Siracusa - New-York

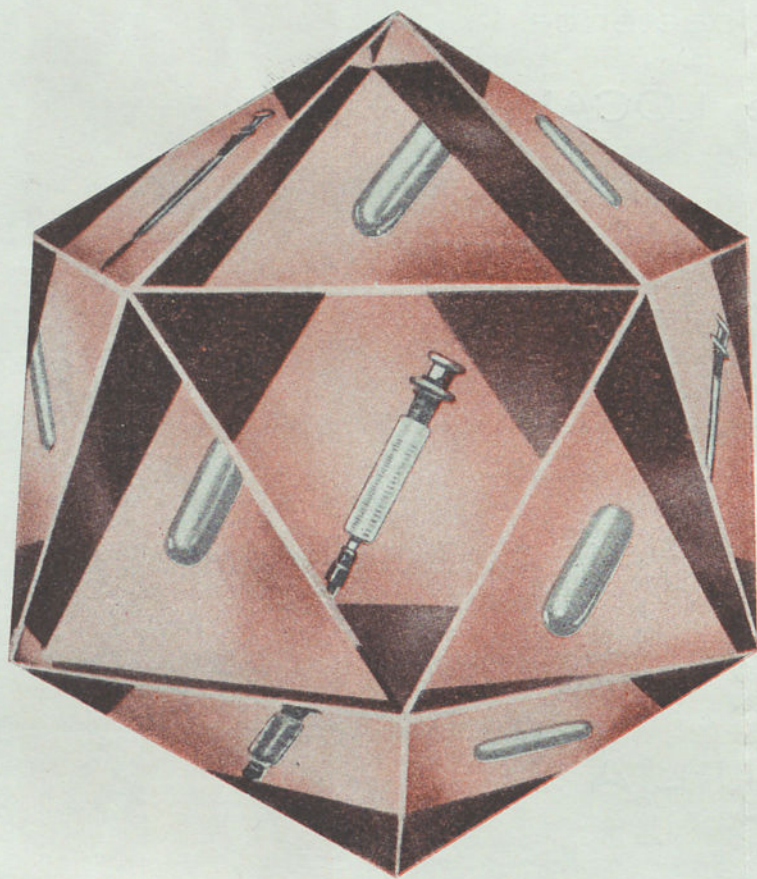


SUMÁRIO

SEMANA A SEMANA	435
CIÊNCIAS MÉDICAS - CLÍNICA	
ARTIGOS ORIGINAIS	
FERNANDO DE MELO CAEIRO - <i>Tratamento da febre tifóide e paratífóide B com fenilbutazona</i>	438
BÁRTHOLO DO VALLE PEREIRA - <i>O elemento bacteriano no estrangulamento intestinal experimental - III - O choque pelo garrote</i>	464
MOVIMENTO MÉDICO	
Renovado interesse, na Europa, pelas doenças cardiovasculares	468
A doença de Besnier-Boeck-Schaumann	469
O tratamento médico	471

ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS	
«Una visita» - FERNANDO DE ALMEIDA RIBEIRO	474
ECOS E COMENTÁRIOS - MENDONÇA E MOURA	479
As doenças venéreas ainda não foram derrotadas	482
Noticiário diverso	

*Terapêutica
Antibiótica
Decisiva*



ACROMICINA* CÁPSULAS

Cloridrato de Tetraciclina



De inocuidade, eficácia e economia comprovadas, em mais de 50 tipos de infecção.

Em cápsulas de 250, 100 e 50 mg.

Também em cápsulas: **Neo-Acromicina** com Metafosfato de Sódio *Lederle*.

E, para alcançar níveis sanguíneos terapêuticos em poucos minutos, começar por administrar ao doente

ACROMICINA INTRAMUSCULAR

Cloridrato de Tetraciclina



Fácil de empregar no consultório ou em casa do doente para estabelecer imediatamente concentrações antibióticas eficazes.

Em frasco-ampola de dose única, de 100 mg.

(Não necessita refrigeração)



Acromicina Tetraciclina *Lederle*.

O antibiótico de amplo-espectro autosuficiente!

* Marca Registrada

LEDERLE LABORATORIES
CYANAMID INTERNATIONAL

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



Representantes exclusivos para Portugal e Ultramar:

N. 71

ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.

Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA

Rua de Santo António, 15-2.º — PORTO

PROF. CARLOS RAMALHÃO

O Prof. Carlos Ramalhão, nosso ilustre colaborador, que tinha, alguns dias antes, recebido expressivas homenagens de muitos dos seus amigos e admiradores que manifestaram regozijo pelo restabelecimento da sua saúde, proferiu no dia 17 do corrente a última lição — antes de atingir o limite de idade — da Cadeira de Higiene e Medicina Social, da Faculdade de Medicina do Porto. Ao Prof. Ramalhão — que, então, foi alvo de novas homenagens prestadas pelos seus alunos — todos os que trabalham em «O Médico» apresentam os melhores cumprimentos, fazendo votos para que, com saúde, possa manter a excelente actividade que tem desenvolvido, como até agora, na medicina portuguesa.

ABUSO DE ANTIBIÓTICOS

Mais 2 casos de morte — ocorridos com poucos minutos de intervalo — foram verificados, recentemente, no serviço de urgência dum hospital português — vítimas do abuso inqualificável, que continua a notar-se, dos antibióticos, principalmente a penicilina. Uma das vítimas tinha apenas — tosse! Não são só os médicos que cometem tais abusos, às vezes por ignorância, outras levados pela insistência de criaturas que querem, forçosamente, levar injeções de penicilina. São os próprios doentes que vão, de motu-próprio, às farmácias, comprar certas drogas que nenhum médico consciente indicaria. E a pobre penicilina — que tão grandes serviços tem prestado — a ser acusada de malefícios, que não são maiores do que aqueles que outras drogas causariam — se tivessem a pouca sorte de serem usadas a torto e a direito — milhões de vezes em cada ano, sem indicações, como sucede em Portugal...

CONTRA O TRACOMA

O Conselho Nacional de Oftalmologia da União da África do Sul anuncia que têm sido realizadas experiências com um novo antibiótico em 60.000 africanos portadores do tracoma — com excelentes resultados.

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

No dia 19 do corrente realizou-se a 2.^a reunião científica da Faculdade de Medicina do Porto, com as seguintes comunicações: Prof. Abel Tavares e Dr. Nuno Grande — «Compensação circulatória em órgão de dupla circulação. Estudo experimental»; Prof. Esteves Pinto e Drs. Fernando de Sousa e Domingos dos Santos — «Ressecção

pulmonar nas hemoptises incoercíveis»; Prof. A. de Sousa Pereira e Drs. Rocha Melo, J. A. Aguiar Nogueira e J. Pereira Leite — «Embolectomia na embolia da carótida interna».

MANUEL PINTO DE AZEVEDO

Entre as justas homenagens que foram prestadas ao falecido industrial português Manuel Pinto de Azevedo, há uma particularmente grata aos médicos: a da Misericórdia do Porto, onde o grande benemérito prestou excelentes serviços. Sobretudo os colegas do Hospital Rodrigues Semide recordam, com saudade, a valiosa acção que lá desenvolveu Manuel Pinto de Azevedo. Por isso, a proposta do Provedor, Dr. Braga da Cruz, no sentido de aquela Misericórdia se associar às homenagens prestadas a quem tão desinteressada e dedicadamente a serviu foi calorosamente recebida, por ser inteiramente justa e oportuna. Entre tantos argentários que há no País — e muitos deles lastimosamente egoístas e indiferentes às misérias que conhecem — Manuel Pinto de Azevedo foi uma dessas excepções dignas de serem apontadas, e as suas benemerências beneficiando, muitas vezes, os organismos onde trabalham os médicos, devem ser particularmente exaltadas por nós.

SOCIEDADE INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA

O 6.^o Congresso Internacional de Medicina Interna está marcado para os dias 24 a 27 de Agosto de 1960, em Basileia. O Congresso é organizado pela Sociedade Internacional de Medicina Interna em colaboração com a Sociedade Suíça de Medicina Interna. Para informações, no Secretariado — Steinmertorstr. 13, Bâle (Suíça).

LUTA CONTRA O CANCRO

Transcrevemos do n.^o de Dezembro último do Boletim do Instituto Português de Oncologia: «A luta contra o cancro na hora que passa, é uma das mais prementes preocupações de todos os povos. Ainda recentemente, a Rainha Isabel da Inglaterra assistiu — «excepcionalmente», sublinham as agências de informação — a um espectáculo num cinema público a fim de contribuir para uma iniciativa a que de resto, nunca recusou auxílio: a campanha contra o cancro. Acompanhada pelo Príncipe Filipe, Sua Graciosa Majestade presidiu à estreia do último filme de Danny Kaye — «Jacobowsky e o coronel» — num cinema de Leicester Square. O autor do filme deslocou-se propositadamente de Hollywood para fazer as honras do filme e da casa à

Rainha da Grã-Bretanha. Após o espectáculo, os intérpretes principais de «Jacobowsky» foram apresentados à Rainha Isabel e ao Príncipe Filipe».

ILUSTRE VÍTIMA DAS RADIAÇÕES

Em 1896, poucos meses após Roentgen ter descoberto a utilidade dos R. X. em medicina, Emil H. Grube aplicou a nova terapêutica em Chicago, numa mulher que sofria de cancro. O Dr. Grube, que tem agora 83 casos, tem sofrido numerosas operações para se tratar de acidentes da radioterapia. Há pouco, fizeram-lhe a 91.^a intervenção cirúrgica!

MAIS DE 1 MILHÃO DE MÉDICOS

Segundo um relatório da Organização Mundial da Saúde, há no Mundo 1.236.000 médicos, sendo a população total calculada em 2.700.000.000 de habitantes. O número de escolas de medicina é de 680 em todo o Mundo. Em 13 países, existe 1 médico para 1.000 ou menos pessoas; em 22, a proporção é de 1 médico para 20.000 ou mais habitantes. Em cada ano, é de cerca de 68.000 o número de novos diplomados em medicina.

DOENÇAS VENÉREAS E FACTORES PSICOLÓGICOS

No último número de «La Vie Médicale» — dedicado aos aspectos actuais das doenças venéreas — há um artigo muito curioso, focando os factores psicológicos nas afecções venéreas, com referências e comentários sobre a mentalidade das prostitutas e dos pederastas profissionais. Neste original estudo, os seus autores, M. Bolgert e M. Soule, distinguem as modificações psicológicas dos doentes venéreas (com manifestações clínicas) dos fólicos. Entre os primeiros, os doentes que têm muitas recidivas de afecções venéreas constituem um tipo social e psicológico especial, que é bem conhecido dos veneerologistas.

ESTERILIZAÇÕES EUGÉNICAS

Segundo uma estatística publicada em «La Presse Médicale», os aumentos de esterilizações eugénicas no Japão têm sido os seguintes:

1949 ...	5.356	1953 ...	31.162
1950 ...	10.792	1954 ...	36.601
1951 ...	15.409	1955 ...	41.273
1952 ...	21.241	1956 ...	42.692

(Continua na página seguinte)

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. Trinda de 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.

«Therapie Hungarica»:

A vertigem epidémica — Holasy (1-1958).
As leptospiroses na Hungria — Alföldy (2-1958).

«The Lancet»:

Septicémia estafilocócica — J. Hassall e col. (7066, 1-1959).
Pânico e fobia — N. Malleson (1066, 1-1959).

«Brit. Med. Jour.»:

Revisão de 300 doentes com hematemese ou melenas — J. E. Catas (5116, Jan. de 1959).
O problema da ambliopia unilateral — R. Wellesley Cole (5116, Jan. de 1959).

«Min. Med.»:

Sobre as causas do cancro do pulmão — P. Bastai e G. Pescetti (50, 1-2-1959).
Como se observa um poliomiélico — F. Di Nola (50, 1-2-1959).

«Rev. de Gin. e D'Obst.»:

Localização da inserção placentar pelo emprego de radioisótopos — J. Rezende e col. (52-103, 6-1958).
Tumor de Krukenberg e gravidez — Jono Salgado (52-103, 6-1958).

«La Rev. du Prat.»:

O lugar da invaginação intestinal na patologia do lactente — G. Laurence (9-4, 1959).

Invaginação intestinal do adulto — E. Delannoy (9-4, 1959).

«Rev. Clin. Esp.»:

Tratamento de alguns tipos de fracturas com calo artificial — C. R. Maffiotte (70-5, 1958).

Aspectos evolutivos das nefrites — J. Carreras Pico (70-5, 1958).

«Rev. Mex. de Cir., Gin. y Can.»:

O síndrome oncológico em cirurgia — C. Zuckermann (26-9-1958).

O síndrome do ovário restante — Botella Llusá e S. Ibañez (26-9-1958).

«Rev. Esp. de Card.»:

O electrocardiograma na coarctação da aorta — Casellas-Bernat e col. (12-1, 1958).

Os isótopos radioactivos no tratamento da insuficiência cardíaca e coronária — L. Fabre Jiménez (12-1, 1958).

«La Pres. Med.»:

A toxicomania ao pirrolamido — G. Bondin e J. Barbizet (67-3, 1959).

Indicações da gama-encefalografia — Th. Planiol (67-3, 1959).

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

Anunciam neste número:

Abecassis	489 e 2.ª capa	L. Lepori	450
Rua Conde Redondo, 64-3.º-Dt.º		Rua Imprensa Nacional, 86-88	
— Lisboa		— Lisboa	
Andrade	445	La Roche	437
R. Henrique Paiva Couceiro		Rua do Loreto, 10 — Lisboa	
Venda Nova — Amadora		Leacock	461
Atral	483	Av.ª 24 de Julho, 16 — Lisboa	
Av.ª Gomes Pereira, 74-Lisboa		Luso-Fármaco	441 e 1.ª capa
Asclépius	3.ª capa	R. do Quelhas, 14-2.º — Lisboa	
Avenida Miguel Bombarda, 42		Micra	469
— Lisboa		R. João de Deus — Venda Nova	
Bial	4.ª capa	— Amadora — Lisboa	
R. João Oliveira Ramos — Porto		Neo-Farmacêutica	467 e 487
Celsus	476	Av.ª 5 de Outubro, 21 — Lisboa	
R. dos Anjos, 67-1.º — Lisboa		Orquíl	484
Ciba	461	Rua Santa Catarina, 339-2.º	
Rua Gonçalves Crespo, 10		— Porto	
— Lisboa		Parke Davis	485
Crocker Delaforce	481	Travessa da Espera, 3 — Lisboa	
R. D. João V, 2-2.º — Lisboa		Química Hcechst	458
Delta	454	Avenida Duque d'Ávila, 169-1.º	
Av.ª Duque de Loulé, 108-1.º		— Lisboa	
— Lisboa		Remédios	486
Emílio de Azevedo Campos	473	Rua da Prata, 184 - 3.º - Dt.º	
R. St.º António, 137-145 — Porto		— Lisboa.	
Estácio	448	Sanitas	442
R. Sá da Bandeira, 118 — Porto		Rua D. João V, 24 — Lisboa	
Farmoquímica Baldacci	446	União Fabril Farmacêutica	457
R. Duarte Galvão, 44 — Lisboa		Rua da Prata, 250-2.º — Lisboa	
Ferraz Lynce	475 e 490	Vicente Ribeiro	480
R. Rosa Araújo, 27-1.º — Lisboa		R. da Prata, 237-1.º — Lisboa	
Fidelis	470, 471 e 472	Vitória	449 e 491
Terras de Santana. 1 — Lisboa		R. Elias Garcia, 26 — Venda Nova — Amadora	
Instituto Pasteur de Lisboa		Wilde Portugal	477
453, 479	492	P. das Águas Livres, 8-s/15 e 6	
Rua Nova do Almada, 67		— Lisboa	
— Lisboa			

Atitudes originais



'Romilar' ROCHE

Trade Mark

suprime a tosse

grajeias
gotas

'Romilar' Expectoante ROCHE

Trade Mark

facilita a expectoração - acalma a irritação

Xarope

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

Representante: Henri Reynaud

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

HOSPITAL CURRY CABRAL — SERVIÇO 2

Director: Dr. Iriarte Peixoto

Tratamento da febre tifóide e paratifóide B com fenilbutazona

FERNANDO DE MELO CAEIRO

(Interno Graduado dos Hospitais Cívicos de Lisboa — Médico-Adjunto da Direcção-Geral de Saúde)

A fenilbutazona correntemente empregada em reumatologia pela sua acção analgésica, antitérmica e anti-inflamatória não específica é o 1:2-Difenil-3:5-Dioxo-4-n-butilpirazolidina, derivada do piramido (por sua vez derivado da antipirina) a partir do qual foi sintetizada pela primeira vez em 1949 por H. STENZEL (26) e estudada por WILHELMI (1) e STETTIBACH (2).

A acção antiflogística que explica a sua expansão como terapêutica anti-reumática nunca foi ensaiada no tratamento das doenças infecciosas até ao advento da cortisona cujo êxito no bloqueio de reacções inflamatórias tissulares perniciosas por exuberantes, levaram alguns autores a ensaiar a fenilbutazona com o mesmo objectivo.

Com efeito, frente às limitações no emprego da cortisona que poderia até acarretar a possibilidade do agravamento das lesões tissulares por exaltação da virulência dos agentes infectantes (daí a necessidade do seu emprego nas infectopatias sempre em associação com os antibióticos) alguns autores deliberaram empregar a fenilbutazona como terapêutica antiflogística «Sensus stritus», por esta não exercer efeitos secundários sobre os agentes patogêneos (3).

De início a fenilbutazona foi utilizada como terapêutica adjuvante associada à terapêutica específica antibiótica nas mais variadas doenças infecciosas, tal como se fazia com a cortisona, verificando-se que a droga pelas suas acções antipirética e antiflogística determinava uma melhoria de sintomatologia geral verdadeiramente espectacular.

A. RAVINA, M. PASTEL e outros (4), (5) (Paris, 1953 e 1954) foram os primeiros a registar o facto em relação ao tratamento da tuberculose, de pneumonias graves, infartos pulmonares etc., nos quais a exuberância de reacções tissulares condicionavam a evolução e o prognóstico da doença.

Desde então numerosas referências tem sido feitas a ensaios sucessivos noutras doenças infecciosas.

Na brucelose e na febre tifóide (6) com a associação cloroanfenicol-fenilbutazona obtêm-se efeitos terapêuticos sobreponíveis aos da associação cloroanfenicol-cortisona.

Na última epidemia de gripe «asiática» KIRIDJIAN (Paris) regista efeitos espectaculares sobre a febre e os sintomas neurotóxicos no tratamento da gripe «asiática» «muito superiores aos dos antibióticos» (7).

Antes porém, já alguns autores haviam empregado a fenilbutazona como terapêutica exclusiva, isto é, na ausência de antibióticos.

CASTRO FARIÑAS e GARCIA ZOZAYA comunicam em 1956 (8) o resultado de uma nova terapêutica em 18 casos de derrames pleurais residuais «post»-toracotomia, nos quais a fenilbutazona resultou eficaz como terapêutica única em 88,88 % dos doentes tratados, com «franca e rápida atenuação de alguns sintomas, preferentemente a dor e hipertermia, beneficiando de forma muito ostensiva a convalescença».

Outros registam o mesmo fenómeno em derrames tuberculosos (9), tratados e curados pela fenilbutazona, nos quais os antibióticos não tiveram acção.

A fenilbutazona foi igualmente ensaiada como terapêutica exclusiva nas encefalites agudas graves (3). Na ausência de tratamento etiológico a terapêutica anti-inflamatória não específica tem aqui a sua grande indicação pois o prognóstico

é condicionado pelas reacções inflamatórias excessivas do parênquima nervoso. A cortisona bloqueando essas reacções permite obter curas inesperadas nuns casos, mas é inoperante noutros, verosimilmente pelos seus efeitos secundários sobre o desenvolvimento do vírus, agravando a evolução da doença. O emprego da fenilbutazona pareceu assim legítimo.

Finalmente FLORIS e PASQUI (10), baseando-se nas acções da fenilbutazona e na referida semelhança de efeitos com a cortisona, dos quais não possui os inconvenientes das acções secundárias sobre os germens patogêneos (favorecendo o seu desenvolvimento ou até a exaltação da sua virulência e patogenicidade) o que obrigava à presença de antibiótico como cortina protectora da hormonoterapia, passaram ao ensaio da fenilbutazona como terapêutica única na febre tifóide. Em 1957 aqueles autores italianos relataram 24 casos de febre tifóide e paratifóide (11), confirmados laboratorialmente, tratados e curados em curto espaço de tempo pela fenilbutazona, com a feição especial da apirexia surgir em algumas horas apenas, logo seguida do desaparecimento da toxemia e da restante fenomenologia, incluindo a esplenomegália que terminava por volta do fim da primeira semana de tratamento.

★

Atraídos por esta curiosa observação clínica dispusemo-nos a fazer o mesmo ensaio no serviço de doenças infecto-contagiosas do Hospital Curry Cabral, iniciando o trabalho por uma prova laboratorial «in vitro», pela qual pudéssemos verificar se por ventura a fenilbutazona teria, experimentalmente alguma acção específica sobre o bacilo de Eberth.

A prova feita no Instituto Superior de Higiene pelos Drs. Arnaldo Sampaio e Fernando da Conceição Correia, foi, como era de esperar negativa, não se observando qualquer acção específica do medicamento.

ACÇÕES FARMACOLÓGICAS

As acções que fundamentam o uso da fenilbutazona são essencialmente três: analgésica, antitérmica e antiflogística (1), (2), (4), (8), (12), (13).

A primeira com grande importância em reumatologia, tem um duplo mecanismo, central, bloqueando os estímulos dolorosos que se dirigem aos centros hipotalâmicos e local, resolvendo os fenómenos inflamatórios «in situ», consequentemente a dor que eles determinam.

As outras duas acções explicam a eficácia do seu emprego nas doenças infecciosas. A hipotermia é determinada por acção sobre os centros termoreguladores hipotalâmicos que é bem mais marcada do que o efeito antitérmico do seu predecessor, o piramido, dando lugar à apirexia, por vezes em crise, nas infectopatias dentro de um ou dois dias e por vezes até ao fim de algumas horas.

Quanto à acção antiflogística, a mais importante, pela qual se baseia o seu emprego nas doenças infecciosas é uma acção local anti-inflamatória tissular inespecífica sem intervenção directa no desenvolvimento bacteriano. O mecanismo desta acção parece ser um aumento da resistência capilar por

inibição histamínica. Segundo GOODMAN e GILMAN a droga antagoniza certas acções da histamina e inibe alguns tipos de inflamação experimental (25).

Trabalhos experimentais de FABRE e BERGER (14) mostram que a reacção antigéneo-anticorpo persiste no soro sanguíneo, tanto dos animais sensíveis tratados com fenilbutazona como nos animais testemunhas, o que sugere que a droga reforça de algum modo a impermeabilidade dos capilares. Se as manifestações das doenças infecciosas são na realidade o resultado das reacções inflamatórias tissulares locais a um agente infectante, a impermeabilização capilar atrasando a absorção do antigéneo reduziria a reacção causada pela rapidez da combinação do antigéneo com o anticorpo nas células afectadas (12).

A acção da fenilbutazona não é sobreponível à da cortisona. Não estimula o sistema diencéfalo-hipofisário ou suprarrenal, como se prova pelo cálculo do esgotamento das suprarrenais de ratos, em ácido ascórbico, ou pelos efeitos sobre o metabolismo da glucose, sobre os eosinófilos circulantes ou sobre a excreção urinária de esteróides no homem (25).

A droga não tem efeito antibacteriano e muito menos exaltação da sua virulência como sucede com a cortisona (4). Daí a obrigatoriedade do emprego desta nas infectopatias em associação com os antibióticos e a possibilidade do emprego da fenilbutazona na sua ausência sem com isso acarretar efeitos secundários perniciosos. Ambas com acção anti-inflamatória mas esta em sentido estrito ao passo que a da cortisona é potencialmente contrariada pela estimulação do desenvolvimento bacteriano.

INTOLERANCIA. IDIOSINCRASIA. TOXICIDADE.

A fenilbutazona, além de acções colaterais, produz fenómenos de intolerância, idiosincrasia e toxicidade com relativa frequência, nomeadamente acidentes cutâneos, renais e hemáticos que justificariam a relutância do seu emprego nos processos infecciosos agudos (3), (8).

Os fenómenos descritos podem ser agrupados como segue (8), (17), (18), (19), (20), (21), (26):

- 1) Cutâneos: em geral reacções alérgicas do tipo do exantema polimorfo, eritema, etc.
- 2) Digestivos: náuseas, vômitos, dor epigástrica e diarreia, sinais de intolerância destituídos de gravidade mas que obrigam à suspensão do medicamento.
- 3) Sanguíneos: anemia, leucopénia, trombocitopénia, agranulocitose, reacções mais graves por isso que são manifestações de toxicidade.
- 4) Renais: hematúria.
- 5) Neurológicos: vertigens, convulsões, também por intolerância por via de regra.
- 6) Retenção de água, fenómeno colateral destituído de gravidade visto que se controla facilmente com a restrição de sal.

7) Activação de úlcera péptica.

Num interessante trabalho (26), KUZELL, SCHAFFARZICK e outros, procederam a uma revisão sobre as manifestações tóxicas de fenilbutazona em 800 doentes de gota, artrite reumatóide, osteoartrite, etc., em que o emprego da droga se fez por tempo prolongado. 66% dos doentes receberam tratamento durante menos de 100 dias e os restantes de 100 a 1.000 dias, mas a média foi de aproximadamente, 100 dias. Dos 800 doentes, 40% apresentaram efeitos colaterais, sendo suficientemente severas para determinar a administração descontinua da droga, 15%.

As reacções mais frequentes foram a retenção de água (14%), náusea (12,5%), exantema medicamentoso (5,6%), dor epigástrica (4%), vertigem (3,7%) e estomatite (2,6%), sendo relativamente mais raras outras reacções tais como leucopenia de moderada severidade (2,1%), anemia (1,6%), activação de úlcera péptica (1%), agranulocitose (0,6%), diarreia (0,6%), púrpura sem trombocitopénia (0,5%), e trombocitopénia (0,12%).

A idade parece não influir significativamente no apare-

cimento das manifestações tóxicas que foram mais frequentes no sexo feminino do que no masculino.

Estas manifestações de toxicidade ou intolerância têm constituído a maior das objecções ao emprego e à generalização da droga, o que nos parece bastante injustificado ao consultar-se a bibliografia respectiva. Os autores com larga experiência do seu emprego não têm observado acidentes que os levem a pôr reservas ao seu uso nos tratamentos de curta duração como é o caso das infectopatias agudas (15). Os acidentes verificados parecem estar mais em relação com o seu emprego prolongado ou em doses elevadas, como sucede em reumatologia (15), (16), (26).

CONCENTRAÇÃO NO SANGUE. DOSE TERAPÊUTICA

A dosagem da fenilbutazona deve ser o mais pequena possível, pois os efeitos tóxicos são devidos em grande parte a super-dosagem (16), ou ao emprego excessivamente prolongado da droga, como se disse.

A relação entre dose terapêutica, dose tóxica e concentração sanguínea da fenilbutazona foi estudada por MEANOCK (17), verificando que a concentração sanguínea de 5 a 10 mgr. por 100 ml era a que produzia a máxima resposta útil a partir da qual todo e qualquer aumento só serviria para agravar o perigo de efeitos tóxicos. Ainda que o controle da dosagem mediante avaliações da concentração sanguínea não seja de fácil obtenção, estes trabalhos sugerem que o ideal seria uma dose de 200 mgr. por dia, aumentada gradualmente em doses fraccionadas de 100 mgr. até um máximo de 500 a 600 mgr. diariamente.

Em reumatologia a maioria dos autores seguem porém um caminho inverso iniciando o tratamento com doses mais elevadas mantidas durante um período mais ou menos longo para as baixar progressivamente a par e passo com a melhoria da sintomatologia e quando necessário prosseguindo o tratamento com uma dose de manutenção mínima por tempo limitado (22) (23), por via oral em cápsulas de 200 mgr. primeiro três vezes, depois duas e por fim uma apenas, por dia. Por via intramuscular um grama duas vezes por semana durante as primeiras semanas e depois apenas uma injeção semanal de 1 gr. (15).

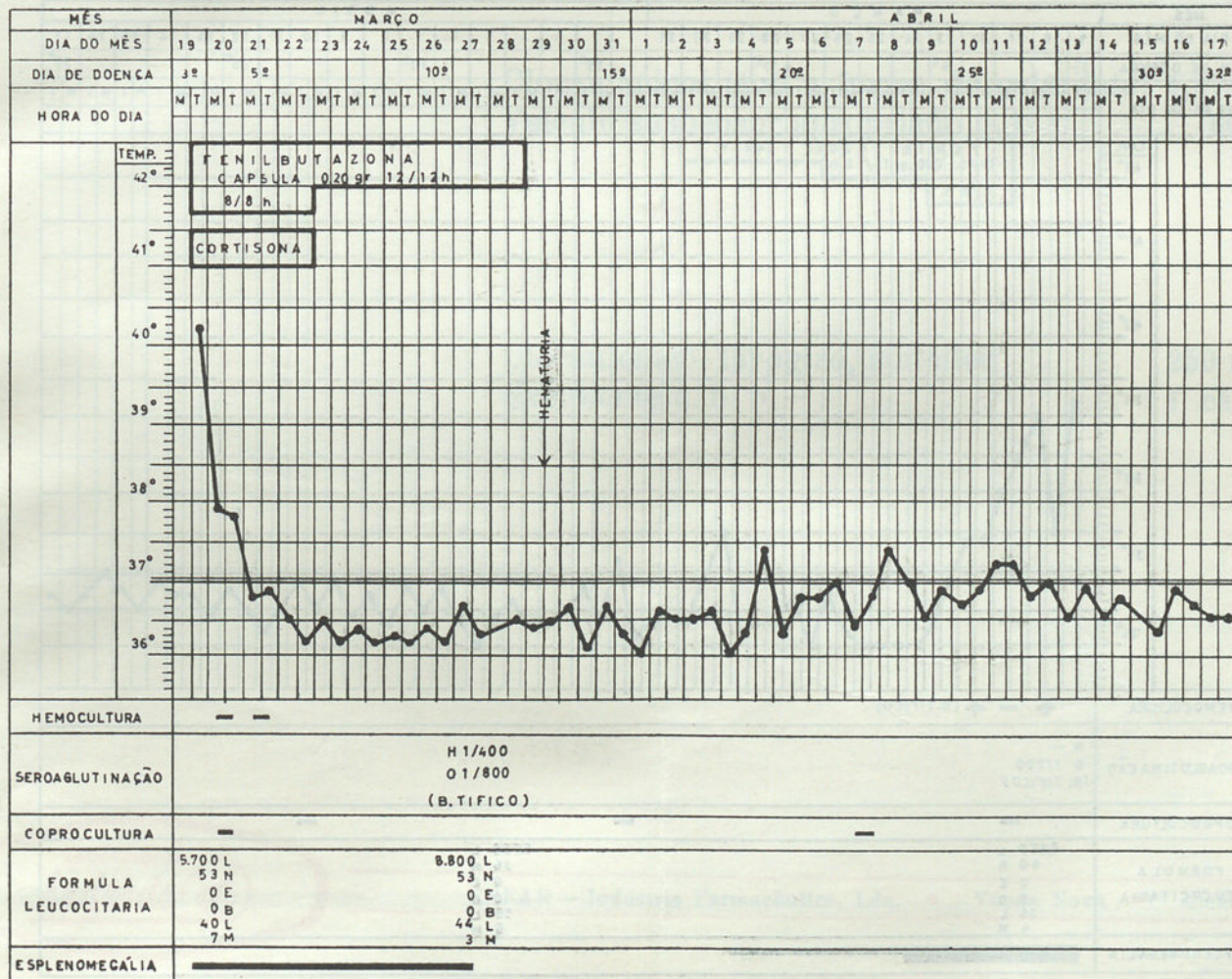
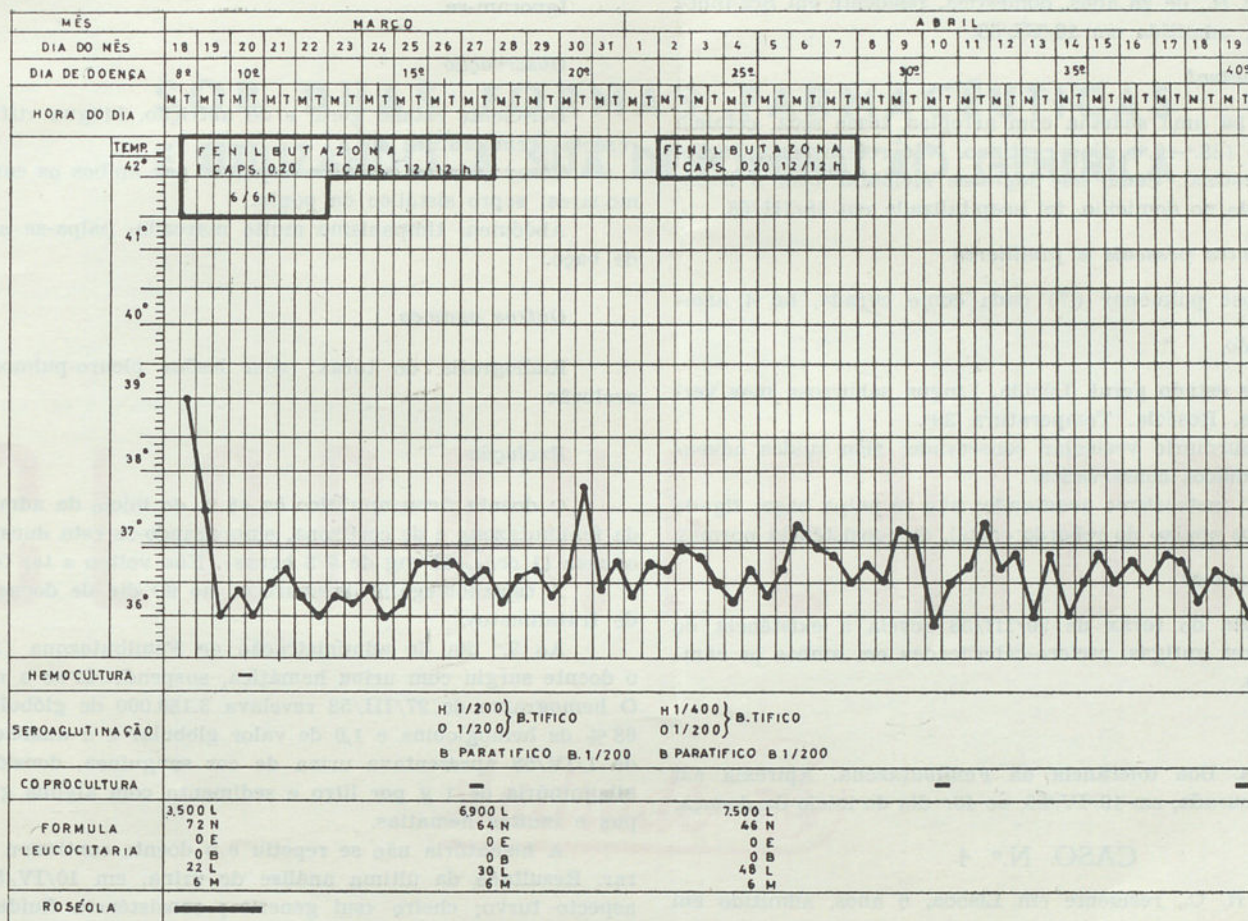
Outra pauta recomendada é a de 600 mgr. diários por via oral na primeira semana, acompanhando a melhoria da sintomatologia com a diminuição da dose para 200 e 100 mgr. podendo esta constituir a dose de manutenção (24).

Em termos gerais FARIÑAS e ZOYAYA (8), indicam 10 mg por quilo de peso a que corresponde, para um adulto de peso médio, uma injeção intramuscular diária de 600 mgr. ou três grageias de 200 mgr. ou dois supositórios de 250 mgr. por dia.

CASUÍSTICA

São apresentados onze casos de febre tifóide e um de febre paratífóide B, tratados exclusivamente com fenilbutazona, excepto os casos n.º 4 em que se administrou inicialmente cortisona durante 3 dias, e o n.º 6 em que, por ter voltado a surgir febre ao 21.º dia de evolução, inicialmente interpetada como uma recaída por ineficácia da fenilbutazona, esta foi substituída pelo cloranfenicol e cortisona. Adiante veremos que a interpretação era falsa pois a responsabilidade da temperatura coube a uma complicação que se instalou — um foco de pneumonite — e não à ineficácia do tratamento da febre tifóide de que a doente era portadora, pela fenilbutazona.

Os casos são apresentados isoladamente registando-se, para maior facilidade de exposição e consulta, em gráficos apropriados, todos os detalhes clínicos, laboratoriais e terapêuticos que lhes dizem respeito. A seguir a cada um deles vem a história clínica, «outros exames» por ventura feitos e a respectiva evolução, procedendo-se no final da apresentação da casuística à sua revisão global e apreciação em conjunto que termina com o comentário final.



SOB DUAS FORMAS FARMACÉUTICAS
E UTILIZANDO A SUA DENOMINAÇÃO GENÉRICA

CLORANFENICOL



COMPOSIÇÃO

Suspensão oral:

Cloranfenicol (sob a forma de palmitato) 1,875 grs.
Veículo suspensor apropriado q. b. p. . . . 60 cm.³

Cápsulas:

Cloranfenicol levógiro, sintético 250 mgrs.
Excipiente q. b. p. 1 cápsula



no tratamento das vaginites

QUIMIOGIN

PARA TRATAMENTO CONJUNTO OU ISOLADO

Ácido p-oxiaminofenilarsínico-cloranfenicol-aminoácidos derivados de lisado do plasma.

Apresentação: Caixas de 6 velas.

Indicações: Vulvovaginites e vaginites por «trichomonas». Leucorreias de etiologia infecciosa.

DODERGINAL

Cultura pura liofilizada de uma estirpe seleccionada de bacilos de «Döderlein».

Apresentação: Caixas de 6 velas

ACÇÃO EFICIENTE NAS VAGINITES POR "TRICHOMONAS"

Vaginites em geral — Vulvovaginites das crianças em idade pré-puberal e das senhoras em menopausa — Vaginites específicas e inespecíficas das senhoras em idade fecunda — Esterilidade por alteração do quimismo vaginal. Após quimioterapia intensa. Para o repovoamento do bacilo de «Döderlein».

PRODUTOS
Baldacci

FARMOQUÍMICA BALDACCI S.A.R.L.

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

CASO N.º 5

Carlos Alberto D. G., residente em Lisboa, 7 anos, admitido em 19/III/58.

Doença actual

Adoeceu ontem com vômitos e cefaleias, dores abdominais e febre alta. Hoje teve uma dejectão diarreica. Sem outras queixas.

Antecedentes pessoais e familiares

Ignoram-se.

Observação

Regular estado geral. Pele e mucosas sem alterações. Micropoliadenia generalizada. Ausência de sinais meníngeos. Temperatura 39°,2. Orofaringe sem alterações.

Tórax: murmúrio vesicular normal; alguns roncós e sibilos; tons cardíacos puros.

Abdómen meteorizado. Palpa-se um dedo de baço, de consistência mole.

Outros exames

Volmer negativo.

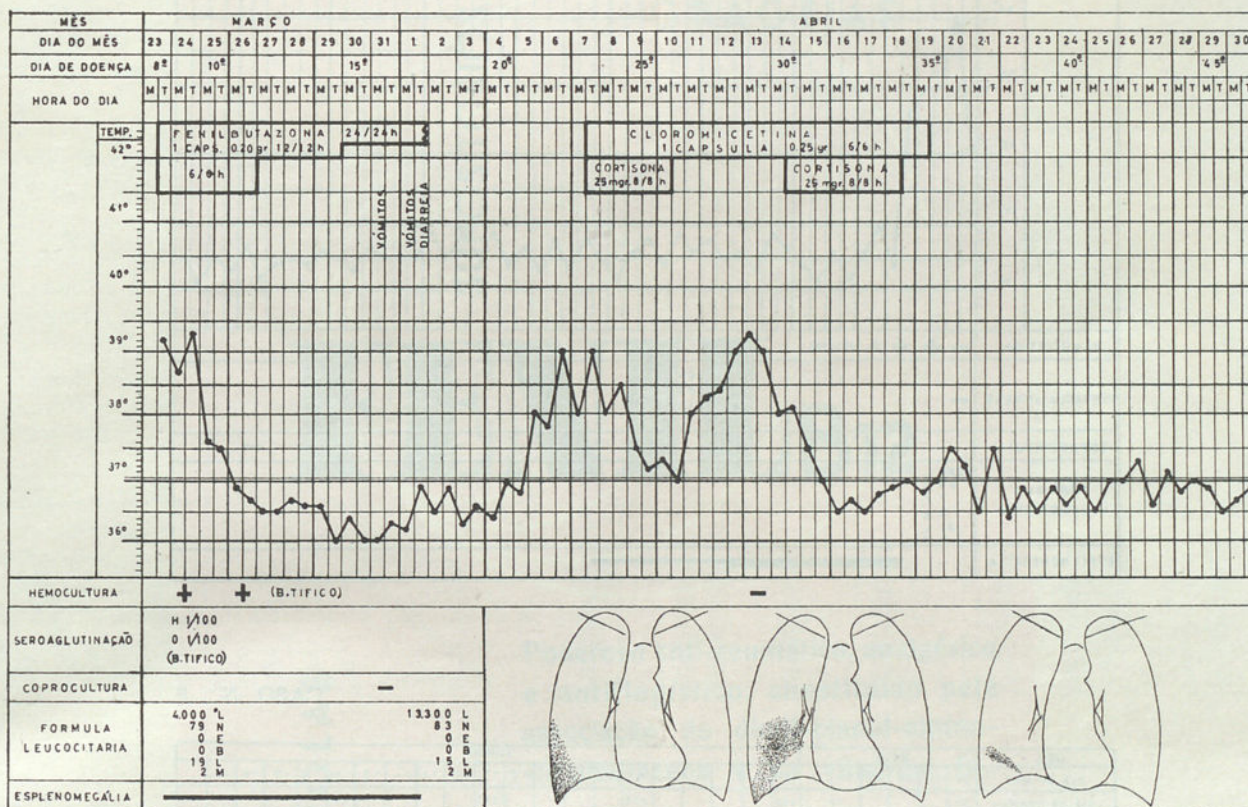
Radiografia do tórax: sem alterações.

Evolução

Favorável. A esplenomegália reduziu-se ao 6.º dia e desapareceu ao 11.º dia de doença, na véspera do termo da administração de fenilbutazona cuja dose se foi reduzindo progressivamente, ao 6.º e ao 9.º dia do seu emprego. O doente ficou apirético às 48 horas da administração do medicamento, não voltando a ter febre.

Alta, curado, em 17/IV/58, aos 30 dias de doença.

CASO Nº 6



CASO N.º 6

Maria Lourdes F. D., residente em Odivelas, 12 anos, admitida em 23/III/58.

Doença actual

Desde há dias com febre que oscila entre 38°-40°, precedida de arrepios, sem náuseas, sem vômitos e sem diarreia. Não refere dor torácica ou tosse. Não há queixas urinárias. Obstipação nos últimos dias.

Antecedentes familiares

Ignoram-se.

Antecedentes pessoais

Ignoram-se, excepto uma prova à tuberculina, negativa, feita recentemente.

Observação

Doente com bom estado geral, lúcida, colaborando no interrogatório. Temperatura 39°,2. Língua «tífica». Dissociação esfigmográfica, com pulso díctico, a 100 pulsações por minuto. Sem roséola.

Tórax: murmúrio vesicular normal; sem ruídos adventícios; tons cardíacos normais.

Abdómen: ventre meteorizado: palpa-se ponta do baço na inspiração profunda.

Evolução

As 60 horas da administração de fenilbutazona o doente ficou apirético. Cerca de uma semana depois desapareceu a esplenomegália, ao 17.º dia de doença (9.º dia de tratamento). Em 1/IV/58, no 9.º dia de tratamento, como tivessem surgido vômitos e diarreia suspendeu-se a fenilbutazona.

Ao 20.º dia voltou a febre, que, acentuando-se nos dias seguintes foi interpretada como resultante da evolução da doença. No desejo de subtrair o doente a quaisquer possíveis riscos iniciou-se, ao terceiro dia do regresso da temperatura, o emprego de cloroanfenicol e cortisona. Porém dias volvidos, encontram-se sinais de derrame pleural à direita (macishez à percussão, acompanhada de diminuição do murmúrio vesicular na base direita) que é confirmado a 9/IV/58 por exame radiológico. Começa então a tomar vulto no nosso espírito a ideia de que a febre não era devida à evolução da febre tifóide mas sim a uma complicação que havia surgido. Assim uma hemocultura feita a 13/IV/58 é negativa e novo exame radiológico torácico a 14/IV/58 revela um foco de pneumonite na base direita, tendo-se reabsorvido o pequeno derrame. Em 17/IV/58 ainda se encontrava uma leve diminuição do murmúrio vesicular na base, que desaparecia dois dias depois,

SUPOSITÓRIOS

GRAGEIAS

FENIL B12

AMPOLAS

Poderoso anti-reumático, analgésico e antiflogístico, constituído pela associação do dietil-etanol-amino-fenilbutazona e da vitamina B₁₂.

LABORATÓRIOS VITÓRIA

ARSENO-BROMO-TÓNICAS

ZAMBELETTI

O CONTRASTE ENTRE A CALMA E SERENIDADE DE OUTROS TEMPOS E O NERVOSISMO E EXCITAÇÃO DOS TEMPOS MODERNOS TORNA CADA VEZ MAIS ÚTIL E ACTUAL A MEDICAÇÃO PELAS INJEÇÕES

Adriano



CONCESSIONÁRIOS

ARSENO-BROMO-TÓNICAS

ZAMBELETTI

FÓSFORO-ARSENIO-FERRO-BROMO-VALERIANA
QUE PERMITEM INSTITUIR SIMULTANEAMENTE UM TRATAMENTO

CALMANTE E RECONSTITUINTE

AMOSTRAS A DISPOSIÇÃO DOS SRS. MÉDICOS

L. LEPORI, LDA.

RUA IMPRENSA NACIONAL, 86 LISBOA

BILMETION *Zambeletti*

1 COMPRIMIDO = ACIDO DEHIDROCOLICO 0,10 GR. — METIONINA 0,40 GR.

Na insuficiência hepática, hepatite aguda e sub-aguda, síndromas cutâneos e digestivos de origem hepática.

TUBOS DE 20 COMPRIMIDOS

LABORATÓRIOS DR. L.^o ZAMBELETTI — MILANO
(preparadores das injeções « Arseno - Bromo Tónicas »)
Concessionários: L. LEPORI, LDA. — Lisboa

CASO N.º 7

Lucilia C. V. C., 31 anos, doméstica, residente em Lisboa e admitida em 26/V/58.

Doença actual

Adoeceu há 5 dias com dores orbitárias, cefaleia fronto-parietal, mialgias generalizadas, arrepios e febre (38.º). Até ao dia do seu internamento foi medicada com estreptomomicina e terramicina e como a temperatura se mantivesse entre 38º e 40º, foi internada em 26/V/58. Nega diarreia e dores abdominais. Refere náuseas e vômitos. Desde o início da doença que refere tosse seca e suores abundantes.

Antecedentes familiares

Pai com «diversas» doenças que não sabe descrever. Mãe falecida de leucémia. Cinco irmãos saudáveis. Não há casos de tuberculose pulmonar na família.

Antecedentes pessoais

Parotidite epidémica na infância. Eritema nodoso há 7 anos. Menarca aos 11 anos. Dismenorreia. Dois partos eutócicos, de gravidez de termo. Nega aborto.

Desde os 22 anos que vive em Lisboa.

Antes do início da doença actual teve um abscesso dentário que curou espontaneamente.

Observação

Doente lúcida. Temperatura 38.º,6. Pele e mucosas sem alterações. Língua húmida, saburrosa no dorso e vermelha na ponta.

Tórax: simétrico, equimóvel e equiresistente; murmúrio vesicular normal; sem ruídos adventícios; sopro sistólico do foco aórtico e mitral sem irradiações.

Abdómen sem alterações; não se palpa fígado nem baço; ausência de meteorismo.

Evolução

Favorável. Apirexia em 36 horas. Ao terceiro dia do internamento surgiu esplenomegália de um dedo que se manteve durante 6 dias, findos os quais se reduziu, ao 13.º dia de doença (7.º dia de tratamento), desaparecendo quatro dias depois (17.º dia de doença, o dia imediato ao termo do tratamento).

Alta, curada, ao 30.º dia de doença.

CASO N.º 8

Maria Cecilia C., 32 anos, doméstica, domiciliada em Lisboa e admitida em 26/V/58.

Evolução

Adoeceu há 9 dias com cefaleia e cólicas intestinais intermitentes seguidas de dejeções diarreicas em número de 5 a 8 por dia, de fezes líquidas de cheiro nauseabundo, contendo restos alimentares não digeridos, sem muco, pús ou sangue. Há 4 dias notou que se encontrava febril, verificando no dia seguinte que tinha 39.º,5. A febre manteve-se entre 38.º,5 e 39.º,5, diminuindo o número de dejeções e desaparecendo as dores.

Antecedentes familiares

Pai falecido de doença gástrica. Mãe saudável, três irmãos saudáveis. Cónjuge saudável.

Antecedentes pessoais

Sarampo e parotidite epidémica na infância. Febre tifóide (?) há 8 anos. Paludismo há 12 anos. Menarca aos 13 anos. Ritmo das menstruações tipo 30-3, quase sempre dolorosas.

Observação

Doente calma, lúcida. Temperatura 38.º,4. Pele e mucosas coradas. Pulso rítmico, amplo, com boa recorrência a 96 pulsações por minuto. Língua húmida, saburrosa no dorso e vermelha na ponta. Roséola.

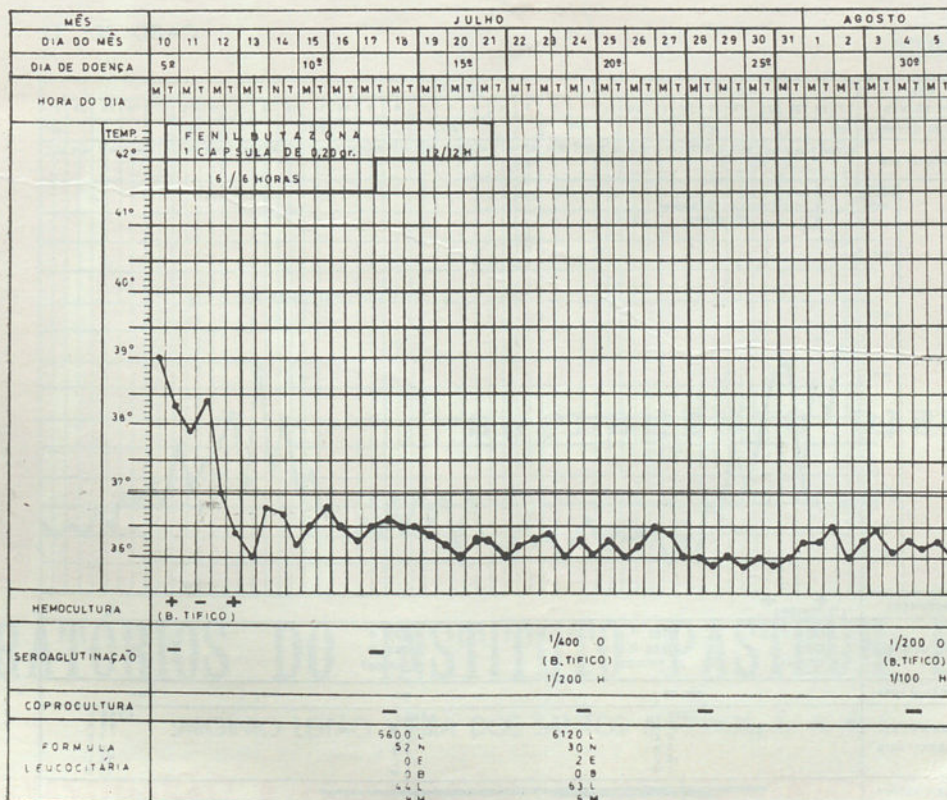
Tórax simétrico, equimóvel e equiresistente. Som claro pulmonar. Murmúrio vesicular normal. Sem ruídos adventícios. Tons cardíacos conservados. Desdobramento do 1.º tom no apex.

Abdómen meteorizado. Esplenomegália de 1 dedo.

Evolução

Favorável. Apirexia em 36 horas. A esplenomegália reduziu-se ao 11.º dia de doença e desapareceu ao 17.º dia, respectivamente às 24 horas e 7.º dia de administração da fenilbutazona. Alta, curada, ao 34.º dia de doença.

CASO N.º 9



CASO N.º 9

Maria da Conceição C., criada de servir, residente em Lisboa, 18 anos de idade, admitida em 10/VII/58.

Doença actual

Adoeceu há 5 dias com cefaleia frontal e fotofobia. Três dias depois surgiu com febre, de apreciação subjectiva, na ausência de quaisquer outras queixas, persistindo a cefaleia de grau moderado.

Dados epidemiológicos

Criada de servir, está empregada numa casa onde se encontra um portador de bacilos tíficos, segundo informa o médico assistente da família.

Antecedentes pessoais e familiares

Tem sido sempre saudável. Natural de Mafra, veio para Lisboa há 2 anos. Menstruações 30/8, regulares. Nega queixas ginecológicas.

Antecedentes familiares sem interesse.

Observação

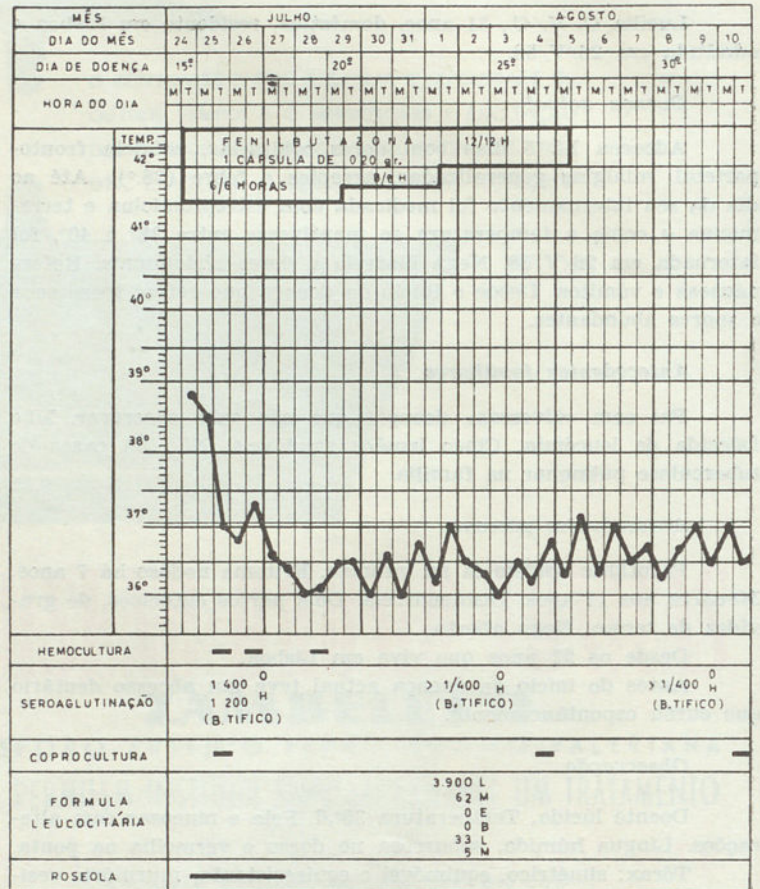
Doente com bom estado geral, lúcida. Pele e mucosas coradas. Temperatura 39°. Pulso a 104 pulsações por minuto. Sem roséola. Mioedema. Língua húmida, rosada, não saburrosa. Orofaringe normal.

Tórax: alguns roncosp e sibilos dispersos: auscultação cardíaca normal.

Abdómen: meteorismo; não se palpa fígado nem baço.

Evolução

Absolutamente favorável. Nunca chegou a apresentar esplenomegália. Apirexia às 48 horas do início do tratamento com fenilbutazona. Alta, curada, ao 31.º dia de evolução da doença, em 5/VIII/58, com coproculturas negativas.



Antecedentes pessoais e familiares

Sem interesse.

Observação

Deficiente estado geral e de nutrição. Pele e mucosas sem alterações. Lúcido. Temperatura 38°,8. Língua húmida e saburrosa. Mioedema. Roséola.

Tórax: roncosp e sibilos dispersos; tons cardíacos conservados. Abdómen: não se palpa fígado nem baço; meteorismo.

Evolução

Absolutamente favorável. Apirexia às 24 horas do início do tratamento com fenilbutazona. A roséola desapareceu ao 3.º dia. Nunca teve esplenomegália. Discreta diarreia no 20.º dia de doença. Alta, curado, ao 32.º dia de doença, em 10/VIII/58 com coproculturas negativas.

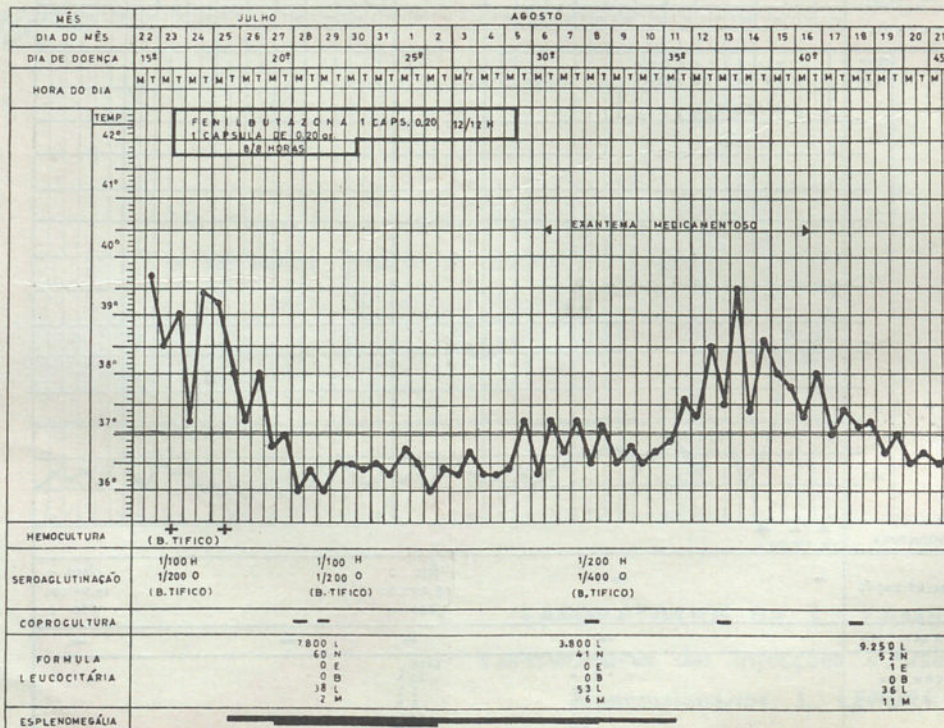
CASO N.º 10

Silvestre M. C., 46 anos, trabalhador rural, residente em São João da Talha, admitido em 24/VII/58.

Doença actual

Adoeceu há 15 dias com febre elevada, cefaleia, astenia e arrepios. Se bem que não tenha feito uso do termómetro, a curva da temperatura parece ser do tipo contínuo. Perdeu o apetite. Nega epistaxis. No início da segunda semana de doença teve algumas dejeções de fezes líquidas mas sem muco, pús ou sangue. Como a febre se mantivesse constantemente elevada baixou ao hospital.

CASO N.º 11



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

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

CASO N.º 5

Início do tratamento ao 3.º dia de doença.
 Duração do tratamento: 9 dias e meio.
 Apirexia em 48 horas.
 A esplenomegália reduziu-se ao 6.º dia de doença (3.º de tratamento) e desapareceu ao 11.º dia (8.º dia de tratamento).
 Acções colaterais da fenilbutazona: não houve.
 Evolução favorável.

CASO N.º 6

Início do tratamento ao 8.º dia de doença.
 Duração do tratamento: 9 dias, suspenso por sinais de intolerância medicamentosa.
 Apirexia em 60 horas.
 A esplenomegália desapareceu ao 17.º dia da doença (9.º dia de tratamento).
 Acções colaterais da fenilbutazona: vômitos e diarreia.
 Evolução favorável mas acidentada, por virtude do aparecimento de pneumopatia direita, que levou ao emprego de cloroanfenicol e cortisona por se admitir inicialmente tratar-se de um caso resistente à fenilbutazona.

CASO N.º 7

Início do tratamento ao 6.º dia de doença.
 Duração do tratamento: 14 dias, em dois períodos, o primeiro de 10 e o segundo de 4 dias, com cinco dias de intervalo.
 Apirexia em 36 horas.
 A esplenomegália reduziu-se ao 13.º dia de doença (7.º dia de tratamento) e desapareceu ao 17.º dia de doença, o dia imediato ao termo do tratamento.
 Acções colaterais da fenilbutazona: não houve.
 Evolução favorável.

CASO N.º 8

Início do tratamento ao 10.º dia de doença.
 Duração do tratamento 16 dias, em dois períodos, o primeiro de 10 dias e meio e o segundo de 5 dias e meio, com 4 dias e meio de intervalo.
 Apirexia em 36 horas.
 A esplenomegália reduziu-se ao 11.º dia de doença (24 horas de tratamento) e desapareceu ao 17.º dia de doença (7.º dia de tratamento).
 Acções colaterais da fenilbutazona: não houve.
 Evolução favorável.

CASO N.º 9

Início do tratamento ao 5.º dia de doença.
 Duração do tratamento: 11 dias.
 Apirexia em 48 horas.
 Acções colaterais da fenilbutazona: não houve.
 Evolução favorável.

CASO N.º 10

Início do tratamento ao 15.º dia de doença.
 Duração do tratamento: 12 dias.
 Apirexia em 24 horas.
 Acções colaterais da fenilbutazona: não houve.
 Evolução favorável.

CASO N.º 11

Início do tratamento ao 16.º dia de doença.
 Duração do tratamento: 13 dias.
 Apirexia em 3 dias e meio.
 A esplenomegália reduziu-se ao 26.º dia de doença (10.º dia de tratamento), mais ainda ao 32.º dia de doença (3 dias depois do termo do tratamento) e desapareceu só ao 35.º dia de doença (6 dias depois do fim do tratamento).
 Acções colaterais da fenilbutazona: exantema medicamentoso iniciado às 24 horas do termo do tratamento e que durou cerca de 10 dias.
 Evolução favorável.

CASO N.º 12

Início do tratamento ao 8.º dia de doença.
 Duração do tratamento: 13 dias.
 Apirexia em 24 horas.
 A esplenomegália reduziu-se ao 17.º dia de doença (10.º dia de tratamento) e desapareceu ao 22.º dia (24 horas depois do termo do tratamento).
 Acções colaterais da fenilbutazona: não houve.
 Evolução favorável apesar de ter feito febre moderada do 18.º ao 20.º dia de doença, ainda a tomar fenilbutazona, por motivo que ignoramos.

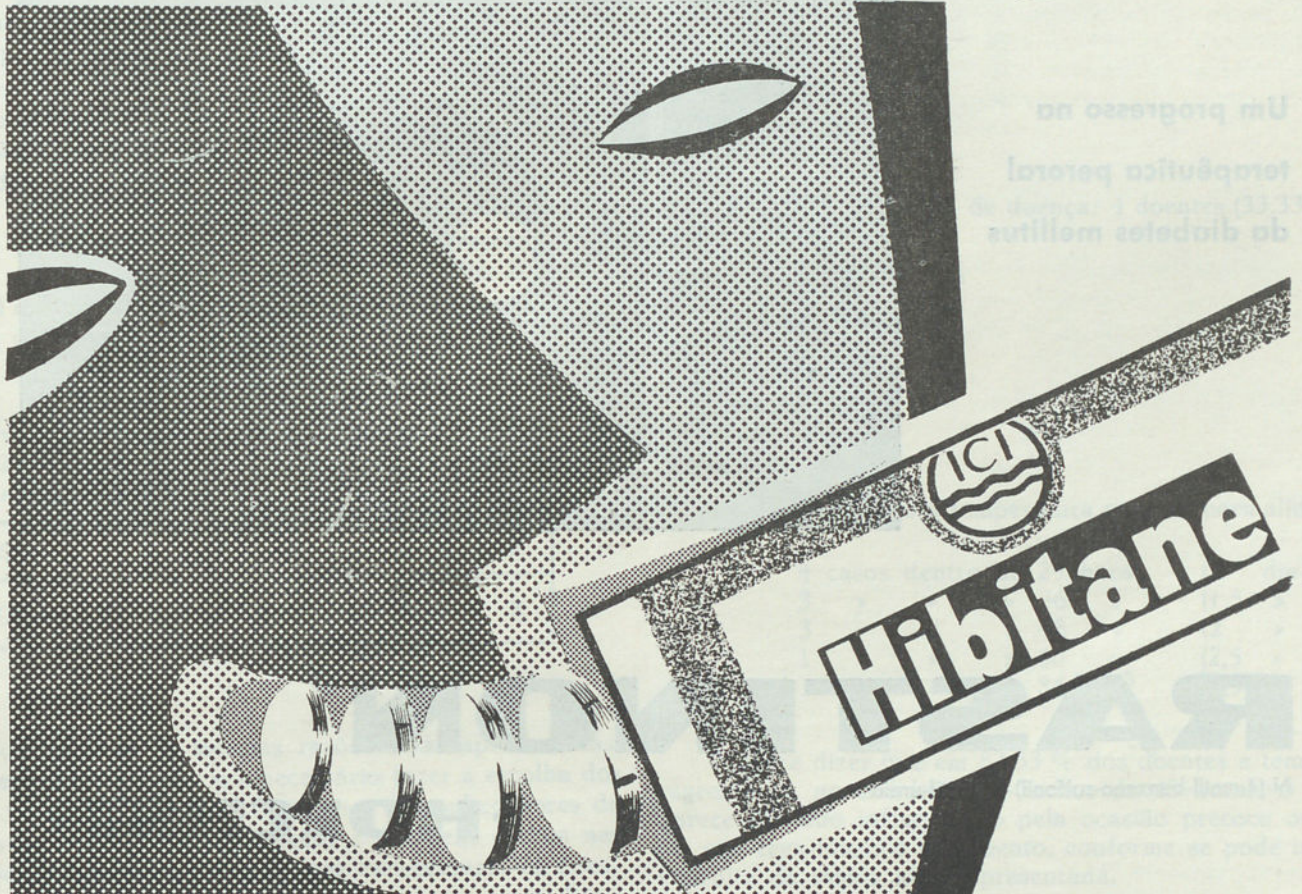
★

Para maior facilidade de consulta sintetizamos os dados referidos no seguinte quadro:

Casos	Sexo	Idade (em anos)	Dia de doença em que se iniciou o tratamento da fenilbutazona	Duração do tratamento com fenilbutazona	Apirexia ao fim de horas	Esplenomegália		Acções colaterais da fenilbutazona
						Reduzida ao dia de tratamento	Desaparecida ao dia de tratamento	
1	F	12	2.º	10	24 h.	5.º	Persistiu	—
2	F	11	13.º	11	36 h.	—	—	Intolerância (vômitos)
3	F	26	8.º	15	24 h.	—	—	—
4	M	6	3.º	9,5	48 h.	—	8.º	Hematuria
5	M	7	3.º	9,5	48 h.	3.º	8.º	—
6	F	12	8.º	9	60 h.	—	9.º	Intolerância (vômitos e diarreia)
7	F	31	6.º	14	36 h.	7.º	Dia imediato ao fim do tratamento	—
8	F	32	10.º	16	36 h.	1.º	7.º	—
9	F	18	5.º	11	48 h.	—	—	—
10	M	46	15.º	12	24 h.	—	—	—
11	F	14	16.º	13	84 h.	10.º	6 dias depois do fim do tratamento	Exantema medicamentoso
12	M	38	8.º	13	24 h.	10.º	Dia imediato ao fim do tratamento	—

nas afecções da

boca e da garganta



Pastilhas
de

HIBITANE

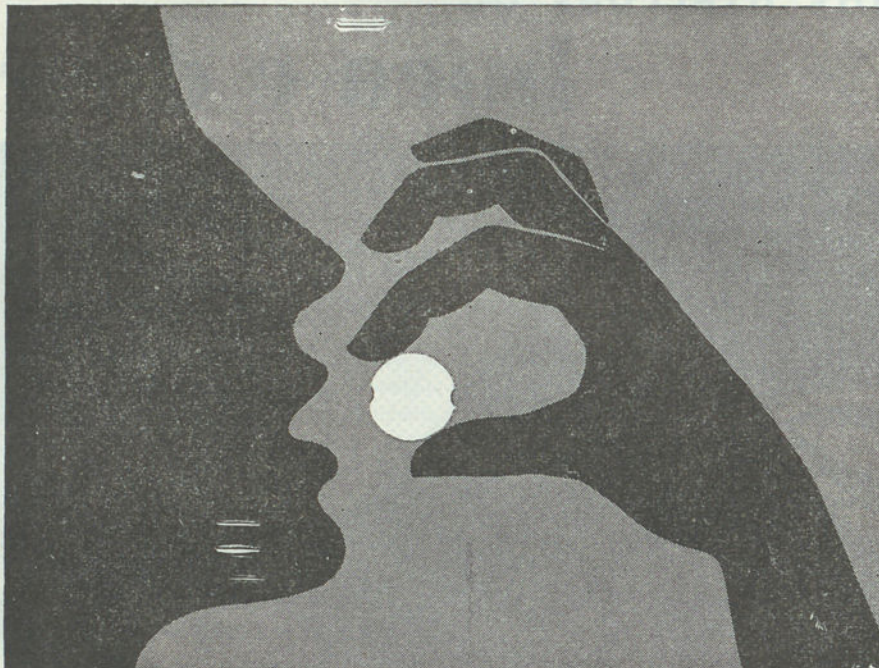
o anti-séptico mais
poderoso

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÉUTICA

Rua da Prata, 250 - 2.º — LISBOA
Rua Alexandre Braga, 138 — PORTO

Um progresso na
terapêutica peroral
da diabetes mellitus



RASTINON®

N-(4-metil-benzeno-sulfonil)-N'-butil-ureia

» HOECHST «

Sem acção quimioterapêutica
Ótima tolerância

APRESENTAÇÃO
20 comprimidos de 0,5 g
40 comprimidos de 0,5 g
Embalagens hospitalares,

FARBWERKE

HOECHST AG

vormals Meister Lucius & Brüning FRANKFURT (M)-HOECHST · Alemanha

Representantes para Portugal:

QUIMICA »HOECHST« LDA. · Avenida Duque d'Avila, 169-1º E · LISBOA.

COMENTÁRIO

Foram tratados 11 casos de febre tifóide e 1 de febre paratifóide B pela fenilbutazona, tendo-se obtido a cura após uma evolução da doença favorável e sobreponível à dos casos tratados com cloroanfenicol.

O número de doentes é demasiado pequeno para que se possam tirar conclusões seguras.

Aliás o nosso objectivo não era proceder à generalização de indicações, métodos, conceitos ou doses terapêuticas do medicamento ensaiado, mas tão somente estudar a sua acção terapêutica nas salmoneloses.

Enferma ainda a nossa casuística de uma irregularidade de distribuição de casos por sexos e idades, pelo facto dos doentes não terem sido escolhidos «ao acaso» a partir de lotes devidamente classificados, mas «seleccionados» dentro do grupo dos doentes internados. Assim, nela se incluem 5 crianças (indivíduos até aos 13 anos), 2 adolescentes dos 14 aos 20 anos e 5 adultos (indivíduos depois dos 20 anos), dos quais 4 do sexo masculino e 8 do sexo feminino, que podem agrupar-se como segue:

Idade anos	< 13		13 - 20		+ 20	
	M	F	M	F	M	F
Casos	2	3	0	2	2	3

Invocamos aqui as mesmas razões atrás apresentadas. Para o nosso objectivo não era necessário fazer a escolha dos casos «by Chance», bem pelo contrário, desconhecedores do mecanismo de acção do medicamento e dos seus efeitos nas salmoneloses, procuramos precisamente «seleccionar» os doentes, isto é, escolher as formas clínicas leves ou de mediana gravidade, e excluir como é óbvio, as formas graves e hipertóxicas. Por outras palavras, escolhemos os doentes que nos parecia não correrem qualquer risco aparente em não serem tratados com o cloroanfenicol.

Devemos dizer porém que no decurso do ensaio, ao verificarmos os efeitos da fenilbutazona e a evolução favorável dos casos tratados, fomos ganhando confiança e experiência de tal forma que nos últimos doentes escolhidos já não fomos tão rigorosos na exclusão das formas de sintomatologia mais exuberante.

Tão pouco se praticou o esquema dos ensaios-piloto entre grupos de doentes de semelhante perfil biológico, uns tratados com o medicamento em estudo e outros submetidos ao tratamento clássico para comparação dos resultados (neste caso o uso de «placebos» não está indicado pois que os doentes não podem ser sujeitos a riscos, uma vez que se trata de uma doença para a qual existe tratamento eficaz sem o qual pode ter um curso fatal). Pretendemos apenas proceder a um ensaio de que esta comunicação constitui uma «Nota Prévia» sobre o problema deixando para o futuro, se as circunstâncias o permitirem, a execução de um trabalho tão completo quanto possível levado a cabo por toda uma equipe, mediante um plano de trabalho convenientemente preparado, em larga escala, de colaboração, no qual os doentes seriam escolhidos «ao acaso», de entre grupos homogêneos a comparar entre si, de indivíduos tratados, uns com fenilbutazona e outros com cloroanfenicol.

Não são apresentados só alguns casos tratados com fenilbutazona o que implicaria pensar que ao lado desses, outros o foram, sem resultados, mas sim todos os doentes em que o medicamento foi ensaiado. Quere dizer, as conclusões que tiramos são válidas para todos os doentes submetidos ao

ensaio, não havendo outros casos que se tenham omitido e em que o medicamento não tivesse actuado.

★

Nos 12 doentes seleccionados iniciaram o tratamento:

a) Dentro da 1.^a semana de doença: 8 doentes (66,66 %)

1 no 2.^o dia
2 no 3.^o dia
1 no 5.^o dia
1 no 6.^o dia
3 no 8.^o dia

b) Na 2.^a semana de doença: 4 doentes (33,33 %)

1 no 10.^o dia
1 no 13.^o dia
1 no 15.^o dia
1 no 16.^o dia

★

Nos 12 doentes a temperatura caiu na normalidade em:

4 casos dentro de 24 horas (1 dia)
3 » » » 36 » (1,5 »)
3 » » » 48 » (2 »)
1 » » » 60 » (2,5 »)
1 » » » 84 » (3,5 »)

Quere dizer que em 83,33 % dos doentes a temperatura regressou à normalidade em menos de 48 horas, o que não parece ter sido influenciado pela ocasião precoce ou tardia, em que teve início o tratamento, conforme se pode inferir da consulta da tabela atrás apresentada.

★

Quanto à esplenomegalia nunca se chegou a manifestar em 4 doentes. Nos 8 restantes ora desapareceu ainda dentro do período de tratamento (4 casos), ora após (um e seis dias), o termo de administração da droga (3 casos). Só num caso persistiu para além do período de hospitalização do doente que teve alta ainda com baço palpável mas o que é facto é que não voltou a recair.

★

A duração do tratamento pela fenilbutazona foi muito variável pois pretendíamos até esboçar mais do que um critério no seu tempo de aplicação. Assim, fizemos a administração de 9 a 10 dias em 4 casos, de 11 a 13 dias em 5 casos e 14 a 16 dias nos 3 restantes.

Em 4 casos — um dos quais forçados por sinais de intolerância (vómitos) — fez-se a administração em dois períodos de tratamento com intervalos de 2,5 e 5 dias o que permite comparar os resultados com os obtidos com igual pauta usada no tratamento da febre tifóide com o cloroanfenicol.

Devemos dizer, na verdade, que não pudemos tirar qualquer conclusão em abono deste ou daquele esquema, pois qualquer das pautas foi eficaz dependendo o critério apenas do tempo de evolução, do caso em si ou do aparecimento de reacções medicamentosas.

★

A única via de administração usada foi a oral, com cápsulas de 200 mgr. em doses diárias de 800 ou 600 mgr. nos

primeiros dias que foram reduzidas para 400-300-200 e até 100 mgr. diários a partir dos primeiros dias de apirexia.

Nalguns casos que apresentamos, sobretudo nos primeiros, influenciados pela literatura americana empregamos inicialmente doses de 800 mgr. diários, sem que tivéssemos registado qualquer inconveniente mas constatamos posteriormente que a dose de 600 mgr. para um adulto de peso médio é suficiente.

Estas pautas poderão ser melhor observadas, em relação com cada caso nos esquemas individuais apresentados em gráfico para uma mais conveniente e rápida consulta. Não utilizámos outra via de administração, primeiro porque sendo muito prática ela se revelou suficiente e segundo, porque o reduzido número de doentes não era compatível com maior número de modalidades de tratamento.

*

A evolução foi, como dissemos, favorável em todos os doentes, os quais terminaram sem excepção, pela cura, não havendo a registar recaídas.

*

Resta-nos focar o problema das reacções medicamentosas e a fenilbutazona é uma das drogas sobre as quais muito se tem escrito a tal respeito.

Dos 12 casos tratados houve reacções medicamentosas em 4 (33,33 %): 2 por intolerância (vómitos e diarreia), 1 por hematúria e 1 por exantema medicamentoso. Num dos casos de intolerância a suspensão do medicamento por três dias foi o suficiente para permitir o seu recomeço, daí em diante perfeitamente tolerado. No outro tínhamos atingido o termo do período de tratamento estabelecido, o mesmo sucedendo no caso da hematúria (caso n.º 4) e no do exantema medicamentoso (caso n.º 11). De qualquer forma podemos dizer, que nem as reacções medicamentosas foram de grande importância ou gravidade, próxima ou tardia, nem nos levantaram problemas de complicações, pois que a sua suspensão bastou para essas reacções desaparecerem.

RESUMO E CONCLUSÕES

1.º — São apresentados 11 casos de febre tifóide e 1 caso de febre paratifóide B, tratados e curados exclusivamente com fenilbutazona.

2.º — Os doentes não receberam simultânea ou assessoradamente qualquer outra terapêutica, específica ou inespecífica, incluindo vitaminas (exceptuando o caso n.º 4 em que foi administrado ao doente cortisona nos primeiros dias).

3.º — A evolução da curva febril da doença é sobreponível à verificada com o emprego do cloroanfenicol; se alguma diferença se pode apontar ela diz respeito ao mais breve aparecimento de apirexia que parece surgir mais cedo com a fenilbutazona (entre as 24 e 48 horas).

A remissão da restante sintomatologia é idêntica e segue uma evolução semelhante ao que se passa com o emprego do cloroanfenicol.

4.º — Esquema de tratamento que pode ser considerado suficiente: dez a doze dias de administração de fenilbutazona, «per os», em doses parciais de 200 mgr. e doses diárias de 600-400-200 mgr., respectivamente, no início, no meio e no fim, do período de tratamento, baixa de dose que se inicia logo que a apirexia é atingida.

5.º — Não houve recaídas nos doentes tratados. Todavia o pequeno número de doentes incluídos nesta «Nota Prévia» não permite afastar essa possibilidade.

6.º — Apesar de não se tratar de um medicamento etiotrópico, a fenilbutazona não criou problemas de porta-gérmens. Nenhum dos doentes permaneceu eliminador de bacilos.

7.º — A fenilbutazona não impediu a subida dos títulos

de aglutinação da Reacção de Widal durante a evolução da doença, o que sugere que ela não interfere com o estabelecimento do mecanismo de imunidade à custa da qual o doente parece obter a cura uma vez que a droga não tem acção específica sobre o bacilo tífico e paratífico B.

8.º — As possibilidades e inconvenientes das reacções medicamentosas existem mas não parece atingirem importância clínica nem determinarem contra-indicações ao seu emprego, no caso concreto da febre tifóide e paratifóide B, dado o curto prazo de tratamento necessário para obter a cura, tanto mais que nalguns doentes utilizamos inicialmente doses superiores à média.

9.º — O estudo apresentado tem um significado estatístico relativo por virtude do pequeno número de doentes em que foi levado a cabo, constituindo apenas uma «Nota Prévia» em que se poderão basear ulteriores trabalhos em larga escala, devidamente planeados e executados por uma equipe de investigação clínica, laboratorial e epidemiológica (*).

RESUMO

A fenilbutazona, pela sua acção antiflogística, tem sido empregada no tratamento de diversas doenças infecciosas como pneumonia, brucelose, encefalite infecciosa aguda, gripe, etc.. Esta «nota prévia» refere-se ao seu emprego nas salmoneloses e inicia-se com um breve estudo das acções farmacológicas, dos fenómenos de intolerância, toxicidade e dose terapêutica de fenilbutazona.

São apresentados 11 casos de febre tifóide e 1 caso de febre paratifóide B, tratados e curados exclusivamente com fenilbutazona.

A evolução da curva febril da doença assemelha-se à verificada com o emprego do cloroanfenicol, parecendo todavia que a apirexia se obtém mais rapidamente com a fenilbutazona; a remissão da restante sintomatologia é idêntica e segue uma evolução semelhante ao que se passa com o emprego do cloroanfenicol.

Esquema de tratamento que pode ser considerado suficiente: dez a doze dias de administração de fenilbutazona, «per os», em doses parciais de 200 mgr. e doses diárias de 600-400-200 mgr. no início, no meio e no fim, respectivamente, do período de tratamento, baixa de dose que se inicia logo que a apirexia é atingida.

Não houve recaídas nos doentes tratados.

A fenilbutazona não criou problemas de porta-gérmens nos doentes tratados.

A fenilbutazona não impediu a subida dos títulos de aglutinação da Reacção de Widal durante a evolução da doença, o que sugere que ela não interfere com o estabelecimento do mecanismo de imunidade à custa da qual o doente parece obter a cura uma vez que a droga não tem acção específica sobre o bacilo tífico e paratífico B.

As possibilidades e inconvenientes das reacções medicamentosas existem mas não parece atingirem importância clínica nem determinarem contra-indicações ao seu emprego, no caso concreto da febre tifóide e paratifóide B, dado o curto prazo de tratamento necessário para obter a cura.

O estudo apresentado tem um significado estatístico relativo por virtude do pequeno número de doentes em que foi levado a cabo, constituindo apenas uma «nota prévia» em que se poderão basear ulteriores trabalhos em larga escala, devidamente planeados e executados por uma equipe de investigação clínica, laboratorial e epidemiológica.

SUMMARY

Due to its antiphlogistic action, phenylbutazone has been used in the treatment of some infectious diseases such as pneumonia, brucellosis, influenza, etc.

This paper deals with its use in the treatment of salmonella infections particularly typhoid and paratyphoid fevers.

After an introduction on the pharmacological action, toxicity and therapeutic value of the drug the A. presents the results

(*) Aos Laboratórios Atral apresentamos os nossos agradecimentos pelas facilidades concedidas no fornecimento do «Fenibutol» utilizado na realização deste ensaio.

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

Lipostabil

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

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

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



NATTERMANN

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

Ampolas de microcristais
das hormonas puras

Ovociclina[®] (M)
Femandren[®] (M)
Lutociclina[®] (M)
Perandren[®] (M)
Percorten[®] (M)



C I B A

obtained with phenylbutazone in the treatment of 11 cases of typhoid fever and 1 case of paratyphoid B fever.

The dosage was:

600 mg. daily until apyrexia, then 400 mg. and later 200 mg. daily up to a total of 10 to 12 days.

The time and order of disappearance of the symptoms are the same as when chloramphenicol is employed but it seems that the fever disappears sooner with phenylbutazone.

No relapses were observed and none of the patients became a carrier.

The sero agglutination titres followed the usual pattern, which suggests that the drug does not interfere with the immunity mechanisms. The A. thinks that this is the reason why the cure is attained as phenylbutazone has no specific action on the agent.

There are some reactions to the drug but these do not seem important enough to prevent its employment.

This study concerns a small number of patients so that its statistical significance is relative; it opens a field for future investigations to be carried out with clinical, laboratory and epidemiological controls.

RÉSUMÉ

En raison de ses propriétés antiphlogistiques on a employé la phenilbutazone dans le traitement de quelques maladies infectieuses telles que la pneumonie, la grippe et la fièvre ondulante.

Ce travail concerne son emploi dans la fièvre typhoïde et la fièvre paratyphoïde B.

Après une breve introduction sur l'action pharmacologique de la phenilbutazone, sa toxicité et sa valeur thérapeutique, l'Auteur présente les résultats qu'il a obtenu dans le traitement de 11 cas de fièvre typhoïde et 1 cas de fièvre paratyphoïde B.

Le schéma de traitement a été le suivant:

600 mg. par jour jusqu'à l'apyrexie et après l'apyrexie 400 mg. suivis par 200 mg. par jour un total de 10-12 jours de traitement. Les manifestations de la maladie ont disparu suivant le même ordre observé avec la chloromycetine mais il semble que la fièvre disparaît plus tôt avec la phenilbutazone.

On n'a pas observé des rechutes ou des cas de porte-germes.

Le sero agglutination a suivi le type habituel ce qui a fait admettre que le médicament n'interfere pas avec les mécanismes d'immunité; l'Auteur croit que c'est la raison par laquelle on obtient la guérison puisque la phenilbutazone n'a pas une action spécifique sur les agents.

Vu le petit nombre de malades observés dans ce travail il n'est pas possible de faire des conclusions de valeur statistique; cependant ce travail peut servir de base a de futures recherches cliniques, laboratoriales et épidémiologique, sur une vaste échelle.

RIASSUNTO

La fenilbutazone, grazie alla sua azione antiflogistica, è stato impiegato nella cura di diverse malattie infettive come la polmonite, la brucellosi, l'encefalite acuta, l'influenza ecc.. Questo appunto si riferisce al suo impiego nelle salmonelosi e si inizia con un breve studio delle azioni farmacologiche dei fenomeni di intolleranza, tossicità e sua dose terapeutica.

Si presentano 11 casi di febbre tifoide e 1 caso de febbre paratifoide B, trattati e curati esclusivamente con fenilbutazone.

L'evoluzione della curva febbrile della malattia è paragonabile a quella verificata con l'impiego del cloramfenicol; la sparizione della restante sintomatologia è identica e segue un'evoluzione simile a quella in cui viene impiegato il cloroanfenicol.

Schema di cura che può essere considerato sufficiente: da 10 a 12 giorni di somministrazione di fenilbutazone per via orale, in dosi parziali di 200 mg. e dosi giornaliere di 600-400-200 mg. all'inizio, a metà ed alla fine, rispettivamente del periodo di cura, diminuzione di dose da iniziarsi non appena raggiunta l'apiressia.

Non si sono date ricadute nei malati curati.

La fenilbutazone non ha creato problemi di porta-germi nei malati curati.

La fenilbutazone non ha impedito la salita dei titoli di agglutinazione della reazione di Widal durante il corso della malattia, il che suggerisce che essa non ha influenza sullo sbailirsi del

meccanismo d'immunità grazie al quale sembra che il malato ottenga la guarigione, dato che la droga non ha azione specifica sul bacillo tifico e paratifico B.

Esistono possibilità e inconvenienti di reazioni al medicinale, ma pare che non raggiungano una importanza clinica né determinino controindicazioni al suo uso nel caso concreto della febbre tifoide e paratifoide B, dato il breve periodo di cura necessario per ottenere la guarigione.

Questo appunto che presentiano ha un significato statistico relativo, a causa del ristretto numero di pazienti su cui è stato fatto l'esperimento e costituisce appena un punto di partenza su cui si potranno basare ulteriori lavori in larga scala, debitamente tracciati e portati a termine da un gruppo di investigazione clinica, di laboratorio e epidemiologica.

(Comunicação à Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa em 18 de Dezembro de 1958).

BIBLIOGRAFIA

- 1 — WILHELMI, G. — Schweiz. Med. Wschr., 79, 577 (1949).
- 2 — WILHELMI, G. e DOMENJOZ, R. — Arch. Intern. Pharmac., 83, 192 (1950).
- 3 — LESTRADE e PELLISSIER — Le Phenylbutazone dans le traitement des encéphalites aiguës — La Presse Med., 65, n.° 31, p. 712 (1957).
- 4 — A. RAVINA, M. PESTEL, B. PONS e R. REBOUL — Action antithermique de la phenylbutazone et de l'amidopyrine-phenylbutazone—La Presse Medicale, 61, n.° 69, pag. 1049 (1953).
- 5 — A. RAVINA, M. PESTEL e R. THIELEN — La Presse Médicale, 62, pag. 1265 (1954).
- 6 — CAPPIO, M. — L'associazione fenilbutazone-antibiotici nella terapia della tifoide e della brucellosi — Minerva Médica, II, n.° 69, pag. 432 (1955).
- 7 — G. KIRIDJIAN — Phenylbutazone et la gripe asiatique. — La Presse Médicale, 65, n.° 84, p. 1898 (1957).
- 8 — FARINAS, E. C., ZOZAYA, R. C. — Tratamiento com fenilbutazona de la pleurisia post-toracotomia. — Revista clinica Española, 60, n.° 6, p. 365 (1956).
- 9 — FRIMIGACCI-STEPHANOLOPI — Action de la phénylbutazone sur 2 cas d'épanchement tuberculeux. — La Presse Médicale, 64, n.° 28, p. 662 (1956).
- 10 — E. FLORIS e E. PASQUI — Progreso médico, 30 Abril 1957.
- 11 — A. RAVINA — Traitement de la fièvre typhoïde et des paratyphoïdes par la seule phenylbutazone. — La Presse Médicale, 67, 1592 (1957).
- 12 — WARREN CROWE — Phenylbutazone as analgésic. — The Lancet, May 21, 1076 (1955).
- 13 — CAPPIO, M. — Hypothermia due to phenylbutazone. — J. A. M. A., 164, n.° 17, p. 1986 (1957).
- 14 — FABRE et BERGER — Sem. Hôp., Paris, 30, 87, 1956.
- 15 — WALTER BELART — Toxicity of phenylbutazone. — The Lancet, 2, n.° 22, p. 1153 (1953).
- 16 — MICHAEL KELLY — B. M. J., 2, n.° 4842, pag. 936 (1953).
- 17 — Symposium-Phenylbutazone. — The Lancet, 2, n.° 22, 1145 (1953).
- 18 — HUGHES, W. — Phenylbutazone. — The Lancet, 2, n.° 1, pag. 39 (1953).
- 19 — HART, F. D. — Phenylbutazone. — The Lancet, 2, n.° 3, pag. 139 (1953).
- 20 — EDGAR, B. — Phenylbutazone. — B. M. J., 2, n.° 4834, p. 511 (1953).
- 21 — GILLHESPY, R. O. — Phenylbutazone.—B. M. J., 2, n.° 4830, p. 287 (1953).
- 22 — BRUCK, E., FEARNLEY, M. E., MEANOCK, I. — Phenylbutazone. — The Lancet, 2, n.° 13, p. 677 (1953).
- 23 — Phenylbutazone on trial — B. M. J., 2, n.° 4843, p. 982 (1953).
- 24 — GEIGY PHARM. — Additional use of Phenylbutazone. — J. A. M. A., 164, n.° 10, p. 1095 (1957).
- 25 — GOODMAN, L. S. e GILMAN, A. — The Pharmacological Basis of Therapeutics, p. 322 (1955).
- 26 — KUZELL, W. C., SCHAFFARZICK, R. W., NAUGLER, W. E., GAUDIN, G. e MANKLE, E. A. — Phenylbutazone. Archives of Internal Medicine, n.° 5, vol. 92 (1953).

O elemento bacteriano no estrangulamento intestinal experimental

III—O choque pelo garrote

Sua comparação com o choque tóxico do estrangulamento intestinal

BÁRTHOLO DO VALLE PEREIRA

(Professor extraordinário de Patologia Cirúrgica na Faculdade de Medicina de Coimbra)

O estado de choque que caracteriza a morte no estrangulamento intestinal, já o apontamos nos trabalhos anteriores, difere em muitos aspectos do choque por oclusão intestinal simples ou de outros estados de choque, como o hemorrágico, traumático, etc. A sua principal diferença reside no facto de não se poder corrigir nem com a administração de electrólitos, nem com sangue ou plasma.

Sem dúvida intervêm neste estado de choque, como em quase todos os outros, vários factores entre os quais podemos mencionar a hemorragia e a perda de líquidos e electrólitos. Mas, para além destes elementos, há outro, que lhe dá as suas características especiais e que parece derivar de um factor de ordem tóxica.

Já d'ssemos que este factor tóxico podia ter origens diversas, defendidas por vários investigadores, mas vimos e julgamos ter demonstrado que, fundamentalmente, ele depende do metabolismo de certas bactérias, cujas toxinas seriam absorvidas, provocando o estado de choque e a morte. Vimos também que destas toxinas a que se julga de maior relevo e gravidade é a lecitinase, produzida especialmente pelo *Clostridium Welchii*.

Não é a primeira vez que os investigadores chamam a atenção para a semelhança entre o choque do estrangulamento e o que se observa, quando se retira um garrote depois de um certo tempo de aplicação a um membro e que se denomina, por isso mesmo, de choque pelo garrote ou torniquete.

É bem conhecida de facto a gravidade da aplicação de um garrote a um membro, como meio de hemostase provisória e temporária. A sua manutenção não deverá exceder umas tantas horas, não só porque, privando o membro da sua circulação, determina a sua necrose, mas também porque, quando nessas circunstâncias se levanta o garrote, se instala muitas vezes e rapidamente um estado de choque profundo, irreversível, que leva à morte inevitável, qualquer que seja a terapêutica ensaiada. Muitos foram os doentes e feridos que antigamente, principalmente em tempo de guerras, sucumbiram aos efeitos do levantamento de um torniquete, mantido durante tempo excessivo.

No estrangulamento intestinal existe igualmente um garrote em redor de uma ansa intestinal e por isso há certa semelhança com o garrote aplicado com fim hemostático, mas, ao contrário do que acontece neste último caso em que o choque surge depois do levantamento do torniquete, no estrangulamento intestinal o estado de choque surge ao fim de certo tempo de estrangulamento, sem ser necessária a remoção do laço constrictor.

No entanto, também no estrangulamento intestinal o levantamento do laço constrictor que, como se sabe é uma das manobras terapêuticas a tentar desde que não haja necrose da ansa, pode provocar em determinados casos o agravamento do estado de choque, que já pode existir em grau varável, provocando mesmo a morte do doente, o que se assemelha então bastante ao observado e descrito no choque pelo torniquete (1).

Aparentemente, há, pois, certas semelhanças entre estes dois estados, mas as diferenças são ao mesmo tempo tão grandes, nomeadamente no ponto de vista anátomo-funcional que à primeira vista se deve duvidar de qualquer identidade nos mecanismos de acção e na causa da morte nestas duas situações.

Com efeito, sendo perfeitamente compreensível e admissível um factor bacteriano importante e até primacial no choque tóxico por estrangulamento intestinal, a ideia da interferência de um factor bacteriano parece, pelo menos à primeira vista, bastante incrível e fantasista no choque por torniquete de um membro.

É certo ser exactamente para o choque do torniquete que a ideia de um factor tóxico foi invocada com maior frequência e convicção. A rapidez da sua instalação, a impotência de toda a terapêutica uma vez iniciado, fazem pensar na absorção súbita de substâncias tóxicas após o levantamento do garrote. Mas como não é necessário que o membro garrotado seja a sede de um estado infeccioso evidente, nem ele é, ao contrário do que sucede com o intestino, a habitat de bactérias, não era fácil pensar-se em toxinas de origem microbiana, e antes atribuía-se a origem dessas substâncias tóxicas à degradação dos elementos celulares consecutiva à necrose por falta de irrigação e de oxigenação.

Apesar disso a ideia da origem bacteriana das substâncias tóxicas não deixou de ser invocada por alguns investigadores e assim, por exemplo, em 1944 Prinzmetal, Freed e Kruger admitiram como causa do choque do torniquete a absorção de toxinas microbianas. No entanto, Koletzky e Gustafson, em 1946, não conseguiram evitar o choque do garrote com a administração prévia de sulfamidas ou penicilina.

Embora continue a subsistir na mente da maioria dos investigadores a ideia de uma causa tóxica no choque pelo torniquete, não foi possível até hoje demonstrar de maneira segura essa substância, nem impedir a sua actuação. Por isso mesmo outros investigadores não querem ver neste estado de choque um mecanismo de acção diferente do dos outros choques traumáticos, fazendo-o depender de um factor idêntico, isto é, da diminuição da volémia. São vários já os trabalhos que hoje pretendem demonstrar a grande quantidade de líquido plasmático e de sangue extravasado das paredes alteradas dos vasos de um membro privado de circulação por garrotagem e depois de retirado o garrote. Mas, se não podemos duvidar destas observações e de que em certos casos especiais a quantidade de plasma extravasado é de facto suficiente para provocar um estado de choque, continuamos sem compreender porque, sendo um choque de tipo oliguémico, continue sendo irreversível, incapaz de ser impedido com a administração, tão larga quanto se queira, de sangue ou outros líquidos de substituição.

Não faltaram, também, os investigadores que quiseram explicar o choque do garrote com a estimulação das fibras nervosas pelo próprio laço constrictor, que, de maneira reflexa, iria despertar um estado de inibição dos centros nervosos, com vasodilatação generalizada e hipotensão, hipótese que é difícil de sustentar.

Entusiasmados com os nossos resultados experimentais sobre a acção dos antibióticos no estrangulamento intestinal e impressionados com a aparente semelhança deste síndrome

(1) Davis (1949) apresenta 13 casos de morte por estrangulamento intestinal em que o estado de choque se iniciou ou aprofundou 1 a 30 horas depois do levantamento da obstrução. Aird (1941) verificou o mesmo facto na clínica humana, reproduzindo-o para estudo no animal.

com o choque do garrote, quisemos também estudar o possível valor destas substâncias neste tipo de choque.

É tão típico e tão constante este choque que frequentemente tem sido indicado por vários investigadores para o estudo do choque irreversível.

Na produção do choque pelo garrote seguimos a técnica descrita por Chess e col. (1944). Seccionávamos, no cão, a medula a nível da última vértebra torácica, com o que eliminávamos o factor nervoso como possível mecanismo de acção do choque e realizávamos a anestesia dos membros inferiores, indispensável para a aplicação, fortemente compressiva, de um tubo de borracha na raiz de um dos membros posteriores, onde se mantinha em posição, seguro por um prego espetado perpendicularmente no grande trocanter.

Retirávamos o garrote ao fim de 20 a 24 horas e registávamos a pressão arterial do animal em cilindro registador com manómetro de mercúrio.

Nestas condições os animais morriam rapidamente cerca de 3 a 4 horas depois de retirado o garrote, tal com está expresso no seguinte gráfico obtido no cão n.º 53, que bem mostra a súbita queda da tensão arterial, a preceder a morte (Fig. 1).

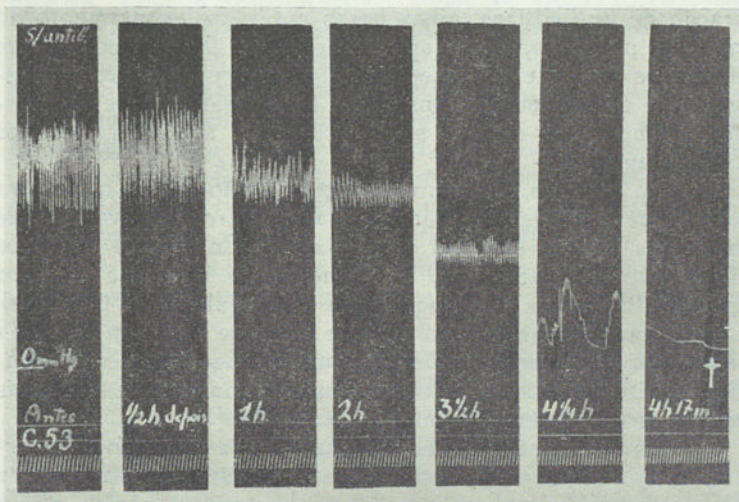


Fig. 1 — Choque pelo garrote. Aspecto das tensões arteriais depois do levantamento do garrote aplicado a um membro posterior de um cão, durante 24 horas: morte ao fim de 4 horas e 17 minutos

Não há dúvida, pois, que o levantamento do garrote, aplicado durante 20 ou mais horas num membro de um animal, provoca a sua morte de maneira brusca, rápida, ao fim de 3 a 5 horas, com os sinais de um choque rapidamente mortal.

Como se compreende, a causa nervosa da morte nestas circunstâncias é inadmissível, pois a secção completa da espinal-medula impedia a transmissão de qualquer influxo nervoso do membro garrotado para os centros nervosos superiores. Mas, além disso, essa hipótese é pouco verosímil também porque é depois do levantamento do anel constrictor que se desencadeiam os fenómenos de hipotensão e mesmo assim estes só se instalam ao fim de algum tempo, o que é difícil de conciliar com a ideia de uma reacção de natureza nervosa.

Já vimos também que actualmente um grande número de investigadores lhe querem atribuir, segundo o conceito mais actual sobre a causa do choque traumático, uma origem na hemoconcentração e olignemia, consecutivas à transsudação importante que se estabeleceria a partir do momento do levantamento do torniquete, através das paredes vasculares alteradas nas suas propriedades pelo tempo excessivo de anóxia a que estiveram sujeitas. É assim que Gosset (1943) e outros investigadores nos estudos experimentais realizados sobre o choque do torniquete, e depois de procederem a pesagens comparadas dos dois membros posteriores, garrotado e não garrotado, verificaram aumento de peso tão grande no membro garrotado que seria capaz só por si de causar um estado de hipovolémia, incompatível com a vida.

Nas nossas experiências, no cão, embora não tivéssemos procedido a pesagens comparativas dos membros posteriores,

parecia evidente à simples inspecção que o aumento de tamanho do membro desgarrotado, observado durante as 2 ou 3 horas que precediam a morte, era incapaz, só por si, de ocasionar tão grande desequilíbrio hemodinâmico, e de justificar um estado de choque irreversível. De resto, se é verdade que a quantidade de sangue ou plasma derramado através das paredes alteradas de um membro garrotado pode em certos casos e em certos animais determinar perda importante e grave do volume sanguíneo circulante, não se compreende porque é impossível a correcção desta situação, evitando a morte, mediante a administração adequada de líquidos.

A ideia mais lógica é, sem dúvida, a da libertação de uma substância a partir do membro garrotado, que, quando entra em suficiente quantidade para o organismo, lhe ocasiona a morte em estado de choque intenso.

Pensando que sendo de origem bacteriana esta toxina mortal deveria ser produzida por bactérias existentes em estado latente no membro garrotado, quer no seu interior, quer a partir de qualquer possível solução de continuidade da pele, realizamos uma série de experiências em que aplicávamos o garrote em animais previamente preparados com a aplicação maciça de terramicina, no sentido de esterilizar tanto quanto possível o membro antes de se aplicar o garrote.

Ao contrário do que pensávamos, nesta série de experiências em que administramos terramicina antes de colocar o garrote com o fim de tornar amicrobiano o membro a estrangular, os animais sucumbiram de modo idêntico aos animais sem preparação com antibióticos. A única diferença a apontar, que aliás não se observou idêntica em todos os casos, foi o maior tempo de latência do choque, que, em média, se instalou cerca de 5 horas depois de retirado o garrote. De resto, a hipotensão, quando se instalava, conduzia rapidamente à morte, como se pode observar no seguinte gráfico (Fig. 2).

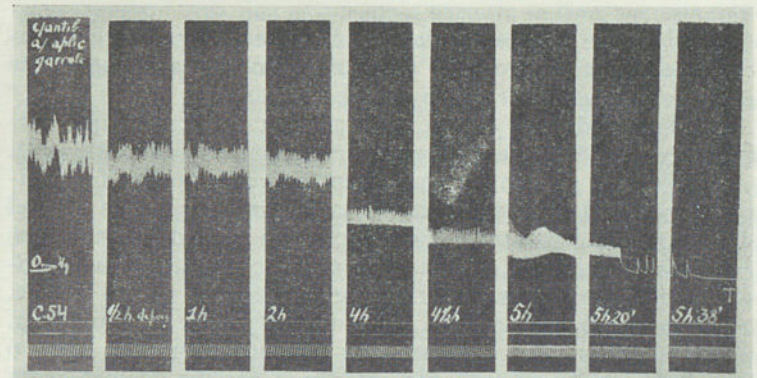


Fig. 2 — Choque pelo garrote. Aspecto das tensões arteriais de um cão depois do levantamento do garrote aplicado a um membro posterior durante 24 horas; com antibióticos antes da aplicação do garrote. Morte ao fim de 5 horas e 38 minutos

Parecia, pois, afastada a ideia da origem bacteriana da morte no choque do torniquete. Os resultados obtidos por nós apenas vinham corroborar os de Koletzky e Gustafson, conseguidos com a penicilina, a que já aludimos anteriormente.

Lembramo-nos, então, de administrar a terramicina antes (2 a 4 horas) e durante o levantamento do torniquete, de modo a manter altas concentrações do antibiótico durante todo o período após o levantamento do garrote.

Perante a nossa surpresa e satisfação, o levantamento do garrote não foi seguido do estado de choque habitual e os animais aguentaram-se e mantiveram-se durante bastante tempo, sem grande diminuição das tensões e sem indícios de choque. Ao fim de 24 horas as tensões arteriais mantinham valores regulares, mas a paraplegia consecutiva à secção medular fez-nos sacrificar os animais nesta altura.

No seguinte gráfico (Fig. 3) podem verificar-se as variações da tensão arterial durante as 24 horas que se seguiram ao levantamento do garrote do membro de um cão, a que se aplicou forte dose de terramicina.

Por extraordinários que nos pareçam estes resultados, eles permitem-nos afirmar que, no cão, o choque pelo torniquete, a propósito do qual tantas dúvidas tem havido no que respeita à causa da morte e origem das toxinas possível-

mente envolidas, reconhece uma origem tóxica, de natureza microbiana.

Ao mesmo tempo que demonstramos assim ter a morte no choque do torniquete origem bacteriana, e de se poder impedir com a administração adequada de antibióticos, observamos que o extravasamento de líquidos para os espaços intersticiais, igualmente evidente pela turgescência da pata nos animais tratados com antibióticos desta última série, não era com certeza a causa da morte. A hipovolémia e hemoconcentração que naturalmente acompanham esta transsudação não são, pois, a causa determinante do choque e da morte, embora em alguns casos possam representar factor importante de agravamento.

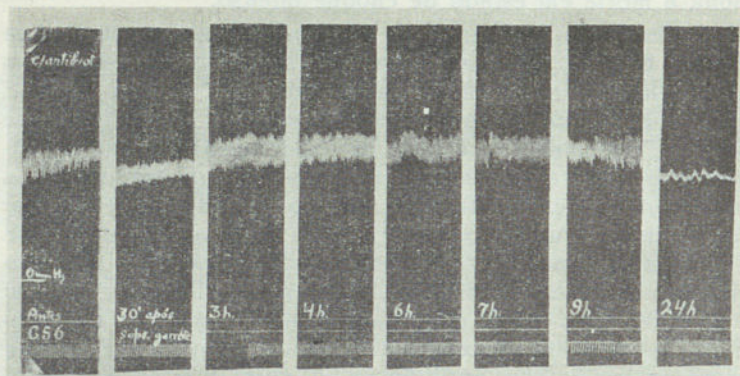


Fig. 3 — Tensões arteriais de um cão após o levantamento de um garrote aplicado a um membro posterior durante 24 horas. Com antibióticos 2 horas antes e depois do levantamento do garrote. Ao fim de 24 horas o animal apenas mostrava uma pequena queda tensional, não tendo mostrado o choque mortal, habitual

Em face destes resultados, como explicar a interferência do elemento microbiano numa situação, que aparentemente nenhuma relação apresenta com bactérias?

Não podemos, senão, esboçar uma explicação, que forçosamente terá de se comprovar mediante estudos ulteriores.

No cão, é certo, têm-se encontrado com grande frequência, a ponto de se poder considerar normal, bactérias a nível das massas musculares e, portanto, seria fácil de admitir que em consequência da anóxia e da necrose criadas pela garroteamento do membro, as bactérias aí existentes em estado latente, ao encontrarem um óptimo meio de cultura, se desenvolvem, produzindo as suas toxinas, que seriam absorvidas após o levantamento do garrote. No entanto, o choque do torniquete não é apanágio do cão mas observa-se em todos os outros animais, como no rato e no Homem, onde esse microbismo latente não está demonstrado e até parece não existir, e, além disso, no próprio cão, a aplicação de antibióticos antes da colocação do garrote, que deveria anular esse microbismo latente (II.^a série experimental), não protege o animal da morte, como tivemos ocasião de observar e referir anteriormente.

Por outro lado, como se poderia explicar o tempo de latência de algumas horas (2 a 3) depois do levantamento do garrote até ao aparecimento do estado de choque? Não deveria ser imediato ou quase a hipotensão ao serem restabelecidas as vias de absorção do membro garrotado?

Não julgamos, por consequência, que na génese deste choque e desta morte intervenham as bactérias que já possam existir no membro na altura em que se aplica o garrote! Pelo contrário, tudo leva a crer que, à semelhança do que já foi postulado por Fine e col. para outros tipos de choque, as bactérias responsáveis por esta morte se fixem no membro estrangulado depois de retirado o garrote. Ao entrarem neste membro desvitalizado as bactérias encontrariam óptimo meio de cultura, desenvolver-se-iam rapidamente, produzindo as suas toxinas que, absorvidas pelas vias linfáticas, iriam provocar o colapso circulatório e a morte, incapaz naturalmente de ser impedida pela administração de sangue ou outro qualquer substituto. Efectivamente, parece estar demonstrada a passagem de bactérias a partir do intestino em condições normais e habituais para o interior do organismo, onde seriam destruídas habitualmente pelos meios de defesa (Schattén).

Seria, pois, compreensível que nestas condições essas bactérias ao passarem com a corrente sanguínea num órgão desvitalizado, como um membro que esteve garrotado durante umas tantas horas, se fixem aí e desenvolvam produzindo as toxinas que em última análise são as responsáveis da morte dos animais.

Não sabemos quais as bactérias que se fixam e proliferam e são responsáveis por este estado de choque, mas nas condições de anaerobiose do membro, privado de circulação, é lícito supor que se trate de bactérias anaeróbias, das quais devemos destacar o *Clostridium Welchii*. Já vimos anteriormente, a propósito do choque no estrangulamento intestinal, que estas bactérias produzem uma toxina, a lecitinase, que, quando injectada mesmo em pequeníssima dose num animal de experiência, provoca estado de choque e morte, em condições perfeitamente idênticas às que caracterizam a morte do estrangulamento intestinal e no choque do torniquete. Além disso, esta substância provocaria uma intensa hemólise e, curiosamente, pudemos observar que nos animais sucumbidos aos efeitos do choque do garrote o sangue extraído de uma jugular se apresentava intensamente hemolizado.

Este facto é mais um argumento para se pensar que na origem deste estado de choque está uma toxina — a lecitinase — produzida pelo *Cl. Welchii*.

Torna-se compreensível deste modo como a administração de antibióticos, umas horas antes do levantamento do garrote, possa impedir o aparecimento de choque, pois, deste modo, os seus efeitos fazem sentir-se sobre os microorganismos que efectivamente conseguem atravessar a barreira intestinal, impedindo-os de se fixarem ou até destruindo-os completamente.

No entanto, mais investigações serão necessárias para reconhecer com certeza quais as bactérias responsáveis, a sua origem e a natureza das suas toxinas. Entretanto podemos dizer que a semelhança, inicialmente só aparente entre o choque do garrote e o choque pelo estrangulamento intestinal, é sem dúvida mais íntima do que se pode julgar à primeira vista. Em ambas as situações o estado de choque parece depender da intoxicação por toxinas microbianas, entre as quais muito provavelmente domina a lecitinase.

Em conclusão, o choque que se provoca tão regularmente ao retirar o garrote aplicado a um membro durante algum tempo, reconhece uma causa bacteriana, tóxica, muito provavelmente idêntica à que provoca a morte no estrangulamento intestinal e pode evitar-se mediante a administração judiciosa de antibióticos de largo espectro.

(Este trabalho foi realizado no Laboratório de Fisiologia Especial da Faculdade de Medicina do Porto, a cujo Director, Prof. Afonso Guimarães desejamos apresentar o nosso reconhecimento).

BIBLIOGRAFIA

Dentre os numerosos artigos consultados apontamos apenas os mencionados no texto:

- AIRD: The behaviour of the blood volume in intestinal obstruction and strangulation. *Brit. J. Surg.*, 26, 418 (1938).
- AIRD: Morbid influences in intestinal obstruction and strangulation. *Ann. Surg.*, 114, 385 (1941).
- ANDERSON e TANTURI: Identification of the toxin of clostridium organisms in experimental intestinal obstruction. *Arch. Surg.*, 60, 143 (1950).
- ANDREWS e HRDINA: The cause of death in liver autolysis. *Surg. Gyn. & Obst.*, 52, 61 (1931).
- ANDREWS, REWBRIDGE e HRDINA: Causation of *Bacillus Welchii* infections in dogs by injection of sterile liver extracts or bile salts. *Surg. Gyn. & Obst.*, 53, 176 (1931).
- BLAIN: Penicillin in experimental intestinal obstruction. A summary of observations with reference to their clinical application. *Surg. Gyn. & Obst.*, 84, 753 (1947).
- BLAIN, KENNEDY, CALIHAN e HARKINS: Effect of penicillin in experimental intestinal obstruction. Cure of strangulated ileal obstructions treated with penicillin prior to late resection. *Arch. Surg.*, 53, 378 (1946).
- CHESS, CHESS e COLE: Experimental tourniquet shock with

- particular reference to the toxic factor: a method of production eliminating the influence of general anesthesia and nervous impulses. *Arch. Surg.*, 49, 147 (1944).
- COHN and HAWTHORNE: The role of *Clostridium Welchii* in strangulation obstruction. *Ann. Surg.*, 134, 999 (1951).
- COHN: Strangulation obstruction-Antibiotic protection study. A preliminary report. *Surgical Forum, Am. Coll. Surg.*, 1953, pág. 356.
- COHN: Strangulation obstruction-antibiotic protection. *Surgery*, 39, 630 (1956).
- COHN: Strangulation obstruction-postoperative antibiotic protection. *Ann. Surg.*, 143, 386 (1956).
- COHN: Strangulation obstruction. Collective review. *Int. Abs. Surg. (Surg. Gyn. & Obst.)*, 103, 105 (1956).
- CROWLEY e WINFIELD: Internal strangulating obstruction of the bowel. Collective review. *Int. Abs. Surg. (S. G. O.)*, 89, 417 (1949).
- DAVIS: Shock (1949).
- DONALDSON, SIVE e LEWIS: Intestinal obstruction. *Arch. Surg.*, 43, 811 (1941).
- FINE: Host resistance to bacteria and to bacterial toxins in traumatic shock. *Ann. Surg.*, 142, 361 (1955).
- FOSTER e HAUSLER: Studies in acute intestinal obstruction. II—Acute strangulation. *Arch. Int. Med.*, 34, 697 (1924).
- FRANK, FINE e SELIGMANN: Traumatic shock. Effectiveness of an antibiotic in experimental hemorrhagic shock. *Am. J. Physiol.*, 168, 430 (1952).
- FURR, BOURDEAU, ROACH e LAUFMAN: In vivo effects of *clostridium welchii* lecithinase. *Surg. Gyn. & Obst.*, 95, 465 (1952).
- GAMBLE e ROSS: The factors in the dehydration following pyloric obstruction. *J. Clin. Invest.*, 1, 403 (1924-25).
- GENDEL e FINE: Effect of acute intestinal obstruction on blood and plasma volumes. *Ann. Surg.*, 110, 25 (1939).
- GOSSET: Sur les accidents dits toxiques consecutifs aux lésées de garrot ou l'occlusion intestinale. *Mem. Acad. Chir.*, 69, 107 (1943).
- GREGG: Survey of intestinal obstruction. *Surgery*, 33, 506 (1953).
- HADDEN e ORR: Chemical changes in the blood of man after acute intestinal obstruction. An indication for treatment with sodium chloride. *Surg. Gyn. Obst.*, 37, 465 (1923).
- HARTWELL e HOGUET: Experimental intestinal obstruction in dogs with special reference to the cause of death and the treatment by large amounts of normal saline solution. *J. A. M. A.*, 59, 82 (1912).
- HOLST: The pathology of acute strangulation of the intestine. *Brit. J. Surg.*, 21, 582 (1934).
- KOLETZKY e GUSTAFSON: Tourniquet shock in rats. *Am. J. Physiol.*, 178, 229 (1954).
- LAUFMAN: Effect of heparin on behaviour of infarction of the intestine. *Surg. Gyn. & Obst.*, 74, 479 (1942).
- LAUFMAN: Experimental evidence of factors concerned in the eventual recovery of strangulated intestine. Effects of massive penicillin therapy. *Surgery*, 28, 509 (1950).
- LAUFMAN, MARTIN e TUELL: The pattern of vaso spasm following acute arterial and venous occlusions. *Surg. Gyn. & Obst.*, 87, 641.
- LAUFMAN e METHOD: The role of vascular spasm in the recovery of strangulated intestine. *Surg. Gyn. & Obst.*, 85, 675 (1947).
- LAUFMAN, TANTURI e FURR: Recovery of bacterial enzymes from thoracic duct in intestinal strangulation obstruction. *Surgical Forum, Am. Coll. Surg.*, 1950, pág. 129.
- LAUFMAN, TANTURI e FURR: Attempts at detection of lecithinase in the blood and lymph following intestinal obstruction strangulation. *Surg. Gyn. & Obst.*, 93, 292 (1951).
- LOEWE, HIRSCH e GRAZEL: The action of heparin on experimental venous thrombosis. *Surgery*, 22, 746 (1947).
- MARKOWITZ, RAPPAPORT e SCOTT: Prevention of liver necrosis following ligation of hepatic artery. *Proc. S. Exp. Biol. N. Y.*, 70, 305 (1949).
- McIVER, WHITE e LAWSON: The role of the bacillus *Welchii* in acute intestinal obstruction. *Ann. Surg.*, 89, 647 (1929).
- MURPHY e BRUCKS: *Arch. Int. Med.*, 15, 392 (1915). (Cit. in COHN).
- MURPHY e VINCENT: *Boston M. & S. J.*, 165, 684 (1911). Cit. in COHN.
- NELSON e KREMEN: Experimental occlusion of the superior mesenteric vessels with special reference to the role of intravascular thrombosis and its prevention by heparin. *Surgery*, 28, 819 (1950).
- NELSON e NOYES: Blood culture studies in normal dogs and in dogs in hemorrhagic shock. *Surgery*, 35, 782 (1954).
- NEMIR, HAWTHORNE, COHN e DRABKIN: The cause of death in strangulation obstruction: an experimental study. I Clinical course, chemical, bacteriologic and spectrophotometric studies. *Ann. Surg.*, 130, 857 (1949).
- NEMIR, HAWTHORNE, COHN e DRABKIN: The cause of death in strangulation obstruction; an experimental study. II Lethal action of the peritoneal fluid. *Ann. Surg.*, 130, 874 (1949).
- NEMIR, HAWTHORNE e DRABKIN: Further studies concerning the abnormal hemin pigment found in strangulation obstruction. *Surgical Forum, Am. Col. Surg.*, 1952, pág. 100.
- NOER e DERR: Effect of distention on intestinal revascularization. *Arch. Surg.*, 59, 542 (1949).
- FRINZMETAL, FREED e KRUGER: Cit. in CHESS e COLE.
- RABINOVICI e FINE: The effect of aureomycin on the intestine subjected to vascular injury, 135, 344 (1952).
- SCHATTEN: The role of intestinal bacteria in liver necrosis following experimental excision of the hepatic arterial supply. *Surgery*, 36, 256 (1954).
- SCHATTEN, DESPREZ e HOLDEN: A bacteriologic study of portal-vein blood in man. *Arch. Surg.*, 71, 404 (1955).
- SCHWEINBURG, FRANK e FINE: Bacterial factor in experimental hemorrhagic shock evidence for the development of a bacterial factor which accounts for the loss of the normal capacity to destroy bacteria. *Am. J. Physiol.*, 179, 532 (1954).
- SCOTT: Intestinal obstruction; experimental evidence on loss of blood in strangulation. *Arch. Surg.*, 36, 816 (1938).
- SCOTT e WANGENSTEEN: Blood losses in experimental intestinal strangulations and their relationship to the degree of shock and death. *Proc. Soc. Exp. Biol. N. Y.*, 29, 748 (1932).
- SMITH, PERRY e YOEHIRO: Mechanical intestinal obstructions. A study of 1252 cases. *Surg. Gyn. & Obst.*, 100, 651 (1955).
- TANTURI, ANDERSON e CANEPA: Lecithinase and hyaluronidase in experimental intestinal obstruction. *Surg. Gyn. & Obst.*, 90, 171 (1950).
- ULIN, GROTZINGER e CATTIE: Experimental studies on closed colon loops. *Surgical Forum*, 1951, pág. 105.
- WANGENSTEEN: *Intestinal Obstructions*. 3.^a ed. Thomas—Illinois U. S. A.
- WILKIE: Experimental observations on the cause of death in acute intestinal obstruction. *Brit. M. J.*, 2, 1064 (1913).
- WILLIAMS: Importance of toxemia due to anaerobic organisms in acute intestinal obstruction and peritonitis. *Lancet*, 1, 907 (1927).



BISMUTOTERAPIA RECTAL

ANGIMUTH

ADULTO

(CANFOCARBOXILATO DE BISMUTO)

INFANTIL

anginas

estomatites

Seara alheia*(dos livros e das revistas)***Renovado interesse, na Europa, pelas doenças cardiovasculares**

Embora na maior parte das regiões da O. M. S., as doenças transmissíveis endêmicas, como o paludismo, a bilharziose, a lepra e o pian, continuem a ser o principal assunto das administrações sanitárias, na Europa os especialistas das questões de saúde têm podido concentrar a sua atenção num pequeno número de epidemias estacionais — tais como as epidemias de gripe e de poliomielite — e nas doenças não infecciosas crônicas. Entre estas últimas, as afecções cardiovasculares ocupam um lugar de escolha. Com o fim de estimular as pesquisas sobre este assunto na região europeia, um grupo consultivo das doenças cardiovasculares foi convocado pela secretaria regional, em Abril de 1958. A reunião, que durou 5 dias, realizou-se em Copenhague e reuniu peritos oriundos de dez países. Os seus pontos de vista e conselhos são aqui resumidos.

CARDIOPATIAS CONGÉNITAS

Se, como causa de morte, as anomalias cardíacas congénitas se colocam a um nível inferior, em relação às outras cardiopatias, provocam, contudo, uma invalidez prolongada que faz de suas vítimas uma pesada carga tanto para a família como para a colectividade. Não se deve pois subestimar a sua importância.

Graças às técnicas cirúrgicas modernas, pode-se agora operar as anomalias cardíacas e prolongar assim a vida de numerosos doentes, mas, por paradoxal que possa parecer, este progresso levanta novos problemas: aumenta, por exemplo, as possibilidades de casamento dos doentes desta categoria que arriscam transmitir a seus filhos os factores genéticos responsáveis por estas anomalias.

Não será demais insistir na utilidade dum diagnóstico precoce destas afecções, porque pode operar-se com sucesso mesmo lactentes que apresentam várias malformações. Também importa que os serviços pediátricos trabalhem em colaboração estreita com as maternidades, serviços médicos escolares e médico da família. Talvez seja uma recomendação mais fácil de fazer do que pôr em prática e os clínicos gerais são inclinados a trabalhar isoladamente.

Vários países criaram centros cardiológicos para o diagnóstico e tratamento das cardiopatias congénitas e a sua maioria são frequentados tanto pelas crianças como pelos adultos. É uma iniciativa que é necessário encorajar. Estes centros oferecem também excelentes condições para os estudos epidemiológicos e para outras formas de pesquisas sobre as cardiopatias congénitas. Por exemplo, a observação prolongada de doentes que apresentam anomalias congénitas forneceria ensinamentos sobre a história das lesões. Por uma anamnese bem conduzida, chegar-se-á a conhecer melhor o papel da hereditariedade e de certos factores a que a mãe está submetida, tais como a alimentação, infecções, intoxicações e radiações ionizantes.

CARDIOPATIA REUMATISMAL

Além das anomalias congénitas, a cardiopatia reumática é a única forma de doença cardiovascular que é uma causa importante de morte entre as pessoas de menos de 35 anos. Para um grande número de países da Europa, põe-se a questão de saber como prevenir e tratar esta afecção.

A prevenção de reumatismo articular agudo, que pode ter por seqüela uma cardiopatia reumática, foi assunto dum relatório da Comissão de Especialistas de Doenças Reumáticas da O. M. S., publicado no ano passado. Sendo a única causa conhecida de reumatismo articular agudo a infecção por estreptococos hemolíticos do grupo A, trata-se de prevenir esta infecção. Pode-se utilizar, para este efeito, quer sulfamidas quer penicilina. Prefere-se, em geral, a penicilina que provoca menos reacções perigosas.

Contudo, antigas sensibilizações à penicilina são sempre temíveis. A este inconveniente junta-se o elevado custo dum tratamento prolongado e o aparecimento possível de estafilococos resistentes à penicilina. Se bem que a Comissão de Especialistas das Doenças Reumáticas da O. M. S. e o «Royal College of Physicians» de Londres e a American Heart Association tenham recomendado o emprego da penicilina para prevenir as recidivas do reumatismo articular agudo, poucos médicos parecem seguir este aviso. Há interesse em saber a razão determinante desta atitude. Dever-se-ia também estudar se a penicilina pode impedir uma primeira lesão de cardiopatia reumática — por oposição às recidivas — e procurar saber se, após a paragem do tratamento os indivíduos podem ser mais sensíveis que antes à infecção estreptocócica. Após as observações feitas até agora, pode-se encorajar a profilaxia pela penicilina nas crianças, mas o valor deste método nos adultos necessita de confirmação.

Há razões para crer que a natureza da cardiopatia reumática evolui, talvez após novos métodos de profilaxia e tratamento. Se tal é o caso, importa intensificar as pesquisas sobre a epidemiologia e a evolução natural da doença nos diversos países. Consagrar-se-á uma atenção particular aos inquéritos epidemiológicos sobre a infecção estreptocócica entre os estudantes, inquéritos que deviam ser coordenados no escalão internacional. Seria útil também organizar uma permuta internacional dos soros indispensáveis para a obtenção de estirpes de estreptococos a fim de que cada laboratório especializado não tenha que se ocupar senão da preparação dum pequeno grupo de soros.

Vários países não têm ainda meios ou instalações necessárias para o diagnóstico, prevenção e tratamento da cardiopatia reumática. O grupo consultivo recomendou a criação no quadro dos serviços nacionais de saúde, de centros convenientemente equipados e especializados nestes domínios. Estes centros fariam, igualmente, trabalhos de pesquisas. Em certos casos, poderiam fundir-se com os centros de diagnóstico e tratamento das anomalias congénitas e estender a sua acção ao conjunto das cardiopatias juvenis.

São também os aspectos sociais da cardiopatia reumática nos indivíduos jovens que é necessário considerar. Se os doentes recebessem uma instrução e formação profissional apropriadas, poderiam encontrar um trabalho compatível com o seu estado físico. Infelizmente, muitas empresas que empregam um pessoal de escritório numeroso mostram-se pouco dispostas a contratar jovens com afecções valvulares recentes. Deve-se combater esta atitude e esclarecer a opinião sobre as repercussões sociais. Alguns países já adoptaram leis que asseguram o emprego de pessoas fisicamente diminuídas. Talvez o seu exemplo pudesse ser seguido nos outros. Procurar uma ajuda doméstica com cardiopatia reumática, sobretudo durante a gravidez, seria uma tarefa que os serviços sociais poderiam assumir.

CARDIOPATIA CORONÁRIA

As cardiopatias congénitas e reumáticas não são responsáveis por grande proporção de mortes por doença cardiovascular senão nas crianças e jovens. A partir dos 40 anos, a aterosclerose coronária e as miocardites degenerativas têm uma crescente importância. Na Europa e noutras partes do mundo, a cardiopatia isquémica, principal complicação da aterosclerose coronária, é agora uma das grandes causas de morte nas pessoas de meia idade. Um estudo feito recentemente na Grã-Bretanha, mostrou que a cardiopatia isquémica surge num indivíduo em cinco, no período médio da vida.

A maior frequência das cardiopatias isquémicas resulta unicamente do aumento das esperanças de vida e da redução da mortalidade devida a outras causas ou é também a con-

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

sequência doutros factores, tais como mudanças no regime alimentar, diminuição da actividade física, hábito de fumar e a tensão nervosa? Ainda se ignora. Não se sabe se as diferenças nas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares assinaladas por certos países são reais ou reflectem simplesmente as diferenças que existem entre os métodos de diagnóstico ou de código e a classificação das causas de morte. Só vastas pesquisas epidemiológicas executadas em condições de estreita colaboração internacional permitiria elucidar estes pontos. Todavia, tais pesquisas são onerosas e os países poderiam ter necessidade dum apoio financeiro considerável. Entre as diferentes sugestões que foram apresentadas, citar-se-ão as seguintes:

1 — Um pequeno grupo de funcionários, pertencendo aos serviços nacionais de estatística demográficos, deveriam executar um estudo comparado dos métodos de classificação das causas de morte que foram adoptados nos diferentes países.

2 — Representantes dos diferentes grupos europeus de investigadores que procedam a estudos epidemiológicos das doenças cardiovasculares, deveriam reunir-se com o fim de apresentar sugestões, com vista a estudos comparados, metódicos, sobre certos aspectos da aterosclerose, hipertensão e cardiopatia isquémica. Poder-se-ia, por exemplo, submeter a um exame rigoroso o metabolismo dos lípidos sanguíneos e executar inquéritos para precisar o papel etiológico da hereditariedade, hábitos alimentares, ocupações e outros factores. O papel dos factores afectivos e psíquicos na génese da cardiopatia isquémica é um assunto que não deu praticamente lugar a nenhuma pesquisa sistemática até aqui e que portanto merece um estudo profundo.

3 — Deveria chamar-se a atenção das autoridades governamentais para a necessidade de submeter a pesquisas intensas importantes grupos da população. Seria necessário tomar

disposições especiais porque os estudos deste género são caros e exigem uma boa organização.

4 — Poder-se-ia abrir a série de pesquisas por um estudo epidemiológico da aterosclerose na Europa, segundo as indicações dadas pelo grupo da O. M. S. de estudo da classificação das lesões de aterosclerose. Tratar-se-ia de proceder a uma análise estatística precisa da frequência global da aterosclerose numa população, segundo a situação geográfica, idade e sexo e uniformizar as técnicas de exame e a notação dos resultados para os tornar comparáveis dum país a outro.

HIPERTENSÃO

É difícil saber exactamente a importância social da hipertensão e estabelecer comparações entre as estatísticas provenientes de diferentes regiões: não há acordo, com efeito, quanto ao nível de pressão sanguínea que autoriza a pôr o diagnóstico de «hipertensão». Seria necessário chegar a uma definição que pudesse ser geralmente adoptada.

Um grande número de pontos precisam de ser precisados. O grupo consultivo sublinhou a necessidade de tudo fazer para encorajar as pesquisas sobre a patogénese, patologia e diagnóstico da hipertensão. Como para todas as formas de doenças cardiovasculares, deve estudar-se a importância respectiva dos factores genéticos e dos factores do meio. Sabe-se que a tensão afectiva provoca uma alta da tensão arterial. Por longos estudos, poder-se-ia determinar a relação que existe entre estes episódios temporários de hipertensão arterial e a instauração definitiva dum estado de hipertensão.

(«Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé» — Dez. de 1958).

A doença de Besnier-Boeck-Schaumann

L. PENE

A doença de Besnier-Boeck-Schaumann ou sarcoidose é uma retículo-endoteliose caracterizada pelo seu polimorfismo, evolução crónica e prognóstico favorável, além de constituir uma doença da actualidade.

Sintomatologia: Mais frequente nas mulheres que nos homens, e comum a todas as idades, incide, porém, no adulto entre os 20 e os 50 anos, em qualquer raça mas ainda assim como maior intensidade nas das regiões setentrionais.

Insidiosa e tórpida, é extremamente polimorfa e de frequência variável.

Tem manifestações cutâneas típicas — sarcóides de pequenos nódulos, de grandes nódulos e dos de tipo do lúpus pérnico, aparecendo de forma eruptiva, sem dor nem prurido, com aspecto violáceo, que invadem o conjunto dos tegumentos à excepção das palmas das mãos e plantas dos pés; mani-

festações cutâneas mais raras, consideram-se as de tipo do eritema nudoso, que podem acompanhar as das mucosas endo-nasal, sob a forma de rinite hipertrófica, ou as da epiglote, língua, amígdalas e véu do paladar, com o aspecto de disseminação nodular de grãos duros, cinzento-amarelados.

Manifestações ósseas — comportam infiltrações, circunscritas ou difusas, preponderantes dos ossos das extremidades, carpo, tarso, vértebras, maciço facial, etc., sem, quase nunca, conduzir à deformidade ou mutilação do doente, pois ou se arrasta por largos anos ou cura definitivamente.

Manifestações ganglionares — de incidência mediastínica, as adenopatias têm grande importância pela frequência, podendo apresentar-se isoladas ou associadas a outras de localização diferente. Os gânglios têm volume moderado, evoluem de forma crónica e a invasão do sistema linfático quase

NO TRATAMENTO DE: ENXAQUECAS • ENJÔO EM VIAGEM • DISTONIAS NEUROVEGETATIVAS



HEMICRAL

(Betifen + Tartarato de ergotamina + Acido 5-alil-5-(1-metilbutil) barbitúrico +
+ Acido 5-etil-1-metil-5-fenil-barbitúrico + Cafeína)

SEDATIVO DO SISTEMA
NEUROVEGETATIVO

TUBO DE 12 DRAGEIAS

LABORATÓRIO *fidelis*

sempre se faz anunciar pela intumescência dos gânglios epitrocleanos. Em muitos casos, as adenopatias desaparecem espontaneamente, decorridos alguns anos de evolução.

Não é excepcional a participação esplênica, como se admite, em que o baço se torna percutível, duro, liso, móvel e regular mas indolor. A esplenomegalia pode estar isolada no quadro clínico, ou acompanhar-se da correspondência do fígado ou amígdalas.

Manifestações torácicas — são tão importantes na doença as referências torácicas, que se tornam peculiares e levam quase ao diagnóstico imediato.

Embora não dêem sintomas de compressão mediastínica, pode haver taquicardia, suores, temperaturas de cerca de 38° C — coexistindo com adenopatias hilares, de simetria constante, atingindo todos os grupos mediastínicos; lesões pulmonares, miliares ou macro-nodulares, de incidência justa-mediastínica, formas confluentes de contornos regulares ou infiltrativas, com o aspecto de pseudo-cavernas; participação quase sempre discreta da pleura, raras vezes de carácter exsudativo e muito menos do pneumotórax; infiltração retículo-epitelióide das paredes brônquicas, cujo principal interesse reside justamente na possibilidade da biópsia, que levará ao diagnóstico; alterações do ritmo cardíaco e mesmo a insuficiência, pela participação das três técnicas do órgão no processo, ainda que com maior intensidade da parte do miocárdio. É, no entanto, de acentuar a distinção entre esta cardiopatia sarcoidósica e a insuficiência cardíaca de tipo do «cor pulmonale», surgindo por vezes nos doentes de sarcoidose pulmonar.

Além destas, outras manifestações viscerais — nervosas, glandulares, digestivas, articulares e musculares — constituem o quadro polimorfo da sarcoidose de Boeck, cujas formas clínicas variam segundo a idade, os sintomas e a evolução.

Esta é caprichosa: quer a morte sobrevém inesperadamente, quer demora durante os longos anos que a doença estabiliza.

Porém, as formas severas, de evolução progressiva, acompanham-se de complicações graves, tais como a insuficiência respiratória crónica, a assistolia e a tuberculose pulmonar.

DIAGNÓSTICO

Embora a clínica permita diagnosticar a doença, pela localização, certas associações e até pela radiologia, convém saber que o diagnóstico pode fazer-se com dados biológicos e anatómicos. Dos primeiros, consideram-se: a anergia tuberculínica completa ou parcial; a negatividade da baciloscopia, mesmo após inoculação; a leucopenia discreta do hemograma, com eosinofilia e monocitose inconstante; velocidade de sedimentação normal, ou só elevada nos surtos evolutivos; a hiperproteinemia, que ultrapassa, em regra, 30 g/l; os exames imunológicos e as reacções alérgicas, do tipo da de Kweim.

Todavia, é essencial para o diagnóstico, a biópsia. Esta, que pode realizar-se tanto ao nível da pele como da mucosa

brônquica ou até do fígado, revela o aspecto comum do nódulo epitélíio-gigante-celular sem necrose, é próprio da doença. Apresentam a coroa linfocitária, as células epitelióides dispostas numa camada concêntrica e mais larga, no centro das quais residem as células gigantes já referidas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

É preciso pôr a hipótese de doença de Besnier-Boeck-Schumann sempre que uma lesão cutânea ou adenopatia superficial, se não reconheçam como responsáveis por outras doenças. Quanto às lesões dermatológicas, o diagnóstico mais importante será estabelecido com o do lúpus eritematoso ou tuberculoso vulgar; dentre as lesões ganglionares, pode discutir-se com a doença de Hodgkin, mas quanto às do mediastínico poderão recordar as adenopatias criptogenéticas. Recordam as imagens miliares, os nódulos aparecidos no pulmão, que tantas vezes simulam a sarcoidose, e o argumento fundamental reside na descoberta do bacilo de Koch, o mesmo sucedendo com as formas micronodulares das silicoses.

TRATAMENTO

A multiplicidade dos tratamentos propostos mostra como é desanimador o resultado obtido por cada um, desde que foram ensaiados: os sais de ouro, os arsenicais, o antigénio metílico e a vitamina D₂, até o momento actual em que se utiliza a delta-cortisona (15 a 20 mg diários, em curas descontínuas) e os antibióticos antituberculosos, sobretudo em associação, seja da estreptomycin-isoniazida, seja da isoniazida-P.A.S.

As indicações formais da corticoterapia são constituídas pelos surtos evolutivos da afecção local ou pluri-visceral, com ou sem sinais funcionais. A duração do tratamento varia, mais curto nas formas quiescentes, mais duradouro nos casos graves.

Atenuam-se os sintomas respiratórios, os sinais articulares e oculares, ainda quando, radiologicamente, as lesões pulmonares obriguem a insistir por mais tempo na terapêutica, embora seja raro observar a redução para o normal das adenopatias mais volumosas.

A participação periférica parece a mais influenciável de todas as manifestações da doença, sobretudo as mediastino-pulmonares.

A falta, porém, duma estatística larga, não permitiu ainda apreciar com mais profundidade e certeza, os resultados do tratamento numa doença que, como esta, tem, afinal, carácter benigno.

(Art. condens. por Taborda de Vasconcelos, de «Médecine d'Afrique Noire», n.º 21, Novembro de 1958).

NO TRATAMENTO DE: CORISA • OBSTRUÇÃO NASAL • RINITES INFECCIOSAS OU ALÉRGICAS



TUAZIL

(Sulfato de 2-amino-heptano + Gramicidina + Clorobutanol em excipiente aquoso tamponado isotônico)

Não origina congestão dos seios frontais.

VASOCONSTRICTOR
NASAL NÃO IRRITANTE
DA MUCOSA NASAL

GOTAS — Frasco de 30 c. c.
NEBULIZADOR de 15 c. c.

LABORATÓRIO *Fidelis*

O tratamento médico

I

Da insuficiência cardíaca crónica

MAURICE CAMPBELL
(National Heart Hospital)

Neste tipo de insuficiência estão afectados tanto o coração direito como o esquerdo, embora às vezes uma parte importante do quadro seja constituída por sinais de insuficiência ventricular esquerda. Os sintomas habituais são a elevação da pressão venosa, os edemas (dos tornozelos e outros), o aumento de volume do fígado e o edema dos pulmões. Afastada a hipótese da existência duma causa que, após tratada a insuficiência, possa ser remediada (tirototoxicose, certos casos de estenose mitral, permeabilidade do ducto), o princípio geral do tratamento é compensar o doente e manter a sua actividade dentro dos limites que o coração permita.

1. DIGITALÍCOS E AMINOFILINA

O médico deve limitar-se a um ou dois digitalícos de que tenha experiência. Com estes fármacos a quantidade máxima não-tóxica é a que produz em regra os melhores resultados e a maioria dos pacientes ambulatorios sentem-se melhor com uma dose um pouco maior do que a administrada durante a hospitalização. Se a dose, para um determinado doente, está certa, este poderá tomá-la durante anos, embora deva estar de sobreaviso contra os sinais de dosagem excessiva: náusea, vômitos e diminuição de frequência do pulso. Se isto acontecer deve interromper-se os digitalícos durante 48 a 72 horas e recomeçar de novo com uma dose mais baixa. Em casos de insuficiência com ritmo cardíaco normal (certas hipertensões), os resultados não são tão bons como, por exemplo, na estenose mitral ou fibrilação auricular, mas mesmo assim se devem usar os digitalícos, nas mesmas doses, embora pensem alguns que a administração deva ser mais cautelosa e em doses mais baixas, por haver algum perigo de fibrilhação auricular. As doses que mencionamos são adequadas à maioria dos doentes, mas a dosagem exacta depende de cada indivíduo.

a. *Tintura de digitalis*: 0,9 cc. três vezes ao dia.

b. *Digoxina*: 0,25 mg três vezes ao dia.

A *aminofilina* provoca uma baixa da pressão venosa e estimula a respiração, razões da sua utilidade neste quadro sobretudo quando há dispneia nocturna paroxística ou respiração de Cheyne-Stokes.

a. 250 mg em injeção intravenosa, a forma de administração mais eficaz.

b. Per os: 100 mg três vezes ao dia ou mais, se o doente a tolera bem.

c. Um supositório com *aminofilina*, se a dispneia paroxística incomoda bastante de noite.

2. DIURÉTICOS

a. *mercuriais orgânicos combinados com a teofilina* (1). Actuam impedindo a reabsorção do sódio ao nível dos tubos renais, aumentando assim a excreção urinária.

Após uma dose de prova de 1 cc., a dose habitual é de 2 cc. em injeção intramuscular (que contém 80 mg de mercúrio metálico e 100 mg de teofilina). Depois dos primeiros dias é raro que seja necessário mais do que duas vezes por semana. A frequência da administração depende de cada doente e deve calcular-se na base da excreção semanal de urina.

O *cloreto de amónio* aumenta a eficácia dos mercuriais, sendo de aconselhar a não ser que a diurese se processe bem sem ele. A dose é de 2 gramas, uma vez (duas horas antes da injeção) ou duas vezes (duas e quatro horas antes da injeção).

b. O efeito do *mercaptomerin* («*thiomerin*»), combinação dum mercurial orgânico com um grupo mercaptide, é sensivelmente o mesmo.

Além dos diuréticos mercuriais há outro grupo que actua inibindo o enzima que normalmente cataliza uma reacção nos tubos distais por meio da qual o fosfato alcalino de sódio e o ácido carbónico se transformam em fosfato ácido e bicarbonatado de sódio, reabsorvendo-se este último; inibida esta reacção, excreta-se mais sódio.

Acetozalimide («*diamox*). Não é eficaz em todos os doentes. Dose habitual: 250-400 mg por dia. Não se deve administrar com menos de 3 dias de intervalo, devido à acidade metabólica que este derivado provoca.

Aminometradine («*mictine*). Jose e Wood (1958) administraram 400 mg três vezes ao dia, dois dias consecutivos, alternadamente com mersalil: o aumento da excreção durava além de 48 horas (contra as 24 horas habituais no mersalil). Toxicidade reduzida.

Ureia. Chamou-se recentemente a atenção para o seu valor em doentes resistentes aos mercuriais. Papp e S. Smith (1957) davam 15 gramas de ureia dissolvidos em 60 cc. de água, três vezes ao dia. Aos que lhe não suportavam o gosto administrou-se dissolvida em sumo de uva. Os resultados foram bons em mais de metade dos 17 doentes estudados.

Clorotiazida. Actua principalmente inibindo a reabsorção tubular, mas inibe também a anidrase carbónica. A princípio a dose é de 0,5 gramas quatro vezes ao dia, durante 3 ou 4 dias, dose que pode ser suficiente. Se administrada durante muito tempo deve compensar-se a perda de potássio

NO TRATAMENTO DE: GRIPES • DORES REUMATISMAIS • CONSTIPAÇÕES



EUPIRONA

(Maleato de N-p-metoxibenzil - N'-N'-dimetil - N-α-piridiletilenadiazina + Fenil - dimetilpirazolona - metilaminometanosulfonato de sódio + o-Oxibenzoilamida + p. Acetofenetidina + Trimetilxantina 1, 3, 7 + Ácido l-ascórbico).

ANTI-GRIPAL
ANALGÉSICO
ANTIPIRÉTICO

NÃO DÁ PERTURBAÇÕES GÁSTRICAS, por não conter Ácido acetil-salicílico

Tubos de 4, 10 e 16 drageias

LABORATÓRIO *fidelis*

que provoca dando 2 a 5 gramas de potássio por dia. A clorotiazida parece ser um diurético oral bastante eficaz; a sua introdução recente não permite ainda reconhecer-lhe os inconvenientes.

3. RESTRIÇÃO DE SÓDIO

A redução da ingestão de sódio a 500 mg é extraordinariamente eficaz, permitindo compensações que doutra forma seriam impossíveis; escusa porém de usar-se esta restrição logo a princípio, enquanto os métodos terapêuticos mais simples se revelam eficazes.

Em resumo: o doente não deve usar sal às refeições ou nos cozinhados e deve conhecer quais os alimentos que con-

têm sódio. Pode comer a maior parte das carnes, excepto toucinho, presunto, salsichas, carne salgada, pato, ganso, carnes enlatadas. Também pode comer todo o peixe excepto bacalhau e salmão defumados, lagosta, caranguejo, outros mariscos, conservas e pasta de peixe. Dos vegetais não convém a beterraba, cenoura, espinafre, aipo; dos frutos, os figos e sultanas. A manteiga com sal, a margarina e a maior parte dos queijos também se devem evitar. O leite não deve exceder 600 centímetros cúbicos por dia, incluindo o que serve para preparar certos pratos. Pode comer massa e arroz. Deve evitar os habituais produtos de pastelaria. As bebidas proibidas incluem o cacau e bebidas com leite. Permitem-se os condimentos, excepto o sal.

II

Da asma

R. S. BRUCE PEARSON
(King's College Hospital)

A grande eficácia de certos medicamentos nos acessos de asma não deve fazer esquecer a importância destas duas medidas: por um lado uma investigação cuidadosa de possíveis factores precipitantes — sensibilização alérgica, stresses emocionais, infecções — que se possam remediar ou curar; por outro os meios a usar tendentes à melhoria do estado geral do doente.

Discutiremos aqui:

1. BRONCODILATADORES: a. simpaticomiméticos
b. derivados da xantina.
c. outros.
2. CORTICÓIDES. CORTICOTROFINA.
3. SEDATIVOS.

SIMPATICOMIMÉTICOS

Efedrina (30 miligramas) e *metoxifenamina* (100 mg), por via oral: no tratamento e profilaxia dos ataques leves; nos enfisematosos com espasmos brônquicos; menos potentes mas de acção mais prolongada que a adrenalina ou a isoprenalina.

Metoxifenamina (orthoxine), 100 mg, análogo à efedrina, mas dando menores reacções secundárias cardiovasculares e centrais.

Isoprenalina: em aplicação sublingual (10-20 mg); em aerosol (1%), com nebulizador manual.

Hidrocloreto de adrenalina a 1/1.000: 0,5-1 cc. — Nos ataques graves, por via subcutânea.

Bitartarato de adrenalina a 1/2.000: 1-2 cc. — Nos ataques graves, por via subcutânea.

No estado asmático, se for necessário, podem dar-se doses repetidas de 0,05-0,1 cc. de um em um ou de dois em dois minutos, até um total de 3,5-5 mg de sal de adrenalina. A acção da adrenalina pode prolongar-se injectando-a em emulsão de óleo.

A *efedrina*, a *adrenalina* e a *isoprenalina* são estimulantes cardíacos e podem provocar extrasístoles ou hiperactividade do miocárdio. A *efedrina* é ainda um estimulante central, provocando tensão e excitabilidade e, se tomada à noite, insónia. É curioso que este último efeito raramente se observa em crianças, que até aos 5 anos toleram doses de 8-15 mg e depois dessa idade 15-30 mg, tomadas ao deitar. Pela sua acção prolongada a *efedrina* é um profilático nocturno valioso, podendo prolongar-se ainda mais os seus efeitos administrando-a sob a forma dum composto *resina-efedrina* que liberta esta última substância lentamente, durante um período de 6 a 8 horas. O *fenobarbital* (30 mg) e o *amital sódio* (50 mg), tomados com a efedrina, contrabalançam os seus efeitos secundários.

DERIVADOS DA XANTINA (TEOFILINA E CAFEÍNA)

A teofilina é o mais eficaz e pode administrar-se pelas três vias: oral, intravenosa ou intramuscular.

Teofilina «per os» (200 mg): acção broncodilatadora relativamente fraca.

Aminofilina intravenosa (teofilina com etilenodiamina), 250-500 mg: na asma grave ou no estado asmático se a adrenalina se revelar impotente. Os supositórios de 250 mg são úteis especialmente à noite. As reacções secundárias que aparecem são a irritação gástrica se a via de administração foi a oral e estimulação cardíaca se a injeção foi endovenosa. A via rectal é a mais livre de sintomas secundários.

Meios de se evitar a irritação gástrica pela teofilina: tomar a droga às refeições; receitar o *teofilinato de colina* (comprimidos de 100 e 200 mg) ou uma preparação em que à teofilina se junte o hidróxido de alumínio.

Meios de se evitar as reacções cardíacas secundárias: injeção lenta; no estado asmático pode dar-se gota a gota, numa solução salina, até 3 gramas nas 24 horas.

A injeção intramuscular é dolorosa por causa da reacção ácida da aminofilina, inconveniente em parte remediado com a *diprofilina (neutraphylline)*, de reacção neutra. O efeito desta injeção é mais lento do que o da endovenosa.

A combinação, em doses adequadas, dum simpaticomimético com uma xantina, pode ser mais activa do que cada fármaco só por si; a adição dum sedativo servirá para aliviar a tensão nervosa, além de contrabalançar as acções secundárias da efedrina.

<i>Teofilina</i>	130-200 miligramas
<i>Efedrina</i>	20- 30 »
<i>Fenobarbital</i>	20- 30 »

A administração deste composto em cápsulas queratinizadas demora a absorção dos princípios activos, tornando-o assim bastante útil na prevenção dos ataques.

OUTROS BRONCODILATADORES

Não têm hoje interesse no tratamento da asma os alcalóides da beladona, os nitritos e o estramónio. Na asma nocturna das crianças usam-se às vezes a *prometazina* e a *difenidramina*, com acção anti-histaminica e sedativa.

CORTICÓIDES

São remédios sintomáticos, extraordinariamente eficazes, mas que pelos sérios inconvenientes que o seu uso acarreta se não devem utilizar continuamente nem como primeira medida terapêutica.

Duas das suas *contra-indicações* quase formais são uma história de úlcera gástrica (não são raros, mesmo com um tratamento de curta duração, hematemese ou perfurações, às vezes fatais, cuja evolução passou despercebida) e tuberculose pulmonar, por haver perigo de reactivação de focos quiescentes; na diabetes deve empregar-se com muito cuidado, fazendo os ajustamentos convenientes da insulina; a insuficiência cardíaca é uma contra-indicação à administração de cortisona e hidrocortisona, sendo neste caso mais seguras a prednisona e a prednisolona.

1. Medicação intermitente.

Aos doentes em que ataques intermitentes de asma intensa podem levar a um estado asmático, convém receitar cerca de 20 comprimidos de *prednisolona (5 mg)* ou *cortisona (25 mg)*, como medicamento de emergência, com conselhos para ser usado logo que a asma não ceda aos broncodilatadores habituais.

Esquema de tratamento:

Prednisolona (5 mg) ou *cortisona (25 mg)*

- 1.º e 2.º dias 1 comprimido quatro vezes ao dia
- 3.º e 4.º dias 1 comprimido duas vezes ao dia
- 5.º e 6.º dias 1 comprimido duas vezes ao dia
- 7.º e 8.º dias 1 comprimido à noite

Em caso de asma mais grave pode aumentar-se a dose inicial: por exemplo, 7,5 mg quatro vezes ao dia, nos primeiros dois dias, prolongando assim o tratamento por 10 dias.

São preferíveis esquemas deste tipo, mesmo repetidos mês a mês, a tratamentos mais longos ou continuados.

No estado asmático: dose inicial por dia: 60 mg de *prednisolona* ou 300 mg de *hidrocortisona*, em doses fracionadas.

Nos casos muito graves: 100 mg de *hemisuccinato de hidrocortisona, intravenosamente*, de início, repetindo 3 a 4 horas depois, se for necessário.

Como os corticóides não tem acção rápida — demoram às vezes 48 ou mais horas — é prudente usarem-se logo os outros broncodilatadores (adrenalina e aminofilina). No caso de haver infecção brônquica estão naturalmente indicados os antibióticos.

2. Tratamento a longo prazo.

Neste tipo de tratamento, mesmo com doses pequenas e além dumas poucas de semanas, há supressão da actividade da supra-renal, que só retoma lentamente a sua função após o cessar a administração de esteróides. No caso do doente submetido a esta terapêutica sofrer uma intervenção cirúrgica (ou ter outro tipo de stress, como uma infecção, etc.), a dose de manutenção deve ser aumentada 3 a 4 vezes, durante 2 ou 3 dias, a partir do dia da intervenção, diminuindo-se

depois lentamente ao longo de uma semana até à dose habitual. No caso de infecção respiratória, além do aumento de cortisona deve ao mesmo tempo administrar-se antibióticos.

A *prednisolona* é preferível à cortisona, pois retém muito pouco sal, aumentando o doente muito menos de peso do que com a segunda droga.

Por causa da exaustão da supra-renal, a interrupção do tratamento é um problema difícil. Quando o tratamento já se prolonga por seis meses, ou mais tempo, a redução da dose de manutenção deve ser muito gradual — v. g., 2,5 mg de *prednisolona* cada duas a três semanas. Em muitos casos a dose de manutenção terá de prolongar-se por toda a vida do doente. Este o inconveniente do tratamento a longo prazo nas crianças.

Uma alternativa no tratamento é o uso da *corticotrofina lenta, 20-40 unidades*, todos os dias ou em dias alternados, em injeção intramuscular, que não é complicado com supressão da supra-renal mas tem inconvenientes: aparecimento de obesidade do tipo Cushing, sensibilização às impurezas do preparado e choque anafilático (a morte por anafilaxia segue-se, em regra, apenas à administração intravenosa).

SEDATIVOS

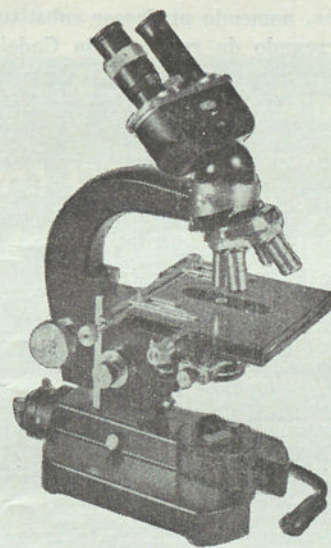
O *amital sódio* ou o *fenobarbital*, tomados regularmente em pequenas doses, parecem ter mais valor como inibidores dos efeitos secundários dos simpaticomiméticos do que como sedantes.

Para uso nocturno no estado asmático o melhor sedativo, e o mais inofensivo, é o *paraldeído: 5 cc. em injeção intramuscular ou 7-14 cc. per os.*

A *morfina* está contra-indicada, por deprimir o centro respiratório.

(Condensado por G. G. dos «British Medical Journal», de 11 de Outubro e de 22 de Novembro de 1958).

(¹) Do tipo do *mersalyl (Salyrgan)*, *neptal* e *esidrone*.



MICROSCÓPIOS «MEOPTA»

GRANDE VARIEDADE
DE MODELOS
BINOCULARES
E MONOCULARES

COM OU SEM CONTRASTE DE FASES
PARA LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS

PEÇA PREÇOS E PROSPECTOS AO
REPRESENTANTES PARA PORTUGAL

EMILIO DE AZEVEDO CAMPOS & C.^A L.^{DA}
CASA FUNDADA EM 1854

R. SANTO ANTÓNIO, 187-145 — PORTO

R. ANTERO DE QUENTAL, 17-1.º — LISBOA

«UNA VISITA» (*)

Por FERNANDO DE ALMEIDA RIBEIRO

Começava o ano de 1926. Então, era eu director da Faculdade; e o velho José Fernandes, preparador de bacteriologia, vivia os últimos meses da sua vida honrada (1).

Quando, graças à iniciativa do Dr. Augusto Rocha, a Faculdade de Medicina conseguiu criar o Laboratório de Microbiologia, José Fernandes, que havia já bastantes anos era servente de Anatomia Patológica, foi chamado para trabalhar cumulativamente em o novo estabelecimento, o primeiro da sua espécie em Portugal. E era um dos sobreviventes dos tempos heróicos do Laboratório, em o que a fé, a dedicação e o entusiasmo de alguns homens tiveram de suprir a quase completa falta de auxílio do Estado, para a criação e o desenvolvimento do novo organismo de ensino e de investigação (2).

Logo que se tornara possível dotar o Laboratório de Microbiologia com pessoal seu (3), José Fernandes

(1) — José Francisco Fernandes morreu, com 68 anos de idade, em 9 de Abril de 1926, nas enfermarias de Clínica Cirúrgica dos Hospitais da Universidade, para onde fôra transportado do seu domicílio, por ter sofrido uma hemorragia interna. Natural de Aldeia do Mato, concelho de Abrantes, foi trazido para Coimbra pelo Doutor Raimundo da Silva Mota, professor de Anatomia Patológica, para prestar serviço no respectivo laboratório. Não me foi possível saber a data certa em que começou ali trabalhando, porque durante muito tempo fez parte do chamado pessoal variável, que era pago pelo expediente dos gabinetes, sem ficar constando das folhas de pessoal arquivadas na contabilidade. Nestas, José Fernandes só figura a partir de 1902, nomeado servente do Laboratório de Microbiologia e Química Biológica por Alvará da Reitoria de 10 de Maio desse ano. Por decreto de 20 de Junho de 1919, foi nomeado preparador do mesmo laboratório; e exerceu as respectivas funções desde 6 de Julho, dia da posse, até à sua morte.

(2) — O Doutor Augusto Rocha, nomeado professor substituto da Faculdade de Medicina, e encarregado da regência da Cadeira de Patologia Geral, começou no ano escolar de 1882-1883 a ensinar microbiologia, realizando os respectivos trabalhos práticos no Laboratório de Histologia.

Com a preocupação de criar desde logo uma organização autónoma, que primeiro esteve para chamar-se Laboratório de Patologia Geral e depois Gabinete de Bacteriologia, Augusto Rocha pedia, em Dezembro de 1883, ao Conselho da Faculdade, 70\$000 reis destinados a começar a compra de material.

O Conselho solicitou ao Governo, em 11 de Janeiro de 1884, o subsídio de um conto de reis para o laboratório projectado; mas um ano depois, em 7 de Janeiro de 1885, ainda tinha de repetir o pedido.

Dada a dificuldade de obter meios próprios, os primeiros trabalhos tiveram de ser feitos com material emprestado por outros estabelecimentos da Faculdade; e em 1887 ainda o Laboratório não possuía microscópios. Contudo, em 1888, começavam as suas publicações científicas. E, finalmente, em 1890, após oito anos de esforços de Augusto Rocha e da Faculdade, era possível conseguir salas especiais para a instalação do Laboratório, que se ficou chamando de Microbiologia e Química Biológica. (Cf. *Laboratoire de Microbiologie et Chimie Biologique. Notice historique par le professeur Charles Lepierre. Coimbra. Imprimerie de l'Université. 1906*).

(3) — O Director do Laboratório, sem retribuição, foi, até 1892, o Doutor Augusto Rocha, que nesse ano passou para professor de Clínica Médica. A cadeira de Patologia Geral e a direcção do Laboratório de Microbiologia ficaram, então, entregues ao Doutor Luís Pereira da Costa.

Em 1888, o Laboratório começou dispondo dum preparador, com uma pequena gratificação mensal. O primeiro foi M. Silva Sena.

José Francisco Fernandes começou, desde a fundação, servindo por 150 reis diários no Laboratório de Microbiologia, durante o tempo em que era servente de Anatomia Patológica. Em 1902, já trabalhando somente na Microbiologia, ganhava 180\$000 reis anuais (Ibidem).

fora ali fixado e continuara a ser, durante muitos anos e sem desfalecimento, um servidor competente, dedicado e modesto, da Faculdade de Medicina. Sempre prazenteiro, respeitoso e avontado, tirara proveito, para a sua educação nas manipulações bacteriológicas, do ensino excepcionalmente competente de Lepierre (1). E merecera que todos, mestres e estudantes, o reputassem possuidor de méritos bem maiores do que aqueles que faria supor a sua humilde categoria de servente.

Tentado por oferecimentos de uma justa melhoria de situação, quando ainda a Faculdade, com pesar, não conseguira possibilidade de levantá-lo para posição mais harmonizável com a valia dos seus bons ofícios, jamais José Fernandes quisera abandonar o estabelecimento de que se considerava, e de que era considerado por quem o conhecia, como uma parte integrante e indispensável. (Porque ele pertencia àquela boa raça de modestos mas valentes servidores de que os organismos universitários de Coimbra dispõem, felizmente. Habitados a nunca perder de vista a torre do velho alcáçar, consideram a Universidade como coisa sua; mas para a servir e amar!... Honrada gente!).

Tudo, pois, justificava o geral affecto de que gozava o velho e prestante preparador da Faculdade, cuja morte, no Abril seguinte, haveria de deixar gravada em todos nós uma saudade sincera...

★

Ora, numa tarde chuvosa e triste, fui avisado de que à minha porta estava um senhor, José Fernandes de nome, que desejava falar-me.

Convencido de que se trataria do excelente homem que eu conhecia e estimava desde os meus tempos, já remotos, de estudante, recomendei logo que dessem entrada ao visitante. Só chegado à sala onde este me aguardava, reconheci o erro da minha suposição.

Não era a boa pequena figura, de face rubicunda e pêlo branco, risonha e aberta, do empregado universitário a que eu tinha na minha frente. Sobre a luz baça, que da janela vinha, deenhava-se confusamente o vulto, atarracado e ventruado, dum indivíduo de regular estatura.

E ouvi dizer:

(1) — O Prof. Charles Lepierre foi nomeado em 1892 chefe de trabalhos práticos com a retribuição mensal de 18\$000 reis (Ibidem).

(★) «O Médico» reimprime umas notabilíssimas páginas que as letras portuguesas ficaram a dever, mais uma vez, a um cultor da medicina, neste caso um notável mestre que ocupou a cátedra onde ensinara Silva Gaio, o autor de o «Mário». Prestamos assim homenagem ao eminente Mestre o Prof. ALMEIDA RIBEIRO, das mais fortes mentalidades da Universidade portuguesa, mas acima disso prestamos grande serviço aos nossos leitores e à autêntica literatura do nosso País.

O que se vai ler está na linha do bom que o fim do século XIX nos legou e aceita todo o confronto, como os leitores facilmente verificarão, ora com um ora com outro dos grandes nomes da literatura dessa época, dada a plasticidade intelectual do seu autor, que parece ter-se moldado a este e àquele, conforme as circunstâncias, mas sendo sempre ele próprio — o prosador de «Influência do Laurus Cinnamorum na harmonia dos sexos». «Uma hipótese...», «Uma tese...» e de notáveis peças académicas, como Orações de Sapiência, Discursos de Apresentação, Impugnações de Teses em Doutoramentos, etc., que ficaram como documentos de valor singular.

— *Buenos días, señor decano, como vá usted?...y su distinguida familia?*

Respondi agradecendo. Dispensei-me de perguntar a quem tinha o gosto de receber: — Don José Fernández, filho da nobre Espanha e homem bem educado... — pensei; e entendi que já chegava para elucidação de início. Informando que era apenas director, e não decano, e apertando a mão que me estendia, roguei que se assentasse.

A sua mão era larga, humedecida e mole. Como mole, desde logo, me pareceu o seu dizer.

A geometria das palavras e das frases era a castelhana; mas delas era surdo o tom, apagado, e sem côr e sem relevo. E aquele pronunciar sem contrastes, plano e triste, aquele falar para dentro, que no português não fica mal, porque lhe é próprio, impressionava desagradavelmente ao serviço duma língua normalmente toda exterioridade e cheia de ressaltos.

A cadeira que lhe ofereci, de costas e lados almofadados, a formar parede, era das que os negociantes do mobiliário condecoram, no português da especialidade, com o nome de *bergère*. Para dentro dela, desceu o corpo do visitante, com movimentos lentos de *flexibilitas cerea*, e, pouco a pouco, adaptando-se ao contorno e tomando para si a forma do continente. E assim ficou: pastoso, mudo e inerte...

Agora, com ele exposto a menos desfavorável luz, podia eu melhor examinar a quem me honrava. Era um homem de meia idade, todo de amarelado vestido. A glabra face, macilenta e opada, de tom do marfim velho, não destoava muito da côr da indumentária, em cujo conjunto só a ponta de purpúreo lenço, na abertura dum bolso, punha uma nota vivaz, mas inesperada e falsa. O cabelo, escuro ainda, mas rareando já, deixava livre a fronte poderosa, imensa, de entradas fundas. E, como aos olhos, pequenos e sem coloração precisa, faltava qualquer expressão, só ela, a fronte impressionante e ebúrnea, como que tentava dar espiritualidade ao todo, não conseguindo,

contudo, que este deixasse de sugerir ideias desagradáveis e soturnas, de viscosidade e de lugares sem luz.

Os sapatos, pretos, vastos, pareciam ser dum cabedal flexível, mole como tudo o mais; e afigurou-se-me que a fenda, onde os atacadores faziam um aperto frouxo, descia muito baixo, na gáspea, a caminho da biqueira.

Tudo isto e a largura dos rastos, abonados, permitiam aos pés um desenvolvimento em superfície, e tal que eu disse comigo: — Deviam ser as «fofas arrufadas». — Porque me acudira à ideia o sarcasmo dos estudantes coevos daquele digno Martins de Carvalho, que, apesar dos seus méritos de homem e jornalista, nem sempre se vira livre da irreverência dos jovens a quem ele amplamente usava dar o grau de «díscolos», encolerizado e generico...

E eu concluí: — É um gotoso; mas, evidentemente, não de florida gota... — E mais pensava: Gigante não é; mas tem os pés de barro. E, a julgar pela fronte portentosa, é muito capaz de ter, também, cabeça de ouro —.

Tinha eu tido tempo de sobra para este exame e conjecturas. E o visitante continuava triste, silencioso e imóvel. Não arrancava!...

— Cidadão espanhol, não é verdade? — interroguei, com o propósito de pôr o assunto em andamento.

— *No, señor; americano.*

— Americano do Sul?

— *No, señor...*

— Mexicano, talvez?

— *Tan pouco; americano del Norte.*

— Grande país, a América! — cumprimentei, urbano. — Do Texas... da Flórida... da Alta Califórnia... — fui tentando sucessivamente, à medida dos acenos negativos, e pensando que encontraria na proveniência dele explicação para o tom do seu falar.

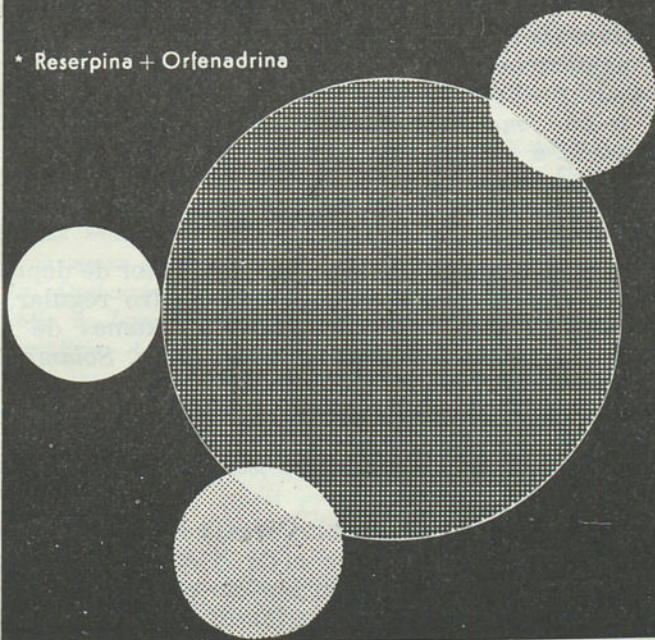
— *No, no. Soy nacido en España.*

Perplexo, olhei o homem. Ele ia tirando do bolso interior uma caderneta enxovalhada.

— *Mi cédula* — dizia, apontando a sua identidade;

Faseína* distensão pura

* Reserpina + Orfenadrina



Distensão pura —
porque na Faseína o
efeito psíquico da Reserpina
está isolado e reforçado.
Faseína é um medicamento
novo contra depressões,
estados de angústia e
perturbações psíquicas afins.

Tubos de 20 e 50 drageias

boehringer

C. F. Boehringer & Soehne GmbH
Mannheim

Ferraz, Lynce, Lda. - Lisboa

NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL, REUMATISMO ARTICULAR, ETC.

I O D O P₂

A M P O L A S - G O T A S

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO COM SOLU P₂

LABORATÓRIOS "CELSUS"

LISBOA

natural de Espanha, naturalizado americano. E, na mesma voz baixa, igual, desanimada e sem timbre, acrescentava o informe, dispensável e pouco brilhante, de ser refractário do exército da sua pátria de origem.

Refez-se o silêncio. A criatura passava agora a mão larga, pela ainda mais larga fronte sua. Como tinha a cerviz inclinada um tanto, era com a avassaladora fronte, mais do que com os olhos, que parecia olhar-me. Eu, intrigado, perguntava a mim próprio: — Que pretenderá este *caballero de triste figura*? — Mas logo me pareceu que não bastava interrogar-me; e que era preciso interrogá-lo, a ele. Por isso, inquiri:

— Em que posso ser útil ao Senhor José Fernandes?

Na sua voz monocórdia, começou, então, Don José, duma forma que eu ainda nunca ouvira:

— *Papá y mamá eran pobres. Me han creado con muchas dificultades. Yo hube de trabajar desde los siete años. Ahora, papá y mamá son viejos; tienen sesenta y siete años; y soy yo que los ayudo y mantengo...*

Uma nova pausa longa. Eu, feliz por descobrir aspectos favoráveis no meu interlocutor, disse:

— Muy bien...

E, com o entusiasmo de poder elogiar-lhe o amor pelos progenitores, continuei falando, sem resistir à tentação, tão frequente em portugueses conversando com os vizinhos peninsulares, de utilizar a linguagem deles, antes do que a nossa, no empenho delicado, senão modesto, de conseguir um melhor entendimento. Foi assim, usando e abusando com desenvoltura dos meus conhecimentos de castelhano, que entoei um hino à piedade filial...

Não me interrompera *Don José!* Eu sentia-me tentado a agradecer o que poderia parecer apreço pela minha facúndia em língua estranha. Mas ponderei que o seu rosto permanecia invariado, sempre sisudo e pálido; e que, na simples incisão sem côr de lábios que era a sua boca, nem ao menos por um momento perpassara a sombra dum sorriso. E a falta desse leve sorriso, protector e de benévolo e irónico desdém, com que os espanhóis costumam acolher a demonstração dos nossos talentos oratórios em castelhano, fez-me dizer comigo:

— O homem padece de uma incurável tristeza!...

Decididamente, se, como me parecia justo, o meu dizer espanhol havia de servir de gáudio a alguém, esse tinha de ser eu próprio, por exclusão de partes. A ideia dessa obrigação acabou de me deixar bem humorado.

Mas como eu me calara, já havia bastante tempo, e continuava a olhá-lo interrogativamente, *Don José*, trabalhando no mínimo, continuou assim:

— *Hace diecisiete años que soy especialista de enfermedades del recto y blenorragia...*

— *Pues, señor! Es cosa rara esa, a mi parecer, mismo en América. Y es poco verosímil que en Portugal o Europa encuentre usted tal combinación de especialidad!*

— *No estoy al corriente...*

— *Quiera usted seguir...*

— *Sí, señor. Tengo mucha práctica...*

Como de novo emperrasse, eu, impenitente e sem

escrúpulo de maior, continuei a estragar a língua de Cervantes, para, em tom de cumprimento, proclamar que a experiência — essa mestra de vida — não valia menos do que a erudição e para, em abono, resumir como pude, de memória, o velho conceito indú, do *Ayurveda* ou Ciência da Vida: «Aquele que somente aprendeu os princípios de medicina, sem ter colhido instrução prática, perde o sangue frio em presença dum doente, como um poltrão, na refrega, perde o domínio de si próprio...».

— *Yo lo creo.* — E outra vez se calou...

— *Decia usted, doctor?...*

— *No soy doctor; tengo mucha práctica, pero ninguna teoría...*

Outro silêncio. Perplexo de novo, pensava eu agora na substância do restante da afirmação do livro do sábio Suçruta: «...Por outro lado, aquele que, por precipitação, se lança na prática sem ter gasto tempo a estudar os princípios da arte é indigno do auxílio das pessoas cultas e merece um castigo real. Ambos eles são tão insuficientes e tão incapazes para se tornarem clínicos como uma ave o é para voar com uma só asa» (1).

E voltava a interrogar-me mentalmente: — Mas o que querará de mim este «fenómeno»?...

Notando que eu me mantinha calado e aborrecido, *Don José* recapitulou:

Papá y mamá eran pobres; yo hube que trabajar...

— Perfeitamente, atalhei eu, desde os sete anos. E agora ajuda e mantém, muito louvavelmente, seus honrados pais, já velhos... Mas afinal em que posso ser-lhe útil?

Na impaciência que me tomava, eu desistira de causar mais prejuízos ao vocabulário e à gramática castelhanos.

Don José, com o seu lenço, parecia enxugar a fronte dum suor que nem o exercício físico, nem o calor ambiente explicavam. E tornava:

— *Yo no soy doctor; yo no tengo teoría. Por eso mismo, me he tomado la libertad de venir à hacer una visita à usted, señor director...*

— Para?...

— *Para rogarle tenga la bondad de decirme como podria obtener el diploma.*

— Lamento, senhor Fernandes, ter de depreender que não tem um curso médico estrangeiro regular. Se assim é, não poderá ser admitido aos exames de recepção...

— *Pero, tan poco lo desearia yo. Solamente pretendia el diploma...*

E, como eu, atordoado, olhava, sem bem compreender, prosseguiu:

— *Yo le daría quince contos, señor; era gran favor suyo!*

Assaltou-me o súbito desejo intenso de levantar *Don José* por minhas mãos e de o enfiar pela janela fora. Teria de sofrer a camaradagem prolongada e sem preta de alguns operários conscientes... de que a restauração

(1) — Cit. por Dechambre. *Le médecin*. Paris, Masson & C.^{ie} 1883, pgs. 10 e 11.

duns caixilhos seria obra para vários meses. Mas também: «que gesto!...», como diria o outro...

Infelizmente, o homem devia pesar em redor de 80 quilos; e eu, seguramente, não seria capaz de um «arranque» de tal força. Só conseguiria um corpo-a-corpo: nem mesmo seria uma luta greco-romana, mas apenas um «pancrácio», como agora se diz da luta livre, um «cada qual se agarra como pode», sem elegância e sem arte! E essa ideia desgostou-me...

Quebrado o ímpeto primeiro, logo veio a reflexão aplacante: A nossa casa tem de ser abrigo generoso e sagrado para estranhos; e Alá determinou que se proteja e honre o hóspede... Ponderando isto, e para desabafar, eu, a meia voz, devagarinho, fui-o então... encomendando a Alá!...

José Fernandez procurava entender o meu murmúrio. E eu, com este mais aliviado, já recordava o aforismo dos juristas: «*actum non facit reum, sed mens*». O «especialista» que tão cândidamente se confessava refractário, qualidade de duvidoso mérito não tinha a consciência de que propunha uma pouca-vergonha. Ele vinha da livre América, onde havia liberdade para muita coisa, mesmo para obter diplomas simplesmente por dinheiro; desejava obter um assim em Portugal. Tratava-se, apenas, de sua parte, duma inconsideração das coordenadas geográficas. Não restava dúvida; não podia haver crime, onde faltava a intenção criminosa...

Disse-lhe, pois, secamente, mas com moderação:

— O que o Senhor Fernandez deseja é impossível. Para a nossa lei constituiria um crime grave, como para a nossa moral um feito indecoroso. Quero pensar que, na sua qualidade de cidadão americano, julgou que assim não fosse. Há notícia de que na Europa, excepcionalmente, mas com mais frequência no seu país de adopção, algumas escolas ou universidades, pouco ciosas de seus créditos, têm concedido diplomas unicamente contra pagamento de certas quantias pelos interessados. E é conhecida a história dum professor francês que, após leitura dum anúncio e recebimento de informações complementares, mandou vir e obteve pelo correio um diploma de médico para o seu criado, mediante remessa do preço que lhe foi pedido⁽¹⁾. Desta forma, o que me fica admirando mais é que o Senhor Fernandez se tenha lembrado de vir procurar tão longe aquilo que tão perto lá tinha, na América, em universidades do país.

Don José ouvira atento. E explicou:

— *La cosa es ésta: Es muy verdad que la Universidad de Filadelfia, Pensilvânia, como también la de S. Luis de Missouri y unas quantas, han pasado muchas credenciales en los terminos referidos por usted. Muchos sastres, herradores y dentistas han obtenido asi sus diplomas. Se los dejaban en cien dolares...*

— Não era preço excessivo...

— *No, por cierto* — e suspirou —. *Pero ahora no hay más. Quien no lo ha obtenido ya no puede conseguir el diploma. Han acabado con eso después de algunos casos*

(1) — *On a vu pulluler un peu dans tous les pays d'Europe, mais particulièrement en France et à Paris, des docteurs des Facultés de Iéna, de Chicago, et surtout de Philadelphie, dont les diplômes avaient, le plus souvent, été obtenus, in absentia, moyennant une somme plus ou moins élevée.*

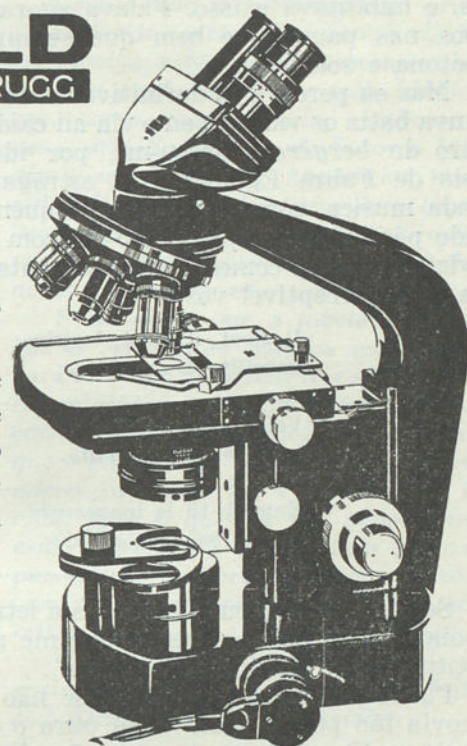
Le Dr. Dechambre avait reçu un prospectus émanant d'une agence établie à Jersey, proposant l'obtention d'un diplôme de docteur en médecine de la Faculté de Philadelphie, moyennant une somme de cinq cents francs (a). La somme versée le diplôme était expédié par retour du courrier. Désireux d'expérimenter ce système d'obtention de titres scientifiques, il envoya les cinq cents francs et demanda un diplôme de docteur en médecine au nom de son domestique. La réponse ne se fit guère attendre; celui-ci reçut un diplôme dûment signé et parafé, faisant de lui un docteur en médecine. (P. Brouardel. «L'exercice de la médecine et le charlatanisme». Paris. Baillièrre et Fils. 1899, p. 55).

(a) A atenção de Dechambre fôra solicitada pelo seguinte anúncio de jornal:

«Les personnes désireuses d'obtenir sans déplacement les titres de docteur ou bachelier peuvent s'adresser à Medicus, r. du Roi, 46, à Jersey».

MICROSCÓPIOS MODERNOS com acessórios para todos os fins

**WILD
HEERBRUGG**



OBSERVAÇÕES
EM:

Luz Transparente
Luz Incidente
Fundo Escuro
Constraste de Fase
Luz Polarizada
etc.

Solicitem prospectos ou demonstração aos
Representantes exclusivos em Portugal:

WILD PORTUGAL, LDA.

Praça das Aguas Livres, 8 — S/L 5 e 6
LISBOA Telef. 681127

que llamaron demasiado la atención pública. En un dellos ha sido el médico que, com unas tenazas destas de arrancar clavos...

— Umaz torquezes?

— *Eso es. Con ellas, ha sacado un trozo de carne del paciente. No con una lanceta, haciendo una incisión, una cosa gentil; pero con unas tenazas... unas tenazas, señor! El pobre ha gritado; à la gente que pasaba y deseaba entrar à acudir, se le contestaban: — «No ha sido nada!... no ha sido nada!... es el señor doctor que está operando!...».*

— Em que sítio do corpo era a operação?

— *En los riñones, señor... Otra vez fué que el médico utilizó cuatro latas de ocho onzas de cloroformo para adormecer al doente: cuatro veces ocho, treinta y dos onzas, un litro⁽¹⁾ de cloroformo, señor!... Después de la cloroformozacion, el desgraciado no ha retomado más el conocimiento: ha muerto! Y era por un dedo amachucado!... Que impudencia!... Por causa de semejantes acontecimientos, han acabado con la otorga de las cartas... Lástima!...*

Tornou a suspirar. E, mais triste ainda, de novo se ficou, silencioso e quedo.

Ora a mim quis-me parecer que já tinha dado a hora. Ergui-me. Mas ele não se ergueu; e, ajeitando-se melhor na cadeira perguntou:

— *Y en Lisboa, ó Porto?*

— Nem em Lisboa, nem no Porto, nem decerto na Europa em parte alguma — declarei, impaciente...

— *Todavía, si. No fuera yo refractario, que lo conseguiria de pronto en España...*

— Não creio, deve ser engano seu.

E como o «refractário», indiferente à minha atitude,

(1) — *Don José decerto queria dizer um quilo. Com efeito, trinta e duas onças de 28,349 gr. são duas libras inglesas, ou cerca de 907 gramas.*

A referência ao litro, no caso do clorofórmio, de 1.500 de densidade, daria um afastamento apreciavelmente maior.

permanecia na dele, assaltou-me o receio de que lhe acudisse o cúmulo de me convidar a sentar na minha própria casa. Por isso, de repente, de novo me sentei.

Então, José Fernandes esclareceu que sempre poderia dar mais alguma coisa; pois que o seu trabalho, de tantos anos, o habilitava a isso. Falava agora mais, demorando menos nas pausas, se bem que sempre na mesma voz monótona e sonolenta.

Mas eu perdera já definitivamente a paciência. Como a chuva batia os vidros e eu o via ali caído sobre si próprio, dentro da *bergère* acorreu-me, por ideias associadas, a poesia de Fabre Eglantine. E estragando sem remorso, a linda música, como é próprio de quem tem o dote dum ouvido péssimo, acompanhando-me com o bater dos dedos na vizinha mesa, comecei e segui cantando, friamente, a meia mas perceptível voz:

«Il pleut, il pleut, bergère;
Recueille tes moutons»;

«Voici, voici l'orage,
Voilà l'éclair qui luit».

«Entends-tu le tonnerre?
Il roule en approchant»;

Sem cerimónia, eu modificava a letra, como a música, e apoiava mais nas passagens que me pareciam poderem constituir uma alusão e um aviso...

Plácido e taciturno, Don José não se comovia; nem se movia tão pouco: Estava ali para o que estava. Eu já me calara. Ele olhava a janela; não via chegar a tempestade, não dava pelo raio, nem sentia que o trovão se aproximasse; fleumático e conciso, resumiu numa só palavra o pouco que lhe pareceu certo de tudo quanto eu dissera:

— *Llueve!* — E não os recolhia, antes «*il revenait à ses moutons*»:

— *Obtenido el diploma, yo no exercia en Portugal, mas fuera... Por conseguinte puderia usted, señor director...*

Perante um brusco movimento meu, não continuou. De novo se ficou. E eu, ao vê-lo na poltrona, mole e quase sem vida, relembra a lição em que o saudoso Mestre Daniel de Matos nos ensinava, fácil na palavra, hábil na acção, a maneira de extrair a placenta remissa: «— ...E, fazendo da minha mão cureta romba e inteligente, eu avanço, busco, descolo, extraio...; meus senhores, aqui está a placenta!».

Assim pudesse eu extrair da poltrona o seu indigesto conteúdo!

Não o conseguiria, porém. Nem mesmo aquele Mestre, apesar de artista no gesto e na dicção, o teria conseguido tão pouco!

E eu dizia com os meus botões: — O nosso Pombal explicou ao embaixador de Espanha que são precisos quatro homens para tirar um português morto da sua própria casa. Talvez agora Don José cogite em quantos serão precisos para retirar um espanhol semi-vivo da casa alheia...

Mas estes exercícios espirituais não me divertiam suficientemente... Aborrecido, levantei-me de novo. E disse sem amenidade:

— Já não chove!

— *Hay todavía, aun, una llovizna muy nutrida...*

E não se mexia.

— O homem prepara-se para hibernar — pensei, preocupado.

Saí para o patamar, escancarando, ampla, a meia porta. De lá tornei, peremptório:

— É bom aproveitar esta aberta...

De fora da sala, pareceu-me ouvir algum movimento na cadeira. — Eis que *Don José* se eleva — esperancei-me.

O velho móvel, fraco, deixava sentir um gemido doloroso, longo. Era, com efeito, a massa confusa de José Fernandes que se levantava, quase a pulso, como usam de fazer os que dos pés padecem.

Entre portas, *Don José* apareceu; enfim! E eu sosseguei da inquietação que já me tomava, do possível

alimento da cadeira; porque, se ele no solo caísse e alastrasse, quem jamais poderia despegar e erguer todo aquele «protoplasma»?!...

Agora, na larga escada, no bordo do primeiro degrau e ao meu lado, o «especialista do recto e das blenorragias» oscilava, num equilíbrio indeciso. E voltava.

— *Yo le daria cualquiera cosa más. Le daria veinte contos. Lo agradecería toda mi vida...*

Toquei-lhe, então, no ombro, para o ajudar a descer. Mas fora mal escolhido o momento: enteiriçou-se, coisa de que teria parecido incapaz; e atrasou-se um pouco.

Quando de novo voltou à beira do degrau, oscilante e a meu lado, a impulsão que lhe dei, agora no extremo avançado da excursão, pecou por excesso: mal seguro de pés desceu dois degraus e não mais, talvez, porque se amparara ao corrimão.

Não fiquei orgulhoso do sucesso; antes vexado.

— Nem tanto disse comigo: esta maneira de tratar o hóspede não me parece ser duma cortesia perfeita!...

Mas *Don José*, sem dar mostras de estranheza e continuando a falar na sua voz empastada, ia descendo; e eu com ele. E, graças aos frutos da experiência, fui melhorando o meu processo. E assim foi que, nos últimos degraus, o discreto contacto dos meus dedos nas costas do hóspede, exercido nos momentos próprios, apenas, quero crer, faria nascer no subconsciente seu a sugestão, imprecisa mas eficaz, da conveniência de não interromper a descida.

Já no vestíbulo, permiti-me ultrapassá-lo: «*Para alumbrarvos, señor!...*». E logo a electricidade desvaneceu a penumbra, enquanto a meia porta da rua, em seguida aberta, não aclarava melhor o interior.

Uma rápida conversão de frente, que a modéstia não me impediu de ter como excelentemente executada, dado o êxito, consentiu-me, sem tirar a mão esquerda do puxador respectivo, circundar com o meu corpo e os braços a forma vaga de José Fernandes e levar a mão direita à meia porta fixa. E, para lá de mim, já o hóspede saía pelo portal.

Nesse tempo, ainda a Ex.^{ma} Câmara não determinara a colocação das caleiras nos telhados. Acabara de chover; contudo, gotas de chuva caíam, melancolicamente e grossas, dos beirais. Para não ser molhado, *Don José*, de frente para mim, recuou um passo. E realizou-se o desejo dele; e o meu também. De ora em diante, as gotas de água, que nenhuma aragem impelia, passavam na direcção do fio de prumo, entre nós dois. O «especialista» estava fora da vertical do meu beirado; não se molhava; e, também, enfim, já não era o hóspede que Alá me mandava honrar!

Mas José Fernández, não partia; ainda tinha alguma coisa para dizer-me; e era isto:

— *Y no sería posible, señor director, obtener las credenciales dun muerto?*

Já não foi informado sobre se seria necessário o diploma dum homónimo ou se bastaria o de qualquer; nem da forma possível da sua utilização; porque, nesta altura, a minha porta rodou veloz nos silenciosos gonzos, oleados liberalmente havia dias. Logo, ao silêncio do girar, sucedeu o estrondo do bater e a oscilação ruidosa da outra meia porta, de pedrêzes folgados. O martelo levantou-se e recaiu, definitivo e pesado, como que a pôr na conversa um ponto último...

Através da grade, vi que *Don José*, instintivamente, recuara um tanto. Avançava de novo. Erguia o braço como que a caminho de bater; mas, no trajecto, desanimava e modificava o gesto. Metia a mão no bolso, donde retirava o lenço. E, agora, com movimento amplo e grave, não destituído de solenidade magestosa, limpava a fronte augusta à púrpura dos Césares!...

Quando, agoniado, eu virava, para regressar à desejada tranquilidade minha, lobriguei ainda o meu hóspede, pela última vez e sem saudade. À luz cinzenta da tarde que findava, enovoadada e fria, *Don José*, já resignado e sempre triste, dava sobre si o quarto duma volta e, na sua massa amorfa, gelatinosa e lento, começava escorrendo pela ladeira abaixo...

E eu disse comigo: — Como o mesmo nome pode ser o de pessoas tão diferentes!...

ECOS E COMENTÁRIOS

UM EXEMPLO MAIS...

Os problemas que se levantam perante a Classe médica e no caminho da assistência às populações assemelham-se e repetem-se por todo o Mundo. E por igual se repetem e assemelham os projectos e as tentativas de solução, os estudos e até os erros a que se é conduzido.

Perante a necessidade de assegurar às populações adequada assistência, o desejo de garantir-lhes o que se considera o melhor nível de cuidados médicos, a pressão resultante do primado que alguns atribuem às vantagens inerentes aos primores da técnica, projecta-se por vezes, aqui ou além, um enquadramento do Corpo médico capaz de consentir o que se tem pela melhor solução técnica. Mais tarde se verifica, em muitos casos, que na melhor das intenções se postergaram princípios fundamentais do exercício da profissão médica, com grave risco mesmo para os doentes cujos melhores interesses se julgava defender.

Assim, por exemplo e não muito antigo, na África do Sul.

Na esteira de outros tipos de organização da Medicina, uns de fundamentação ideológica de nítido carácter político, como na Inglaterra, outros de evidente preocupação de eficiência técnica, uma comissão incumbida pelo Governo de reformar as condições de prestação da assistência às populações conclui (relatório Gluckman) pela necessidade de estabelecer-se um serviço médico e hospitalar em regime de tempo integral e uma rede considerável de dispensários e centros sanitários.

Rejeitando o plano por utópico e financeiramente incomportável mesmo para o orçamento da rica e próspera União da África do Sul, encarregou-se a respectiva Associação médica de estudar a fundo a questão. E, como se tem verificado em tantos outros países, entrando em linha de conta com a totalidade dos dados que o problema da assistência médica comporta quando se destina a assegurar verdadeiros cuidados médicos a seres humanos de que se entende dever preservar-se a verdadeira dignidade, a Associação médica da África do Sul pôde concluir:

- oposição total ao regime de médicos assalariados em regime de tempo integral;
- manutenção do princípio de livre escolha;
- salvaguarda da relação de confiança médico/doente.

Com base nestes princípios, que constituíram o fundamento da chamada política geral respeitante à assistência às populações, o corpo médico assegura os seus cuidados à população, quer através de partidos municipais ou esta-

duais, para os pobres, de autêntica clínica livre para os ricos, e de Sociedades do tipo seguro, para os remediados.

Estas últimas são de dois géneros: Mutualidade fechada, com número limitado de clínicos, remunerados por capitação, mas apresentando o inconveniente de não consentir plena liberdade de escolha, e Sociedade de socorros médicos, como as que existem também no Canadá e na Austrália, constituindo caixa comum que auxilia no decurso da doença, pagando a totalidade dos honorários clínicos ou, mais habitualmente,

75 % do seu valor, o que evita numerosos abusos.

Respeitando integralmente os princípios fundamentais, inclusive o da livre escolha, este tipo de associação tem o pleno apoio da Associação Médica que, como contrapartida, estabeleceu para estas Sociedades de Socorro Médico uma tabela de honorários mais reduzida do que a da clínica livre, o que levou aquelas, por sua vez, a comprometer-se quanto à satisfação integral das notas de honorários.

É de notar que a tabela reduzida que a Associação Médica estabeleceu para este tipo de assistência só se aplica em relação àquelas Sociedades de Socorros Médicos que dão a garantia de que o rendimento anual médio dos seus aderentes é inferior a determinado limite, para o que na sua maior parte estão em estreita ligação com as companhias ou corporações a que pertencem ou em que trabalham os seus inscritos.

Concluindo, do que em matéria de assistência se tem estudado na União Sul-Africana, convém assinalar:

- rejeição total do plano de funcionalização da classe médica;
- rejeição do princípio de tempo integral;
- manutenção dos princípios indispensáveis para que subsista a relação de confiança médico/doente;
- manutenção da clínica livre para os economicamente fortes;
- manutenção da assistência para os pobres;
- estabelecimento de dois tipos diversos de seguro-doença dos quais um satisfaz plenamente o Corpo médico;
- estabelecimento de um limiar económico superior para poder inscrever-se no seguro-doença, quer dizer, definição do economicamente fraco.

★

Quando nos lembramos, por um lado, do deslumbramento de alguns dos nossos perante determinados figurinos de funcionalização estrangeiros, de que só distinguem as propagandeadas e por isso mesmo duvidosas vantagens técnicas, mas de que não discernem os riscos potenciais para a liberdade e a dignificação do doente e do médico e, por outro lado, das pretensas impossibilidades de salvaguarda dos princípios hipocráticos na organização da medicina e das pretensas dificuldades de definição do economicamente débil, somos levados a crer que desconhecem ou pretendem ignorar o que a tal respeito resulta das experiências alheias: desde a Bélgica à Holanda, do Canadá à União Sul-Africana; porque nem só



ALGICINA
(Ácido acetilossalicílico)

ALGICINA CAFEINADA
(Algicina + Cafeína)

DORIDINA
(Antipirético e analgésico)

ALGIFEDRINA
(Algicina + Cloridrato de Efedrina)

LABORATÓRIOS
DO
**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

a Inglaterra há-de servir de paradigma neste campo, nem os postos sanitários dos países além cortina de ferro, com médicos sujeitos à consabida pressão do «senhor que se segue» constituem exemplo digno de seguir-se, por muito integrados que estejam numa rede hospitalar dotada dos melhores recursos técnicos.

M. M.

ECOS DA IMPRENSA LEIGA

AS NOSSAS ESTANCIAS TERMAIS

«O «Diário de Notícias» publicou, de Guerra Maio, um longo artigo intitulado «A decadência das nossas estâncias termais»; dele transcrevemos os seguintes períodos:

Já aqui o disse. As nossas estâncias termais estão em deplorável decadência, apesar de a sua maior parte fazer curas milagrosas e estar situada em sítios aprazíveis, com clima sedativo, o que convém a uma cura de águas e de repouso.

No Verão passado repeti uma cura de águas que havia feito no ano anterior, numa outrora movimentada estância termal do Norte do País, mas onde agora vão apenas velhos e pessoas de meia idade e nem todos acompanhados das respectivas espôsas. Faltava nela a mocidade de outros tempos, com a sua alegria e a sua desenvoltura, e por isso passava-se o tempo em autêntica pasmação, e muitos dos aquistas nem apreciavam as delícias do seu parque frondoso, dos melhores, se não o melhor, de todas as estâncias termais da Europa.

A maior parte das nossas termas não dispõe dos mais vulgares atractivos, entre os quais a piscina ao ar livre, tanto na moda, e que atrai a mocidade. Não há nelas um guia de turismo local nem um pequeno mapa das estradas da região, o que é uma falta lamentável, pois grande parte dos aquistas leva os seus automóveis e entre o almoço e o jantar não sabe aonde ir. Em todas elas há uma comissão de turismo, de que o veraneante só se apercebe quando paga a conta do hotel, na qual lhe adicionam os 3,1 por cento da taxa turística.

Que fazer? Um meio me parecia eficaz: classificá-las, como se fez com os hotéis e pensões, de 1.ª, 2.ª e 3.ª classes. De 1.ª as que tivessem um mínimo de 400 quartos nos seus hotéis e pensões; de 2.ª as que tivessem 200, e as outras de 3.ª ou de interesse local.

Aquelas deviam ser tornadas estâncias mundanas, com os atractivos necessários para chamarem a clientela, que hoje anda arredia, ajudando materialmente o Estado as que disso tivessem necessidade. Não seriam muitas as que merecessem a categoria de 1.ª classe, umas dez talvez, à cabeça das quais ficaria a Curia.

Vejamos Vichy, a mais importante e a mais movimentada estância de águas da

Europa, mas onde todos os anos lhe aumentam os atractivos. Como é sabido, as águas são gratuitas e podem ser tomadas sem receita médica; no parque há concertos sinfónicos duas vezes por dia, gratuitos também; no teatro do casino dão-se, por baixo preço, as melhores óperas dos repertórios de Paris e representadas pelos maiores artistas; além disso, há o golfe, o ténis, corridas de cavalos, torneios desportivos, corridas com touros de morte, e há pouco dragaram o rio Allier, que lhe passa à ilharga, obra caríssima, para nele se ter o prazer do remo e das competições náuticas.

Faz tudo isto a Companhia das Águas, que é proprietária apenas de dois hotéis, por benemerência? De maneira alguma; o que a ela interessa é a venda das águas,

que de ano para ano aumenta por alguns milhões de garrafas, de que cada veraneante é um novo consumidor.

É claro que nós nem de perto nem de longe poderemos ter uma estância termal como Vichy, mas entre esta e as que temos há uma grande diferença.

Voltemos, porém, às nossas estâncias termais. Outrora o preço dos seus hotéis era mais caro que dos similares de Lisboa ou do Porto. Os hoteleiros diziam que só trabalhavam três meses durante o ano e por isso as suas tabelas tinham de ser elevadas. Aqui esqueciam-se de dizer que trabalhavam, é certo, apenas três meses, mas que era em cheio, enquanto os hotéis das nossas duas principais cidades não conseguiam a média diária de 50 por cento dos quartos ocupados e tinham de estar abertos durante todo o ano. Agora é o contrário: a falta de clientela levou os hotéis e pensões termais a terem preços inferiores aos cidadãos. O mais importante duma estância termal do Norte, com 120 quartos, teve de fechar em 15 de Setembro na última temporada, por ter apenas 8 clientes».

**A LUTA CONTRA O CANCRO...
PELO TELEFONE**

De «O Comércio do Porto»:

O rastreio do cancro adquiriu nova modalidade na Grã-Bretanha, onde é possível, mediante simples chamada telefónica, obter uma consulta-padrão em que colaboram os mais eminentes especialistas na matéria.

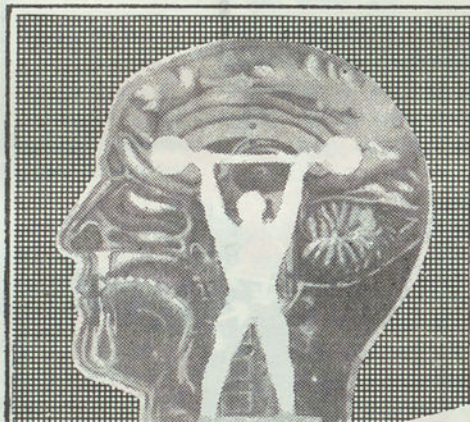
Ligando para a Fundação Curie, em Hull, qualquer indivíduo, preocupado com o seu estado de saúde, obtém, segundo o princípio do relógio falante, comunicação dos primeiros sintomas, que, embora não indicando com certeza um estado canceroso, permitem conhecer-lhe as manifestações precisas.

Quinze mil pessoas utilizaram até agora esta nova facilidade posta à sua disposição pela Fundação Curie, que atribui importância crescente à necessidade de rastreio do cancro na sua origem, para melhor o vencer.

**RECUPEROU A VISTA
AO FIM DE 40 ANOS?**

BURTON ON TRENT (Inglaterra), 7. — Sydney Bradford recuperou a vista ao fim de 52 anos de cegueira. Cegara aos 10 meses de idade. Agora, duas semanas antes do seu aniversário natalício, pôde voltar a ver, graças aos enxertos de córneas efectuados nos seus olhos.

Bradford diz que o mundo que descobriu agora, com a vista, «não é assim tão diferente» daquele que imaginara nos seus anos de trevas. De sua mulher, Hilda, de 56 anos, disse: «Ela é precisamente tão encantadora como eu pensava».



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

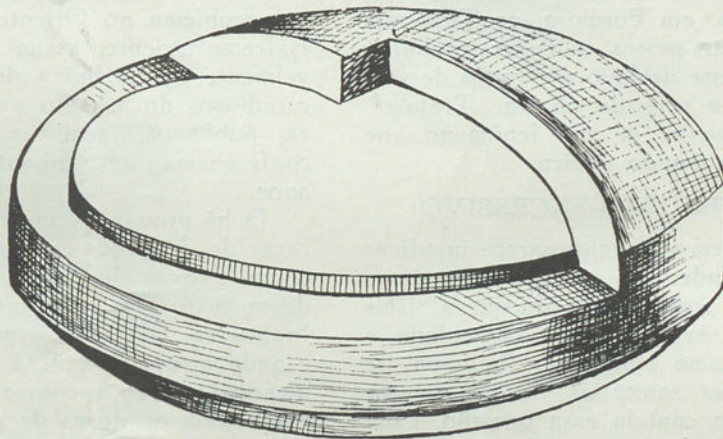


Os doentes tratados com
 PREDNISOLONA podem obter
 o mesmo benefício da
 terapêutica ESTERÓIDE com

Co-Hydeltra*

(Prednisolona Tamponada)

ficando simultâneamente protegidos
 das *perturbações gástricas* que
 os predni-esteróides possam causar



* Marca Registrada

COMPRIMIDOS NUCLEADOS



Representantes e distribuidores em Portugal :

MERCK SHARP & DOHME NEDERLAND N. V.

Subsidiária de Merck & Co., Inc., Rahway, N. J. (E. U. A.)
 HAARLEM — HOLANDA

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

Rua D. João V, 2-2.º — LISBOA 2

As doenças venéreas ainda não foram derrotadas

Dr. TH. GUTHE

(Chefe da Secção de Doenças Venéreas e Treponematoses — OMS)

De muitas partes do mundo, chega à OMS a informação de que as infecções venéreas são agora frequentemente encaradas como doenças que estão desaparecendo. À primeira vista, no que respeita à sífilis venérea, as estatísticas de vários países confirmam essa impressão. Na Europa e na América do Norte, por exemplo, terminada a última guerra mundial, o índice de incidência da sífilis caiu de 80 a 90 % dos máximos registados em 1948-49. Enquanto na Dinamarca, na Noruega e na Suécia mais de mil casos se registaram nos dois anos referidos, a incidência em toda a Escandinávia é hoje insignificante. Nos Estados Unidos, a diminuição foi impressionante: 107.000 casos primários em 1947 para 12.000 em 1957.

Acabo de participar de um seminário internacional sobre doenças venéreas realizado em Tóquio, ao qual compareceram representantes de 14 países distanciados uns dos outros como Austrália, Japão e Cambódia. Também naquela região do mundo a incidência de novos casos de sífilis declinou bastante após a última guerra mundial. No Japão, por exemplo, desceu de 407.734 em 1947-48 para 144.273 em 1956. Na viagem de estudos que fiz pelo Extremo-Oriente, estive também na Coreia, em Formosa, na Tailândia e em outros países, onde recebi confirmação desse declínio dos casos de sífilis, após a referida guerra. Trata-se, provavelmente, de um fenómeno que ocorre no mundo inteiro.

OPTIMISMO EXCESSIVO

A observação feita parece justificar uma atitude de grande optimismo quanto à possibilidade de que a sífilis venha a ser finalmente controlada e talvez mesmo eliminada. Todavia, as autoridades sanitárias devem encarar com muita cautela essa questão. Com efeito, o declínio da incidência da sífilis não é tão significativo quanto os números dão a entender. Desde 1955 e 1956, essa incidência parece estar-se tornando estacionária em muitos países. Nos Estados Unidos houve mesmo um aumento dos casos de sífilis em 1956 e 1957; e muitos casos tratados por médicos particulares ou deixados sem diagnóstico ficaram, por certo, sem registo. Assim, no que respeita à sífilis, podemos haver at'ngido, nas condições actuais, um ponto crítico, e talvez os serviços de saúde pública se vejam obrigados a deixar de lado a hesitação que os assalta ante a ideia de despende dinheiro na luta contra o que consideram uma enfermidade em vias de desaparecimento.

Mas há outra razão, e uma razão mais forte, para nos acreditarmos em presença de um ponto em que a situação poderá inverter-se. Refiro-me ao

que ocorre com a blenorragia, cuja incidência indica que as nossas esperanças de ver as doenças venéreas prontamente eliminadas estão longe de ser justificadas.

A incidência dessa enfermidade também diminuiu em quase todos os países do mundo, em seguida aos máximos atingidos após a guerra, nos anos de 1948 e 1949. Na maioria dos países, porém, a curva descendente estabilizou-se em 1951-52, de tal modo que, no conjunto, o declínio registado após a guerra não é impressionante. Nos Estados Unidos, por exemplo, o número de casos registados anualmente desceu de 363.014 em 1948 para 216.476 em 1957, uma redução de 22 % apenas. Nos países escandinavos e na Inglaterra, a incidência tem permanecido quase estacionária desde 1950. Em outros, até aumentou. Além disso, devemos recordar-nos de que muitos casos de blenorragia jamais aparecem nas estatísticas oficiais, ficando, por exemplo, no conhecimento apenas do médico que trata o doente por meio da penicilioterapia, agora disponível nas clínicas particulares; ou, como às vezes acontece, somente do próprio enfermo, que se trata a si próprio.

Que a blenorragia continua sendo um problema no Oriente-Médio e no Extremo-Oriente, assim como, provavelmente, na América do Sul, muitos estudiosos do assunto o têm afirmado em publicações médicas e em várias conferências internacionais, nos últimos anos.

Já há provas de que estão surgindo raças de gonococos resistentes à penicilina. Provas clínicas e de laboratório desse facto têm sido apresentadas na Inglaterra, no Japão e noutros países; e nada menos que 30 % dos casos de blenorragia recém-contrada não mais respondem às doses de penicilina que antes eram suficientes para curar a enfermidade, costumando ser agora necessária a administração de 1,2 milhão de unidades, ou mais, quando há dez anos 100 mil eram bastantes. Há casos que nem com essa dose aumentada se curam, requerendo o emprego de outros antibióticos mais dispendiosos para o enfermo e para os serviços de saúde pública.

PROBLEMAS DA PENICILINA

Com o uso, correcto e incorrecto, sempre crescente da penicilina, pelos médicos e pelo público em geral, um número cada vez maior de pessoas torna-se alérgico ao antibiótico, apresentando reacções desfavoráveis à segunda e demais séries aplicadas. Essas reacções podem ser locais ou generalizadas; em alguns casos são apenas incômodas, mas em outros revestem-se

de gravidade ou resultam, mesmo, em morte. Talvez o índice de ocorrência destas últimas seja de 1 em 100 mil indivíduos tratados, proporção que continua mais favorável que a mortalidade de 1 em 100 às vezes observada na arsenoterapia, antigamente usada contra a sífilis.

Para evitar essas reacções, o emprego da penicilina deve ser mais cauteloso. Deve-se reservar esse antibiótico para os casos de real necessidade, em lugar de se empregar contra o resfriado comum, como se fora aspirina. A venda de penicilina sem prescrição médica continua sendo efectuada em muitos países, e os tabletes de penicilina tornaram-se remédio que o público toma por conta própria.

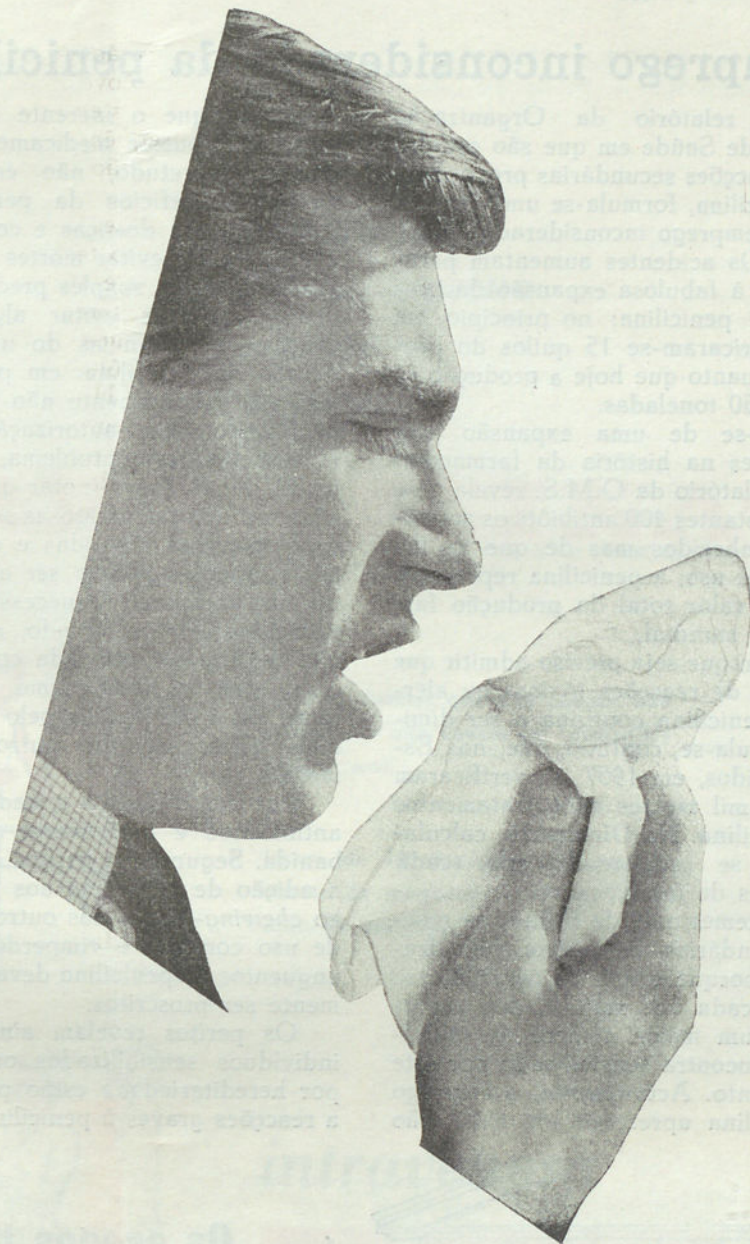
É interessante notar que 600 toneladas, ou 70 a 80 % dos antibióticos produzidos no mundo em 1956 consistiram de preparações de penicilina de várias espécies. O efeito maciço sobre grandes populações, dessa enorme quantidade do produto, bem como a possível alteração do equilíbrio entre os microorganismos e os hospedeiros humanos e animais, ainda se desconhecem. Cumpre acrescentar a isso o emprego da penicilina na medicina veterinária e no mundo vegetal, uma «fonte escondida de penicilinização».

O advento da penicilina na prevenção e no tratamento de certas enfermidades foi criando no público, gradualmente, uma sensação injustificada de segurança, não só no que respeita à blenorragia como também quanto à sífilis. A facilidade e a curta duração do tratamento, comparadas com os tratamentos mais longos, mais perigosos e mais complexos antigamente empregados, explicam essa impressão. A imprensa e os serviços de informação do público alimentam a crença errônea.

Finalmente, e o mais importante de todos, há o facto de que os novos remédios não foram a causa única da redução das enfermidades venéreas ocorrida na primeira década após a segunda conflagração mundial, a qual provavelmente se deve também, em grande parte, a condições sociais e económicas favoráveis.

FACTORES SOCIAIS

Todos esses factores que auxiliaram na luta contra as enfermidades venéreas podem haver agora atingido o ponto extremo da sua curva. A esse respeito, creio ser de importância lembrar que o aumento observado, especialmente na blenorragia, nos últimos anos, ocorreu, perceptivelmente, entre as mulheres muito jovens, dos 13 aos 19 anos. Isso foi motivo de preocupação para os serviços sociais de muitos países, inclusive dos Estados Unidos. Nesse ponto, o espiroqueta e o gono-



Tratamento
inócuo
e
eficaz
da

TOSSE

O Benlyn Expectorante é particularmente eficaz no tratamento da tosse e da congestão devidas a resfriamentos, bronquites e alergias. Contém Benadryl, um agente anti-histaminico e anti-espasmódico, em associação com expectorantes correntes. Um xarope de sabor agradável a framboesas — que alivia e descongestiona, dominando rapidamente o entupimento nasal e os espirros, absolutamente apropriado para as crianças.

BENYLIN

expectorante

Marca Registrada



PARKE, DAVIS & COMPANY, LIMITED (Inc. U. S. A.), Hounslow, Middlesex — ENGLAND

REPRESENTADA EM PORTUGAL PELA: SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA, S. A. R. L. — Travessa da Espera, 3 — LISBOA

Emprego inconsiderado da penicilina

Num relatório da Organização Mundial de Saúde em que são estudadas as reacções secundárias provocadas pela penicilina, formula-se uma reserva contra o emprego inconsiderado da penicilina. Os acidentes aumentam paralelamente à fabulosa expansão da produção de penicilina: no princípio, em 1943, fabricaram-se 15 quilos do produto, enquanto que hoje a produção se eleva a 750 toneladas.

Trata-se de uma expansão sem precedentes na história da farmacologia e o relatório da O.M.S. revela que, com os restantes 400 antibióticos actualmente conhecidos mas de que se faz bem menor uso, a penicilina representa 50 % do valor total da produção farmacêutica mundial.

Se bem que seja preciso admitir que o número de reacções tóxicas ou alérgicas à penicilina continua a ser diminuto, calcula-se, contudo, que, nos Estados Unidos, em 1957, se verificaram cerca de mil mortes após tratamentos com penicilina. Na Dinamarca, calcula-se, que se produzem 3 por cada 10 milhões de injecções.

É de temer que, de futuro, as reacções secundárias se tornem mais frequentes, porque o uso da penicilina se expande cada vez mais e, por consequência, um maior número de indivíduos se encontra sensibilizado por este medicamento. Actualmente, o emprego da penicilina apresenta um risco não

maior do que o inerente ao uso de numerosos outros medicamentos e impõe-se, sobretudo, não esquecer os imensos benefícios da penicilina no tratamento de doenças e como agente susceptível de evitar mortes inúteis.

Além disso, simples precauções poderiam permitir evitar algumas das graves consequências do uso inconsiderado da penicilina: em primeiro lugar, este medicamento não deveria ser ministrado sem autorização médica. A respeito deste problema, os peritos da O. M. S. fazem notar que as reacções secundárias perigosas se produzem após injecções repetidas e que mesmo essas reacções podem ser atribuídas a um uso anterior e desnecessário de antibióticos. Por outro lado, a penicilina não deveria ser utilizada contra infecções como o reumatismo, contra as quais ela é ineficaz ou pelo menos não mais eficaz do que outros medicamentos.

Por fim, o custo e a medicação com antibióticos é perigosa e deveria ser banida. Segundo os peritos da O.M.S., a adição de penicilina aos dentrificicos, ao *chewing-gum* e aos outros produtos de uso corrente é «imperdoável». Os unguentos de penicilina deveriam igualmente ser proscritos.

Os peritos revelam ainda que os indivíduos sensibilizados ou alérgicos por hereditariedade estão predispostos a reacções graves à penicilina. De uma

maneira geral, estas reacções produzem-se mais frequentemente em adultos dos 20 aos 40 anos; são raras em crianças de menos de 12 anos. A partir dos 50 anos, a frequência de acidentes diminui rapidamente.

Outra razão para restringir o uso da penicilina é o desenvolvimento de uma resistência dos estafilococos, micro-organismos frequentemente encontrados no nariz ou na garganta de numerosos indivíduos saudáveis; podem provocar, em pessoas fracas ou normais, furúnculos, anginas e até pneumonias. No princípio do uso da penicilina, a maior parte das origens de estafilococos foi vencida por este medicamento, mas numerosas fontes tornaram-se resistentes e constituem grave problema nos hospitais onde, por vezes, são causas de epidemias mortais entre bebês e crianças.

Em conclusão, o estudo da O.M.S. sublinha que a penicilina continua a ser «a rainha dos medicamentos», mas «até nisto se assemelha a muitas rainhas da história, ela sabe vingar-se dos que não respeitam o seu poder».

Este estudo é da autoria dos doutores O. Idsøe e R. R. Willcox (consultores da O.M.S.) e Teófilo Gutte (Chefe da secção de doenças venéreas e treponematoses da O.M.S.). Foi publicado no Boletim da O.M.S., volume 19, n.º 3, 1958.

(«Bruxelles-Médical», 11/1/59)



Os gregos tinham uma palavra

PROTOS

da qual se originou o termo proteína

HOJE

em dia o sinónimo de proteína é

CASILAN

MARCA REGIST

PARA DIETAS RICAS EM PROTEINAS



GLAXO LABORATORIES LTD., GREENFORD, MIDDLESEX, INGLATERRA

Representantes em Portugal: Remedius, Lda., Rua da Prata 184-3º Dto., Lisboa

terapêutica
de largo espectro
poderosa
e segura

TERRAMICINA*

marca da oxitetraciclina

intramuscular

IM



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

frasco de 100 mg, com 100 mg de
cloreto de magnésio e 2% de clori-
drato de procaina.

Nas infecções graves ou fulmi-
nantes que exigem rapidamente
elevados níveis séricos.

frascos de 250 e de 500 mg tam-
ponados com ácido ascórbico.

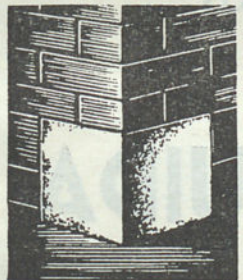
intravenosa

IV



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

TERRAMICINA



**PEDRA ANGULAR
DA MEDICINA**

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



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

REPRESENTANTES: NEO-FARMACÊUTICA, LDA.

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

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

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL

Inauguração do novo edifício

O Chefe do Estado presidiu, no dia 12 de Dezembro do ano findo, à cerimónia da entrega, pelo Ministério das Obras Públicas ao do Ultramar, do novo edifício do Instituto de Medicina Tropical.

O sr. almirante Américo Tomás, que se fazia acompanhar pelos srs. brigadeiro Teixeira Pinto e capitão Freitas do Amaral, respectivamente chefe da sua Casa Militar e seu ajudante de campo, era aguardado à entrada daquele Instituto pelos srs. Ministros das Obras Públicas, da Saúde e Assistência e do Ultramar, pelos Subsecretários desta última pasta e da Educação Nacional, pelo Prof. Fraga de Azevedo, presidente do Instituto, e por outras individualidades, que lhe apresentaram cumprimentos.

No anfiteatro nobre realizou-se uma sessão solene, tendo tomado lugar na mesa de honra, a ladear o Chefe do Estado, os srs. Ministros atrás citados, o Prof. Fraga de Azevedo e o Eng.º Boneville Franco, director-delegado das novas instalações para os serviços públicos.

Coube a este último abrir a série de discursos. Depois de saudar o sr. Presidente da República, pelo estímulo que a sua presença representava por

quem trabalha em obras daquela grandeza, endereçou as suas homenagens aos membros do Governo presentes, envolvendo na mesma saudação os Profs. Fraga de Azevedo e Manuel Pinto, este último subdirector do I.M.T., pela preciosa colaboração que dispensaram aos serviços da sua direcção para o bom êxito da construção daquele imóvel.

E depois de descrever a complexidade daquele edifício, que ocupa uma área coberta de 11.190 metros quadrados e já custou ao Estado — incluindo todas as instalações, equipamento, mobiliário, obras de arte, acessos e jardins — cerca de 39.000 contos, o Eng.º Boneville Franco leu o auto de entrega solene daquele edifício, pelo Ministério das Obras Públicas ao do Ultramar, acto que foi sublinhado com uma prolongada salva de palmas.

O Prof. Fraga de Azevedo, que falou a seguir, começou por inaltercer o alto significado que representa a criação, em Portugal, de melhores condições para a cultura de uma ciência que, acima de tudo, visa contribuir para o conforto e o progresso de mais de metade da população do globo, acto de comunhão e de solidariedade que tem para o nosso País a mais alta expres-

são, e saudou o Chefe do Estado e, na sua pessoa, toda a população portuguesa dispersa pelo mundo e particularmente aquela com quem naquele dia estava mais próximo do seu pensamento, ou seja a que habita o ultramar, onde se situam nove décimos do território pátrio e para a qual especialmente ali se vive e ali se trabalha.

Dirigindo-se ao sr. Ministro das Obras Públicas agradeceu a realização daquele importante empreendimento, de que o País se pode orgulhar. Ao afirmar que o nome do sr. contra-almirante Vasco Lopes Alves, como Ministro do Ultramar, ficava ligado àquela obra de tão alto alcance cultural, científico, político e social, o orador afirmou que só agora 56 anos decorridos, se assistia à realização daquele importante empreendimento. O Prof. Fraga de Azevedo testemunhou depois o seu preito de gratidão às figuras dos srs. marechal Craveiro Lopes, que procedeu ao lançamento da primeira pedra para aquele edifício; Presidente do Conselho de Ministros, Prof. Oliveira Salazar, pelo apoio dado àquela realização; e aos Ministros do Ultramar e Subsecretário da mesma pasta, a quem, através da sua acção, se ficaram devendo os meios necessários à consuma-

BRONCO-VITAM

INJECTÁVEL

Quinina, cânfora, gomenol e vitaminas A e D₂

SUPOSITÓRIOS

Quinina, cânfora, sulfoguaiacolato de potássio, gomenol, eucaliptol, efedrina e vitaminas A e D₂

Anti-séptico das vias respiratórias

RINO-SEPTINA LÍQUIDA

Neomicina, p-aminometilbenzeno-sulfonamida, nafazolina e difenidramina

Descongestionante, anti-séptico, anti-histamínico
(em nebulizador de plástico)

LABORATÓRIOS ESTÁCIO
PORTO

ção do empreendimento. E citou os nomes do Dr. Vieira Machado que lavrou o primeiro despacho determinando o estudo do projecto; do Prof. Marcelo Caetano, que autorizou a sua construção; capitão Teófilo Duarte, que entregou ao Gabinete de Urbanização do Ultramar o estudo do plano do Instituto; comandante Sarmiento Rodrigues, concedendo verbas especiais e aprovando o projecto; e Prof. Raúl Ventura, que definiu e aprovou os termos finais da construção. Análogamente citou os nomes dos antigos Subsecretários do Ultramar, Eng.os Sá Carneiro e Trigo de Morais, e do actual Eng.º Carlos de Abecassis, «aos quais se deve — acentuou — o maior apoio para a realização desta obra impecável».

O Prof. Fraga de Azevedo acentuou, mais adiante, que o novo edifício do Instituto de Medicina Tropical deve, pois, olhar sobretudo o futuro, já que será pela obra que venha a realizar que se mostrará digno da herança valiosa

que recebera, do património científico que pelo passado lhe foi transmitido.

Seguidamente recordou os principais factos ocorridos com o desenvolvimento da medicina tropical e o movimento que logo se esboçou em Portugal, atento às realidades científicas do Mundo, citando, a propósito os nomes de Ramada Curto, António de Lancastre, Silva Teles, Aires Kopke e José de Magalhães, que lançaram no País as bases duma ciência cujos frutos haviam de contribuir notavelmente para a acção civilizadora que ao País importava exercer no Mundo.

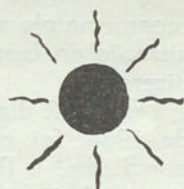
Mais adiante, o Prof. Fraga de Azevedo acentuou que à tradição, pois, da Medicina Tropical em Portugal, tradição que ininterruptamente tem sido mantida e de que é testemunho recente a realização em Lisboa do VI Congresso Internacional de Medicina Tropical e de Paludismo, se deve uma nova realidade: «a construção deste magnífico edifício dedicado à cul-

tura e à investigação dessa ciência e que, adentro desta finalidade e feição especiais, julgo que não ter rival no Mundo».

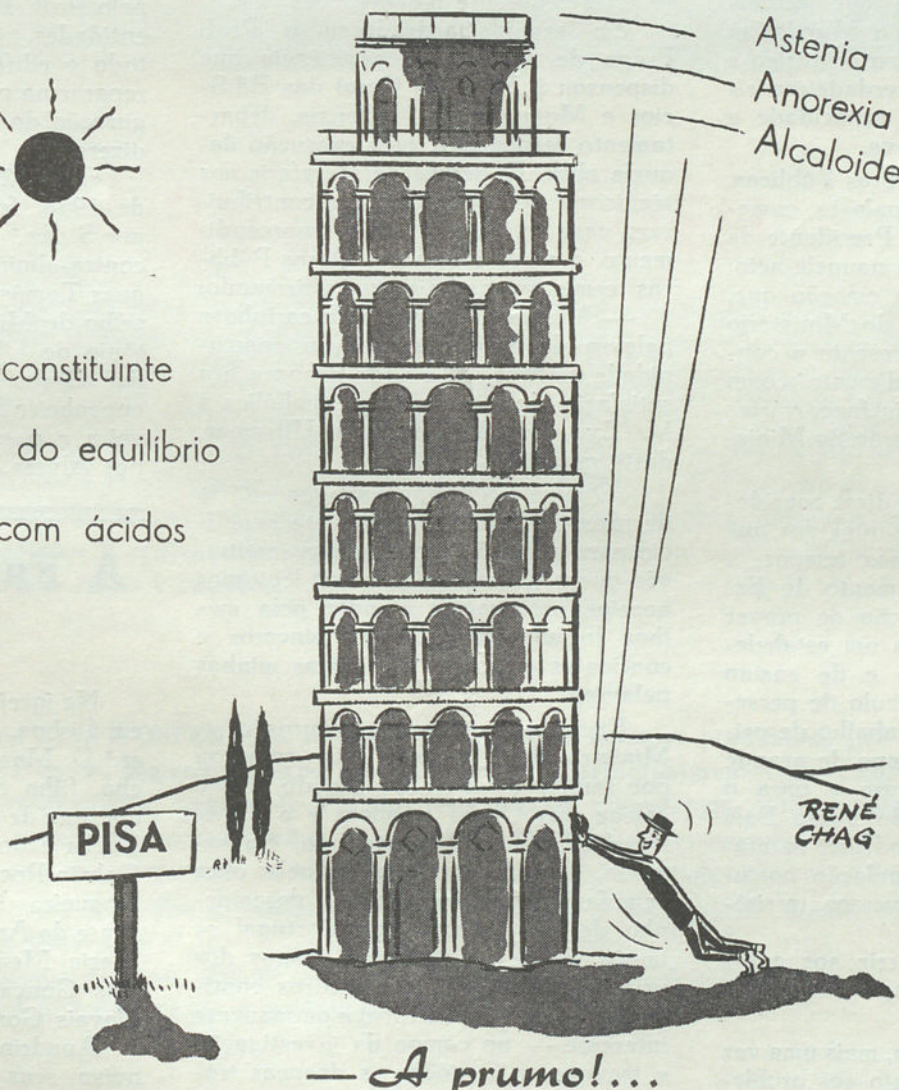
Noutra passagem do seu discurso, o Prof. Fraga de Azevedo fez várias considerações sobre a alta missão do Instituto, única escola post-universitária de Portugal — afirmou —, que, à parte o seu desenvolvimento de carácter cultural, deve intensificar a investigação científica.

E acentuou:

— Creio que não haverá actualmente outro organismo como o Instituto de Medicina Tropical de Lisboa, dispoendo de tão perfeitas e completas condições para a investigação na Medicina Tropical. Assim é que, já pelas suas instalações, equipamento e outras condições de trabalho modelares de que passa a dispor aqui na Metrópole, já pela possibilidade de actuar, localmente, sobre os assuntos de que se ocupa, através das missões periódicas



Tónico reconstituente
regulador do equilíbrio
humoral com ácidos
aminados



PHOSPHO-STRYCHNAL

CAIXA DE 20

AMPOLAS BEBÍVEIS

2 POR DIA

LABORATOIRES LONGUET - 66, AVENUE JEAN-JAURÈS - PARIS-XIX*

Representantes para Portugal e Ilhas: ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA. — Rua Conde Redondo, 64 — LISBOA
R. de Santo António, 15-2.º — PORTO

que organiza e pelas missões permanentes e institutos de investigação que superiormente dirige, dispõe o Instituto de todos os meios materiais necessários a essa tarefa em quase todas as partes do Mundo.

E, a terminar, disse:

— Seria, pois, desejável que o Instituto pudesse dar, com os recursos modelares de que agora dispõe, uma contribuição verdadeiramente original e de sentido prático para o conhecimento e solução dos grandes problemas médicos que importa ainda entretar nos trópicos, indo além da simples investigação, a que podemos chamar imitativa, a única que muitas vezes é possível realizar entre nós.

«A par destas actividades dominantes e considerando que o País, através seus organismos de cultura e de ciência, não pode desinteressar-se da cooperação internacional, hoje cada vez mais proclamada e necessária, deve o Instituto, adentro da sua especialização, concorrer em escala ainda mais elevada do que até aqui com a sua quota parte na competição científica que actualmente se trava em todo o Mundo, já que é inegável o progresso científico e a cultura são hoje os verdadeiros sinais da inteligência, da capacidade e da superioridade dos povos.

O sr. Ministro das Obras Públicas, que se seguiu no uso da palavra, começou por agradecer ao sr. Presidente da República a sua presença naquele acto. Traduziu, depois, a viva emoção que, para todos os servidores do Ministério das Obras Públicas, representa a conclusão de um empreendimento como aquele, o que lhe permitiu fazer várias considerações sobre a missão do Ministério que dirige.

No caso presente, que disse considerar entre os mais interessantes dos que têm prendido, nos últimos tempos, a atenção daquele departamento do Estado, houve a preocupação de prover de instalação satisfatória um estabelecimento de investigação e de ensino que, em mais de meio século de perseverante labor, realizou trabalho de primeira qualidade num campo de grande interesse para o progresso e para o prestígio internacional do nosso País — e da melhoria das condições sanitárias de uma vultosa população portuguesa dispersa pelos diversos territórios ultramarinos.

E, depois de se referir aos autos fins do I. M. T., o Eng.^o Arantes e Oliveira disse:

— Verificou-se, assim, mais uma vez que o Governo está atento aos problemas do desenvolvimento e da melhoria das condições de trabalho dos estabelecimentos de investigação científica

desde que, como é flagrante no caso deste Instituto, sejam chamados a desempenhar papel significativo no concerto das actividades ao serviço do progresso da Nação. Onde quer que a natureza dessas actividades o justifique e o elemento humano dê suficientes garantias da proficuidade e do rendimento, o Governo não negará o seu esforço; antes fará o possível por lhes assegurar o ambiente de exercício mais favorável, em benefício do engrandecimento e do maior prestígio do nosso País.

Dirigindo-se ao seu colega do Ultramar, o sr. Ministro das Obras Públicas salientou o espírito de colaboração que desde o princípio e nas suas fases decisivas presidiu ao desenvolvimento da obra e que reuniu em camaradagem de trabalho exemplar os Gabinetes, os serviços e os funcionários de ambos os Ministérios, colaboração que o levava a encarar com o mais feliz augúrio a próxima realização de empreendimentos de tanto vulto como o Palácio e o Museu do Ultramar e o Instituto Superior de Estudos Ultramarinos.

Em seguida, agradeceu o Prof. Fraga de Azevedo a assistência que dispensou à Direcção-Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais, departamento responsável pela execução daquela obra. E, depois de se referir aos técnicos e aos operários que contribuíram para o êxito daquele empreendimento, o sr. Ministro das Obras Públicas terminou o seu discurso, afirmando:

— A todos é devida uma carinhosa palavra de agradecimento na oportunidade em que me é dada a honra e a satisfação de fazer entrega simbólica a V. Ex.^a, sr. Ministro do Ultramar, deste magnífico edifício.

«Que nele continue a sua trajectória de prosperidade e de crescente benefício para a Nação a prestigiosa instituição que o vai usufruir e cujos legítimos anseios procuramos atender pela melhor forma, são os votos sinceros e confiantes com que termino as minhas palavras.

Encerrou a série de discursos o sr. Ministro do Ultramar, que começou por saudar o Chefe do Estado, o seu colega das Obras Públicas e o director do I. M. T., acentuando, em seguida, que a execução daquela obra vem facilitar notavelmente o desempenho de um encargo que Portugal se impôs, desde os recuados tempos dos primeiros contactos com outros continentes — com inexcedível e permanente interesse — no campo da investigação e tratamento de todas as doenças tropicais.

Disse que Portugal fôra um dos primeiros países a criar uma escola vo-

tada, especialmente, à cultura daquele ramo das ciências médicas; e antes mesmo da fundação daquela escola em 1902, já tínhamos marcado uma posição de destaque nas terras longínquas do Oriente, onde teve fama internacional o Colégio de S. Paulo, em Goa. O sr. Ministro do Ultramar enumerou depois alguns dos principais trabalhos médicos e de missões realizados nas províncias ultramarinas.

Mercê das condições alcançadas — afirmou — tem-nos sido possível colaborar com numerosas organizações especializadas internacionais. Contam-se, entre elas, a Organização Mundial de Saúde e a Comissão de Cooperação Técnica em África ao Sul do Saará.

Terminou por prestar homenagem ao seu colega das Obras Públicas, aos seus colaboradores e ao director do Instituto de Medicina Tropical.

★

Terminada a sessão solene, o sr. Presidente da República, acompanhado pelo Prof. Fraga de Azevedo e demais entidades, percorreu demoradamente todo o edifício. À saída, foi-lhe dado reparar na placa comemorativa da inauguração do Instituto, com os seguintes dizeres:

«Aos 12 dias do mês de Dezembro de 1958, foi este edifício inaugurado por S. Ex.^a o Presidente da República, contra-almirante Américo Deus Rodrigues Tomás, sendo Presidente do Conselho de Ministros o Prof. Doutor António de Oliveira Salazar e Ministros das Obras Públicas e do Ultramar o engenheiro Eduardo de Arantes e Oliveira e o contra-almirante Vasco Lopes Alves».

A Família Médica

Casamento

Na igreja de S. Pedro de Alcântara, em Lisboa, realizou-se o casamento da sr.^a D. Maria José Câmara Galvão Rocha, filha da sr.^a D. Maria de Albuquerque de Medeiros e Câmara Galvão Rocha e do Dr. José Madeira Correia Galvão Rocha, com o sr. Vítor Manuel Nogueira Novais Gonçalves, 2.^o tenente da Armada, filho da sr.^a D. Ivone Maria Mendes Barata Nogueira Novais Gonçalves e do sr. major Vítor Novais Gonçalves.

Apadrinharam o acto, por parte da noiva, seus pais, e, por parte do noivo, o Dr. António Dias Barata Salgueiro e sua esposa, sr.^a D. Maria da Piedade Sande Barata Salgueiro.

Nas
tosses



Penibron

Frasco de 150 g.

Dipenicilina G
Antitússico
Anti-histamínico
Balsâmicos



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

DIARIO DO GOVERNO

(De 13 a 19/II/1959)

DIRECCÃO-GERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, DESPORTOS E SAÚDE ESCOLAR

Aviso

Nos termos do disposto nos artigos 4.º e 7.º do Decreto-Lei n.º 37.869, de 29 de Junho de 1950, declara-se que se encontra vago o seguinte lugar de médico escolar, o qual poderá ser requerido dentro do prazo de quinze dias, a contar do dia imediato ao da publicação deste aviso no «Diário do Governo»:

1 lugar do sexo feminino para o distrito de Lisboa.

O lugar é de nomeação interina e durará enquanto subsistir o impedimento da respectiva proprietária, que se encontra como bolseira fora do País, sem direito à percepção dos seus vencimentos.

16-II-59

ACUMULAÇÕES

Foram autorizados a acumular os seguintes lugares:

Dr. Ernesto Borges Teixeira de Moraes, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto — de vogal da comissão instaladora e administrativa do Hospital de S. João, do Porto.

16-II-59

Dr. Hernâni Bastos Monteiro, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto — de presidente da comissão instaladora e administrativa do Hospital de S. João, do Porto.

16-II-59

Dr. José Luís Maciel Chaves, médico da Polícia Internacional e de Defesa do Estado — de assistente do Dispensário Central de Higiene Social de Lisboa e de médico da Polícia de Segurança Pública de Lisboa.

16-II-59

Dr. Raul Hargreaves Fernandes, médico municipal do concelho de Santo Tirso — de médico do Hospital da Misericórdia da mesma localidade e de substituto do subdelegado de Saúde efectivo do referido concelho.

16-II-59

CONCURSOS

Estão abertos concursos:

Para habilitação ao provimento dos lugares de assistente dos estabelecimentos

de tuberculose pulmonar, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

17-II-59

Para o provimento do lugar de facultativo municipal do 1.º partido, com sede na vila de Monforte.

19-II-59

INSTITUTO DE ALTA CULTURA

Dr.ª Maria Adelaide de Carvalho Amado da Cunha e Vasconcelos Pinto Correia,

17-II-59

18-II-59

NOMEAÇÕES

Faculdades de Medicina

Dr.ª Maria Isabel Gonçalves de Sousa Filipe Correia Bastos — para o exercício das funções de segundo-assistente das cadeiras de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

17-II-59

Outros organismos

Dr. Miguel Fernandes das Neves — médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português e colocado na Província de Moçambique.

18-II-59

Dr. Jaime Valente Moutinho da Silva Pereira — médico obstetra do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da Província de Angola.

19-II-59

Dr. Vasco João Pessca de Araújo — para o lugar de médico do Reformatório Central de Lisboa Padre António de Oliveira.

19-II-59

PROENDORIA-GERAL DA REPÚBLICA

Tendo o Dr. Vasco de Melo Braga, analista (pertencente ao quadro do pessoal não compreendido no quadro de direcção e chefia do Hospital Joaquim Urbano, do Porto) requerido a sua «equiparação» a 1.º analista, a Direcção-Geral de Assistência pediu que fosse ouvida a Proendoria-Geral da República.

O n.º 41 do «Diário do Governo» de 18-II-1959, II Série, publica o respectivo parecer.

18-II-59



ANALGÉSICO
DE USO EXTERNO

apresentado na forma de stick



ACÇÃO RÁPIDA
COMODIDADE DE APLICAÇÃO
ODOR AGRADÁVEL



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

A América do Norte na Era Atômica

(Crônicas de Viagem)

por

MÁRIO CARDIA

com prefácio do

Prof. Reynaldo dos Santos

Um volume de 216 páginas . . . 25\$00

Tumores malignos do aparelho genital feminino

Os seus problemas médico-sociais

por

Mário Cardia, Albino Aroso, Levi Guerra, Aberto Milheiro, Maria Carolina Ribeiro, Fernando Figueiredo, Ferreira de Abreu, Domingos Santos e Augusto Costa.

Um volume de 170 páginas . . . 25\$00

Terapêutica do carcinoma do colo do útero

por

Deolinda Camarinha, António de Castro Caldas, Francisco Valente Rocha, Jorge de Melo do Rêgo, Maria Fernandes Marques, W. Clode, Idálio de Oliveira, Pinto Carvalho, J. da Gama Imaginário, Pedro da Cunha e F. Freitas Simões.

Um volume de 210 páginas . . . 30\$00

Desinfecção e Desinfestação

por

Dr. Luis Cayolla da Motta

(com prefácio do Dr. Castro Soares)

Vol. de 668 págs.

120\$00

PEDIDOS A **SOPIME**
AVENIDA DOS ALIADOS, 41-4.º-PORTO

Contra reembolso ou à cobrança

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, Herménio Cardoso, Ibérico Nogueira, J. Correia de Oliveira, J. Gouveia Monteiro, J. Lobato Guimarães, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Renato Trincão (Profs. da Fac. de Med.), Fernando Serra de Oliveira e M. Ramos Lopes (Enc. de Regências na Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (Chefe do Lab. de Radiol. da Fac.), Carlos Gonçalves (Dir. do San. de Celas), Domingos Vaz Pais (Delegado do Instituto de Assistência Psiquiátrica), José dos Santos Bessa (Del. do Inst. Mat.), Luciano dos Reis (Assistente da Fac. de Med.), Manuel Montezuma de Carvalho (Cir.) e Mário Tavares de Sousa (Ped.) — COIMBRA

Jorge Horta (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aires de Sousa, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, J. Oliveira Machado, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Juvenal Esteves, 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. Irlante Peixoto (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

Ernesto Moraes (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. da 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 Proflaxia Antitracomatosa do Dispen. 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 (Fisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de St.º António), José Aroso (Director de Serv. do Hosp. de St.º António), J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de St.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 (Deleg. 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 Vila do Castelo), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Setúbal)

DELEGADOS

Portugal: Celestino Maia (Funchal); *Espanha*: Castillo de Lucas, Enrique Nogueira e Fernandez (Madrid); *França*: Jean Huet (Paris); *Alemanha*: Gerhard Kock (Munster)

SEMANA A SEMANA A VIDA MÉDICA NACIONAL

Efemérides

(De 14 a 21 de Fevereiro)

Dia 14 — O Ministério da Saúde e Assistência atribui subsídios na importância total de 1.079 contos a onze instituições destinadas à regeneração de raparigas. Pelo mesmo Ministério, são concedidos 770 contos de subsídios a cinquenta postos médicos existentes em diversas localidades.

— Nos serviços de pediatria do Hospital de Santa Maria e em sessão presidida pelo Prof. Salazar de Sousa, reúne-se a Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Durante os trabalhos, é apreciado o novo projecto de remodelação dos estatutos referentes à melhoria do funcionamento interno daqueles serviços.

— Na biblioteca dos Hospitais Cívicos de Lisboa efectua-se a reunião mensal dos farmacêuticos hospitalares, à qual preside o Dr. Augusto Albuquerque da Fonseca, director dos Serviços Farmacêuticos dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

A sessão é preenchida pela apresentação de um trabalho da Dr.ª Maria Rosa Ornelas, chefe da farmácia do Instituto Português de Oncologia, intitulado «Escolha e admissão do pessoal farmacêutico hospitalar».

— Para prosseguimento da luta contra a tuberculose, e por intermédio do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, o Ministério da Saúde e Assistência concede subsídios eventuais às seguintes Misericórdias: de Setúbal (300 contos), de Grândola (200 contos), de Benavente (100 contos), de Celorico de Basto (12 contos), de Castro Verde (110 contos) e de Santiago de Cacém (150 contos).

15 — Com a presença do Ministro da Saúde e Assistência, inaugura-se oficialmente, o novo hospital local, que está já a funcionar desde Janeiro último.

— No Porto, por ter sido nomeado director dos Serviços de Saúde do Estado da Índia, o major médico Dr. Joaquim Magalhães de Oliveira Barbosa, deixa de prestar serviço no Hospital Militar do Porto, devendo seguir, brevemente, para aquela província portuguesa. No último dia de serviço, o Dr. Oliveira Barbosa recebe a homenagem de todo o corpo clínico e dos oficiais daquele importante estabelecimento de saúde, acto que culmina por um jantar de confraternização.

16 — O Ministério da Saúde e Assistência concede 1.385 contos de subsídios a 87 instituições que, no continente e nas ilhas adjacentes, prestam assistência a velhos e inválidos.

O critério por que os referidos subsídios são concedidos vai ser comunicado às instituições e vigorará, a título experimental, durante o ano corrente.

17 — Reune a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa com a seguinte ordem da noite: Dr. Thomé Villar — «Considerações sobre dois novos casos de aspergiloma pulmonar»; Dr. Cortez Pimentel — «Novos aspectos morfológicos do aspergiloma pulmonar» e sua discussão» e Drs. Thomé Villar e José Granate — «Doença de Hodgkin de localização pulmonar aparentemente única».

— No Porto, o Prof. Carlos Ramalhão profere na Faculdade de Medicina, dirigida aos seus alunos da Cadeira de Higiene e Medicina Social, a sua última lição.

Por esse motivo, os alunos da Cadeira, o quarto ano médico, resolvem prestar-lhe expressiva homenagem, que se realiza, pelas 15 horas, no Laboratório de Bacteriologia, anexo ao Hospital Joaquim Urbano, e decorre em ambiente de profunda simpatia e admiração pelo insigne professor.

— Pelo Ministério da Saúde e Assistência, são atribuídos aos hospitais regionais, para o corrente ano, subsídios ordinários no valor de 7.345 contos, assim distribuídos: Aveiro, 160 contos; Beja, 300; Braga, 726; Bragança, 250; Mirandela, 150;

Castelo Branco, 382; Guarda, 210; Leiria, 240; Portalegre, 200; Abrantes, 160; Santarém, 380; Setúbal, 400; Viana do Castelo, 178; Chaves, 100; Vila Real, 329; Lamego, 200; Viseu, 400; Angra do Heroísmo, 132; Funchal, 160; Horta, 160; Ponta Delgada, 450; Covilhã, 378; Évora, 700; Faro, 300.

— Reune-se, no Ministério da Saúde e Assistência, a comissão encarregada de estudar os problemas relacionados com a lei da propriedade da Farmácia.

18 — Na Assembleia Nacional o Dr. Urgel Horta mais uma vez chama a atenção para a necessidade de se criarem «bancos de órgãos», muito especialmente de olhos.

— Em Lisboa reúne-se, à noite, no Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital de Santa Maria, a Sociedade Portuguesa de Obstetria e Ginecologia, sob a presidência do Prof. Freitas Simões, secretário pelos Profs. Gonçalves de Azevedo, do Porto e D. Pedro da Cunha.

Fala o Prof. Gonçalves de Azevedo, para fazer uma comunicação, na qual apresenta cem casos de extracção fetal por meio de ventosa de Malmstrom. O autor, após descrever o aparelho, pormenorizar a técnica da sua aplicação, referir as suas indicações e contra-indicações, conclui pela necessidade de se divulgar o novo método, que constitui progresso técnico indiscutível, que faz baixar consideravelmente e com vantagem o número de aplicações de «forceps».

O trabalho é documentado com sugestivas projecções.

Fala, depois, o Dr. Cardoso e Cunha, que apresenta, por si e pelo Dr. Elisio de Montargil, considerações sobre gravidez molar, com narração de dois casos seguidos na Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Ambos os trabalhos são comentados por quase todos os presentes.

— Em Lisboa, no Hospital do Ultramar, o Dr. Castro Amora fala sobre «Gastroenterologia clínica — alguns comentários». Projectam-se vários filmes científicos.

19 — No Porto realiza-se a segunda reunião científica do corpo docente da Faculdade de Medicina. São apresentadas as seguintes comunicações: Prof. Abel Tavares e Dr. Nuno Grane «Compensação circulatória em órgão de dupla circulação. Estudo experimental»; Prof. Esteves Pinto e Drs. Fernando de Sousa e Domingos dos Santos «Ressecção pulmonar nas hemoptises incoercíveis»; Prof. A. de Sousa Pereira e Drs. Rocha Melo, J. Aguiar Nogueira e J. Pereira Leite «Embolectomia na embolia da carótida interna».

— Ainda no Porto, realiza-se pelas 21 horas e 45 minutos, na sede da Secção Regional da Ordem dos Médicos, nova sessão da Sociedade Portuguesa de Pediatria, com a seguinte ordem de trabalhos: Dr. Valdemar Ferreira «O Laboratório na poliomielite»; Dr. Armino Lavinas «Aspecto epidemiológico do presente surto de poliomielite».

— Na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa reúne a Sociedade Portuguesa de Nutrição com a seguinte ordem da noite: Munhoz Braga — Relatório do representante da Sociedade no III Congresso da Federação Internacional de Diabetes (Düsseldorf, Julho de 1958); Mário Fernandez — «Dieta e doenças da nutrição».

— A secção de Ciências da Academia interrompe a sua sessão em sentimento pela morte de Gago Coutinho, adiando-se assim a comunicação do Prof. Toscano Rico, intitulada «Isótopos radio-activos e permeabilidade capilar em Farmacologia».

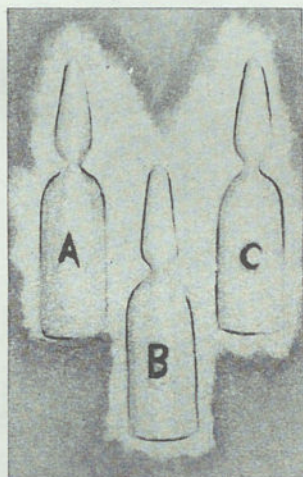
21 — Parte para o Brasil o Dr. Domingos Braga da Cruz, provedor da Misericórdia do Porto, que vai participar, em missão oficial, no Congresso das Misericórdias, que se realizará em S. Paulo.

TRÊS FORMAS

de

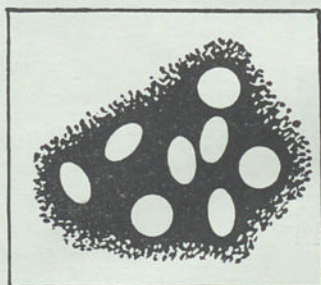
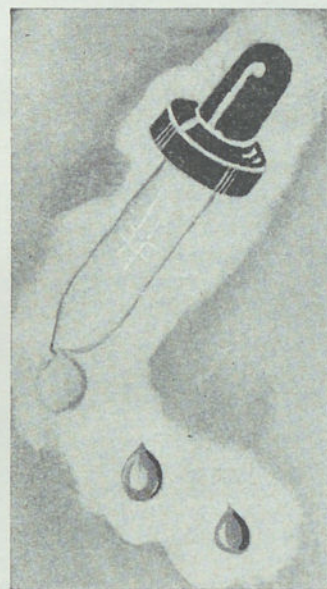
ESTRESSEMINA

PARA O MESMO FIM TERAPÊUTICO



Em grupos de 3 ampolas contendo 9 vitaminas e 1 sal de fósforo.

Gotas com alta concentração vitamínica que podem ser tomadas com água, sumos, leite e papas.



Grageias que pela sua fácil assimilação mantêm o equilíbrio vitamínico.

ESTRESSEMINA, fornece os boicatalizadores necessários para uma norma utilização de substâncias plásticas e energéticas.

GOTAS — 5 gotas 3 vezes ao dia

GRAGEIAS — 1 ou 2 grageias a cada refeição

AMPOLAS — injeção I. M. diária ou em dias alternados de 1 ampola A + 1 ampola B + 1 ampola C = total 3 c. c.

LABORATÓRIOS ASCLÉPIUS - Avenida Miguel Bombarda, 42-44 — Tel. 777135 — LISBOA

Delegação de Propaganda no Norte: Rua Firmeza, 575 (Palácio do Comércio) — Tel. 31567



Propulmil

Bial

INJECTÁVEL

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

SUPÓSITÓRIOS

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

Propulmil

Bial

INFANTIL

INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. VITAMINA A 25.000 U. I.
VITAMINA D₂ 5.000 U. I. QUININA BÁSICA 0,03 g ESSÊNCIA DE NIAULI 0,025 g
EUCALIPTOL 0,025 g CÂNFORA 0,05 g Por ampola.

SUPÓSITÓRIOS

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