

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

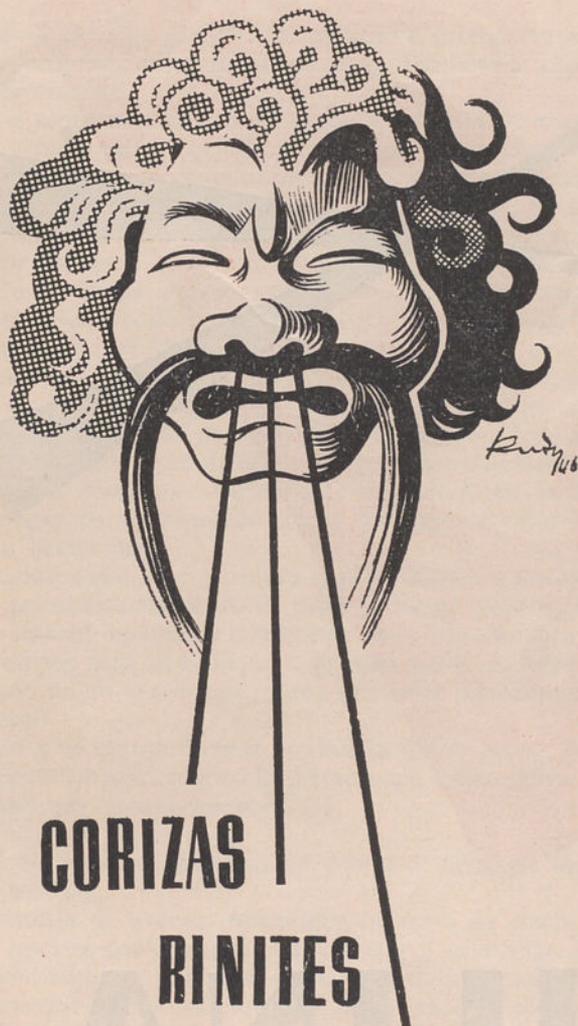
IV ANO — N.º 117
26 de Novembro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

N A Z A M I D A

A Z E V E D O S



CORIZAS

RINITES

SINUSITES

O DESCONGESTIONANTE NASAL
SULFAMIDADO QUE BENEFICIA DA
MAIS LARGA EXPERIÊNCIA CLÍNICA

SOLUÇÃO AQUOSA ISOTÓNICA E ISOIÓNICA
DE SULFONAMIDA + EFEDRINA + CLORETONA

PARA O TRATAMENTO DE

Todas as afecções da Rino-Faringe

Sem os inconvenientes das soluções oleosas

Frasco de 25 cm³ com pipeta-conta gotas: 16\$00



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
AMARANTE JÚNIOR — Aneurisma da crossa da aorta com rotura espontânea para o tecido celular do hemitorax direito	967	À Federação e os Radiologistas — MÁRIO CARDIA	884
LUÍS AUGUSTO CORTE-REAL e CAYOLLA DA MOTTA — Toxicidade do D. D. T. (e de outros insecticidas similares) para o homem e animais superiores	968	Um problema velho... e que não está resolvido — M. DA SILVA LEAL	886
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Experiência clínica com a insulina NPH 50	984	Ecoss e Comentários	888
Síndrome pré-menstrual e metabolismo da água	985	Esclarecimento do Conselho Geral da Ordem dos Médicos quanto à sua interferência na questão suscitada entre a Federação dos Serviços Médico-Sociais e os Radiologistas e na instalação pela Previdência Social e de Serviços Sanitários Privativos	889
		Noticiário diverso.	



LONGACILINA

N,N'-Dibenziletilenadiamina-dipenicilina G. Composto de reabsorção muito lenta.

LONGACILINA

Comprimidos para administração oral.

Cada comprimido: 150.000 U.—Actividade: 8-12 horas

Boião de 12 comprimidos

LONGACILINA A

Soluto aquoso estável pronto a injectar. Escassa reacção local. Menos reacções gerais que a penicilina-procaína.

Caixa de 1 frasco de 300.000 U.—Actividade: 7 dias

Caixa de 1 frasco de 600.000 U.—Actividade: 14 dias

Indicações: Tratamentos prolongados e tratamentos de consolidação de infecções agudas por germes sensíveis à penicilina.

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Aneurisma da crossa da aorta com rotura espontânea para o tecido celular do hemitorax direito

AMARANTE JÚNIOR

(Assistente de Propedêutica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Porto)

Entre as variadas afecções do coração e grossos vasos, os aneurismas ocupam, neste momento uma frequência relativamente pouco elevada.

E, se é pequeno o número de casos desta entidade mórbida, mercê das actuais possibilidades profilácticas e terapêuticas da sífilis, menor é ainda o número de roturas, e mais reduzida a quantidade de casos de sobrevida a essas roturas espontâneas.

Para obstar a este acidente, parece existir um mecanismo compensador de tensão intra-aneurismática que se traduz por uma reacção do tecido conjuntivo peri-sacular, que se organiza em esclerose, envolvendo a ectásia, qual grossa carapaça limitadora da sua expansão permanente.

Por outro lado, à medida que o aneurisma envelhece, mercê de alterações histo-patológicas da face interna da sua parede aliadas a uma diminuição da velocidade do sangue, formam-se coágulos. Estes, maiores ou menores, muito embora possam constituir perigos à distância, organizando-se vêm a servir localmente de elementos de protecção contra o perigo de rotura e de consequente hemorragia.

Protegido, assim, por si contra si próprio, fica o aneurisma quase sem possibilidades de abrir, principalmente para o tecido celular sub-cutâneo nos casos largamente invasores, embora nestes possa romper para os brônquios, grossos vasos, esófago, etc.

Quando tal se verifica, a morte sobrevém súbitamente ou a breve trecho.

Porque é de extraordinária raridade a rotura para o tecido celular sub-cutâneo com sobrevida, pareceu-me digno duma nota clínica o caso que vou apresentar: (1)

— M. S. Pinto, 45 anos, casado, pintor de imagens, natural e residente em Gaia.

Na história da doença, refere que há cerca de cinco anos embora se sentisse perfeitamente bem, notou a existência duma pequena tumefacção do tamanho duma noz, dura, localizada no hemitorax direito, parte mais anterior do 2.º espaço inter-costal e que no dizer do doente «batia como o coração». Consultou um médico e a conselho deste internou-se no H. Geral de Santo António, onde permaneceu 24 dias. Depois de ter alta recomençou o tratamento anti-sifilítico, com o qual melhorou muito, referindo até que a citada tumefacção quase lhe desapareceu. Continuou assim durante bastante tempo não se sentindo piorar, até que, há cerca de seis meses a mesma tumefacção súbitamente aumentou um pouco de volume.

Nos antecedentes pessoais refere contágios luéticos, confirmado pela positividade das reacções serológicas. Os antecedentes familiares não revelam nada digno de referência. À observação verificamos tratar-se dum homem com boa constituição esquelética, robusto e com tendência à palidez. No hemitorax direito apresenta uma tumefacção na face anterior do 2.º espaço intercostal, dura, irregular, do tamanho duma tangerina grande, expansível e pulsátil, com frêmito sistólico.

Pulso rítmico com 72 pulsações por minuto à esquerda; ligeiro retardo à direita. Tensões 14-7, sopro sistólico aórtico.

Puz o diagnóstico de aneurisma mas temendo a reacção Jerish Herisscheimer faço um tratamento atenuado da sua sífilis. O doente faz uma vida ambulatória normal, não abandona o trabalho que é leve. No dia 23 de Dezembro, sou chamado de

(1) *Sztaba* descreve um caso de rotura para a cavidade pleural com sobrevida.

Sirota descreve um outro caso de rotura para a veia cava com sobrevida de 136 dias.

urgência para o mesmo doente, que de manhã, quando se lavava, principiou a sentir-se mal, com tonturas e vértigens acompanhadas duma dor viva no hemitórax direito ao mesmo tempo que sente «crescer e descer» volumosa tumefacção. Cobre-se de suores frios, sente-se angustiado, tem ainda forças para chamar um familiar perdendo em seguida o conhecimento que recupera horas depois. Na altura em que o observo, um seu familiar, comprime-me o hemitórax com uma almofada; o doente está muito pálido com suores profusos, pulso 90 quase filiforme, não se sentindo do lado direito. Sopro aórtico muito pouco audível, com grande diminuição dos sons cardíacos. Tensões 7-6 à esquerda, pelo método auscultatório.

O exame do hemitórax direito, mostrava uma tumefacção mole, com certa renitência elástica e de dimensões aproximadas de 27×22 nos grandes diâmetros vertical e transversal.

Diagnóstico rotura do aneurisma, prescrevo hemostáticos e gelo e moldo rapidamente um modelo de gesso, que ajusto à tumefacção depois de almofadado com algodão, para mais tarde substituir por uma ligadura elástica.

Na tarde do mesmo dia, à direita o pulso é ainda imperceptível, braço frio, e, à esquerda marcaram-se 82 pulsações por minuto, com 9-7 de tensões. A tumefacção parece maior no seu diâmetro longitudinal, mas menor no ântero posterior porque difundiu em extensa área equimótica para o hipocôndrio direito, região umbilical e axilar, acompanhando-se então de dores vivas, terebrantes por infiltração do tecido celular pelo hematoma. Na axila e na região umbilical esboça-se já uma grande equimose que se torna mais nítida dias depois, com área violácea que abrange além das regiões citadas as dorsal e lombar, o flanco e até a região supra-clavicular. A fim de prevenir a infecção que podia matar o doente nos dias imediatos, prescrevi antibióticos em largas doses e por feliz acaso cerca de dez meses depois do acidente (data da publicação) o doente vive, tendo até ao que sei, retomado o trabalho, apenas com um ligeiro endurecimento e maior abaúlamento das regiões axilar e infraclavicular comparado com o que existia anteriormente. Procurei nos dias imediatos documentá-lo, com uma contagem de glóbulos que revelou 2.300.000 e uma hemoglobina que marcava 50%. As reacções serológicas continuavam positivas e um exame radiológico efectuado também nesta data mostrou tratar-se dum aneurisma de aorta, com corrosão dos arcos anteriores da clavícula e da 1.ª costela como se pode ver na fig. 1.

Não pretendemos trazer à discussão o facto de estarmos em presença duma hemorragia por rotura do saco aneurismático. A rotura duma artéria intercostal ou mesmo da mamária interna por luxação ou fractura da clavícula ou duma costela, que não se verificara, não dava origem a tão rápida e violenta hemorragia, demonstrado pelo choque e volume do hematoma. Qualquer outro acidente não parece em causa neste caso. Apenas pretendemos justificar, na base dos nossos conhecimentos qual o mecanismo e os factores, pelos quais um aneurisma sangra por rotura espontânea com sobrevida do seu portador.

É rara, como já foi dito, a abertura dum aneurisma para o tecido celular subcutâneo, pela reacção do tecido conjuntivo peri-sacular. Não encontrei na variada literatura consultada para a elaboração desta nota clínica nenhum caso que fosse acompanhado de sobrevida.

Para que tudo assim se passe, temos que entrar em linha de conta com o retardamento da circulação e formação de correntes turbilhonares dentro da ectásia, as quais, ligadas às lesões do endotélio gravemente alterado, podiam favorecer a formação

de coágulos. Estes podem em poucos casos organizar-se e dessa forma, a loca ectásica fica ocupada por diversos blocos que estabelecem irregularmente sulcos de ligação entre o que foi lume do vaso e as suas paredes: forma-se aquilo a que Huchard deu o nome de aneurisma em «fjord». Nestes canais, o sangue circula com muito menor velocidade, fruto da dispersão e intercepção da onda sanguínea. Se por qualquer motivo a parede do saco rompe, o sangue extravasando-se, fá-lo com relativo relutamento, o que permite a formação dum coágulo ou mesmo dar tempo a qualquer atitude terapêutica, particularmente de ordem cirúrgica.

Além destes factores que são gerais, teremos de entrar em linha de conta com o efeito benéfico que exerceu a compressão moderada e irregular do hematoma, além da manutenção da mesma pela prótese que se aplicou.

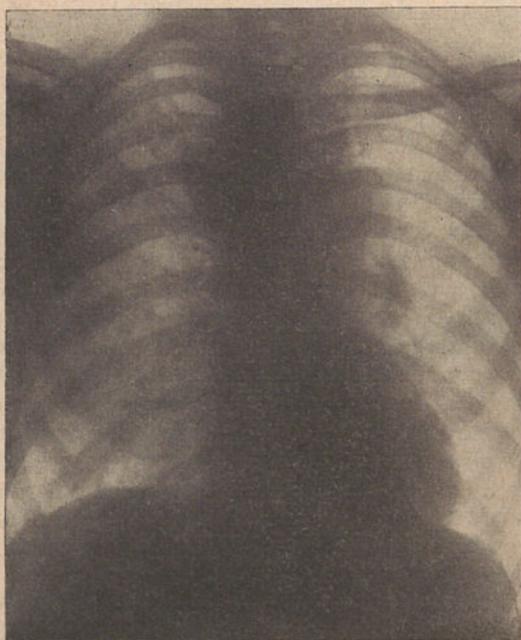


Fig. 1

Os antibióticos dados em largas doses, servem, como deviam ter servido para evitar a infecção do hematoma e impedir que a necrose facilitasse uma rotura em 2.º tempo.

Afigura-se-nos oportuno finalmente, uma ligeira explicação para as irregularidades do pulso à direita. Não focamos no pormenor este particular por sobejamente conhecido que é. Apenas queremos interpretar a ausência do mesmo lado, a quando do acidente. Da interpretação mais razoável, pareceu-nos desperdado por violento espasmo do ponto de partida do hematoma junto da emergência do tronco bráqueo-cefálico ou da subclávia,

por difusão do sangue para esta zona, dada a violência da hemorragia.

RESUMO

Apresenta-se um caso de aneurisma da crossa da aorta que, em certa altura da sua evolução rompeu espontaneamente para o tecido celular subcutâneo do hemitórax direito, dando origem a volumoso hematoma. Este difundiu depois em extensa equimose que cobria todas as regiões axilar, dorsal e lombar até às nádegas, e bem assim as regiões hipocôndrio e epigastro direitos. Na altura do acidente, o doente apresenta sinais de choque hemorrágico, com abolição do pulso e ausência de tensões no braço direito, que reapareceram 48 horas depois. Foram aplicados hemostáticos e gelo e administrados antibióticos para prevenir a infecção tendo-se ainda usado uma prótese de gesso. Há a referir que, cerca de nove meses depois do acidente o doente ainda vive.

BIBLIOGRAFIA

- Huchard H.* (citado) — *Traité clinique des maladies du coeur et de l'aorte*, vol. II, Paris, 1899.
- Emil Sergent* — *Anevrysme de la crosse de l'aorte (rupture à l'extérieur)*. Bull. Soc. Anat., Paris, 1895.
- Savy* — *Traité de Médecine*.
- A. E. Hirst, Affeldt* — *Abdominal aneurysm with rupture into duodenum: 8 cases* — *Gastroenterology* 17-504-514, 1951.
- Balakian, Ryan & Parkel* — *Gastrointestinal hemorrhage due to ruptured abdominal aneurysm*, *Amer. Jour. Digest. Diseases* 17-408-9, Dez. 1950.
- Coggeshael & Genovese* — *Rupture of abdominal aneurysm associated with massive gastrointestinal hemorrhage 7-89-792*, *Amer. Heart. Jour.*, Nov. 1950.
- Aneurysm of sinus Valsalva with rupture into right auricle*, *Am. Heart. Jour.* 41-149-154, Jan. 1951.
- Alex* — *Rupture of aortic aneurysm into superior vena cava.*, *Am. Heart. Jour.* 39-455-464, Mar. 1950.
- J. H. Sirota* — *Spontaneous perforation of aneurysm into superior vena cava, with survival for 136 days*, *Am. Heart. Jour.* 39-791, May 1950.
- Klein: Porter* — *Siphilitic aneurysm with rupture into pulmonary artery*, *Am. Heart. Jour.* 39, Mar. 1950.
- Dienfenbach* — *Fatal Jerish — Herxheimer reaction with sudden aneurysmal dilatation and complet bronchial occlusive following penicilin therapy*. *New England Medical Jour.* 241-95-96, Jul. 21, 1949.
- Luttenkeber* — *Infiltration et rupture dans les parois de l'oesophage*. *La Presse Médical* n.º 61-857, Set. 1949.
- M. Innocenti* — *Aneurisma artério-esclerótico da porção descendente da aorta completamente trombosado.—Estudo clínico e radiológico do caso*. *Minerva Médica* 2-328-331, Out. 1948.
- Green & Sapho* — *Echymosis of abdominal wall as early diagnostic sign of dissecting aneurysm.*, *Am. Jour. Méd. Soc.*, 216-24, Jul. 1948.
- P. Viana* — *Aneurismas da aorta*, 1934.
- C. Lopes* — *Portugal Médico*, 28, Maio 1944.

(Comunicação apresentada às reuniões do corpo docente da Faculdade de Medicina do Porto, em Março de 1953).

Toxicidade do D. D. T. (e de outros insecticidas similares) para o homem e animais superiores

LUÍS AUGUSTO CORTE-REAL CAYOLLA DA MOTTA

(Médico da D. G. S. — Interno dos H. C. L.)

I) INTRODUÇÃO

Só muito recentemente se começou a falar, entre nós, no problema da toxicidade, para o homem e animais domésticos, dos modernos insecticidas de contacto.

Têm sido feitas, ultimamente, algumas referências ao perigo do manuseamento e do emprego daqueles insecticidas e de outros desinfestantes, especialmente do D. D. T. (*diclorodifeniltricloroetano*).

Essas referências têm sido, entretanto, feitas com escasso ou nulo conhecimento do assunto e devem-se, sobretudo, a pes-

soas mal informadas, ou assustadas, quando não são da autoria de casas comerciais que, sem nada se importarem com a Saúde Pública, pretendem lançar suspeitas — geralmente, infundadas e sem qualquer base científica — sobre certos produtos, naturalmente a fim de melhor reclamarem e colocarem os seus.

Estão, neste último caso, por ex., alguns artigos e muita propaganda comercial que, ultimamente, têm surgido em jornais portugueses de informação geral, de grande circulação.

Se é verdade que tais artigos podem ter o mérito de chamar a atenção de muitos descuidados que aplicam desinfestantes «a torto e a direito», sem quaisquer precauções, para consigo,

nem para com os outros, é também verdade que se alarmaram, desnecessariamente, certos sectores do público, com informações que, muitas vezes, não têm qualquer base científica e se devem apenas a «curiosos».

Importa, assim, que se esclareça melhor a opinião pública, acerca dos enormes benefícios que, para a Agricultura e para a Saúde Pública, vieram trazer os novos insecticidas de contacto, bem como interessa ensinar-lhe quais são, na realidade, os melhores, mais adequados e, ao mesmo tempo, mais eficazes, económicos e seguros processos da sua aplicação prática, e, ainda, a sua toxicidade relativa e as precauções que importa tomar, no seu manuseamento. Importa ainda, quanto a nós, que se regulamentem a sua preparação, empacotamento, venda ao público, dizeres dos respectivos rótulos, métodos de aplicação, etc.

Todas estas medidas estão sendo estudadas, entre nós, pelos organismos responsáveis, e podemos estar seguros de que, dentro em breve, se iniciará a execução das medidas que acima preconizamos e por que vimos insistindo desde 1948, quando nos começamos a interessar pelos problemas dos modernos insecticidas de contacto e acção residual.

Não pretendemos, entretanto, abordar, sequer, os pontos principais acima referidos e, nesta breve revisão de conjunto, apenas procuraremos focar o estado actual dos nossos conhecimentos acerca da toxicidade, para os mamíferos e, particularmente, para o homem, dos modernos derivados de hidrocarbonetos clorados dotados de notáveis propriedades insecticidas e com marcado poder residual, referindo-nos, em especial, ao D. D. T., como substância «tipo» e a mais largamente empregada das daquela série.

O público deve ser, na realidade, bem esclarecido acerca do verdadeiro valor e do verdadeiro risco que representam o manuseamento e o emprego daqueles e de outros insecticidas, bem como das precauções que deve adoptar ao lidar com eles, em relação a si e à comunidade.

Julgamos, entretanto, que é à classe médica que se devem, primeiramente, dirigir as indicações de interesse acerca da toxicidade, para o homem, dos numerosos produtos que, nos últimos anos, se têm aplicado, em tão larga escala, como insecticidas, herbicidas, raticidas, etc.

Aos Serviços Sanitários, a quem incumbe a vigilância da Saúde Pública, interessam, de forma evidente, todos os dados conhecidos acerca do assunto, tanto mais que, pela sua própria missão, eles são, habitualmente, um dos grandes consumidores daqueles produtos.

Mas a todos os médicos deve o assunto merecer, também, qualquer atenção. Na realidade, o largo emprego dos insecticidas modernos, nos últimos anos, faz com que muito poucos indivíduos possam fugir, hoje em dia, ao contacto, mais ou menos fugaz, daqueles produtos.

Os médicos que estejam prevenidos, que conheçam o real poder tóxico do D. D. T. e dos outros insecticidas hoje largamente empregados, as suas possíveis portas de entrada, o seu modo de acção, a profilaxia e o tratamento das suas intoxicações, etc., poderão, muito mais facilmente, evitar, diagnosticar e tratar todos os respectivos casos de intoxicação humana.

Os médicos das empresas fabris, em que se preparem ou manuseiem aqueles insecticidas, têm ainda maior obrigação de saber conhecer as possibilidades daquelas intoxicações, reconhecer os seus primeiros sinais, tratar precocemente os casos, afastar os susceptíveis e, sobretudo, providenciar a fim de que se possam evitar, tanto quanto possível, as intoxicações profissionais ou de terceiros.

É preciso não exagerar, nem ignorar, os perigos que a larga aplicação mundial dos modernos insecticidas pode representar. Em suma, é preciso dar o devido valor aos factos hoje já claramente comprovados, pela experimentação animal (e, até, humana) e, sobretudo, pelas observações de numerosos investigadores médicos, observações essas que, hoje em dia, já se estendem, ao longo de um período de tempo de quase 10 anos, sobre alguns milhões de indivíduos, em contacto, mais ou menos íntimo, constante ou frequente, com muitos milhões de toneladas de produtos insecticidas de contacto, mais ou menos por todo o mundo.

É isso que pretendemos fazer, muito resumidamente, nesta breve revisão de conjunto, a propósito, apenas, do D. D. T. e similares, por serem estes os insecticidas hoje mais largamente usados em Portugal.

Existe já uma extensa bibliografia mundial acerca do assunto, bibliografia essa de que julgamos ter consultado e poder referir as obras fundamentais (que, no fim desta revisão, se citam, juntamente com algumas outras, de menor interesse) (1).

Creemos que a consulta efectuada àquela literatura mundial, bem como a modesta experiência que já temos do assunto, nos permitirão resumir os pontos fundamentais do problema da toxicidade do D. D. T. e similares, para o homem, quando empregados como insecticidas.

Referir-nos-emos muito particularmente ao D. D. T., não só por ser este o insecticida mais conhecido e mais largamente empregado dos da série dos novos insecticidas de contacto e poder residual, como também porque é sobretudo ao D. D. T. que se têm dirigido o maior número das recentes «insinuações» e propaganda comercial da grande imprensa diária.

De resto, a toxicidade, para o homem e restantes mamíferos, dos outros hidrocarbonetos clorados com poder insecticida residual, de que o D. D. T. é o paradigma ou tipo, é muito semelhante, nas suas linhas gerais. Tal é o caso, por ex., do B. H. C., H. C. B. ou hexacloreto de benzeno, do «lindano» (isómero γ do hexacloreto de benzeno, puro), do «clordane», do «toxafeno», do «metoxiclor», do D. D. D. ou T. D. E. do «aldrin», do «diel-drin», do D. F. D. T., do tricoloro-canfano, do D. D., do «lucex», do «dilan», do «genitol-923», do «K-6451», etc.

São já mais marcadas as diferenças entre a toxicidade daqueles insecticidas hidrocarbonetos clorados e a dos mais recentes insecticidas organo-fosforados (como, por ex., o T. E. P. P. ou tetraetil-piro-fosfato, o H. E. T. P., o «parathion», o «malathon», o «mipafox» ou «isopestox», o «paraoxon», o «potosan», etc.), bem como a de outros, também só muito recentemente empregados (ex.: o «sistox», o «shradan», «pestox III» ou O. M. P. A., etc.).

Não nos referiremos, entretanto, a nenhum destes dois últimos grupos de insecticidas (os quais são, habitualmente, muito mais tóxicos do que os insecticidas hidrocarbonetos clorados), visto eles não terem sido ainda introduzidos entre nós e por nos parecer muito pouco provável a sua breve introdução em Portugal, entre outros factos pela sua marcada toxicidade para o homem e animais superiores, o que exige uma cautela extrema no seu manuseamento e pessoal especializado para o seu emprego.

Pensamos, de resto, em vir a tratar de novo do problema, mas com maior amplitude, procurando, então, abranger, em futura revisão de conjunto, o estudo da toxicidade, para o homem e animais superiores de todos, ou, pelo menos, dos principais tóxicos de interesse económico, isto é, dos «pesticidas», termo, popularizado recentemente pela O. M. S., que engloba todos os insecticidas, raticidas, herbicidas, fungicidas, moluscicidas, etc., empregados na luta geral que o homem tenta conduzir contra todos os seres vivos parasitas que podem, directa ou indirectamente, ameaçar a sua saúde, ou a sua economia.

II) GENERALIDADES ACERCA DO VALOR E DA TOXICIDADE DOS MODERNOS INSECTICIDAS

Julgamos desnecessário realçar a importância do problema da toxicidade dos modernos insecticidas para o homem e animais superiores, importância essa que tem aumentado, de uma forma extraordinária, nos últimos 5 anos, devido ao incremento formidável da sua larga aplicação, por toda a parte, aplicação essa que mostra nítida tendência expansionista.

Creemos que a aplicação daqueles produtos, hoje já largamente difundida, será, de futuro, cada vez maior, realizando-se, assim, um progressivo aumento das possibilidades de contacto entre os insecticidas e o homem e os animais domésticos.

(1) A todos aqueles que possam ter particular interesse sobre o assunto (toxicidade, para o homem e outros mamíferos, não só dos modernos insecticidas, como também de outros «pesticidas», ou «tóxicos de interesse económico», como são, hoje em dia, frequentemente designados os insecticidas e outros agentes destruidores de artrópodos nocivos à Saúde Pública ou à Agricultura e à Economia, os raticidas e outros rodenticidas, os herbicidas, os fungicidas e os moluscicidas), aconselhamos a consulta do livro de J. M. Barnes: «Toxic hazards of certain pesticides to man», publicado, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde, no segundo semestre de 1953. Este livro contém, ainda, quase toda a bibliografia mundial sobre o assunto, publicado até Dezembro de 1952.

A toxicidade para os animais superiores dos diversos insecticidas hoje conhecidos e aplicados, quer em defesa da Saúde Pública, quer, na Agricultura e na Pecuária, em protecção da Economia das Nações, é extremamente variável de produto para produto. Basta que, a título de exemplo, se citem o ácido cianídrico — o mais violento tóxico conhecido — e, em extremo oposto, o D. D. T., o toxafeno, o metoxicloro, etc.

Entretanto, é verdade que só os *insecticidas ditos de contacto e acção residual* nos podem, presentemente, preocupar mais, uma vez que são só estes últimos aqueles que mais se têm empregado, indiscriminadamente e em vastíssima escala, mais ou menos por todo o mundo.

Os insecticidas mais tóxicos (como, por ex., o ácido cianídrico, o brometo de metilo, os *T. E. P. P.* e similares, o «*parathion*», etc.) têm tido um emprego muito mais limitado e só excepcionalmente podem chegar às mãos da população geral, justamente devido à sua elevada toxicidade e às suas indicações ainda limitadas.

Pelo contrário, os compostos hidrocarbonados clorados, insecticidas orgânicos de síntese, dotados de um poder residual e acção remanescente razoáveis e de fraca toxicidade para os animais superiores, têm sido, especialmente desde o fim da última guerra, largamente empregados, por toda a parte. O seu êxito enorme — e justificado — reside, precisamente, nas suas características propriedades de acção residual marcada e de especificidade insecticida muito grande (o que torna a sua aplicação extremamente económica), aliadas à sua baixa toxicidade para o homem e animais domésticos. Daí, o largo incremento que tiveram a sua produção e a sua aplicação, em Agricultura e em Saúde Pública, sobretudo depois de 1944/45.

Conhecem-se, hoje já, dentro de esta classe, além do *D. D. T.* (*diclorodifeniltricloroetano*, de que o isómero *p, p'* é o mais eficazmente insecticida), que é o paradigma dos hidrocarbonetos clorados dotados de propriedades insecticidas e um dos que foi primeiramente sintetizado e o primeiro a ser utilizado na prática, outros numerosos produtos, como por ex.: o *B. H. C.*, *H. C. B.*, *666*, *hexaclone de benzeno* ou «*gammexame*» (de que o isómero γ (*gama*) ou «*lindano*» é, ao mesmo tempo, o mais eficaz contra a maioria dos artrópodos e um dos menos tóxicos para o homem), o *dieldrin* ou «*octalox*», o *aldrin* ou «*octaleno*», o *toxafeno* ou «*Hércules 3956*», o *clordano* (*1068*, ou «*octa-cloro*»), o *D. D. D.* ou *T. D. E.*, o *metoxicloro*, o *D. M. C.*, o *D. C. P. M.*, o *D. F. D. T.*, o «*lucex*», o «*dilan*», o «*K-6451*», o «*genitol 923*», o *D. D.*, o «*R-242*», o *tricloro-canfano*, o «*Colorado-9*», os «*letanos*», etc.

É já de todos bem conhecida a importância da descoberta dos insecticidas deste tipo — e muito particularmente a da do *D. D. T.* — descoberta essa que veio revolucionar, por completo, a luta do homem contra os artrópodos transmissores, activos ou passivos, de doenças, ou prejudiciais à agricultura.

Nunca é demais realçar o valor daqueles insecticidas e, especialmente, o do *D. D. T.*, que tem a seu crédito a maior parte das vitórias conseguidas, em quase todo o mundo, contra a malária, as rickettsioses, as filarias, a peste, o kala-azar e muitas outras doenças transmitidas por artrópodos.

Está, por ex., calculado, por peritos estatistas da *O. M. S.*, que a descoberta do *D. D. T.* tem possibilitado a salvação de um maior número de vidas do que a descoberta da penicilina, bem como uma economia geral mundial muito superior.

As suas propriedades insecticidas (e as dos outros compostos semelhantes), aliadas à sua toxicidade para o homem e animais superiores, conferem-lhe um lugar de primazia, absolutamente inestimável e, presentemente, ainda insubstituível, entre as armas que, hoje em dia, o homem possui, na sua luta permanente contra a doença e contra a fome.

Conhecida, desde o início da sua aplicação, a baixa toxicidade, do *D. D. T.* e de insecticidas similares, para os animais superiores e, em especial, para o homem, o seu largo emprego, por todo o mundo, foi efectuado sem grandes cautelas, especialmente nos primeiros 3 ou 4 anos da sua aplicação geral.

Apesar de um emprego tão liberal e, habitualmente, desprovido de cuidados, pode dizer-se que os acidentes tóxicos, sobre a espécie humana e os animais superiores, foram sempre raros, para não dizer excepcionais, se entrarmos em linha de conta com os muitos milhões de toneladas de insecticidas empregados e com os milhões de indivíduos expostos à sua contaminação, directa ou indirecta.

Esta larga experiência mundial, que hoje já tem perto de 10 anos, é, quanto a nós, a melhor prova da baixa toxicidade, para o homem, do *D. D. T.* (e produtos similares) quando empregado como insecticida, mesmo quando essa aplicação é mais ou menos indiscriminada e se não rodeia de todas as cautelas necessárias ao manuseamento de qualquer substância tóxica.

Entretanto, passados os primeiros anos de aplicação, melhor estudados, no laboratório e no campo, a química, a toxicidade, as portas de entrada, a metabolização, a eliminação, etc., do *D. D. T.* e similares, e conhecidos melhor e em um número cada vez maior os casos de intoxicação de animais superiores e, até, de homens, verificou-se que eram necessárias algumas precauções, na preparação e na aplicação daqueles produtos.

Essas precauções foram-se definindo, cada vez com maior precisão, e certos países (ex.: Bélgica, Canadá, Dinamarca, E. U. A., França, Grécia, Itália, Reino Unido, Suíça, etc.), chegaram a promulgar leis apropriadas para certos casos especiais da sua aplicação, registo, preparação, venda ao público, contaminação de alimentos, etc.

O alarme levantado então, em meios oficiais e extra-oficiais, produziu, em certos países, um receio, talvez exagerado, que, no mundo em geral, atingiu o seu apogeu por 1948/50, particularmente nos E. U. A., onde aqueles e outros «*pesticidas*» eram, à data, larga e indiscriminadamente empregados.

Esse receio derivou, em grande parte, de afirmações menos verdadeiras, carecendo de bases científicas sérias, que exageraram muito o perigo de aplicação do *D. D. T.* e similares, mas teve as grandes vantagens de: 1.º chamar a atenção do público para o perigo que representa o emprego indiscriminado de qualquer insecticida — por menos tóxico que ele seja — e 2.º de fazer repetir, em experiências sérias e bem conduzidas, novos ensaios de toxicidade, para os animais superiores e para o homem, dos hidrocarbonetos clorados (tipo *D. D. T.*) e de outros insecticidas.

Estes estudos vieram demonstrar o exagero de certas críticas e dos receios da aplicação do *D. D. T.* e similares, no que respeita à sua toxicidade para o homem; não obstante, reconheceram, também, a necessidade de rodear, de um certo número de normas de precaução, a sua preparação e a sua aplicação.

Aqueles estudos tiveram ainda o mérito de nos darem a conhecer melhor as diferentes toxicidades de cada um dos modernos insecticidas, tendo-se precisado bem a elevada toxicidade de alguns (como o *T. E. P. P.*, o «*paraoxon*», o «*parathion*», etc.), que, embora descobertos muito recentemente, estavam já a ser frequentemente utilizados, nos E. U. A. sobretudo, e que já eram responsáveis por alguns casos de morte, apesar de uma aplicação limitadíssima ainda, quando comparada com a do *D. D. T.*, por exemplo.

Quanto aos insecticidas hidrocarbonetos clorados e, particularmente, quanto ao *D. D. T.* — aquele que mais nos interessa por agora, em vista das razões atrás apontadas — os estudos referidos vieram mostrar-nos que se eles são, na realidade, tóxicos e se existe a possibilidade de causarem vítimas entre os homens e os animais domésticos, esta é, entretanto, muito remota, desde que aqueles produtos sejam criteriosamente aplicados.

Quere dizer que o problema está, hoje em dia, situado num meio termo, entre a excessiva confiança da sua aplicação inicial e um receio exagerado dos seus perigos para o homem e animais superiores.

Parece verificar-se só agora, entre nós, o início da fase de receio excessivo da aplicação daqueles insecticidas.

Se isto nos pode estranhar, por um lado, por demonstrar que, mais uma vez, estamos um pouco atrasados em relação aos mais recentes conhecimentos de certos países económica e cientificamente mais avançados, congratulamo-nos, entretanto, por outro lado, com o facto do nosso público começar a compreender que o manuseamento e a aplicação de qualquer insecticida envolve sempre certos riscos, para si e para os outros, pelo que se deve rodear de todos os cuidados indispensáveis e apropriados.

Importa porém que se não deixe avolumar tal receio, especialmente em bases infundadas ou mal esclarecidas, e que se procure elucidar bem a opinião pública e as indústrias (preparadoras ou empacotadoras), do valor daqueles insecticidas — que o não perderam, antes pelo contrário — e do verdadeiro risco que representa a sua aplicação, bem como das normas que a devem reger.

RINOBIÓTICO

Anti-alérgico • Anti-bacteriano • Anti-congestivo

COMPOSIÇÃO

Sulfato de Neomicina	0,010 Grs.
Gramicidina	0,000 5 Grs.
Cloridrato de tonzilamina	0,100 Grs.
Cloridrato de fenilefrina	0,025 Grs.
Brometo de tonzónio	0,005 Grs.
Excipiente a pH adequado q. b. p. 1 frasco de	10 c. c.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Nas diferentes afecções do sistema respiratório superior e transtornos alérgicos. Rinites, sinusites, nasofaringites e infecções bacterianas agudas da mucosa nasal.

APRESENTAÇÃO

Frasco conta-gotas de 10 c. c.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604
Delegação no Porto—Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º—Telef. 21383
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º — Telef. 4556

UM NOVO CONCEITO
NA MEDICAÇÃO DA
HIPER - ACIDEZ GÁSTRICA

Calcamine

H I G I E N E

GLICOCOLA E CARBONATO DE CÁLCIO

NEUTRALIZANTE PODEROSO
ACÇÃO IMEDIATA E PROLONGADA
PERFEITAMENTE INÓCUO

CAIXAS DE 12 E 48 COMPRIMIDOS

LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE



III) TOXICIDADE DO D.D.T., PARA O HOMEM E ANIMAIS SUPERIORES

Apenas pretendemos apontar, o mais brevemente possível, os factos fundamentais e, hoje, já bem conhecidos, da toxicidade do D. D. T. para os animais superiores. Não nos referiremos a outros insecticidas do mesmo tipo, em vista das razões atrás apontadas.

Queremos, entretanto, frisar que a intoxicação, humana e animal, pelos outros insecticidas da série (B. H. C., clordane, toxafeno, dieldrin, etc.) é bastante semelhante à intoxicação pelo D. D. T., em patogenia, absorpção, eliminação, etc., apenas com algumas pequenas diferenças que variam, de produto para produto: 1.º com o poder tóxico puro propriamente dito — toxicidade aguda. (Assim, por ex.: o T. D. E., os «letanos» e o metoxicloro são, em igualdade de peso e pelas mesmas vias de administração, um pouco menos tóxico do que o D. D. T., enquanto que o clordane é, praticamente, tão tóxico como o D. D. T. e o dieldrin e o aldrin são um pouco mais tóxicos, etc.); 2.º com a tendência para a acumulação no organismo dos animais intoxicados (assim, por ex., como o B. H. C. se elimina muito mais rapidamente do que o D. D. T., aquele acaba por ter uma «toxicidade crónica» inferior à deste, enquanto que o clordane e, particularmente, o aldrin e o dieldrin, que têm um poder de acumulação 5 a 8 vezes superior ao do D. D. T., são cerca de 5 a 8-10 vezes mais tóxicos — especialmente como «tóxicos crónicos» — do que este último); 3.º com a sua volatilidade e labilidade; bem como 4.º com o seu poder residual. (Ex.: de dois insecticidas igualmente tóxicos para o homem, o mais volátil e mais lábil, ou seja aquele com menor poder residual, oferece, certamente, menos perigos para o homem, visto desaparecer mais rapidamente das superfícies onde for aplicado; assim é que o B. H. C. é menos tóxico do que o D. D. T. e este menos do que o dieldrin, visto serem cada vez mais longos os respectivos períodos de poder remanescente; etc.

Mas, como se disse, apenas nos referiremos, por agora, ao D. D. T.

Trata-se de um insecticida de baixa toxicidade para os animais superiores, como já foi abundantemente demonstrado, por muitos milhares de experimentações laboratoriais e de aplicações em campo, de que destacamos, por ex., as conduzidas por Cameron e Burgess, Draize, Woodard, Fitzhugh, Nelson, Smith, Calvery, Cox, Neal, von Oettingen, Plummer, West, Campbell, Buxton, Schecheter, Wingo, Crisler, Hoskins, Barnes, Brown, Webster, Simmons, Hayes, Curtiss, Telford, etc., especialmente através de estudos, bem planeados, pela «*Food and drug administration*» e pelos Serviços de Saúde Pública dos E. U. A.

Entretanto, apesar de ser muito pouco tóxico, ele pode vir a ser perigoso, por: 1.º ter um poder residual marcado (de cerca de 6 meses), visto ser quimicamente muito estável e pouco volátil, o que aumenta, extraordinariamente, as suas possibilidades de contacto, não só com os insectos, como também com o homem e animais domésticos; 2.º ser um tóxico cumulativo, tendo a propriedade de se fixar nos tecidos adiposos; 3.º uma vez absorvido por fêmeas, pode ser eliminado pelo leite, ou pelos ovos.

Os perigos, resultantes destas suas últimas características, são óbvios.

Apesar daqueles inconvenientes e porque as doses tóxicas para os animais superiores e para o homem são muito elevadas, os casos conhecidos de intoxicação de mamíferos, por aquele insecticida, são escassos, sobretudo se tomarmos em linha de conta o número fabuloso de indivíduos e de animais que, desde 1943/45, têm entrado em contacto accidental com os biliões de toneladas de produtos contendo D. D. T. e que, desde então, se têm aplicado, mais ou menos, por toda a parte.

Os casos conhecidos de intoxicação humana pelo D. D. T. somam, em todo o mundo, desde 1943 até 1952, apenas algumas centenas (Brown, Cameron), o que nos mostra bem a sua raridade, em relação ao número total de indivíduos expostos e ao tempo total de contacto, verificados, em todo o mundo, desde aquela data. Além disso e até 1952, só se conheciam, publicados, 14 casos fatais, na maioria dos quais nunca foi o D. D. T. o principal ou, pelo menos, o único responsável.

Entre nós, o estudo de toda a bibliografia disponível não nos revelou a existência de qualquer caso conhecido de intoxicação, bem comprovada, pelo D. D. T. e, muito menos, de qualquer

acidente fatal (Cambournac, etc.). Conhece-se, apenas, um caso, publicado, de intoxicação subaguda pelo B. H. C., caso esse que se curou com completo *restitutio ad integrum* (Cayolla da Motta) (1).

Apesar disso, é possível que se tenham verificado outros casos de intoxicação, por aqueles, ou outros, dos modernos insecticidas de contacto, mas que, por demasiado discretos, passaram despercebidos, pelo menos como tal.

Mas, como para que se verifiquem alguns casos aparentes de intoxicação humana, com produto tão pouco tóxico como o D. D. T., é preciso que o seu manuseamento e a sua aplicação sejam extensíssimos e envolvam dezenas de milhares de indivíduos, a fim de que haja probabilidades de se verificarem as condições necessárias para isso (Cameron, Brown), não nos repugna aceitar a inexistência, ou a extrema raridade, de tais casos em Portugal, onde o emprego do D. D. T. e similares se tem efectuado, ainda, em pequena escala, em relação a outros países (ex. E. U. A., Itália, Grécia, etc.), onde se têm referido os poucos casos de intoxicação humana, conhecidos e publicados.

Como se disse, desde 1943 até 1952 apenas se conhece a ocorrência de 14 casos de intoxicação humana mortal pelo D. D. T., em todo o mundo (A. W. Brown). Na sua grande maioria, aqueles casos fatais foram devidos à ingestão accidental, ou intencional (suicídio), de grandes quantidades de D. D. T., geralmente em solução em óleos, ou outros dissolventes orgânicos, que, só por si, eram tóxicos também.

Como se vê, não se pode considerar elevado tal número de mortes, em relação aos milhões de indivíduos em permanente contacto, habitualmente descuidado, com aquele insecticida.

Numerosas experiências de laboratório vieram mostrar que a dose mínima mortal para os mamíferos (ratinhos, ratos, coelhos, cães, gatos, aves, carneiros, cabras), varia, consoante a espécie animal, entre 200 e 2.000 mg./k. de peso, *per os*, e que, através da pele, só se pode verificar a absorpção do D. D. T. quando dissolvido, em óleos ou outros dissolventes orgânicos, o que, evidentemente, dificulta o estudo da acção tóxica exclusiva daquele insecticida (Burgess e Cameron, Bishopp, experiências da «*Food and drug administration*», etc.).

Segundo Brown e colaboradores a D. L.₅₀, medida mais precisa do que a dose mínima letal, seria, para os mamíferos, em geral, de cerca de 250 a 500 mg./k. de peso, verificando-se, entretanto, grandes variações de espécie para espécie e, até, dentro de cada espécie, de indivíduo para indivíduo, mesmo em aparente igualdade de circunstâncias (estado geral de saúde, alimentação, idade, etc.).

As doses susceptíveis de desencadear fenómenos tóxicos e as doses letais variam, ainda, com inúmeros factores, de que os mais importantes são: 1) a porta de entrada; 2) os veículos de administração; 3) as formas de aplicação (pós, emulsões, soluções); 4) o tempo de administração; 5) o estado geral de saúde, particularmente o dos parénquimas, hepático, renal e hematopoiético; 6) o tipo de alimentação; etc.

De entre as variações de espécie para espécie, podemos, por ex., apontar que, dos animais domésticos, o gato é dos mais susceptíveis. O homem parece ser, também, dos mamíferos mais susceptíveis, embora não tanto como o gato, o rato e os ratinhos. São mais resistentes os coelhos, os ovídeos e as aves de capoeira.

A administração por via oral é bastante mais perigosa do que o simples contacto cutâneo. Se se trata de D. D. T. simples, misturado em pó inerte, o seu contacto com a pele nua sã, ou, até, com a pele ligeiramente escoriada, não tem o mínimo perigo, mesmo quando presente em grandes quantidades.

As experiências de Neal, von Oettingen e outros, bem como as de Smith e Stokholman, etc., mostraram que doses de 4 g./k. de peso de D. D. T. em pó sobre pele sã, ou lesada, não provocam qualquer perturbação, em homens e animais superiores.

Embora o D. D. T. não seja normal nem habitualmente irritante para a pele, ou mucosas, pode, em raros indivíduos, ser causa de perturbações alérgicas, regra geral discretas que vêm a cair dentro do quadro das «dermatoses por contacto» (Brown, Moeschlin, etc.). Muitas dermatoses por contacto atribuíveis ao

(1) Segundo J. J. Barnes, em uma extensa revisão de conjunto sobre o assunto, publicada em 1953, aquele caso português é o único publicado, até hoje, em todo o mundo, de intoxicação de um operário de uma fábrica de insecticidas (empacotamentos) pelo B. H. C.

D. D. T. são devidas, entretanto, a outras substâncias que lhe estão associados, nos preparados comerciais.

Note-se que estas e outras perturbações de carácter alérgico ou anafilático (alergoses), que o D. D. T. pode desencadear, em raríssimos indivíduos, nada têm que ver com as verdadeiras intoxicações pelo D. D. T. e que nem sequer são sintomática nem patogênicamente específicas. É por isso que, embora pareçam ter sido a causa de 2 das 14 mortes acima apontadas, não nos voltaremos a referir a elas, por não serem intoxicações verdadeiras, mas sim acidentes anafiláticos, absolutamente semelhantes aos que podem surgir com qualquer outra substância largamente e habitualmente manuseada por milhões de indivíduos.

O contacto do D. D. T., em pó, com as mucosas superficiais (especialmente as conjuntivas) não tem, habitualmente, qualquer perigo para homens e animais, desde que o insecticida não esteja em solução ou emulsão, como ficou bem comprovado depois dos trabalhos de Blas, Brown, Piédrola Gil, etc.

A via inalatória parece ter, também, pequena importância prática, não só porque são, geralmente muito pequenas as doses de insecticida espalhado na atmosfera dos compartimentos tratados (e muito menores ainda quando ele se aplica ao ar livre), como também porque, naquelas pulverizações, em «aerosol», se empregam, habitualmente, solutos muito pouco tóxicos.

De resto, a concentração de D. D. T. na atmosfera, eficaz como insecticida (para todos os artrópodos alados nocivos, sensíveis ao D. D. T.), quando aplicado em «aerosol» contra insectos alados, é cerca de 4.000 vezes menor do que a concentração que poderia causar qualquer prejuízo, por via inalatória, aos mamíferos superiores (Cameron e Brown).

Além disso, só quando as gotículas do aerosol insecticida são inferiores a 5 μ (o que não sucede com a maioria dos aparelhos correntes de pulverização de insecticidas), é que existe o perigo — teórico pelas razões atrás apontadas — de que os animais superiores se intoxiquem, por via inalatória.

Os dissolventes e agentes pulverizadores usados, habitualmente, nas «bombas» de D. D. T., ou de B. H. C., e que permitem a formação daquelas gotas, são, regra geral, bastante inofensivos para o homem e outros animais superiores. Tal é o caso da ciclohexanona ou da isoforona (geralmente empregadas na concentração de 10%), de butóxido de piperonil, etc. e o do *freon* (que não é tóxico até mesmo em concentrações de 30% e 50%). Note-se que esta última substância pode, se se deixa evaporar sobre a pele, provocar queimaduras do 2.º e 3.º graus (A. W. Brown, Neal e colaboradores, etc.), visto ferver à temperatura ambiente habitual.

Verifica-se, assim, que só a via oral tem realmente importância prática na intoxicação pelo D. D. T., ou pelos seus similares (B. H. C., toxafeno, metoxicloro, clordane, dieldrin, etc.).

É verdade que produtos aplicados sobre a pele podem, mais tarde, vir a ser ingeridos (ex.: o homem que trabalha com D. D. T. e vai comer sem lavar as mãos; os animais que se lambem frequentemente, como o gato, etc.), mas, mesmo nesses casos, a porta última de entrada é sempre a oral.

A ingestão de D. D. T. em pó, cristalizado ou amorfo, em veículos inertes, é muito menos grave do que a sua ingestão sob a forma de emulsões e, particularmente, de soluções. Isto, por dois motivos: 1.º) sendo o D. D. T. insolúvel na água, a sua absorção intestinal será muito maior se ele for ingerido já dissolvido; 2.º) a grande maioria dos dissolventes comuns do D. D. T. são, só por si, tóxicos para o homem.

Plummer provou, recentemente, que o D. D. T., por via oral, é cerca de 100 vezes mais tóxico, para o homem e outros mamíferos, em veículo oleoso do que em veículo aquoso.

Em solução, o D. D. T. pode mesmo penetrar através da pele e, se as suas quantidades e as do seu dissolvente forem razoáveis, pode causar graves intoxicações, de que algumas das conhecidas foram mortais (3 ou 4 dos 14 casos fatais).

Note-se, a propósito, que numerosíssimos casos de intoxicação que se têm atribuído ao D. D. T., ou a outros insecticidas, foram, na realidade, causados, apenas, ou sobretudo, pelos seus dissolventes.

De entre os dissolventes tóxicos do D. D. T., mais empregados e principalmente responsáveis pela sua entrada no organismo humano e pela potencialização da sua toxicidade, podemos apontar, por ex., o *petróleo*, a *gasolina*, o *querosene*, o *xilol*, o *benzeno*, a *terebentina*, etc., etc. Parecem ser mais tóxicos, para o homem, os dissolventes gordos de pontos de fusão mais baixos (A. W. Brown).

São menos tóxicos, ou, até, não tóxicos, nas doses habitualmente empregadas, outros dissolventes, como a *ciclohexanona* e a *isoforona*, que só têm o inconveniente de ser bastante mais caros do que os primeiramente apontados.

O estado geral de saúde influi também, por motivos óbvios. Importa, sobretudo, um perfeito funcionamento do fígado, dos rins, do sistema nervoso e dos órgãos hematopoiéticos, visto serem estes os parênquimas mais precoces e mais intensamente lesados, não só pelo D. D. T., como também pelos seus dissolventes habituais.

Daí, o interesse do afastamento, das fábricas de preparação e ou de empacotamento de insecticidas, bem como de todas as suas equipas de aplicação prática, de todos aqueles que, porventura, sofram de qualquer afecção hepática, renal, neurológica ou hematopoiética, ou que revelem especial labilidade dos respectivos órgãos ou sistemas.

Os efeitos tóxicos do D. D. T. fazem-se sentir, com maior intensidade, nos indivíduos e nos animais mais jovens e, particularmente, nos mais mal alimentados e em pior estado de nutrição (Brown, Blas, Balachowski, etc.).

Alguns experimentadores afirmam, ainda, a existência de uma susceptibilidade um pouco mais elevada entre as fêmeas (Brown).

A alimentação habitual tem, também, enorme importância.

Está hoje cabalmente comprovado que as dietas ricas em gorduras são as que mais facilitam o aparecimento dos sinais de intoxicação entre os animais expostos e as que mais os agravam, especialmente se elas são também pobres em proteínas, hidratos de carbono, lipotrofos e vitaminas.

Uma série de ratinhos, alimentados com uma elevada percentagem de óleo de trigo e submetidos à mesma quantidade de D. D. T. (ou de B. H. C., etc.) do que outro lote igual daqueles animais, mas que tinham uma dieta sem gorduras, revelaram, muito mais precocemente e com maior intensidade, os sinais típicos de intoxicação por hidrocarbonetos clorados. Em outro grupo de ratinhos, a diminuição de 10% das proteínas, da sua dieta habitual, duplicou a mortalidade pela ingestão de doses idênticas de insecticidas (D. D. T., B. H. C., etc.), em relação a um grupo testemunha, com dieta normal; aumentando, em outro lote, idêntico, de ratinhos, o teor proteico da sua dieta de 50% e submetendo-os, sempre, à mesma dose de insecticidas, conseguiu reduzir-se a zero a sua mortalidade, pela intoxicação insecticida (J. J. Barnes).

Julgamos óbvias as conclusões práticas, de valor profilático (a pôr em execução entre todos aqueles que têm de lidar, habitualmente, com os modernos insecticidas de contacto), a tirar das constatações acima referidas.

Os estudos da absorção, da metabolização, da acumulação e da eliminação do D. D. T. puderam, recentemente, ficar melhor conhecidos, pela «marcação» radio-activa (com Br_{82} da sua molécula, e permitiram tirar algumas conclusões de interesse, de que apenas se resumem as principais.

Uma vez introduzido no organismo, humano ou animal, e atingida a dose tóxica, o D. D. T. vai desencadear uma sintomatologia de base essencialmente neurológica, visto atacar especialmente os centros nervosos.

Além do seu neurotropismo — que sempre se manifesta não só através de alterações do S. N. C., como também do S. N. P., por vezes — o D. D. T. pode lesar, e, em doses tóxicas, frequentemente lesa, o parênquima hepático e, mais raramente, os rins (especialmente os tubos renais), os músculos estriados e o sistema hematopoiético.

Trata-se de um tóxico cumulativo, que se fixa particularmente nos tecidos adiposos de toda a economia animal.

Como prova clara do poder cumulativo do D. D. T., pode citar-se, por ex., que um coelho, que só sucumbe a uma dose única de 300 mg./k. de peso, se lhe for dada uma dose diária de 50 mg. de D. D. T./k. de peso, vem a morrer, regra geral, pela 2.ª-3.ª semana da administração daquelas doses diárias, cada uma delas 6 vezes inferior à dose letal.

Uma vez absorvido, é parcialmente (cerca de 5%) eliminado, pela urina, sob a forma de ácido diclorodifenil-acético. Essa eliminação, que é máxima no 2.º dia após a absorção, decresce, em seguida, muito rapidamente, sendo já praticamente nula 10 dias depois. Entretanto, a maior parte não se elimina e acumula-se nos tecidos adiposos, onde, ao fim de 3 meses ainda se pode encontrar cerca de 50% da quantidade total de D. D. T.



NOVA CONCEPÇÃO NO COMBATE AOS VERMES INTESTINAIS

"VELARDON"

Um vermífico, altamente eficaz, cuja acção se baseia num princípio absolutamente diferente dos até agora utilizados.

"VELARDON" DIGERE OS VERMES

INDICAÇÕES

O "VELARDON" está indicado no combate aos seguintes nemátodos:

- ascarídeos
- oxiuros
- tricocéfalos
- anquilostomos

Agora é, portanto, possível utilizar uma só preparação para combater toda a espécie de vermes, inclusivé os oxiuros até aqui tão difíceis de eliminar. Absolutamente inócuo.

APRESENTAÇÃO

Embalagem contendo:

1 saco de papel de alumínio com 20 grs. de granulado

REPRESENTANTES:

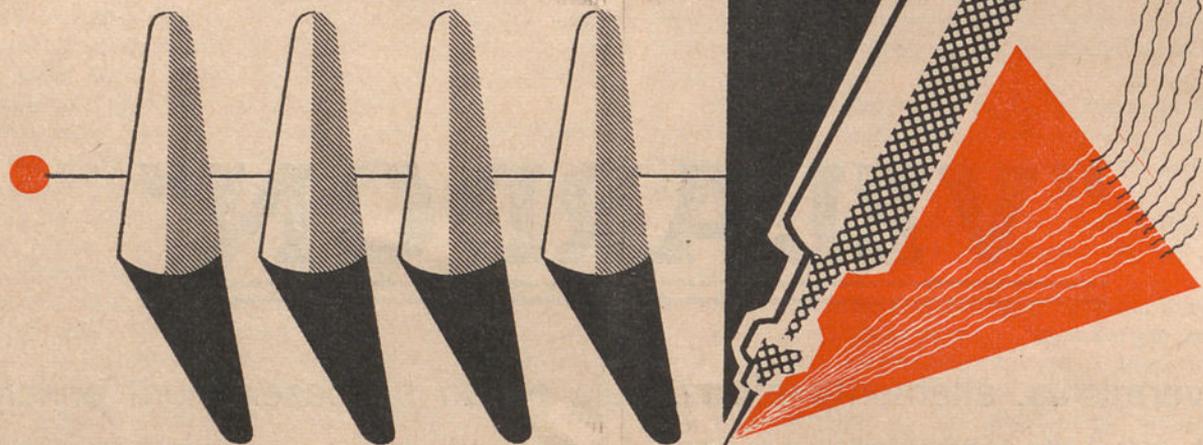
UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

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

BISMUPEN

INJECTÁVEL *

SUPOSITÓRIOS *



O PRIMEIRO PRODUTO PREPARADO EM PORTUGAL PARA
SIFILIS, AMIGDALITES, FARINGITES E ANGINA DE VINCENT

A MAIS PERFEITA FLUIDEZ

PARA A MAIS MODERNA TERAPÊUTICA

INJECTÁVEL

Penicilina G Procaínica	2.100.000 U. I.
Monoestearato de alumínio	2 0/0
Salicilato básico de bismuto	0,24 gr.
Óleo de Sésamo c/ cobalto	
q. b. para	18 c. c.
Frasco de 3 c. c. = 1 dose (1/6 da fórmula)	
Frasco de 18 c. c. = 6 doses	

SUPOSITÓRIOS

Penicilina G Procaínica	300.000 U. I.
Carbonato de bismuto	0,22 gr.
Benzoato de sódio	0,05 gr.
para 1 sup. Bismupen adulto	

O Bismupen **infantil** tem metade do bismuto

P R E Ç O S

BISMUPEN de 18 c. c.	85\$00
> de 3 c. c.	22\$50
> adulto (1 supositório)	18\$00
> infantil (1 supositório)	17\$50

LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO



J. J. FERNANDES, LDA.

L I S B O A — P O R T O — C O I M B R A — F U N C H A L

inicialmente administrada e acumulada ao princípio (Lang e colaboradores).

Em 75 fragmentos, analisados, de tecido adiposo recolhido no decurso de operações casuais, de indivíduos que trabalhavam habitualmente com o D. D. T., encontraram-se concentrações de 0,1 a 20 p. p. m. (partes por milhão) daquele insecticida.

Nas fêmeas, o D. D. T. absorvido é, em parte, eliminado também pelo leite, o que tem importância óbvia para a Saúde Pública. Na realidade, se a eliminação pelo leite for considerável, o homem pode, pelo menos teoricamente, vir a intoxicar-se, pela ingestão de grandes quantidades de leite ou de laticínios, provenientes de animais que ingeriram, habitualmente, forragens com demasiado D. D. T..

Além disso, as mulheres que amamentam podem, acidentalmente, ingerir D. D. T. em quantidades que, embora inócuas para si, poderão vir a intoxicar as crianças que criam, as quais, justamente por serem mais jovens, são mais susceptíveis àquele insecticida, como atrás se disse.

É, entretanto, verdade que tal hipótese ainda não foi confirmada na espécie humana, mas ela deve ter-se sempre presente e procurar afastar-se, por intermédio de precauções óbvias.

De resto, a eliminação pelo leite, quando se verifica, é sempre em quantidades demasiado insignificantes para que possam ser consideradas habitualmente tóxicas, mesmo para crianças e lactentes.

Foram Woodard e colaboradores dos primeiros investigadores que mostraram a eliminação do D. D. T. pelo leite de vacas vivendo em comunidades rurais em que se fazia, há bastante tempo, largo emprego daquele insecticida.

A eliminação do D. D. T., pelo leite de vacas intoxicadas, começa logo no 1.º ou 2.º dia após a administração do tóxico e prolonga-se, em regra, por cerca de mais 2 a 3 semanas, mesmo quando aquela administração de D. D. T., nas forragens das vacas, não volta a ser repetida, senão nos dois ou três primeiros dias.

Isto é devido ao poder cumulativo do D. D. T., nos tecidos adiposos. Na realidade, está calculado que, após a sua absorção, só cerca de 5 % se elimina nos 2-3 primeiros dias (pela urina e leite, quase que exclusivamente), ficando os 95 % restantes acumulados no organismo. Desde que se não verifiquem novas absorções, os 95 % acumulados só se eliminam, muito lentamente, em cerca de 3-4 semanas (Blas, Brown, etc.), embora haja autores que demonstraram que, por vezes ainda persiste, nos tecidos adiposos, ao fim de 3 meses após a absorção inicial, cerca de 50 % do D. D. T. primitivamente acumulado (Lang e colaboradores).

Vacas alimentando-se, durante 2 meses consecutivos, de forragens tratadas pelo D. D. T. e contendo 51 p.p.m. (51 partes por milhão) passaram a eliminar D. D. T. no leite, na proporção de 0,5 p.p. m. (Wilson e colaboradores).

Em outra investigação, Schechster e colaboradores, encontraram que vacas ingerindo uma quantidade desconhecida, mas certamente elevada, de D. D. T., eliminavam-no pelo leite na dose de 25 p.p.m. e que a manteiga, fabricada a partir desse leite, continha 532 p.p.m.; isto não é de estranhar, uma vez que na manteiga se encontram muitíssimo mais concentradas, do que no leite, aquelas gorduras lácteas onde o D. D. T. se acumula. Na carne magra daqueles animais existiam 4 p.p.m. de D. D. T. e na carne gorda 175 p.p.m., o que está de acordo com o que se sabe acerca da particular afinidade e da acumulação do D. D. T. nos tecidos adiposos.

Outros investigadores (Wingo e Crisler, Smith e Hoskins, Curtiss, Telford, etc.), dando a ratinhos, leite de cabras alimentadas com 1,4 g. de D. D. T./k. de peso, verificaram que ele era tóxico para os ratinhos desde 30 horas após o início da administração do D. D. T. e, ainda, por cerca de mais uma semana, embora só se tivesse dado, às cabras, uma dose única de D. D. T., no primeiro dia da experiência.

Mais recentemente, verificou-se que o D. D. T. se pode fixar, também, na carne magra e, até, nos ovos dos animais que o ingeriram em quantidades apreciáveis. Brown, por ex., refere: «que porcos, comendo alimentos com 5 p.p.m. de D. D. T., revelaram 2 p.p.m. na sua carne negra, e 16 p.p.m. na gordura»; e que galinhas, alimentadas com couves e farelos que continham 310 p.p.m. de D. D. T., passaram, cerca de 1 semana depois, a pôr ovos em que se encontraram 180 p.p.m. de D. D. T.»

Note-se, entretanto, que, até hoje e tanto quanto conseguimos averiguar, pela consulta de bibliografia mundial do

assunto, ainda se não conhecem casos bem comprovados de intoxicação humana por D. D. T. adquirida através do consumo de carnes, gorduras, leites, laticínios ou ovos de animais, mesmo naquelas comunidades em que se fez, desde há mais tempo, uma mais larga aplicação daquele insecticida.

Isto, naturalmente, porque as quantidades de D. D. T., que assim se podem ingerir, são demasiado pequenas para causarem intoxicações clínicas e, também, porque deve ser diminuído o número de animais à volta dos quais se podem reunir todas as condições que lhes permitam, na prática, a absorção de quantidades de D. D. T. tão elevadas que seja possível o seu doseamento na carne, leite ou ovos.

Aquela possibilidade deve, contudo, permanecer sempre em nossa mente, a fim de que tanto quanto possível, a afastemos, pela criteriosa aplicação do D. D. T. e de outras insecticidas, de maneira a que, não só os homens, como também os animais domésticos, se possam defender, o melhor possível, daquela contaminação e da sua fixação em produtos alimentares de tão grande importância como os acima referidos.

Quanto às diversas formas de intoxicação humana, só as agudas e subagudas são melhor conhecidas. Sabe-se ainda pouco, como bem faz notar Balachowski, acerca das intoxicações crónicas pelo D. D. T., devidas à ingestão habitual de pequenas quantidades.

Em qualquer dos casos, é sempre difícil distinguir, nos intoxicados, as queixas e os sinais devidos exclusivamente ao D. D. T., daqueles devidos aos seus dissolventes, emulsionantes, etc., com os quais juntamente se emprega, frequentemente, na prática corrente.

Foi, sobretudo, após experimentação em alguns voluntários abnegados, que os sinais mais característicos da intoxicação pelo D. D. T. se começaram a conhecer melhor. De entre aqueles voluntários, queremos destacar Velbinger, que, depois de ter contribuído, decisivamente, para o conhecimento das intoxicações humanas pelo D. D. T. pelo B. H. C. e por alguns outros insecticidas, veio a falecer ao experimentar, sobre si mesmo a acção do «parathion», insecticida de base diferente e notavelmente mais tóxico.

Velbinger ingeriu dose de 250 mg. a 1.500 mg. de D. D. T., em óleo de fígado de bacalhau (e, pois, dissolvido), no fim de cada uma das três principais refeições diárias. Referiu que só a partir da dose de 750 mg. — 1.000 mg., três vezes por dia, começou a sentir queixas (dores na face, vertigens, hiperestésias, excitação, ataxia); com a dose de 1.500 mg., repetida por 3 vezes, surgiram hiperestésias e hiperalgias das mãos, pés, braços e boca e movimentos tetaniformes dos braços. Na sua opinião, só em doses superiores a 6 g./d. (cerca de 100 mg./k. de peso) é que o D. D. T. seria, sob aquela forma (dissolvido em óleo), perigoso para o homem.

A ingestão experimental de 10 a 20 mg./k. de peso, em azeite, em indivíduos saudáveis, não provoca senão algumas cefaleias, irritabilidade, aumento de fragilidade capilar, ataxia, vertigens, alguns tremores musculares, midríase e estado nauseoso (Velbinger).

As mesmas doses ou, ainda, doses muito maiores (até 4 g./k. de peso), quando colocadas sobre a pele íntegra (não só em pó, como até em suspensões ou emulsões), não provocam quaisquer perturbações, ou só dão origem a sinais muito discretos, especialmente se o tempo de contacto é breve (Velbinger).

Stammers e Whitfield observando, durante alguns meses, numerosos operários saudáveis que trabalhavam, cerca de 6 horas por dia, em compartimentos fechados, com solutos de 5 % de D. D. T. em petróleo, com os quais, por vezes, contactava a pele das suas mãos e braços, não conseguiram comprovar, entre aqueles operários, a existência de quaisquer sinais de intoxicação.

Julgamos que esta observação comprova, mais uma vez, a baixa toxicidade do D. D. T. para o homem, especialmente se este se encontra bem de saúde e bem alimentado e se observa os cuidados, indispensáveis, de higiene individual, que se devem seguir sempre que se manuseia qualquer produto tóxico. Todas estas circunstâncias se verificavam no caso acima relatado.

Nas intoxicações agudas os sintomas principais são, como se disse, de índole predominantemente nervosa. À fase inicial de excitação, nervosismo e parestésias (geralmente das extremidades e da face), segue-se, com intervalo mais ou menos longo (conforme a dose, a presença ou ausência de dissolventes, a sensibilidade individual, etc.), o aparecimento de anorexia, taqui-

pneia, náuseas e vômitos às vezes, tremores e fibrilhações musculares e, finalmente, convulsões clónicas e tetânicas. A esta fase pode seguir-se, ou a morte, geralmente por paralisia respiratória, ou a recuperação, a qual pode ser total, ou acompanhar-se, algum tempo depois, por perturbações devidas a lesões hepáticas, renais, ou da medula óssea, somente excepcionalmente fatais.

A morte pode sobrevir, nas formas agudas, quer por excitação do S. N. C., em particular dos centros corticais, seguida de paralisia respiratória, quer por fibrilhação ventricular (Hill e Robinson, Blas, Brown, West). Quando sobrevem, excepcionalmente, nas formas subagudas é, geralmente, causada por necrose hepática, ou por lesões e obstrução dos tubos renais, associadas, ou não, a diátese hemorrágica (West, Robinson, Brown, Barnes).

Estão descritas, nos homens e outros animais, lesões de necrose e de degenerescência gorda no fígado, necroses dos tubos renais e necrose e degenerescência gorda de medula óssea, a que se ligam as consequências óbvias, que, nesta breve revisão, não interessa descrever, em pormenor. Mais raramente, têm-se citado necroses focais em alguns músculos estriados (sobretudo nos gémeos).

Na sua grande maioria, estes conhecimentos anatomopatológicos da intoxicação pelo D. D. T. derivam da experimentação animal, visto serem muito raros os casos humanos fatais e ainda mais raros aqueles em que foi possível efectuar-se qualquer estudo necropsico.

Nas formas subagudas, a sintomatologia decorre mais lentamente, verificando-se, quase sempre, anemia (com leucocitose, ou com leucopénia, ou, mais raramente, com agranulocitose), emagrecimento com marcada perda de peso, fragilidade capilar, perturbações gastro-intestinais diversas, aumento do metabolismo basal, perturbações renais e da diurese, cefaleias e uma rica e variada sintomatologia nervosa. Surgem, por vezes, nestas formas subagudas, icterícias que, geralmente, regressam por completo.

A cura com *restitutio ad integrum* é a regra nestas formas, desde que se afaste o indivíduo do tóxico, definitivamente.

Os quadros clínicos agravam-se sempre quando, ao lado do D. D. T., são absorvidos outros produtos tóxicos, como, por ex., o xilol, o petróleo, a gasolina, o benzeno, etc., que é o que se tem verificado em todas as formas mortais conhecidas (Hill e Robinson, Brown, etc.).

Brown, baseando-se no estudo dos poucos casos de morte conhecidos e na experimentação em voluntários humanos, afirma que a D. L.₅₀ do D. D. T. puro, para o homem, deve andar à roda dos 500 mg./k. de peso, com uma grande margem de variação individual. A D. L.₅₀ para D. D. T. dissolvido em querosene, xilol, etc., andaria à roda dos 150-200 mg./k. de peso, por causa da maior toxicidade e potencialização do insecticida pelo dissolvente (Wigglesworth, Hill e Robinson, Stammers e Whitfield, Brown, Barnes, etc.).

Nos casos de intoxicação humana crónica, menos bem conhecidos, os sintomas predominantes parecem ser: cefaleias, diversas perturbações gastro-intestinais mais ou menos discretas, irritabilidade, sonolência diurna com insónia nocturna, parestesias e hiperestésias variadas, anorexia e progressiva perda de peso (Brown). Estão, ainda, descritos, em alguns casos, melhor estudados, por meio de exames laboratoriais e de biópsias hepáticas e de medula óssea, etc.: lesões hepáticas discretas, cilindúria, indicanúria, perturbações do equilíbrio Ca/K no sangue (parece que por lesões das peratiroides), aumento do consumo de oxigénio e, pois, do M. B., perturbações da conductibilidade eléctrica de alguns músculos esqueléticos, diversas perturbações neurológicas discretas (por lesões mínimas das células motoras, do encéfalo e da medula, segundo se deduz da experimentação animal — Case —) e perturbações do hemograma, por lesões discretas da medula óssea (Brown, Barnes, Piedrola Gil, Blas, Case, West e Campbell, Ricker, Jandorf, etc.).

Nos E. U. A. quiseram, alguns autores (Biskind, Barnes, etc.), identificar estas formas discretas, de intoxicação crónica pelo D. D. T. e similares, com a «doença X» ou «doença por vírus X», entidade nosológica mal conhecida e mal definida, que tem sido descrita desde 1945, em alguns países, muito especialmente na América do Norte. Segundo aqueles autores, a «doença X» caracteriza-se por odinofagia, náuseas, perturbações gastro-intestinais diversas, febrícula irregular, dores articulares, nervosismo, insónias, cefaleias e finos tremores musculares; todas aquelas queixas acabam, geralmente, por desaparecer, tão misteriosamente como surgiram, permanecendo os doentes com-

pletamente curados e sem quaisquer sequelas (Brown, Barnes, etc.).

Não nos parece, porém, que os argumentos aduzidos a favor daquela identidade sejam absolutamente convincentes.

Como facilmente se verifica, em face do que acima se resumiu, a toxicidade do D. D. T. puro, para o homem e animais superiores, é muito baixa e não existem, de uma maneira geral, razões para alarme do seu largo emprego em defesa da Saúde Pública e da Agricultura.

As possibilidades de intoxicação humana, remotas por via oral, são remotíssimas por via inalatória e por via percutânea, pelas razões atrás apontadas.

Nas concentrações mais habitualmente empregadas — 5 % e 10 % — o D. D. T. é absolutamente inofensivo para o homem e animais superiores, desde que se observem, no seu manuseamento e na sua aplicação, as precauções mínimas que se justificam sempre que se faz um largo emprego de qualquer insecticida.

Podemos concluir, em face dos milhares de experiências realizadas durante quase dois lustros de larga aplicação mundial de biliões de toneladas de produtos contendo D. D. T., que este, quando empregado correctamente, nas doses normais como insecticida, é praticamente inócuo para o homem.

IV) CONCLUSÕES E PRECAUÇÕES JUSTIFICADAS, A ADOPTAR NO MANUSEAMENTO DO D. D. T.

PROFILAXIA DAS INTOXICAÇÕES PELOS MODERNOS INSECTICIDAS DE CONTACTO

Estamos firmemente convencidos de que o D. D. T. é, certamente, um dos insecticidas, ao mesmo tempo, mais eficazes e mais seguros (para o homem e animais domésticos) que a Humanidade tem, até hoje, conhecido e utilizado.

Se compararmos, por um lado, a sua vastíssima aplicação mundial, desde 1943, e, por outro, os raros casos de intoxicação humana e animal e os raríssimos casos fatais que se têm constatado (quase sempre devidos à mais absoluta falta de precauções, verificada durante o seu manuseamento), só podemos concluir pela sua grande inocuidade, na prática geral.

Podemos afirmar que os raros casos de intoxicação humana e animal devidos ao D. D. T. (geralmente não só ao D. D. T., como também aos veículos em que ele é incorporado, sobretudo sob a forma de emulsões ou soluções), foram e são sempre devidos a qualquer grossa imprevidência, desleixo, ou ignorância, geralmente fáceis de evitar.

Na realidade, o D. D. T. é, «dentro os insecticidas eficazes presentemente conhecidos (Brown, em 1952), um dos menos perigosos para o homem e animais superiores». A sua toxicidade através da pele ou por inalação é extremamente baixa, sendo, apenas, um pouco superior a sua toxicidade por via oral.

Descontando-se o papel dos dissolventes ou emulsionantes, os factores psíquicos e ambientais, o estado geral da saúde e a alimentação habitual dos indivíduos em contacto, pode afirmar-se que o D. D. T. é, praticamente, inócuo para o homem e animais superiores, nas doses em que se emprega como insecticida.

Buxton, grande autoridade mundial no assunto, afirmava em 1952: «Desde 1945 que os homens, de quase todas as nações do mundo, manejam toneladas de D. D. T., em pós, emulsões, ou soluções, a 5 %, a 10 % e mesmo a 20 % e a 30 %, por vezes em veículos tóxicos, etc., e, em toda esta variada experiência prática, sobre os seres humanos, tantas vezes negligentes, ignorantes ou descuidados, não é possível comprovar-se o aparecimento de quaisquer sintomas nocivos na esmagadora maioria, se não na totalidade, das populações expostas. A minha opinião, sem reservas e em poucas palavras, é que o D. D. T., empregado como insecticida, é completamente inócuo para o homem».

Cumprido, entretanto, que, na medida do possível, se procurem evitar as imprevidências e ignorâncias que podem ser causa de alguns casos, isolados ou até colectivos, de intoxicações, agudas ou crónicas, pelo D. D. T. e pelos seus veículos, alguns dos quais são bastante mais tóxicos do que ele.

Na base da profilaxia destas intoxicações, de homens e de animais domésticos, estão todas as constatações atrás referidas, acerca da sua toxicidade (e da dos seus dissolventes, etc.), das vias de entrada e de eliminação, do seu poder cumulativo, da influência do estado geral da saúde e da alimentação, etc.

EM 1950: PROMICINA

EM 1953: ATOXIMICINA

Sinergismo de acção sem efeitos secundários

Nova associação de antibióticos:

Sulfato de dihidroestreptomicina — Sulfato de estreptomicina
 Procaína penicilina G — Penicilina G potássica

Vantagens:

MAIOR EFICIENCIA

NEUROTOXICIDADE PRATICAMENTE NULA

Atoximicina

Como a Estreptomicina, na sua toxicidade, tem particular preferência pelo ramo vestibular do VIII par e a Dihidroestreptomicina pelo ramo coclear do mesmo, a associação destes dois sais, em partes iguais, reduz consideravelmente os seus fenómenos neurotóxicos.

RECONHECIDO EFEITO TERAPÊUTICO

ADULTOS

FORTE

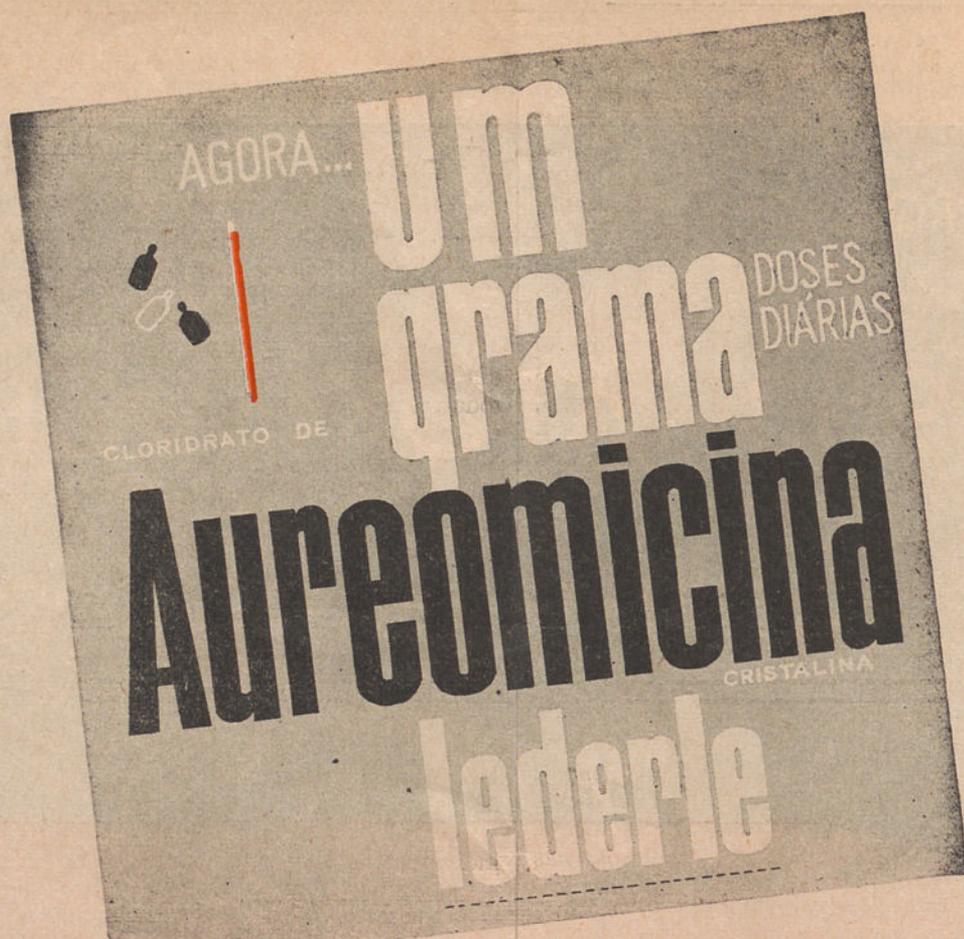
INFANTIL

Caixas com 1, 3 e 5 frascos

Caixa com 1 frasco

Caixas com 1 e 3 frascos

Instituto Luso-Fármaco • Lisboa



Empregada até ao presente em mais de 10.000.000 de casos clínicos, são superiores a 7.000 as comunicações que sobre a Aureomicina se publicaram, provenientes de todos os campos da prática médica mundial. Desde 1949 que a tendência destes estudos vem confirmando a eficácia na aplicação de doses mais reduzidas de Aureomicina, o antibiótico de espectro verdadeiramente amplo e actividade absolutamente uniforme.



... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

Dose	Peso aproximado do paciente	Quantidade a administrar	Número de doses cada 24 horas
0,1 g. diário	8 quilos	Uma dose de 50 mg. duas vezes por dia, depois de comer.	2 doses
0,5 g. diário	40 quilos	Uma dose de 250 mg. duas vezes por dia, depois do almoço e do jantar.	2 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 3 ou 4 horas, depois das refeições.	5 doses
1,0 g. diário	80 quilos	Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
		Uma dose de 250 mg. cada 4 horas, excepto durante 8 horas de noite.	4 doses
1,5 g. diário	120 quilos	Uma dose de 100 mg. cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
		Uma dose de 250 mg. cada 3 horas, excepto durante 6 horas de noite.	6 doses



Embalagens: CÁPSULAS — frascos de 8 e de 16, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPERSOIDS (PÓ DISPERSÍVEL) — frasco de 75 g. PASTILHAS — frascos de 25, c/ uma com 15 mg. POMADA — tubos de 14,2 e de 28,4 g. com 30 mg. por grama. OFTÁLMICA — Colírio — frascos conta-gotas com 25 mg.; Unguento — tubos de 3,5 g. a 1%. * INTRAVENOSA — frascos de 100 mg. com diluente de leucina. NASAL — frascos de 10 mg. FARINGETAS — caixas de 10 com 15 mg. c/ uma. PASTA DENTAL — boiões de 5 g. CONES DENTAIS — tubos de 12 com 5 mg. c/ um. ÓTICO — frascos de 50 mg. * PÓ VAGINAL — frascos de 5 g. a 200 mg. por g. * SUPOSITÓRIOS VAGINAIS — frascos de 8. * PÓ CIRÚRGICO — fr. 5 g. com 200 mg. por g.

* A introduzir brevemente.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar:

ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.
Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA
Rua de Santo António, 15 — PORTO

Em nossa opinião, o D. D. T. puro (e, bem assim, qualquer outro insecticida puro) nunca deveria poder ser vendido ao público, o qual só poderia comprar formas já prontas a aplicar.

Todos os produtos de venda ao público deveriam apresentar rótulos em que se indicassem, bem claramente, o princípio activo (pelo seu nome mais comum e pela sua denominação química correcta), a sua quantidade e proporções exactas, bem como os nomes e quantidades das restantes substâncias presentes.

No mesmo rótulo, ou em outro, deveriam estar impressas, em letra bem legível, a forma ou formas de aplicação prática, bem como instruções acerca das cautelas que devem presidir ao seu manuseamento e aplicação. Seria desejável a impressão das palavras como «tóxico» ou «veneno», «cuidado com as crianças», «não aplique nunca sobre as comidas, frutas, hortaliças e utensílios de cozinha», etc., em caracteres maiores, a fim de se chamar bem a atenção, de todos, para os cuidados a respeitar, na sua aplicação.

Seria talvez conveniente, ainda, a indicação dos sintomas mais comuns de intoxicação e dos seus métodos terapêuticos de urgência mais práticos (ex.: carvão, purgantes salinos — *nunca purgantes oleosos*, que só facilitariam a absorpção do D. D. T. — sais de cálcio, barbitúricos, etc.).

Parece-nos indispensável a existência de uma fiscalização dos produtos insecticidas à venda ao público, bem como a de um exame químico, obrigatório, dos seus componentes, no sentido de se procurar determinar se naqueles existem, realmente e nas doses indicadas, as substâncias e quantidades apontadas nos rótulos. Além disso, deveriam estudar-se tipos de embalagens que não permitissem falsificações subsequentes dos produtos, nas lojas de venda ao público, o que parece acontecer, não muito raramente, entre nós e lá fora.

Julgamos ainda indispensável a vigilância sanitária periódica das fábricas de produção, ou de simples empacotamento, ou mistura, de insecticidas, bem como a dos seus operários.

Este capítulo, relativamente novo, da Medicina do Trabalho, deveria merecer as melhores atenções das autoridades sanitárias nacionais, dado o incremento daquelas indústrias e a notória falta de cautela que nelas reina e que já nos foi dado constatar, pessoalmente, em um inquérito a um caso de intoxicação humana por um dos modernos insecticidas de contacto.

Todos os indivíduos que tiverem de lidar, habitualmente, com estes insecticidas, devem obedecer a um certo número de condições e sujeitar-se a algumas medidas profilácticas.

Devem incluir-se, naquela categoria, não só todos os operários das fábricas de produção, ou empacotamento, de insecticidas, como também todos aqueles que, pela sua missão, tiverem de lidar, diariamente ou com certa frequência, com os mesmos produtos, quer aplicando-os, quer por serem obrigados a viver em ambiente frequentemente tratado por aqueles produtos.

Em nosso entender, a primeira medida profiláctica individual a ter em conta, naqueles casos, seria a de uma rigorosa inspecção médica a todos os candidatos àqueles lugares, ou aos que já os desempenhassem. Assim, por ex., todos os candidatos a operários, ou operários já admitidos, que apresentassem sinais de insuficiência hepática ou renal, especialmente, ou, também, cardíaca ou pulmonar, bem como quaisquer neuropatias, deveriam ser excluídos ou, pelo menos, submetidos a mais apertada e mais frequente vigilância médica periódica.

Nas fábricas de insecticidas, bem como entre as equipas de pulverizações, etc., aquelas inspecções e fiscalizações médicas deveriam repetir-se periodicamente (cada trimestre, por exemplo), a fim de se poderem afastar, a tempo, todos aqueles cujas queixas revelassem quaisquer perturbações de qualquer dos parênquimas acima indicados, ou sinais sugestivos de intoxicação pelos insecticidas, ou seus dissolventes ou emulsionantes.

Um exame médico perfeito, que permita rastrear todos os casos incipientes de intoxicação pelo D. D. T., ou similares, deveria, pelo menos teoricamente, incluir, além do exame físico, hemogramas ou, até, mielogramas (pesquisa de perturbações hematopoiéticas), análises de urina (indicanúria⁽¹⁾, cilindrúria, albuminúria, etc.), exames das funções hepática (provas de Hanger, do timol, do sulfato de zinco, da mucoproteína do soro, bilirrubinémia, etc.), encefalogramas (pesquisa das primeiras

alterações corticais), determinação do M. B. (1), etc. É, contudo, evidente que nada disto seria prático, pelo que os médicos, das equipas de aplicadores do D. D. T., ou dos operários das suas fábricas de produção, etc., terão que se guiar pelas queixas clínicas e pelo exame geral, com particular observação neurológica — cefaleias persistentes, irritabilidade, nervosismo, excitação, insónias — e tomando em especial atenção queixas de anorexia, má cor, vagas perturbações gastro-intestinais, perda de peso e finos tremores musculares, que são os sintomas mais frequentes das intoxicações crónicas e subagudas pelo D. D. T.

Existe, entretanto, um exame simples, rápido e económico que poderia ser adoptado, com êxito: a pesagem regular (por ex. todas as semanas, ou, até, todos os dias) de todos os indivíduos em contacto íntimo com o D. D. T. Segundo Cameron, a progressiva perda de peso, verificada entre tais indivíduos, é, quando estes não apresentam qualquer outra causa que facilmente explique aquela perda de peso, sinal quase patognomónico da intoxicação crónica pelo D. D. T. Em todos aqueles em que ela se verificasse, poder-se-ia levar, então, mais longe, o estudo médico e laboratorial.

No trabalho diário, a protecção, individual e colectiva, daqueles trabalhadores, deve ser tão perfeita quanto possível.

O vestuário a utilizar deve ser leve e solto e, se possível, em uma só peça, fechando bem à roda do pescoço, pulsos e tornozelos: um fato-macaco, preferivelmente de tecido impermeável. Deve ser envergado à entrada para a fábrica, ou para o trabalho de aplicação, e só despido no fim.

Cada trabalhador deve observar a mais rigorosa higiene individual, nunca levando as mãos à boca, nunca comendo com o fato de trabalho ou, pelo menos, sem lavar muito bem as mãos, com água corrente e sabão. Caso possível, um duche quente, no fim do trabalho diário, parece-nos aconselhável.

O uso de luvas impermeáveis e de canhão alto deveria ser obrigatório, em todos aqueles que tivessem de manejar soluções e emulsões.

O uso de máscaras, leves mas eficientes, deveria ainda ser tornado obrigatório, entre aqueles que lidassem com grandes quantidades de insecticidas em pó, ou com soluções voláteis. É indispensável, entretanto, que as máscaras não sejam incómodas e que se expliquem o seu uso e a sua utilidade, sem o que não serão utilizadas pelos operários das fábricas de insecticidas, equipas de pulverizadores, etc., como já tivemos ensejo de constatar.

Os locais de trabalho das fábricas de insecticidas devem ser inspeccionados, a fim de que se verifique se obedecem a todos aqueles requisitos de higiene que a Medicina do Trabalho e a Higiene Industrial apontam como indispensáveis, em todos os locais onde se trabalha com substâncias tóxicas. Por bem conhecidos, não os referiremos aqui, agora, mas aproveita-se esta oportunidade para sugerir que se chame a atenção, de quem de direito, para mais este problema de Medicina do Trabalho, problema este que, se não é certamente grave com insecticidas pouco tóxicos, como o D. D. T., o B. H. C., o D. D. D., o toxafeno, o metoxicloro e o clordane, pode vir a ser, dentro em breve, muito mais grave e importante, com a introdução, que em todo o mundo se está verificando, de insecticidas muito mais tóxicos (dieltrin, aldrin, T. E. P. P., paration, etc.).

Julgamos que constituirá ainda uma medida profiláctica de certo valor a vigilância e a orientação médica da alimentação dos trabalhadores em contacto com os modernos insecticidas. Já foi apontado o importante valor preventivo de dietas ricas em proteínas, lipótropos e vitaminas e pobres em gorduras.

Parece-nos que certas empresas poderiam e deveriam fornecer, aos seus trabalhadores mais expostos, refeições simples e baratas, ou até grátis, do tipo apontado (ex.: leite desnatado, sucos de carne, sumos de frutas, ou, até, comprimidos de vitaminas e de agentes lipotrópicos, etc.).

Seria ainda conveniente, não só para estes casos, como até para muitos outros, a existência de estojos de urgência, com os medicamentos mais indicados para os casos de intoxicação maciça (carvão, purgantes salinos, sais de cálcio, barbitúricos, etc.).

Como medida fundamental de profilaxia colectiva, deveria

(1) Sinal encontrado, com certa frequência, nos indivíduos intoxicados pelo D. D. T., por Case.

(1) Segundo Fear, Ricker, Jandorf, Moeschlin, etc. verifica-se quase sempre um aumento do consumo de oxigénios nos indivíduos que estão sofrendo intoxicações pelos insecticidas do tipo do D. D. T..

ser exercida vigilância, dentro da medida possível, na aplicação geral do D. D. T. e de produtos similares, no sentido de evitar a conspurcação de alimentos, de utensílios de comer, das mãos e dos animais domésticos.

São, quanto a nós, óbvias as cautelas que devem acompanhar qualquer larga aplicação dos modernos insecticidas, a fim de se evitarem as eventualidades acima apontadas, razão por que nos julgamos dispensados de as referir.

Desnecessário se torna, por ex., dizer que se se tiverem de fazer pulverizações, com insecticidas, em cozinhas ou refeitórios, todos os utensílios e alimentos devem ser recolhidos e as superfícies onde se comem ou se preparam alimentos, bem como os utensílios que se não puderem retirar, devem ser cobertos com papéis impermeáveis, que mais tarde se deverão queimar, etc.

Existem já, em alguns países, disposições legais que pretendem, justamente, evitar os perigos acima referidos. Assim, por ex., nos E. U. A. (em alguns dos seus estados) só é permitida a venda ao público de frutas e de legumes verdes que, tendo sido pulverizados com D. D. T., o tenham sido há mais de 2 semanas (Balachowski); em França, a legislação proíbe que se acrescente mais de 20 gr. de D. D. T., ou de 10 gr. de B. H. C., por cada quintal de grão, feijão, em qualquer semente ou fruto seco (Balachowski); etc.

Quanto a nós, deveriam, a propósito dos cuidados a ter com os animais domésticos, exigir-se particulares cautelas com os animais produtores de leite (pelo perigo da eliminação do D. D. T., e similares, pelo leite e sua concentração na manteiga e queijos), de carnes gordas (pela sua conhecida acumulação nos tecidos adiposos) e, até, de ovos.

O perigo da eliminação do D. D. T. pelo leite dos animais, estende-se, não só aos homens que o podem beber (embora, como se disse, se trate de um perigo por ora teórico, visto não serem conhecidos quaisquer casos de intoxicação humana adquirida por aquela via, naturalmente por serem diminutas as quantidades assim eliminadas), como também às crias amamentadas pelos animais que eliminam D. D. T. pelo leite, crias essas que podem ser mais fácil e mais gravemente intoxicadas, visto os animais jovens serem mais sensíveis, ao D. D. T., do que os adultos.

A propósito, chama-se a atenção para o perigo que a ingestão habitual, de doses razoáveis de D. D. T. ou similares, pode representar para uma grávida ou para uma mãe-ama, mulheres essas que devem redobrar de precauções se trabalham com o D. D. T. ou se vivem em área muito tratada.

Finalmente, para terminarmos esta breve referência às bases de profilaxia das intoxicações pelos modernos insecticidas, queremos afirmar que um dos mais poderosos processos daquela prevenção é, certamente, a educação da população.

Parece-nos evidente a importância de um bem conduzido plano de campanha educativa, a propósito da acção, do valor, da aplicação prática e, finalmente, dos perigos dos insecticidas modernos (D. D. T. e outros), na defesa da Saúde e da Economia públicas.

Vemos, ao mesmo tempo, vantagens consideráveis na regulamentação legal da produção, embalagem, venda e aplicação dos insecticidas.

Julgámos que a Higiene Industrial e a Medicina do Trabalho terão que intervir no assunto, mais ou menos dentro das normas acima apontadas. Também acreditamos que, brevemente, algumas intoxicações, por insecticidas e seus veículos, terão que começar a ser consideradas dentro dos acidentes e das doenças profissionais.

Antes de terminarmos, queremos, porém, reafirmar que muitos dos modernos insecticidas de contacto, do tipo de hidrocarbonetos clorados e, especialmente, o D. D. T., são muitíssimo pouco tóxicos para o homem e animais domésticos, particularmente quando empregados nas doses habituais e com as precauções evidentes.

Como, muito bem, o faz notar A. W. Brown, autoridade mundial no assunto, «os riscos que todos nós corremos, pela larga aplicação mundial dos modernos insecticidas (do tipo do D. D. T.), são, certamente, inferiores — ou, pelo menos, equivalentes — aos normal e inevitavelmente encontrados, dia a dia, por cada um de nós, nesta idade do avião e do automóvel».

Nada disto poderá, contudo, dispensar, quanto a nós, a rápida adopção de um certo número de medidas mínimas de precaução e de normas indispensáveis de regulamentação legal da preparação, venda e aplicação dos insecticidas (e de outros

pesticidas), medidas e normas essas de que, acima, apenas esboçámos os pontos fundamentais.

V) RESUMO

Em breve revisão de conjunto, o A. faz um resumo do valor económico dos novos insecticidas de contacto e acção residual, na defesa da Saúde Pública e da Agricultura, abordando, em seguida, os problemas da sua toxicidade para o homem, animais domésticos e outros animais superiores.

Embora se refira aos principais insecticidas modernos e a outros «pesticidas», trata, sobretudo, da toxicidade, para o homem e animais superiores, do D. D. T., certamente o mais importante, mais conhecido e mais largamente empregado dos modernos insecticidas de acção residual.

Depois de referir as principais experiências — laboratoriais e em campo — efectuadas acerca da toxicidade do D. D. T., para os animais superiores e para o homem, o A. conclui, citando as opiniões dos mais categorizados autores mundiais da matéria.

Como resumo dessas opiniões, pode afirmar-se que o emprego cuidadoso do D. D. T., como insecticida, não representa qualquer perigo para o homem e animais domésticos, desde que se observem um certo número de precauções mínimas e indispensáveis.

O contacto, mais ou menos íntimo, de alguns milhões de indivíduos com muitos milhares de toneladas de D. D. T., mais ou menos por todo o mundo e durante um período de já quase dois lustros, durante o qual se verificou apenas um número relativamente escasso de intoxicações humanas, constitui, quanto ao A., a melhor prova da anterior afirmação.

Importa, entretanto, que o público seja melhor esclarecido acerca dos correctos processos de aplicação e dos perigos que um manuseamento descuidado daquele, ou de outros insecticidas, pode representar.

Vê-se, ainda, conveniência na adopção de um certo número de regulamentações, acerca do assunto, medidas essas que parecem dever incumbir ao Estado.

Para terminar, o A. refere os principais pontos da profilaxia das intoxicações humanas, e dos animais domésticos, pelos modernos insecticidas e outros desinfestantes e apresenta um certo número de medidas de precaução, de regulamentação legal e de educação sanitária que, a propósito do assunto, importa adoptar quanto antes.

SUMMARY

In a brief review of the whole matter, the author points out the toxicity problem of the newer insecticides of contact and residual action, as well as that of other pesticides, as it regards both the human beings and domestic animals. He particularly deals with D. D. T. which surely is, among the new residual action insecticides, the most used, at least in Portugal.

The author ends by emphasizing the outstanding points of the prophylaxis for the human and domestic animals intoxications caused by the recent insecticides and other pesticides, pointing out a number of appropriate measures of caution, regulations and sanitary education which must, in this respect, be taken as soon as possible.

RÉSUMÉ

Dans un aperçu général, l'auteur se rapporte au problème de la toxicité des principaux et des plus récents insecticides de contact et d'action résiduelle et de celle d'autres pesticides, chez l'homme et les animaux domestiques. Il s'occupe tout spécialement du D. D. T. lequel est, parmi les modernes insecticides d'action résiduelle, sûrement le plus employé, tout au moins au Portugal.

L'auteur finit son aperçu en soulignant les points principaux de la prophylaxie des intoxications humaines et des animaux domestiques causées par les modernes insecticides et d'autres pesticides, et en signalant certaines mesures de précaution, de réglementation et d'éducation sanitaire qui, à propos, il importe d'adopter le plus tôt qui possible.

VI) ALGUMAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — Agricultural control chemicals. *Am. Chem. Soc., Div. of Agricult. and Food Chem.*; Washington, D. C., 1950 — citado por 5) —.
- 2) — BALACHOWSKI, A. S. — *La lute contre les insectes*. Paris, 1951.

- 3) — BARNES, J. M. — Health hazards from insecticides. *Brit. Med. Bull.*, 7: 23; 1950.
- 4) — BARNES, J. M. — Symposium on insecticides. VI: The action of some synthetic insecticides on mammals. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 46: 264; 1950.
- 5) — BARNES, J. M. — Toxic hazards of certain pesticides to man (Together with a Select bibliography on the toxicology of pesticides in man and mammals). *World Health Organization: Monograph series N.º 16; Genève, 1953.*
- 6) — BETTINI, S. — Tossicità cronica e contaminazione degli alimenti da D. D. T. *Rev. Parassit.*, 4: 265; 1949.
- 7) — BLAS, L. — Química de las insecticidas. Madrid, 1951.
- 8) — BIDDULPH, C. et al. — D. D. T. in milk and tissues of dairy cows fed with D. D. T. — dusted alfalfa hay. In: *Agricultural control chemicals*, Washington, D. C., 1950, p.º 237/43 — citado por 5) —.
- 9) — BIDSTRUP, P. L. et al. — Dangers of insecticides. *Brit. Med. J.*, 2: 273; 1950.
- 10) — BIDSTRUP, P. L. — Poisoning by organic-phosphorous insecticides. *Brit. Med. J.*, 2: 548; 1950.
- 11) — BISKIND, M. S. — D. D. T. poisoning and the elusive «virus X disease». *Am. J. Dig. Dis.*, 16: 79; 1949 — citado por 5) e 13) —.
- 12) — BISKIND, M. S. — Statement on clinical intoxications from D. D. T. and other new insecticides. *J. Insur. Med.*, 6: 5; 1951 — citado por 5) —.
- 13) — BROWN, A. W. A. — Insect control by chemicals. New-York, 1951.
- 14) — BRYSON, M. J. et al. — D. D. T. in eggs and tissues of chickens fed varying levels of D. D. T. In: *Agricultural control chemicals*, Washington, D. C., 1950, p.º 232/36 — citado por 5) —.
- 15) — CALVERY, H. O. and NEAL, P. A. — The toxicity of D. D. T., solvents, emulsifiers, activators and other adjuvants mentioned in this report. *U. S. Dep. of Agriculture, Miscellaneous publications n.º 606; 1952.*
- 16) — CAMBOURNAC, F. J. C. — Sobre a utilização prática do D. D. T. como insecticida. Lisboa, 1949.
- 17) — CAMERON, G. R. — Risks to man and animals from the use of D. D. T. *Brit. Med. Bull.* 3: 233; London, 1945.
- 18) — CASE, R. A. M. — Toxic effects of D. D. T. in man. *Brit. Med. J.*, 2: 842 (n.º 4432, p. 842); 1945.
- 19) — CAYOLLA DA MOTTA, L. — Um caso de provável intoxicação humana pelo hexaclorido de benzeno (B. H. C.). *An. Inst. Med. Trop.*, 7: 455; Lisboa, 1950.
- 20) — Clinical memoranda on economical poisons. *U. S. Publ. Health Serv., Communicable Disease Centre, 1952.*
- 21) a 24) — Comité d'experts des insecticides: Rapports des sessions. *Organis. Mond. Santé: Série des Rapports techniques*, n.ºs 4, 34, 46 et 54; Genève, 1950-1953.
- 25) — Comité on Pesticides of the American Med. Association — Pharmacologic and toxicologic aspects of D. D. T. *J. Am. Med. Ass.*, 145: 728; 1951.
- 26) — Comité on Pesticides of the American Med. Association — Toxic effects of technical benzene hexachloride and its principal isomers. *J. Amer. Med. Ass.*, 147: 571; 1951.
- 27) — Council on Foods and Nutrition of the American Medical Association — Health hazards of pesticides. *J. Am. Med. Ass.*, 137: 1603; 1948.
- 28) — DALLEMAGNE, M. J. et PHILLIPPOT, E. — Recherches sur la toxicité de l'hexachlorocyclohexane. *Arch. Internat. Pharm. et Therap.*, 76: 274; 1948.
- 29) — DU BOIS, K. P. — Food contamination from the new insecticides. *J. Amer. Diet. Ass.*, 26: 325; 1950 — citado por 5) e 13) —.
- 30) — Editorial: Human death attributed to D. D. T. *J. Amer. Med. Ass.*, 132: 160; 1946.
- 31) — Editorial: Danger from the newer insecticides. *Lancet*, 1950, 1: 407; London, 1950.
- 32) — Editorial: New hazards from agricultural chemicals. *J. Am. Med. Ass.*, 143: 1158; 1950.
- 33) — Editorial: Recommendations for the use of chlordane. *Publ. Health News*, 31: 139; 1950.
- 34) — Editorial: Aldrin and Dieldrin poisoning. *J. Am. Med. Ass.*, 146: 378; 1951.
- 35) — Editorial: Laboratory tests for agricultural workers. *Brit. Med. J.*, 1: 1014; 1952.
- 36) — FEAR, D. E. H. — Chemistry of insecticides, fungicides and herbicides. New-York, 1948.
- 37) — FRANCONI, M. P. et al. — Clínica de la intoxicación por D. D. T. — *Prensa Med. Argent.*, 38: 2166; 1951.
- 38) — GOLDMAN, L. — Dermatologic aspects of insect repellents and toxicants. *Arch. Derm. Syph. (Chicago)*, 62: 245; 1950 — citado por 5) —.
- 39) — GRIFFITHS, J. T. et al. — Toxicology of parathion and other organo-phosphatic insecticides and precautions for their use. *Univ. of Florida, Agricult. Experiment Station, circular n.º 479; Gainesville, Fla., 1951.*
- 40) — HARWOOD, P. D. — B. H. C. and poultry meat. *Science*, 107: 113; 1948.
- 41) — HAYNES, W. J., Jr. — Toxicology of insecticides. *C.D. C. Bull.*, 9: 1; Washington, 1950.
- 42) e 43) — HILL, K. R. — A fatal case of D. D. T. poisoning. *Brit. Med. J.*, 2: 825; 1945; D. D. T. poisoning, *Brit. Med. J.*: 1: 255; 1946.
- 44) — HILLIER, H. — Dermatitis from impregnated clothing with D. D. T., *Brit. Med. J.*, 2: 934; 1945.
- 45) — HOLLANDER, L. — Dermatitis caused by D. D. T. *Arch. Derm. Syph. (Chicago)*, 62: 66; Chicago, 1950 — citado por 5) —.
- 46) — Insecticides: Manual of specifications for insecticides and for spraying and dusting apparatus. *World Health Organ.*; Genève, 1953.
- 47) — JOHNSTON, R. T. — Occupational Medicine and Industrial Hygiene. London, 1948.
- 48) — JUDE, A. et GIRARD, P. — Toxicité du D. D. T. — intoxication collective por ingestion accidentelle. *Ann. Med. Lég.*, 29: 209; 1949 — citado por 5) —.
- 49) e 50) — LANG, E. P. et al. — Survey analysis of human milk and fat for D. D. T. content. *Fed. Proc.*, 9: 294; 1950 e *Arch. Industr. Hyg.*, 3: 245; 1951 — citado por 5) —.
- 51) — LEHMAN, A. — The toxicology of the new agricultural chemicals. *Bull. Ass. Food and Drug Off.*, 12: 82; 1948 — citado por 5) —.
- 52) — MOBBS, R. F. — Hexachlorocyclohexane in scabies. *J. Am. Med. Ass.*, 138: 1253; 1948 e 139: 1224; 1949.
- 53) — MOESCHLIN, S. — Clínica y Terapéutica de las Intoxicaciones (tradução espanhola do original suíço, em alemão). Madrid, 1953.
- 54) — NEAL, P. A. et al. — *Supplements n.º 177 and n.º 183 to the Public Health Reports*; Washington, 1944/1945.
- 55) — NEAL, P. A. et al. — The excretion of D. D. T. in man, with clinical observations. *Publ. Health Rep.*, Washington, 61: 403; 1946.
- 56) — PIÉDROLA GIL, G. — Nuevos insecticidas y ahuyentadores. Madrid, 1947.
- 57) — PIÉDROLA GIL, G. — Recientes adquisiciones y técnicas del empleo del D. D. T. Madrid, 1948.
- 58) — PIÉDROLA GIL, G. — Un problema de suma actualidad y importancia: la toxicidad del D. D. T. para el hombre. *Med. Col.*, 14: 427; Madrid, 1949.
- 59) — PIÉDROLA GIL, G. y FERNANDEZ MIRON, B. — Investigaciones acerca de la toxicidad del D. D. T. para el hombre. *Med. Col.*, 15: 459; 1949.
- 60) — PIÉDROLA GIL, G. — La modernas series de insecticidas y ahuyentadores. *Med. Col.*, 13: 362; 1949.
- 61) — Precautions in the use of insecticides, fungicides and weed-killers. *Ministry of Agriculture and Fisheries of Great Britain*; London, 1950.
- 62) — PRINCI, F. and SPURBECK, G. H. — A study of workers exposed to chlordan, aldrin and dieldrin. *Arch. Industr. Hyg.*, 3: 64; 1951.
- 63) — Regulation for the enforcement of the Federal Insecticide, Fungicide and Rodenticide Act. Interpretation N.º 18, with respect to warning, caution and antidote statements required to appear on the labels of economic poisons. *Dep. of Agriculture, Insecticide Division, of the United States*; Washington D. C., 1949.
- 64) — REINGOLD, I. M. and LASKI, J. J. — Acute fatal poisoning, following ingestion of a solution of D. D. T. *Ann. Int. Med.*, 26: 945; 1947 — citado por 5) e 13) —.
- 65) — ROARK, R. C. — A digest information on chlordan. *U. S. Dep. of Agricult., Bur. of Entomology, Plant Quarantine, E-817*; Washington, D. C.; 1951.
- 66) — SIMMONS, S. W. and HAYES, W. J., Jr. — Relative toxicity of insecticides. *Soap (N. Y.)*, 27: 148; 1951 — citado por 5) —.
- 67) — SMITH, N. J. — Death following accidental ingestion of D. D. T. *J. Am. Med. Ass.*, 136: 469; 1948.
- 68) — STAMMERS, F. M. G. et al. — The toxicity of D. D. T. to man and animals. *Bull. Entom. Res.*, 38: 73; 1947.
- 69) — STONE, T. T. and GLADSTONE, L. — D. D. T. *J. Am. Med. Ass.*, 145: 1342; Chicago, 1951.
- 70) — TELFORD, H. S. and GUTHRIE, J. E. — Transmission of the toxicity of D. D. T. through the milk of white rats and goats. *Science*, 102: 647; 1945 — citado por 13) —.
- 71) — VELBINGER, H. H. — Beitrag zur toxikologie des D. D. T. — *Pharmazie*, 2: 268; 1947 — citado por 5) e 13) —.
- 72) — VELBINGER, H. H. — Comunicação pessoal, in *Proc. 8-th Int. Congr. Entom.*, 1948 — citado por 5) —.
- 73) — VON OETTINGEN, W. F. et al. — Appraisal of the toxicity and potencial danger of D. D. T. *U. S. Publ. Health Service*; Washington, 1945.
- 74) — WEBSTER, R. L. — New insecticides: their use, limitations and hazards to human health. *Washington Agricultural Experiment Station, circular n.º 64*; Olympia, Wash., 1950.
- 75) — WEST, T. F. and CAMPBELL, G. A. — D. D. T. y los modernos insecticidas persistentes (tradução espanhola do original inglês). Barcelona, 1952.
- 76) — WRIGHT, C. S. et al. — Agranulocytosis occurring after exposure to a D. D. T. and pyrethrum aerosol bomb. *Amer. J. of Med.*, 1: 562; 1946.
- 77) — YIN-CH'ANG CHIN and CHI-HSUETH T'ANT — The effect of D. D. T. on cutaneous sensation on man. *Science*, 103: 654; 1946 — citado por 5) e 13) —.

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Experiência clínica com a insulina NPH 50

A. HOUSSAY e C. ABINZANO

A insulina NPH 50 é o fecho de um conjunto de experiências destinadas a reunir um máximo de estabilidade, para se evitarem as injeções repetidas durante o dia.

Depois de muitos ensaios foi produzida nos laboratórios de Hagedorn e é uma suspensão de cristais de insulina, protamina e zinco.

A quantidade de protamina usada por cada 100 unidades de insulina é de 0,50 mgr. em lugar dos 1,25 mgr. usados na insulina protamina-zinco vulgar. A letra N significa que a reacção é neutra ($pH=7,2$); o P refere-se à protamina; o H a Hagedorn e o 50 ao conteúdo em protamina. A quantidade de zinco é também muito pequena.

O uso clínico desta insulina mostrou que a sua acção é intermédia entre a breve da insulina corrente e a prolongada da insulina protamina zinco. Exerce a sua acção pelo menos durante vinte e quatro horas completas e provavelmente de 28 a 30 horas. O período de acção máximo inicia-se pela tarde e mantém-se até à noite quando a substância foi administrada antes do almoço.

É uma combinação estável e se se agregar a insulina comum na mesma seringa não se combinam e cada uma exerce o seu efeito em separado.

Observações clínicas. — Sobre 15 doentes observados e seguidos no Hospital Rivadavia com idades entre os 8 e os 63 anos e duração da diabetes desde 3 meses a 20 anos fundam os autores este trabalho clínico.

A norma seguida nestes doentes foi a seguinte: durante um primeiro período, de um mês regularizou-se a dieta, continuando os doentes com a mesma insulina que tinham tomado anteriormente, variando as doses com as glicosúrias.

Durante um segundo período, que durou outro mês, como mínimo os doentes receberam insulina NPH 50 e também se regulou a dose segundo a glicosúria, tratando fazer desaparecer o açúcar da urina.

Faziam-se quatro testes da glicosúria durante o dia: às 7,30-12,30-20,30-23 horas e o horário das comidas era uniforme: o primeiro almoço às 8; o almoço às 13; o lanche às 17 e o jantar às 21.

As dietas oscilaram entre 1.028 e 2.436 calorias, com 38 % de hidratos de carbono, 40 % de gorduras e 22 % de proteínas.

A distribuição das calorias pelas diferentes refeições era a

seguinte: pelo primeiro almoço, 20 %, pelo almoço, 35 %, pelo lanche, 20 % e pelo jantar, 25 %.

Dos 15 doentes estudados, 11 estavam fazendo insulina-protamina-zinco e, 4, misturas de insulina-protamina-zinco com insulina comum na proporção de 2/1 aproximadamente. O grau de contrôle foi julgado segundo as glicosúrias, do seguinte modo:

	CASOS
Muito bom — reacções de 0 a 1	4
Bom — a maioria com 1 e alguns de 0 a 2	9
Regular — reacções predominando de 2 a 3	2
Mau — reacções de 3 a 4	0
Muito mau — reacções com valores superiores a 4.	0

Segue o quadro segundo o qual se aprecia em comparação com os regimes anteriores, o valor da NPH 50:

	Insulina NPH 50	Insulina Protamina-Zinco	Mistura 2/1
N.º de doentes		11	4
Grau de contrôle	Melhor	6	0
	Igual	5	4
	Pior	0	0
Grau de satisfação	Melhor	8	4
	Igual	3	0
	Pior	0	0
Unidades de insulina	Menores	7	3
	Iguais	4	1
	Maiores	0	0

Não houve nenhuma reacção intensa à insulina, dado o contrôle estrito imposto, mas sim reacções leves sem importância.

A insulina NPH 50 permitiu regular melhor as glicosúrias do que a insulina protamina-zinco e permitiu diminuir o número de unidades de insulina diárias nos dois grupos de doentes.

Representa um nítido progresso na terapêutica insulínica da diabetes.

(*La Semane Médical*, 103; 33, n.º 2, 9 de Julho, 1953).

Síndrome pré-menstrual e metabolismo da água

As perturbações do período pré-menstrual são já conhecidas. Mas a tensão dos seios e a distensão abdominal, a ansiedade e a irritabilidade, as cefaleias e a sede são perturbações extremamente frequentes no decurso dos dias que precedem as regras, o seu mecanismo permanece ainda cheio de incógnitas.

Desde Hipócrates que a atribuíam então à agitação do sangue, procurando saída para o útero, até aos nossos dias em que um recente relatório da polícia parisiense demonstrou que é durante a semana que precede as regras que os actos criminais cometidos pelas mulheres são mais frequentes, têm-se defendido diversas teorias patogénicas.

Tem sido invocada muitas vezes a hiperfoliculina se bem que os estrogénios não sejam capazes de reproduzir os síndromes e que a sua administração não os agrave antes pelo contrário os melhora. A insuficiência em progesterona não parece estar em causa como se tem demonstrado pelo estudo da biópsia do endométrio. A sua administração muitas vezes é insuficiente para prevenir o síndrome pré-menstrual. Também se tem invocado uma insuficiência em Vitaminas B em relação com perturbações da função hepática ou pela existência duma toxina pré-menstrual como no endométrio.

Qualquer que seja o mecanismo íntimo e o papel respectivo das diferentes modificações hormonais do período pré-menstrual, a armazenagem de água durante este período é um fenómeno fisiológico. Só quando esta hidratação é excessiva é que aparecem as perturbações. Já em 1933, Thomas descrevia edemas cíclicos acompanhados de coma e de convulsões que cedem pela diurese que acompanha a menstruação.

Baseando-se neste mecanismo Bickers tentou, e com êxito, reproduzir o síndrome pela administração de água e de extracto do lobo posterior da hipófise. Retomando a sua experiência em

ratos, fazendo-os ingerir 5 cc. de água por 100 gr. de peso, demonstrou que a eliminação de água em 4 horas é superior à absorção. Juntando 0,5 unidades de extracto post-hipofisário a eliminação declinou 37 % em 4 horas.

A administração de cloreto de amónio ou de hormona masculina na véspera e no próprio dia da experiência não aumentou a eliminação de água se bem que tivesse aumentado consideravelmente a eliminação de cloreto de sódio. A administração dum derivado da teofilina, o teofilinato de 8-bromo-pirilamina na dose de 0,1 gr. por kg. permitiu encontrar nas urinas 97 % da água ingerida nas 4 horas que se seguem à absorção.

A experiência foi feita em 3 mulheres normais, voluntárias, e Bickers pôde demonstrar que depois da absorção de 1 litro de água, a eliminação média nas 4 horas seguintes é de 1.010 gr. Se se recomeça a experiência juntando 10 unidades de post-hipófise aquosa injectada por via subcutânea a eliminação desce a 177 c.c.

O autor deu então a 16 doentes apresentando um síndrome pré-menstrual com uma subida de peso de 2 kg. e 1/2 em média, além dum regime descloretado, 4 gr. de cloreto de amónio por dia durante os 7 dias que precedem as regras. O aumento de peso caiu então para cerca de 2 kg. Depois, estudando 22 doentes dos 16 já citados, deu-lhes 150 a 200 mg. de teofilinato de 8-bromo-pirilamina; os doentes que tinham aumentado antes 3 kg. em média, perdem peso até menos de 0,5 kg. em média e paralelamente desaparecem todas as perturbações do período pré-menstrual.

(J. KOHN — «La Semaine des Hôpitaux» — n.º 36, de 2 de Junho de 1953).

TONIODINA

Solução aquosa de di-iodo-hexametil-diamino-isopropanol,
para injecções intramusculares ou endovenosas

GENOBI

Hidroxibenzoato de bismuto, em suspensão oleosa
injectável, associado a princípios anti-anémicos do fígado

LABORATÓRIOS ESTÁCIO
PORTO

Dermoplasmina

Úlceras Varicosas
Escaras por Decúbito
Queimaduras
Feridas Cutâneas
Piodermites

Dermoplasmina

c/ cloroanfenicol

M. RODRIGUES LOUREIRO

Rua Duarte Galvão, 44 — LISBOA

CONCESSIONÁRIO EXCLUSIVO DO

Labor. Químico-Farm. V. Baldacci-Pisa

S U P L E M E N T O

A FEDERAÇÃO E OS RADIOLOGISTAS

Chamamos a atenção dos nossos leitores para a ilucidativa exposição, que hoje publicamos, sobre um assunto cuja discussão se vem arrastando há longos meses: os serviços de radiologia na Federação — Serviços Médico-Sociais. Este notável documento, elaborado pelo Conselho Geral da Ordem dos Médicos e cuja publicação em «O Médico» nos é solicitada pelo ilustre Presidente do Conselho Geral, vem esclarecer alguns pormenores, que, até agora, não tinham sido devidamente focados. A Ordem, entregando-se ao silêncio que durante muito tempo quis manter sobre este assunto (certamente com a melhor das intenções) colocou-se, perante muitos médicos e até perante o público extra-médico, numa situação que podemos chamar pouco airosa, pois radicou-se a opinião de que a causa dos radiologistas não era justa, nem razoável; por outro lado, supunha-se em certos meios que a Ordem não tinha conduzido o assunto com a devida ponderação, nem havia manifestado tino, isenção e a necessária actividade.

A exposição do Conselho Geral vem desmentir, cabalmente, aquelas insinuações e mostra que, no decorrer das negociações e da intervenção da Ordem — por intermédio do seu Bastonário e de outros organismos — os médicos procederam sempre com a máxima prudência, espírito de cooperação e evangélica paciência; alguns dirão, certamente, que a paciência e a confiança foram demasiadas...

Este assunto tem, essencialmente, dois aspectos: o doutrinário e o de interesse material.

O aspecto doutrinário tem para nós interesse fundamental.

Com o desenvolvimento dos seguros sociais para a doença (desde que se organizaram os chamados Serviços Médico-Sociais—Federação de Caixas de Previdência), apresentou-se em Portugal um problema, que logo julgamos vir a ter decisivo alcance para a assistência na doença às classes economicamente débeis: as relações entre a Previdência e a Assistência Social. Pareceu-nos que era fundamental estabelecer, desde o início, os limites em que actuariam os nossos seguros sociais e a colaboração que deveria assentar-se entre a Previdência e os nossos Hospitais, Dispensários, consultórios particulares, etc. Defendi, desde logo, um princípio que considerava essencial: os Seguros limitar-se-iam ao papel de fornecedores de assistência, aproveitando todos os recursos que já existissem no País ou fossem susceptíveis de melhorar os seus serviços; só excepcionalmente se criariam serviços próprios. Colaborando, por exemplo, com os hospitais, as entidades seguradoras não só poderiam fornecer uma assistência mais económica (isto é, que sobrecarregasse menos as

suas finanças), como contribuíssem para a melhoria das suas instalações e dos seus serviços. Quiseram seguir outro caminho: instalaram «postos» e «serviços» (e, mesmo, «chefes» que não chefiavam nada); procurou-se, acima de tudo, fazer uma política de fachada, que, afinal, não iludiu ninguém; gastou-se dinheiro inútilmente — o que tira autoridade para que, mais tarde (como sucede com os radiologistas) se deseje fazer economias noutros sectores.

Com as nossas campanhas (chamamos-lhe assim), não obstamos a que se cometessem muitos erros e se desperdiçasse muito dinheiro, que poderia ser mais útil alargando a assistência aos segurados; mas conseguimos evitar que se prosseguisse no caminho das realizações próprias (como criar mais «postos» e postas e mesmo hospitais, como se desejava). Estas nossas intervenções (na imprensa médica, na Ordem, na Assembleia Nacional, no último Congresso da União Nacional) tiveram larga repercussão em Espanha (onde os «Seguros» construíram hospitais próprios—política que tem suscitado clamorosos protestos e é desaprovada pela grande maioria dos médicos e outras pessoas conhecedoras do assunto). A nossa acção, aqui, em Portugal, tem suscitado no país vizinho vivas simpatias e lá se conhecem os resultados benéficos que conseguimos, ao menos, impedindo o desenvolvimento duma política suicida. Não temos tido possibilidades de destruir o muito de mal que se fez, nem remediar o que existe. É certo que caímos num deplorável ponto morto. Não foi possível, até agora, levar a Federação, ao menos, a aproveitar os nossos Hospitais — em condições razoáveis — para internamento dos seus beneficiários. Mas as portas não estão fechadas. Desde que haja boa vontade, ainda se pode entrar no bom caminho. E isto já é muito. É a nossa grande vitória!

Por que somos contra a instalação de serviços próprios — por que entendemos que é indispensável que sigamos o mesmo caminho que têm trilhado a maior parte dos países da Europa (onde há, aliás, mais recursos do que no nosso) — não podemos ver com simpatia que a Federação procure criar, em alguns dos seus «postos», serviços próprios de radiologia. É este o aspecto doutrinário.

Vejamos agora o outro aspecto: o dos interesses materiais.

Não queremos discutir aqui o problema dos honorários em serviços de radiologia; se tem razão a Federação ao apresentar as suas tabelas; se os colegas radiologistas devem ou não manter-se com intransigência na posição que têm assumido; se estes ganham demasiadamente ou se a Federação tem ou não possibilidades de lhes pagar como até agora.

Nesta questão de honorários médicos nos Seguros Sociais, há um problema que considero fundamental: atender à situação económica dos beneficiários. O benefício dos seguros estende-se apenas aos economicamente débeis? Antes de mais nada, é necessário definir o economicamente débil. Definido este, aceitar o princípio de que são apenas os economicamente débeis os que têm direito a utilizarem este tipo de seguros. O regime e o quantitativo das remunerações dos médicos que trabalham nos Seguros Sociais têm de depender, forçosamente, da doutrina que se estabeleça: aceitar ou não a limitação aos economicamente débeis, e, no caso afirmativo, definir o que se chama economicamente débil. Só depois de definir doutrina a este respeito, é possível estabelecer, com equidade, regimes de prestações de serviços médicos e tabelas de honorários. Tal qual como estamos, parece-nos que os radiologistas têm razão em não aceitarem as tabelas que a Federação lhe quer impor; desde que se estabeleça a limitação aos economicamente débeis, entendemos que o preçário deve baixar em relação ao actual.

Sempre defendemos — e continuamos a defender — o princípio de cada um, por si ou por intermédio dos seguros sociais, pagar as despesas correspondentes à assistência na doença, de acordo com as suas possibilidades económicas. Fomos os primeiros a defender este princípio em Portugal. E fazemos esta declaração para que se não veja incoerência em relação a organismos onde trabalhamos e nos quais defendemos a gratuidade de serviços. Há que distinguir: a assistência na doença e a profilaxia social. Esta deve caber à Direcção Geral de Saúde. Os Seguros Sociais ocupam-se da primeira função; é aí que os serviços devem ser pagos. Quando se trata de profilaxia — que se destina a defender toda a população das doenças (e deve por isso caber ao Estado, embora com a colaboração das autarquias e da segurança social) — os serviços devem ser facilitados no máximo. A sua gratuidade é condição essencial de êxito. É necessário ir mais longe: levar todos os doentes portadores de doenças transmissíveis a tratarem-se (reduzindo as possibilidades de contágio), por meio dos serviços sociais. À Federação não cabe esse papel (embora deva cooperar em matéria de profilaxia com a Direcção Geral de Saúde). Um entendimento entre as duas entidades poderia ser extremamente útil, contribuindo para a defesa da saúde pública e até para o saneamento financeiro da Federação — pelo qual tanto se tem empenhado (e com inteira razão) o Snr. Presidente, Dr. Sá Oliveira.

MOSAICOS NORTENHOS

LI

Um problema velho... e que não está resolvido

O silêncio mantido nestes últimos tempos foi propositado e com antecipação resolvido; desse meu intento e das suas razões dei parte, com muita antecedência, a quem dirige «O Médico».

Cessadas as causas que o determinaram — realizadas as eleições e findo o período de agitação que o precedeu — volto ao meu trabalho de crítica, certo de que ainda é possível modificar muitos erros, embora com o tempo já bem enraizados, conseguindo-se uma melhor obra, quer sob o ponto de vista doutrinário, quer quanto aos objectivos que se pretendem alcançar.

Refiro-me ao *seguro-doença*, tema sobre o qual nestes últimos anos tanto se tem escrito e que mantém ainda uma sedutora oportunidade para todos aqueles que pretendem que se caminhe progressivamente na estrada do social e que entendem ser possível executar esse labor dentro de uma ideologia diferente da que o *socialismo* apregoa e divulga.

Socialização da Medicina — ninguém a quer entre nós, mas é preciso que não sejam aceites fórmulas disfarçadas que possam constituir infiltrações amolentadoras da estrutura doutrinária que condiciona a nossa própria ética.

Continuo adversário da *Medicina socializada* e de todas as variantes que mais ou menos se aproximem dela e que, com o tempo, possam conduzir à sua aceitação entre nós.

Não se estranhará, portanto, que volte a insistir e que continue a desprezar todas as possíveis benesses que poderia ter se a minha atitude fosse diferente, ou, pelo menos, não tão impertinente, como já lhe ouvi chamar. Sou sempre o mesmo e porque me situo no plano doutrinário e dele passo para as realidades da execução, cotejando o que se faz com o que se poderia fazer — julgo não me escassear autoridade para rever o problema e continuar a varejar a frondosa árvore da nossa *Medicina organizada*, em que, numa hora de muito entusiasmo pouco meditado, lhe enxertaram um amadorismo que lhe reduz os frutos e a condena a uma vida estiolada.

São horas de começar a reparar os erros cometidos, para que se realizem os objectivos daqueles que pretenderam, ao instituir o *seguro-doença*, organizar uma obra de grande alcance social. Os meus comentários, embora duros e intransigentes, não têm outra finalidade, devendo arredar-se sempre das suas entrelinhas qualquer possibilidade de alusão pessoal; um problema de tão grande transcendência, que coloca em perigo a nossa ética e de que depende a realização dos benefí-

cios que se prometeram aos nossos trabalhadores — não se coaduna com questões pessoais, nem permite que delas dependa a solução dos múltiplos problemas criados e que podem ser resolvidos, se houver vontade decidida e bom senso.

ESPERANÇAS FUNDAMENTADAS

O momento parece-me oportuno para encetar uma revisão do nosso *Seguro Social*, no seu aspecto particular do *seguro-doença*, único que me interessa.

Conheço bem os médicos do Norte que foram eleitos para a Assembleia Nacional e com satisfação se verifica que todos eles conhecem perfeitamente os muitos defeitos e os grandes erros da *Medicina organizada* que entre nós foi instituída para presidir àquele *seguro*. Daí esperar-se que consigam ser ouvidos.

Não se pretende recuar na protecção social ao trabalhador; antes pelo contrário, o que se pretende é que essa protecção seja mais larga, mais efectiva.

Essa obra tem possibilidades de realização, se abandonarmos os figurinos estrangeiros que serviram de modelo para o nosso *Seguro*. Podemos — e devemos — adoptar um sistema nosso, com escalões de benefícios que correspondam às necessidades do agregado familiar, afastando-nos do *critério socialista* que se adoptou e que é desarmónico com a estrutura do nosso Estado. Olhemos para o futuro e do passado apenas nos deve interessar a lição que os factos evidenciam com um relevo que se não pode desprezar.

Rever o nosso *Seguro*, moldá-lo em bases nacionais e executá-lo dentro da Medicina pessoal — é o desejo de todos os que pretendem uma obra que se imponha.

Somos — os que estamos deste lado — por um *seguro total* para os que precisam, deixando o *seguro parcelar* — e só este se está a fazer — para aqueles que não são economicamente débeis.

Defendemos princípios e, ao fazê-lo, proclamamos a imperiosidade de se modificar uma organização que enferma de bases socialistas.

É dentro destas razões que se pretende colaborar. Infelizmente, os que se colocaram nesta posição não têm sido compreendidos e daí quase não serem ouvidos, embora os argumentos se vão somando e os resultados da experiência tentada estejam bem à vista.

Combatemos as bases em que se organizou o nosso *seguro-doença* e a forma defeituosa como se está executando. A colaboração oferecida — a *Ordem dos Médicos*, claramente a definiu — também não tem sido aceite. Quanto isso desgosta

aqueles que se têm dedicado a estes problemas com sinceridade e boa fé, nem é preciso dizê-lo.

Mas, creio bem, há-de chegar o momento destes clamores despertarem aqueles que podem encetar o movimento de revisão que se anseia. As minhas esperanças nos médicos que vão para a Assembleia Nacional, fundamento-as no conhecimento profundo que eles têm deste grave problema e no desejo que acalentam de serem úteis à grei. Oxalá sejam compreendidos e ouvidos; sinceridade e lealdade desassombrada, são as características que lhes impõem autoridade para aí proclamarem uma revisão pormenorizada do nosso *seguro-doença*, que está errado e que vem sendo executado defeituosamente.

VIDA NOVA...

É isso o que se deseja; vida nova, revisão sensata do problema, estudo detalhado das suas bases e do melhor modo de o executar de maneira a bem servir os que sofrem, oferecendo-lhes uma assistência médica dentro dos clássicos moldes da nossa ética hipocrática — é quanto se deseja e anseia.

Vida nova, esquecendo azedumes, intrigas e ressentimentos; vida nova, começando por um estudo sereno e sensato do problema sob o seu aspecto doutrinário, técnico e financeiro, de forma a estabelecer um plano bem meditado e profundamente estudado, que possa dar lugar a uma obra social em moldes perduráveis e de resultados elevados.

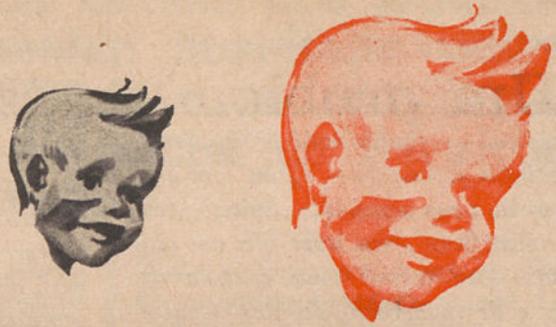
Ao pedir uma nova orientação e um estudo detalhado do nosso *seguro-doença*, reafirmo a posição que sempre marquei como norma geral das minhas críticas construtivas: o máximo interesse pelos problemas sociais, desprezando sempre o que as minhas palavras possam ter de agradável ou desagradável para aqueles que julgam tudo estar a correr bem. Ao proceder assim, esqueço atitudes que magoaram e deselegâncias que nunca mereci.

M. DA SILVA LEAL

Dr. Mota Figueiredo

Foi nomeado assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa, o Dr. Aníbal José da Mota Figueiredo, que exercia as funções de médico-psiquiatra no Hospital Júlio de Matos.

SUSPENSÃO ORAL - XAROPE



PALMITATO
 DE
CLOROANFENICOL
PARA USO INFANTIL

Febres tifóide e paratífóide e outras salmoneloses.
 Febre de Malta. Rickettsioses.

TOSSE CONVULSA
 Meningites. Infeções urinárias. Varicela.
 Sarampo, rubéola e papeira.
 Infeções por cocos resistentes à penicilina

Chlorotifina
SUSPENSÃO ORAL
 (Xarope)

apresenta-se em frascos com 60 c. c. correspondendo cada colher de chá a cerca de 4 c. c. (125 mg. de cloroanfenicol aproximadamente).

Fácil administração — Idêntica actividade

SABOR AGRADÁVEL
PRODUTO SÁPIDO
 e completamente absorvido pelo tracto digestivo.



Chlorotifina



INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA

ECOS E COMENTÁRIOS

DOUTOR MARAÑON

Quem conhece pessoalmente este célebre médico — a figura mais proeminente da medicina espanhola — e lida com ele, acompanha a sua actividade clínica, o seu labor científico, priva com ele no seu Instituto — no meio duma centena de colegas e de numerosos doentes — quem sabe o que ele escreve, em livros, em revistas científicas, em jornais destinados ao grande público — em profusa quantidade e alta qualidade — quem o vê em reuniões, a realizar conferências em toda a Espanha e no estrangeiro — admira-se, sobretudo, de ver Marañon sempre com aspecto sóbrio, modesto, como quem nunca tem pressa, como quem trabalha pouco — ele, o homem que dispõe de muito vasta clientela, que dirige um Instituto que é frequentado por milhares de doentes e tem renome internacional e que é um dos mais brilhantes e dos mais fecundos escritores que tem tido a Espanha!

Conheço muitos médicos que trabalham imenso, que têm realizado obras notáveis em vários sectores das actividades médicas, que descançam pouco para conseguirem abranger toda a projecção do seu labor incessante; mas esses dão, em geral, a impressão de terem pressa e são, muitas vezes (infelizmente!), porque conhecem o seu valor e a sua obra, enfatuados, exibindo um pretenciosismo que choca os demais. Marañon é uma excepção. Se não soubéssemos o valor que tem, a projecção que tem, o prestígio de que disfruta, o alto nível da sua palavra e da sua cultura — ao observá-lo, diríamos que estamos em presença dum homem modesto, dum médico como há muitos. É essa uma das características mais simpáticas da sua personalidade.

Marañon tem tempo para tudo. De vez em quando sai de Espanha, vai ao estrangeiro, como há pouco sucedeu. Em vez de ir para S. Sebastian, durante o último verão — e mesmo aí, trabalha intensamente — esteve no Brasil; e esta viagem teve para nós, portugueses e seus amigos e admiradores, especial interesse. Marañon visitou esse prolongamento de Portugal — um país a que ele dedica especial afecto. Não podíamos deixar de nos mostrar sensibilizados ao sabermos que Marañon teve ali afectuoso e entusiástico acolhimento.

M. C.

MARAÑON NO BRASIL

Durante 3 meses, em Julho-Setembro do ano corrente, o Dr. Gregório Marañon esteve no Brasil, convidado pelo Go-

verno do país irmão (Ministério das Relações Exteriores). Realizou ali uma série de conferências, expondo os últimos trabalhos e pontos de vista referentes ao Instituto de Patologia Médica, que dirige no Hospital Provincial de Madrid. As conferências versaram os seguintes temas, alguns deles a pedido dos próprios organismos culturais: Climatério masculino; Síndrome A. B. D.; Etiologia e clínica dos síndromas hipotalâmicos; Embriopatias e Endocrinopatias; A nossa experiência sobre a utilidade da cortisona

e do ACTH; As cronopatias e a sua importância em patologia do crescimento; Estado actual do problema da intersexualidade; Síndrome da hormona tirótrope; Eficácia e perigos da terapêutica actual.

Alguns destes assuntos foram versados em duas conferências. O Dr. Marañon realizou ainda três conferências sobre Cajal, a sua escola e o seu significado, na inauguração da Sala dedicada a Cajal no Instituto de Neurologia da Universidade do Rio de Janeiro, na Faculdade de Medicina de S. Paulo e na Faculdade de Letras da mesma cidade. Realizou ainda outras conferências sobre temas históricos. No total 23 conferências.

Esteve, além do Rio de Janeiro e de S. Paulo, em outras cidades, visitando as mais notáveis instituições científicas; Marañon diz que, no Brasil, a «pujanza cultural es verdaderamente asombrosa; la intensidad de la vida intelectual, y especialmente de la médica, en el Brasil, es extraordinaria; sorprende y emociona, sobre todo, el patriotismo y la fe de cuantos forman el medio universitário, cualquiera que sean sus opiniones, ante el porvenir de la Ciencia y de la Nación, asi como su ausencia de nacionalismo estrecho, pues llaman sin cesar y generosamente a colaborar con ellos a maestros de todo el mundo».

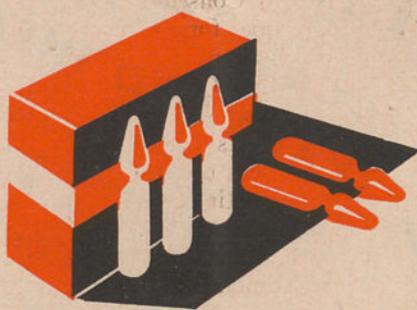
MINISTÉRIO DA SAÚDE NO BRASIL

Criou-se no Brasil o Ministério da Saúde, sendo nomeado titular da pasta António Balbino. Indicam-se como principais colaboradores do novo Ministro o Dr. Miguel Couto Filho, presidente da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, e o notável malariologista Dr. Pinotti, que, recentemente, fez as seguintes declarações:

«A autonomia dada ao Ministério da Saúde, dentro da relatividade das coisas, permitirá o estudo, planejamento e solução dos nossos problemas de saúde rural e social, dentro de um programa uniforme, no qual as responsabilidades da execução e êxito caberão a sanitistas e técnicos empenhados integralmente em equacionar estas questões, sob risco de incompetência, o que não ocorria antes, quando essa mesma responsabilidade se diluía num ministério dúplice de actividades educativas e sanitárias, no qual umas poderiam ser prejudicadas pelas outras com menor repercussão».

Anteriormente, no Brasil, os serviços de saúde e de instrução estavam reunidos num mesmo ministério.

TERAPÊUTICA ANTI-SIFILÍTICA



SALIBI

Suspensão oleosa de salicilato básico de bismuto, em dispersão muito fina. Cada ampola de 2 cc. contém 0,15 g. de Bi metálico.

Caixa de 12 ampolas
de 2 cc.

25\$00

LABORATÓRIOS

DO

**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

Esclarecimento do Conselho Geral da Ordem dos Médicos quanto à sua interferência na questão suscitada entre a Federação dos Serviços Médico-Sociais e os radiologistas e na instalação pela Previdência Social de Serviços Sanitários Privativos

Com pedido de publicação (em ofício assinado pelo Presidente da Ordem dos Médicos, Prof. Cerqueira Gomes), recebemos a seguinte exposição:

Vários escritos têm vindo a público sobre a questão suscitada entre a Federação dos Serviços Médico-Sociais e os Médicos-Radiologistas a propósito da tabela de honorários dos exames da especialidade.

Neles são feitas referências e apreciações, algumas desfavoráveis, a atitudes do Conselho Geral da Ordem dos Médicos. Sem procurar ir ao encontro das intenções, entende o Conselho Geral a necessidade de analisar as razões de quem acusa, esclarecendo a posição que tomou neste difícil pleito.

Há nele duas fases; uma passada antes da intervenção da Ordem e na qual se podem seriar os seguintes factos: — a) elaboração pela Federação duma tabela de honorários dos serviços radiológicos com valores mais baixos de que a tabela então em vigor; — b) apresentação da tabela pelo Snr. Presidente da Federação aos Radiologistas, para assinatura de concordância, primeiro em Coimbra, depois no Porto e, finalmente, em Lisboa; — c) aceitação da tabela, em regime de experiência, pelos Radiologistas de Coimbra; rejeição da tabela pelos Radiologistas do Porto e de Lisboa; — d) reunião dos Radiologistas de Lisboa com o Senhor Ministro das Corporações no seu Gabinete, e afirmação pelos Radiologistas de Lisboa ao Senhor Ministro, depois desta reunião e de outras diligências, da impossibilidade de aceitarem a nova tabela, pondo à disposição de Sua Excelência a própria escrita e demais elementos julgados necessários; — uma segunda fase contada desde que foi pedida a intervenção da Ordem. Só esta o Conselho Geral quer explicar, porque só nesta tem responsabilidade.

Situam-se em fins de Janeiro e princípios de Março de 1952 as datas em que, respectivamente, os Radiologistas do Porto e de Lisboa solicitaram a intervenção da Ordem. E enxerta-se logo aqui a primeira acusação ao Conselho Geral e ao Bastonário da Ordem. Em carta publicada no «Jornal do Médico» a 6 de Junho de 1953, o Snr. Presidente da Federação escreveu: «Visto que tanto os Radiologistas de Lisboa como os do Porto nos haviam anunciado terem entregue a questão à Ordem dos Médicos, aguardamos a intervenção desta, Mas, porque o tempo passava sem ela se verificar, e tínhamos de tomar providências em defesa da missão que à Federação está confiada, em 8 de Maio, abrimos concurso para a compra de aparelhos de Raios X, mas continuamos esperando. Em 26 de Julho — 6 meses depois dos Radiologistas haverem

entregue à respectiva Ordem a resolução do dissídio — recebemos o seguinte ofício assinado pelo Presidente do Conselho Geral da Ordem...» «E mais adiante: «no interregno que vai de 2 de Fevereiro a 26 de Julho de 1952, período em que pacificamente estivemos à espera e durante o qual só chegaram ao nosso conhecimento... os boatos que corriam lá por fora e mais nada...». Quem ler estas passagens é levado a concluir que o Conselho Geral, embora solicitado para intervir na questão, ficou imóvel durante seis meses e justificou, pela sua imobilidade, que o Snr. Presidente da Federação abrisse concurso para a compra de aparelhos de Raios X.

Contra isto, o Conselho Geral aduz:

1.º — Logo que foram recebidos os ofícios dos Radiologistas do Porto e de Lisboa, o Conselho Geral encarregou o Bastonário de tratar o assunto junto do Senhor Ministro das Corporações.

2.º — Falou, sem demora, o Bastonário com o Senhor Ministro. Reuniu, logo a seguir, em Lisboa e no Porto, os Radiologistas de cada cidade, aos quais transmitiu, substancialmente, o pensamento do Senhor Ministro: — a) antes de extinguir ou reformar a Federação era preciso liquidar o seu déficit; — b) este teria de ser coberto pelas Caixas de Previdência e a Federação queria ganhar autoridade moral para pedir às Caixas mais sacrifícios apresentando-se diante delas com as despesas reduzidas; — c) os serviços ra-

diológicos ocupavam lugar de vulto no orçamento da Federação e para o diminuir tinha-se elaborado uma tabela de valores mais baixos; — d) se os radiologistas não aceitassem a nova tabela a Federação montaria serviços próprios de radiologia, convencida de que, assim, conseguiria as economias desejadas. Pediu o Bastonário aos Radiologistas a melhor compreensão do problema; todos manifestaram o desejo de colaborar. E assentou-se numa proposta de redução imediata de 10 % da tarifa em vigor, por um tempo determinado, durante o qual se acordasse entre Ordem e Federação uma nova tabela.

3.º — A proposta desagradou ao Senhor Ministro. Mas continuaram junto dele as diligências para aceitar este modo provisório de diminuir as despesas até se estudar com calma e segurança os factores intervenientes no estabelecimento dos preços. Insistiu particularmente o Bastonário, em conversas pessoais e em cartas com datas de 20 de Março e 2 de Abril, para que o Senhor Ministro não autorizasse a nossa Previdência Social a instalar apetrechamento sanitário próprio; tornou a lembrar que o não há na Europa Continental, mesmo nos países que de entrada mais sofreram a mão socialista, na legislação dos seguros sociais; só a Espanha nos últimos tempos se desviou do caminho com a construção de hospitais privativos da Previdência, mas os inconvenientes afloravam já, irreprimivelmen-

Para o CHOQUE VITAMÍNICO A + D

Rectadê

SUPOSITÓRIOS

(VITAMINAS A + D)

Representa a FORMA IDEAL para a ADMINISTRAÇÃO das

Vitaminas A e D, cujas acções TERAPÉUTICAS se COMPLETAM

LABORATÓRIO FIDELIS

te, à boca e à pena de muitos responsáveis.

4.º — Em 8 de Maio a Federação abriu, nos jornais, concurso para aquisição de aparelhos de Raios X destinados à montagem de postos para seu uso.

5.º — Imediatamente o Bastonário comunicou o facto ao Senhor Ministro, e porque acreditava que Sua Excelência o desconhecia, visto se passar enquanto duravam as negociações, pedia, ao participá-lo com toda a lealdade, o favor das devidas providências.

6.º — Respondeu o Senhor Ministro em 16 de Maio. Em face da atitude dos Radiologistas, que insistiam em não aceitar a tabela da Federação, Sua Excelência considerava definitivamente encerrada a sua intervenção directa nas negociações.

E dava a entender que se passaria à montagem dos serviços de radiologia pela Federação, caminho diferente daquele que o Senhor Ministro sempre tinha considerado melhor e que para ele se revelava impraticável.

7.º — Não desistiu o Conselho Geral nem o Bastonário. E voltou este a pedir ao Senhor Ministro que não abrisse a porta dos serviços sanitários privativos da Previdência, mostrando as desvantagens que de aqui advinham para os médicos, para a medicina e até para os próprios beneficiários do seguro. Em 27 de Junho levou o Bastonário, concretamente, ao Senhor Ministro uma nova proposta de solução do caso: nomeação pelo Senhor Ministro de um árbitro ou de árbitros com poderes para decidir entre

os valores em litígio. A proposta respeitava a posição que o Senhor Ministro havia resolvido de não mais intervir directamente nas negociações. E a arbitragem pertence à boa técnica corporativa.

8.º — Em diligência pessoal realizada em 14 de Julho soube o Bastonário que o Senhor Ministro não concordava com esta nova proposta. Poucos dias depois, Sua Excelência reafirmava, por escrito, o parecer de que a boa defesa dos Radiologistas os mandava aceitar a tabela nas condições em que a aceitaram os Radiologistas de Coimbra. (No entanto, por essa altura, já os Radiologistas de Coimbra tinham mandado ao Snr. Presidente da Federação, com data de 4 de Julho, uma carta assinada por todos, declarando «que haviam ficado em fim de Janeiro a trabalhar para a Federação em regime de experiência», mas «informavam que a tabela não era de forma alguma remuneradora, sendo mesmo em alguns casos a importância recebida inferior à despesa que o doente faz com o trabalho radiológico de que precisa». A última possibilidade a que o Senhor Ministro se não opunha era que a Ordem se avistasse com a Federação.

9.º — Na reunião do Conselho Geral de 26 do mesmo mês de Julho, resolveu o Conselho Geral delegar na sua Comissão de Radiologia plenos poderes para negociar com a Federação uma tabela de honorários dos serviços da especialidade, dando conta desta resolução em ofício dirigido ao Snr. Presidente daquela entidade. E em 29, três dias depois, o Bastonário comunicava de facto ao Senhor Ministro, dizendo a propósito: «A Ordem toma a iniciativa de se dirigir à Federação e manda ao Presidente desta a própria Comissão de Radiologia que lhe assiste e que o Conselho Geral ouve e consulta nos problemas da especialidade. Não se pode ser mais elegante nem dar mais provas de boa vontade. A Comissão é composta de pessoas sérias e à frente está o Prof. Benard Guedes que, pelos seus anos, pelo seu prestígio e pela sua prudência, oferece todas as garantias. Pedi-lhes a melhor boa vontade e vão com o desejo de acertar caminhos. Espero agora que V. Ex.ª compreenda o meu esforço, a legítima posição em que o caso está colocado e me ajudem».

Como se vê, ao contrário do que escreveu o Snr. Presidente da Federação, o Conselho Geral não deixou de actuar desde que lhe solicitaram a intervenção até que se dirigiu à Federação. Muitos foram os empreendimentos que efectuou através do Bastonário, muitos, longos, cautelosos e difíceis.

Custa ao Conselho Geral aceitar — e custará a quem souber como o Snr. Presidente da Federação depende do Snr. Ministro e como vive em íntimo contacto com o seu Gabinete — que o Snr. Presidente da Federação ignorasse estas diligências a ponto de vir declarar publicamente que «o tempo passava sem se verificar a intervenção da Ordem» e, por isso, em 8 de Maio, a meio das negociações, «abriu concurso para a compra de aparelhos de Raios X, mas continuou esperando».

A intervenção da Ordem começou,

Nepera Chemical Co., Inc.

Nepera Park, Yonkers 2, N. Y. — E. U. A.



apresenta :

BIOMYDRIN

marca de laboratório registada

novo tratamento da terapia local da rinite infecciosa e alérgica e da sinusite por meio de um atomizador que subministra uma pulverização fina para obter os máximos efeitos clínicos.

atomizadores plásticos de 15 c. c.

MANDELAMINE

marca de Mandelato de Metenamina

um antiséptico urinário eficaz e especialmente bem tolerado, sem que suscite resistência nem sensibilização.

frascos de 60 drageas

NEOHETRAMINE

marca de Cloridrato de Tonzilamina

um antihistamínico notável pela sua baixa toxicidade e pela sua eficácia no tratamento da rinite alérgica, febre dos fenos, asma bronquial, urticária e dermatites alérgicas e de contacto.

frascos de 25 e 100 comprimidos doseados a 50 mg.

PYRICIDIN

marca de Isoniazida

um importante progresso no tratamento da tuberculose. Emprega-se só ou em combinação com estreptomina ou dihidroestreptomina e ou ácido para-amino-salicílico.

frascos de 100 comprimidos doseados a 50 mg.

REPRESENTANTES EM PORTUGAL:

ARMAZENS PEREIRA & FERREIRA, LDA.

24, Rua da Padaria, 26 — Telefone: 28407 — LISBOA

por cortesia e por lógica, junto do Senhor Ministro. Não podia a Ordem ignorar que Sua Excelência estava em contacto com os Radiologistas. A Sua Excelência se dirigiu. E tão certo foi o caminho que sempre o Senhor Ministro recebeu as gestões da Ordem. Fora deste marco, querendo considerar a relação Ordem-Federação, se alguém tinha o direito de esperar era a Ordem. E com razões bem claras: assim como a Federação procurara os Radiologistas para que aceitassem a tabela, devia ir ao encontro da Ordem desde que os Radiologistas lhe comunicaram que entregavam à Ordem o estudo do assunto; mais, os Radiologistas do Porto transmitiram à Ordem que ela seria procurada pelo Snr. Presidente da Federação, dado que assim lhe haviam pedido em ofício por todos assinado, e não consta, de nenhum documento que o Snr. Presidente da Federação declinasse ou recusasse o pedido dos Radiologistas do Porto. Quer dizer, foi em bom respeito pelas normas das relações humanas, que o Bastonário declarou na Assembleia Nacional: «pacientemente esperei que a Federação se dirigisse à Ordem, como era seu dever».

10.º — Seguiram-se os trabalhos da Comissão de Radiologia que podem concretizar-se assim:

a) a Federação enviou à Comissão de Radiologia um artigo da Revista «The Lancet» (Cost of a Radiological Service) e parte do relatório elaborado pelos actuários do I.N.T.P. sobre o custo das radiografias (considerações gerais e parte referente à radiografia do tórax);

b) a Comissão de Radiologia mandou em troca um longo estudo onde — 1.º explicava que os elementos do artigo da «The Lancet» não podiam servir para referências portuguesas, dada a discordância de preços entre Inglaterra e Portugal, tanto na aparelhagem como no restante material radiológico; — 2.º mostrava que nos cálculos do I.N.T.P., feitos já para o nosso meio, havia rubricas cotadas inferiormente ao real (como custo médio da instalação e tempo de amortização) e faltavam encargos de valor (como expediente e impostos), mas que, mesmo assim, o custo da radiografia do tórax — única que nesse momento a Comissão conhecia — era no cálculo do I.N.T.P. superior ao que a Federação propunha na nova tabela; — 3.º apresentava, em contraproposta, um quadro de valores que reputava justos para os factores intervenientes no custo das radiografias e pedia para os submeter ao Juízo do I.N.T.P.;

c) respondeu a Federação: — 1.º «verificava com surpresa que a Comissão se limitara a apreciar o relatório elaborado pelo I.N.T.P. e o artigo da revista «The Lancet», sendo certo que um e outro haviam sido enviados à Comissão apenas como elementos de estudo da tabela elaborada pela Federação e sobre a qual a Comissão nada dizia»; — 2.º «o estudo do I.N.T.P. não tinha sido realizado a solicitação da Federação mas feito na sequência de estudos a que o referido Instituto tem estado a proceder»; — 3.º «A Federação tinha todos os preparativos concluídos para a montagem

de serviços próprios de radiologia, mas antes queria saber concretamente em que a sua tabela era inaceitável, porque o era e o que propunha a Comissão em sua substituição»;

d) a Comissão de Radiologia observou à Federação: — 1.º já tinha mostrado porque a tabela era inaceitável ao apreciar os únicos elementos que a própria Federação designara para estudo da tabela por ela elaborada; — 2.º no caso de existirem elementos de estudo até agora não conhecidos pedia o favor de os enviar e «para evitar mais demora, pois não desejava indefinidamente arrastar a discussão» solicitava também para ser informada se devia ou não aguardar o parecer do I.N.T.P. depois dos novos esclarecimentos;

e) a 9 de Dezembro a Direcção da Federação estabeleceu: 1.º que estava segura do seu estudo é que «a discussão pormenorizada de todos os elementos que serviram de base ao estudo em referência, parecia-lhe desprovida de interesse prático, dada a variabilidade dos preços do material, das despesas de instalação, manutenção e funcionamento, etc.»; — 2.º que não podia responder afirmativamente quanto à intervenção do I.N.T.P. «Só podia afirmar que teria de resolver o problema no decorrer do mês».

f) a Comissão de Radiologia verificando, ao fim de dois meses de esforços, que a Federação não só se recusava obstinadamente a apresentar os factores intervenientes na elaboração dos seus preços como acabava por considerar desprovida de interesse a discussão destes factores, e tendo a Comissão desde a primeira hora mostrado como uns e outra eram logicamente fundamentais no assentar das bases para cálculos de qualquer tabela, participou ao Snr. Presidente da Federação, em 17 de Dezembro, que via fechado o caminho das suas diligências e ia pedir a intervenção do Bastonário, o que fez.

Começa nesta altura outra acusação. O Snr. Presidente escreveu, na carta pública já referida: «Em 17 de Dezembro de 1952 comunicou-nos a Comissão de Radiologia da Ordem que depunha a solução do problema nas mãos do Snr. Presidente do Conselho Geral. Em 16 de Fevereiro de 1953, passados dois meses sem mais notícias a propósito da intervenção do Snr. Presidente da Ordem no assunto...». O que de novo significa que a Ordem tornou a adormecer e foi o seu sono que motivou as constrangidas atitudes do Snr. Presidente da Federação.

Ora, o Conselho Geral opõe, mais uma vez:

10.º — Recebido a 18 de Dezembro o ofício da Comissão de Radiologia, logo no dia 20, de manhã, o Bastonário tentou uma diligência junto do Senhor Ministro. Ia munido de todos os documentos trocados entre a Federação, a Comissão de Radiologia e o Conselho Geral para provar que tendo sido destacada uma Comissão para negociar, a Federação não queria entrar neste terreno, começara por apresentar documentos de estudo com os quais, depois, rejeitava qualquer solidariedade e, esquivando-se sempre aos números e aos cálculos, acabara por afirmar que não ia além do fim do mês na espera para montagem dos serviços de radiologia. Nestas condições, o Bastonário não via, também, caminho por onde seguir. O Senhor Ministro pediu para estudo todos os documentos na posse do Bastonário e prometeu que falaria com ele logo que os tivesse estudado. Quanto à ameaça de instalação de serviços pela Federação até ao fim do mês, garantia desde logo que ela se não realizaria.

11.º — Na tarde desse mesmo dia 20, o Bastonário transmitiu os factos ao Conselho Geral reunido em sessão ordinária. O Conselho apreciou e louvou os esforços da sua Comissão de Radiologia. E resolveu esperar pela palavra do Senhor Ministro.



ALGINEX

A N A L G É S I C O
D E U S O E X T E R N O

apresentado em forma de stik
com excipiente especial

D E A C Ç ã O I N T E N S A
E R Á P I D A



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

LISBOA PORTO COIMBRA

12.º — Em fim de Fevereiro o Bastonário pediu ao Senhor Ministro o favor de lhe ceder por algum tempo os documentos na sua posse; tinham de justificar a resposta à exposição que o Senhor Presidente da Federação dirigira para a Assembleia Nacional. O Senhor Ministro comunicou, por escrito, ao Bastonário que mandaria os documentos, sobre os quais ainda não tinham falado, mas que assim o faria no próximo encontro. A 5 de Março o Senhor Ministro remeteu os documentos. A 20, realizou-se na Assembleia Nacional o aviso-prévio sobre Previdência Social e, no seu desenvolvimento, a montagem de serviços privados, especialmente os de radiologia, foi abordada por Sua Excelência o Ministro, pelo Snr. Presidente da Federação, pelo Bastonário e pelos Radiologistas.

13.º — Seguiu-se a Assembleia Geral da Ordem e a posse do novo Conselho Geral. Logo na primeira reunião quis este voltar ao problema. Desde que a Comissão de Radiologia tinha pedido a intervenção da Ordem e declinado, por impossível, a sua missão de negociar, o Conselho decidiu tentar ele próprio outra resposta da Federação. Mas, reconhecendo que o assunto estava cortado desde a diligência junto do Snr. Ministro e que nada se devia fazer sem retomar com Sua Excelência o fio das negociações, acordou mandar o seguinte ofício:

Senhor Ministro das Corporações e da Previdência Social

Excelência:

Desde há quatro meses que estão suspensos os trabalhos entre a Comissão nomeada pelo Conselho Geral da Ordem e a Direcção da Federação para organizar uma tabela de preços dos serviços de radiologia. Nessa altura, fim do ano passado, avistei-me pessoalmente com Vossa Excelência, dei conta do andamento dos trabalhos, entreguei toda a documentação existente, prometendo-me Vossa Excelência estudá-la e dar uma indicação.

Peço toda a desculpa do incómodo que venho causar, mas estando o assunto suspenso por esta minha intervenção junto de Vossa Excelência, e nada podendo eu dizer sem que Vossa Excelência me indique o caminho, venho pedir, com o maior empenho, o favor de uma resposta.

Por mim, estou absolutamente convencido que Vossa Excelência deseja harmonizar os interesses doutrinários com os interesses materiais das duas entidades em jogo — ambas entregues à mesma guarda e à mesma defesa de Vossa Excelência. E todo o actual Conselho Geral, hoje reunido pela primeira vez, acredita que se pode conseguir o acordo com espírito de bom entendimento.

Como a Comissão nomeada pelo Conselho Geral declinou a sua missão, se Vossa Excelência resolver indicar que os contactos prossigam, o Conselho Geral está na disposição de levar sem demora o assunto a termo, pro-

curando obter através dos seus membros uma solução directa e rápida.

O Presidente da Ordem
M. Cerqueira Gomes

14.º — Sobre este ofício da Ordem o Senhor Ministro escreveu o seguinte despacho:

«Depois das repetidas e constantes indicações por mim dadas, durante largos meses, tanto ao Snr. Bastonário da Ordem dos Médicos como aos radiologistas de Lisboa, nada mais tenho e nada, portanto, mais posso indicar sobre a matéria referida na presente exposição. Acresce que de modo expresso disse oportunamente ao Snr.

Bastonário e chegou a ser escrito um documento oficial (do domínio público) que, «fatigado da inutilidade das minhas intervenções pessoais», (fazendo, «talvez dezenas de vezes, de assistente social da Ordem dos Médicos e da sua Secção de Radiologia»), não voltaria a servir de intermediário entre a mencionada Ordem e a Federação dos Serviços Médico-Sociais, devendo a Direcção daquela passar a tratar «sem intermediários» com a Direcção desta. Assim, pois, poderia limitar-se a apôr aqui um simples «visto».

Renovarei, no entanto, a declaração de que, passados quase dois longos anos sobre a propositura do problema, continuo fatigado da inutilidade da minha mediação e nada de novo tenho a indicar.

Acrescentarei, em breve comentário ao ora exposto pelo Snr. Bastonário, as duas anotações seguintes:

a) Ignorava que o Snr. Bastonário considerava «suspenso o assunto» da radiologia da Federação dos Serviços Médico-Sociais e o suspenso por um acto da sua iniciativa, qual foi o da sua última intervenção junto do Ministro, como se alude na presente exposição. A suspensão por tal acto harmonizar-se-ia, dificilmente, a meu ver, com a iniciativa do Snr. Bastonário em discutir publicamente o aludido «assunto» e, devo dizê-lo, torna ininteligível para mim o declínio, também apontado na exposição e igualmente novidade para o Ministro, da Comissão a que a mesma exposição se refere. Não é apenas por isto e nem é sobretudo por isto que sinto não poder aceitar a interpretação agora invocada pelo Snr. Bastonário — mas pelo ocorrido na própria «intervenção». Efectivamente, o Snr. Bastonário procurou-me não obstante a minha declaração de que recusaria voltar a servir de intermediário, para me pedir que obstasse à execução da ameaça de montagem de serviços próprios de radiologia pela Federação, como esta anunciara na última comunicação à comissão de radiologia nomeada pelo Conselho Geral da Ordem dos Médicos. Logo respondi ao Snr. Bastonário que ainda daquela vez se não executaria a ameaça e que, portanto, podiam prosseguir as conversações. Pedindo o obséquio de me ser mostrada a documentação existente a tal respeito (ao depois restituída), disse pretender tomar conhecimento exacto da correspondência trocada — pedido que não fiz à Federação porque nos arquivos desta, faltavam, evidentemente, as cartas trocadas entre o Conselho Geral da Ordem dos Médicos e a sua comissão de radiologistas.

b) As conversações não prosseguiram, visto a comissão aludida não ter dado mais acordo de si; o Conselho Geral não quis nunca enveredar pelas negociações directas com a Federação; o próprio Snr. Bastonário agiu sempre junto do Ministro sem autonomia de decisão, como uma espécie de representante ou intermediário dos radiologistas ou da comissão de radiologia existente na Ordem; a comissão



COMPLEXO B

	Tubo de 25 comprimidos	12\$50
Série fraca —	Caixa de 12 ampolas	22\$50
	Frasco de 50 comprimidos	28\$00
Série forte —	Caixa de 6 ampolas de 2cc.	32\$00
Xarope —	Frasco de 170 cc.	27\$00
Reforçado —	Tubo de 20 comp.	35\$00



LABORATÓRIOS
DO
**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**



nas infecções do tracto urinário

Terramicina*

MARCA DA OXITETRACICLINA

Em 35 doentes com infecções pertinazes do tracto urinário, provou-se que "a Terramicina é um antibiótico eficaz para o tratamento de muitas infecções urinárias causadas por organismos gram-positivos e gram-negativos, mesmo nos casos em que os outros antibióticos falharam."

Trafton, H. M., and Lind, H. E.: *J. UROL.* 69:315 (FEV.) 1953)

Unicos Distribuidores:

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

Representantes de

Pfizer

FUNDADA EM 1849

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo

"GRAMA POR GRAMA A TERRAMICINA É INEXCEDÍVEL ENTRE OS ANTIBIÓTICOS DE LARGO ESPECTRO"

nomeada para tratar com a Federação, sabe-se agora, declinou mesmo a sua missão; etc., etc.

Não obstante, dir-se-ia que, paradoxalmente, o Conselho Geral parece dispor-se, ao cabo de tantas vicissitudes e de dois longos anos perdidos, a entabular negociação «directa» e a chegar a solução «rápida». O Ministro torna a dizer que não tem mais indicações a dar ao Snr. Bastonário sobre esta infeliz matéria».

20-5-53.

a) Soares da Fonseca

15.º — Chegou à Ordem o despacho do Senhor Ministro datado de 20 de Maio e a 6 de Junho a Ordem respondeu:

Senhor Ministro das Corporações e da Previdência Social

Excelência:

Recebi e li ao Conselho Geral a cópia do despacho que Vossa Excelência emitiu em 20 de Maio último sobre a exposição que enviei em 25 do anterior mês de Abril.

Cumpre-nos aos dois, ao Conselho e a mim, acatar a resolução de Vossa Excelência de não mais intervir no problema em causa, embora o registemos com verdadeira pena. Os dois pedimos, no entanto, vénia para esclarecer algumas passagens dos comentários de Vossa Excelência.

1.º — Em Dezembro do ano passado, numa diligência pessoal, informei Vossa Excelência de que os trabalhos da Comissão nomeada pelo Conselho Geral da Ordem para estabelecer com a Direcção da Federação dos Serviços Médico-Sociais uma tabela dos serviços de radiologia não tinham chegado a bom termo: a Comissão, depois de pedir à Direcção da Federação os elementos em que se baseara para a tabela por ela proposta

e depois de ter longamente estudado, recebeu a resposta de que não interessava à Direcção da Federação a discussão à volta de cálculos, mas o saber se a tal tabela era aceite ou não, e num prazo curto, até ao fim do mês que corria; e a Comissão reconhecia, em face desta atitude, que não podia adiantar-se na sua missão, declinava em mim e no Conselho Geral o prosseguimento da causa. Era para nós também difícil enxergar o rumo a dar às coisas se a Federação, como parecia, se negava a discuti-las no legítimo terreno da técnica. Pediu-me, então, Vossa Excelência, para estudo, a documentação existente sobre estes factos e garantiu, que não seria tomada nenhuma resolução definitiva no curto prazo indicado pela Federação.

2.º — Era, assim, claro que nenhuma negociação deviam continuar sem Vossa Excelência dar instruções. E quem quer podia entender que Vossa Excelência se havia convencido da necessidade de uma intervenção e iria aconselhar mais estudo e mais maleabilidade. Por isso, quando o novo Conselho Geral quis voltar ao problema, eu indiquei que o não devíamos fazer sem recobrar junto de Vossa Excelência a continuidade interrompida.

3.º — Sempre o Conselho Geral e eu quisemos viver em relações directas com a Federação. Há cinco anos que pedimos um representante da Ordem junta da Federação ou do seu Conselho Médico. Pedimo-lo com base no n.º 8.º do Art.º IV do nosso Estatuto (Decreto-lei n.º 29.171), que, entre as competências especiais da Ordem, estabelece esta:

«Promover o estudo e execução das medidas de fiscalização aos serviços das instituições de previdência e entidades seguradoras ou outras que prestem normalmente assistência na doença e bem assim

a regulamentação dos honorários dos médicos que tenham tais serviços a seu cargo».

E assim se faz aqui ao lado em Espanha, na França, na Bélgica, na Inglaterra..., onde o Organismo representativo do corpo médico tem delegação no Organismo encarregado do seguro social de doença. Nunca conseguimos ver satisfeito este nosso desejo das relações estreitas. Com muita pena, porque todos entendemos que, em muitos casos, como o actual, a existência dum representante da Ordem teria levado a entendimentos e soluções rápidas. Apesar de tudo, quando os radiologistas comunicaram à Federação que tinham pedido à Ordem a representação dos seus interesses na prestação dos serviços da especialidade, foi a Ordem que tomou a iniciativa de se dirigir à Federação. Não me incumbiram a mim da diligência nem a outro qualquer membro do Conselho Geral. Somos todos médicos, é certo, mas a nossa cultura médica não implica o conhecimento de determinados elementos da prática radiológica — custo e deterioração de aparelhos e de material fotográfico, gasto de energia, etc. E como a discussão duma tabela de preços de serviços radiológicos deve fazer-se sobre estes elementos, o Conselho Geral mandou, com poderes bastantes, a própria comissão de técnicos que lhe assiste e o esclarece em questões da especialidade. cremos que o Conselho Geral procedeu como é hábito em assuntos desta natureza: o mesmo apelo aos técnicos fazem os conselhos de qualquer entidade ou empresa quando tem de estipular ou acordar tabelas ou preços. E é para isto que existem à ilharga do Conselho Geral as Comissões técnicas de cada uma das especialidades reconhecidas, como diz o mesmo Decreto-lei n.º 29.171 no seu

«Art.º 34.º — Junto do conselho geral funcionarão comissões de três representantes de cada especialidade profissional, escolhidos de entre os membros da Ordem que constituem os respectivos quadros.

§ único — É da competência destas comissões:

- Dar pareceres sobre assuntos da especialidade quando pedidos pela Ordem;
- Estudar as condições de entrada para os respectivos quadros;
- Estudar e propor as medidas que julguem necessárias para defesa dos interesses legítimos dos seus representados».

O Conselho Geral promoveu, assim, com a Federação o modo de negociações que mais geralmente se pratica e mais lhe era aconselhado pela existência legal das suas comissões de especialidades.

4.º — Por mim, sou, é certo, re-



"ALEPSAL"
GÉNÉVRIER

ASSOCIAÇÃO ORIGINAL DO FENOBARBITAL COM A BELADONA E CAFÉINA

APRESENTAÇÃO:

Tubos de 20 comprimidos a 0,10
> > 30 > a 0,05
> > 80 > a 0,015

**EPILEPSIA E SINDROMAS
NEUROPSIQUIÁTRICOS E
CARDIO-VASCULARES**

Medicina Infantil: Os comprimidos de ALEPSAL a 0,015 estão indicados para o tratamento dos estados convulsivos e espasmódicos nas crianças, desde que se repartam as doses em 5 ou 6 vezes nas 24 horas. As doses mais correntemente empregadas nos Hospitais de Paris, como doses máximas, são as seguintes:

CRIANÇAS DE 6 MESES.	2 comprimidos por 24 horas, em 5 ou 6 vezes
> > 1 ANO	3 > > > > > > > >
> > 1 A 2 ANOS.	5 > > > > > > > >
> > 5 A 6 ANOS.	7 > > > > > > > >
> > 10 ANOS	8 > > > > > > > >

LABORATÓRIOS A. GÉNÉVRIER — NEUILLY — PARIS

PESTANA & FERNANDES, L.ª — 39, R. dos Sapateiros — LISBOA

presentante dos interesses profissionais de todos os membros da Ordem; e a minha autonomia de decisão não se nega porque eu não imponho a aceitação duma tabela que os interessados me garantem não poderem aceitar, mas afirma-se quando eu deligencio, procuro, solicito que os acordos, os convénios e os preçários se estabeleçam num plano de boa justiça.

5.º — Também vejo que por toda a parte os problemas—salvo os raros casos de Governação Pública que devem permanecer secretos—se estudam e discutem publicamente enquanto se preparam ou procuram as soluções. Só há lucro na crítica séria e objectiva—assim o disse o Senhor Presidente do Conselho.

6.º — Não é paradoxal que o Conselho Geral da Ordem, fracassado o encargo da sua Comissão de Radiologia queira mandar à Federação uma representação dos seus próprios membros para tentar, ainda, um outro modo de negociações. É a continuação do mesmo caminho, é sempre a mesma vontade que ele e eu temos de levar até aos últimos recursos um esforço que se traduz já por: a) uma proposta minha de redução de 10 % do actual preçário por tempo a designar pelo Senhor Ministro; b) uma proposta minha de nomeação pelo Senhor Ministro de um árbitro ou de árbitros com poderes bastantes para resolver os diferenciais em litígio, garantindo pelo meu lado a aceitação das resolu-

ções da arbitragem; c) actuação duma Comissão de Radiologia em representação do Conselho Geral da Ordem junto da Direcção da Federação. As duas propostas não foram aceites, a actuação fracassou, e o Conselho Geral, ouvida a resposta de Vossa Excelência, vai procurar agora, em nova tentativa, que sejam os seus membros a tratar com a Federação e a obter dos técnicos a mais rápida solução.

O Presidente da Ordem
M. Cerqueira Gomes

16.º — No mesmo dia 6 de Junho, a Ordem comunicou à Federação que, acabando de chegar ao seu conhecimento o despacho do Snr. Ministro e querendo empregar todos os esforços na solução rápida do problema em aberto, pedia para ser informada do dia em que seriam recebidos os representantes do Conselho Geral. O dia foi marcado, os representantes do Conselho foram à Federação e nela recebidos por um dos Snrs. Vice-Presidentes, que transmitiu a inutilidade de mais negociações, visto a Direcção da Federação ter já resolvido a compra de aparelhos para montar serviços próprios de radiologia.

Torna-se a verificar que, ao contrário do afirmado pelo Snr. Presidente da Federação, a Ordem procurou o Senhor Ministro em importante diligência dois dias depois da Comissão de Radiologia, em 18 de Dezembro de 1952, ter pedido a sua intervenção.

Volta o Conselho Geral a não poder aceitar a expressão pública do Snr. Presidente da Federação que «passados dois meses, em meados de Fevereiro, ainda estava sem notícias» a propósito da intervenção da Ordem. Sem invoçar a relação já lembrada do Sr. Presidente da Federação com o Gabinete de Sua Excelência o Ministro, salta, desta vez, uma razão bem clara: o Snr. Presidente da Federação ameaçou que instalaria os serviços de radiologia até ao fim de Dezembro, e se a ameaça não foi cumprida, como o Senhor Ministro confirma, graças à diligência do Bastonário, deve concluir-se que ao Snr. Presidente da Federação foi dado conhecimento da respectiva intervenção.

O Conselho Geral tem a consciência tranquila, e com ele o Bastonário, que por indicação do Conselho agiu sempre. É preciso, sem dúvida, arranjar bases ou motivos ou pretextos que justifiquem a montagem dos serviços de radiologia aos olhos dos de cima e dos de baixo, sobretudo quando tão insistentemente se lava as mãos na bacia bíblica, e o acto se proclama como atitude extrema ou obrigação imposta e nunca como coisa desejada e de antemão preparada. Mas nem bases nem motivos nem pretextos se podem forragear nas atitudes do Conselho Geral e do seu Presidente, que eles sempre estiveram atentos e em todos os passos da caminhada quiseram estudos sérios e entendimentos justos.

Reverendo os factos que deixa expostos o Conselho Geral reconhece hoje que outro não podia ser o desfecho da ques-

REUMATISMO?

A experiência demonstra que



CREME ANTI-REUMÁTICO,
ANALGÉSICO E ANTIFLOGÍSTICO

dá bons resultados

- ACALMA AS DORES
- DESINFLAMA AS ARTICULAÇÕES
- ACTUA RÁPIDA E PROGRESSIVAMENTE

Davi
LISBOA

tão. O Conselho propôs-se negociar um acordo, e foi de mãos abertas para o estudo dos números e para a conta dos factores. Se a Federação queria o mesmo, devia, em paralelo, apresentar as fontes e a equidade da sua tabela. Ora, desde o princípio, o Snr. Presidente da Federação mostrou um quadro de valores secretos e dogmáticos, que se não podiam discutir porque não se lhes revelava a origem, e que se tinham de aceitar porque estavam infalivelmente certos. Nunca foi conseguido que em cima da mesa das negociações, como quando a sério se deseja um acordo, o Snr. Presidente da Federação expuzesse a razão dos seus números e convencesse com o fundamento dos seus cálculos.

Porque não vale, sinceramente não vale, que o Snr. Presidente da Federação venha agora dizer que «não é preciso recurso ao cálculo para provar como a tabela não dá prejuízo; a experiência está feita com a aceitação da tabela por vários radiologistas». O argumento só pode ser manejado para impressionar os que não conhecem os factos. Quantos os conhecem — como o Snr. Presidente da Federação — sabem que a tabela foi declarada não remuneradora pelos radiologistas de Lisboa, Porto e Coimbra e aceite por vários radiologistas da Província; sabem que há diferença nos honorários dos serviços médicos entre as grandes Cidades e a Província; sabem que a própria Federação tinha duas tabelas de serviços radiológicos, uma para os grandes Centros e outra de valores mais baixos para a Província; sabem que a Ordem dos Médicos consagra esta doutrina nas tabelas que aprova e nos laudos que é chamada a proferir; sabem, por exemplo, que na tabela sancionada pelo Conselho Regional do Porto se diz: «Esta tabela destina-se à Cidade do Porto. Nas outras cidades da área do Conselho Regional do Porto é aplicada a mesma tabela com uma redução de 25 %. Nas restantes localidades a redução será de 50 %».

Também hoje o Conselho Geral compreende porque nunca se quis uma arbitragem para resolver os diferenciais em litígio nem que a arbitragem fosse confiada ao I.N.T.P. É que, só posteriormente às negociações neste sentido, a Ordem conheceu a *totalidade* do Relatório dos actuários do I.N.T.P. sobre o custo de serviços radiológicos, e do qual a Federação dera apenas «uma parte» à Comissão de Radiologia. Foi este Relatório elaborado para a Comissão de Estudo da Reforma da Previdência Social; e nela o custo de *todas* as radiografias calculadas pelos actuários do I.N.T.P. (tórax, estômago, peri-nasais, joelho, clíster opaco, trânsito) é *superior* ao custo com que as mesmas radiografias se exprimem na infalível tabela da Federação.

Era, realmente, incómodo para a Direcção da Federação aceitar o recurso ao I.N.T.P. Mas, já que um organismo oficial existe para estes estudos, o que o Conselho Geral continua a não entender é porque, em face do Relatório dos actuários do Instituto, bem conhecido nos meios competentes, e com números não favoráveis à Federação, ninguém sentisse, em perfeita justiça, o dever de inda-

gar de que lado estava a razão. E porque, ainda, em tão pouca conta se tiveram os Radiologistas portugueses e não importou inferiorizá-los, arbitrando honorários inferiores aos que os seguros sociais tabelam por outros países, como na França e na Bélgica, apesar das maiores facilidades económicas que advêm para os profissionais do material radiológico e fotográfico produzido nos próprios territórios.

Defendeu o Conselho Geral com o melhor cuidado a posição dos radiologistas, como está no seu dever de zelar pelos interesses de quantos enfileiram nos quadros da Ordem. Havia, porém, outra razão de grande peso a impulsionar o Conselho para uma campanha muito atenta: era posto aos Radiologistas o dilema de ou aceitarem a tabela ou a Federação instalar serviços próprios. Quer dizer, brandia-se a ameaça de se iniciar pela nossa Previdência Social a montagem de serviços sanitários privativos; e o Conselho, que media a extensão da ameaça e que sentia como ela estava na vontade dos que a agitavam, promoveu, desde a primeira hora, todos os esforços para evitar a sua realização.

Tentou, primeiro, demonstrar que não é esta a função do seguro social de doença. A Previdência destina-se, tal como estabelece a nossa legislação «a proteger o trabalhador contra os riscos da doença, da invalidez...». E, assim já foi escrito: «proteger contra os riscos, cobrir contra os riscos, é dar fiança de fundos, garantir que, nas circunstâncias previstas, o segurado terá um auxílio para lhe fazer frente. Se, onde quer que seja, o seguro social da doença ultrapassa esta razão de ser, e se mete a fundar serviços próprios para, com pessoal próprio, consultar, internar e tratar doentes, transforma-se, para além de Instituição de Seguros, em Companhia ou Sociedade ou Empresa de Cuidados Médicos. E se o novo aspecto ou função recebe do Estado carácter de generalidade, de obrigatoriedade e de exclusividade nos sectores de produção que abrange, e passa, de certos elos para cima, a ser timoneado pelo Estado, então, entra de doutrina e de facto no campo das actividades nacionalizadas ou socialidades».

Que assim é, que a instalação de serviços sanitários privativos da Previdência colide com os princípios da doutrina político-social do nosso Estado, deu o Senhor Ministro das Corporações público testemunho: quando, em perfeita justaposição com os factos agora presentes, o anterior Presidente da Federação comprou um aparelho de Raios X e quis montar uma instalação no Porto para fazer radiologia privativa da Federação, sob argumento de que subtraindo o serviço aos Radiologistas particulares poupava uns dinheiros, o Senhor Ministro negou autorização, mandou que se vendesse o aparelho porque aquele acto tinha um sentido socialista. Sem dúvida que nos Estados da nossa doutrina político-social os serviços oficiais ou de categoria oficial não devem ser colocados em concorrência ou em ameaça de submersão com os serviços particulares. E, repete-se mais uma vez, o que era doutrinariamente errado

há três anos, não pode, em nome da mesma economia então invocada e rejeitada, tornar-se agora doutrinariamente certo.

Foi, ainda, apontado pelo Conselho Geral quanto era de atender que nem mesmo os países de legislação mais vinicamente socialista, como a Suécia e a Inglaterra, tinha abertamente tomado por caminho diferente: neles, o Estado «impõe o seguro e a sua obrigatoriedade e generalização, assegura o regime financeiro, cobra as receitas e paga as despesas, mas não impõe médicos nem serviços, parte da colaboração de todos e deixa uns e outros à escolha do assistido». Há colectivismo dos riscos, a par do respeito pelo carácter individual do acto médico. E cada vez mais se receia, por diversas latitudes, o perigo de funcionalização dos serviços no seguro social de doença; os mais sérios comentaristas advertem, em argumentação progressiva, quanto ela inferioriza o nível médico e descarrega, afinal, sobre o beneficiário do seguro a quota principal de prejuízos.

Nenhuma destas razões foi convincente. E para que o não fosse, a Direcção da Federação vem agora dizer que andou movida por força mais alta e superior: o interesse geral contra os interesses particulares, interesse geral representado na defesa dos dinheiros da Previdência. É um determinismo que colhe aos olhos dos de cima e dos de baixo e que, facilmente aceite, reduz a questão à necessidade urgente de murar a Previdência contra a ganância dos médicos, que por ela e à custa dela, querem enriquecer. Ora, o Conselho Geral conhece perfeitamente o sentido do bem comum, sabe quando ele está por cima do bem individual, em que circunstâncias se sobrepõe, até, ao bem duma classe, mas conhece e sabe igualmente o bastante de números, contas e fins do seguro social de doença, para poder negar que esta questão se baseia, fundamentalmente, no conflito dos interesses particulares com o interesse geral.

Assim, primeiro, o montante das economias trazidas pela instalação de serviços de radiologia é pequeno. As contas estão feitas pelos próprios actuários do I.N.T.P.; o relatório já aludido calculou para dois meses do ano de 1951 quanto se gastou em radiografias nas zonas norte, centro e sul da Federação e quanto custariam os mesmos exames realizados em serviços privativos; tomando por base a tabela então em vigor (*não a última* que a Federação apresentou e foi rejeitada), excluindo os exames de tórax, as economias iam de 2,1% até 12,4%, e com os exames de tórax oscilavam ao redor de 30%. Se nos cálculos do Instituto se introduzissem as justas correcções propostas pela Comissão de Radiologia (redução de 20 para 10 anos do tempo de desvalorização de material, como é universalmente aceite, e fixação de 600 contos em vez de 300-400 para o custo de uma instalação), o real valor das economias obtido com a montagem dos serviços privativos ainda mais se reduzia. Mesmo assim, a diferença salientava-se apenas nos exames do tórax que, pelo seu número, constituíam para os radiologistas

QUIMIOTERAPIA DA TUBERCULOSE

SANIDRAZIDE

ISONIAZIDE 0,050 GR.

A dose recomendada é de 3 a 5 mgrs. por quilo de peso e por dia. A resistência do bacilo pode aparecer mas o seu significado clínico, não está completamente esclarecido. Retarda-se o seu aparecimento, combinando-a com outro tuberculostático.

APAS

P. A. S. CÁLCICO A 0,50 GR.

A dose recomendada é de 10 a 15 grs. diários. O ácido p-amino-salicílico, nesta dosagem é em regra bem tolerado. O ião cálcico melhora a tolerância, e uma vez liberto desempenha as suas funções remineralizante e anti-hemorrágica.

NEOESTREPTOMICINA

ESTREPTOMICINA BASE (sob a forma de sulfato) 0,5 GR.
DIHIDROESTREPTOMICINA BASE (sob a forma de sulf.) 0,5 GR.
NUM FRASCO

A associação dos dois sais de estreptomicina em partes iguais, melhora a tolerância local, reduz a toxicidade e aumenta a eficiência.

...Algumas espécies de bacilos de tuberculose, desenvolvem rapidamente resistência a esta droga parecendo vantajoso que esta seja usada com a estreptomicina, ou provavelmente a concorrente ministração das três drogas (Estreptomicina + P. A. S. + Isoniazide), que provou ser o regime terapêutico mais activo...

David T. Carr

J. A. M. A. 150:1170 (22 de Novembro de 1952)

...que a associação entre si destes três medicamentos (Estreptomicina - P.A.S. e Isoniazide) aumentava a sua eficácia e enfraquecia sensivelmente os riscos de resistência.

Fernand Cardis

Revue Médicale de la Suisse Romande, Fevereiro de 1953

LABORATÓRIO SANITAS

a única compensação positiva. Tanto que a Federação continuou e continua a deixar nas mãos dos Radiologistas os exames mais escabrosos e menos remuneradores, como os digestivos, e tem andado a espalhar os de tórax pelas instituições onde os consegue mais baratos, pouco lhe importando a qualidade, contentando-se até que eles sejam feitos não por médicos radiologistas, mas por simples técnicos.

Segundo, se as economias são pequenas e modestas, consequentemente, os ganhos dos médicos, sempre estas economias — pois não se trata evidentemente de casos extremos de salvação que não comportam dilema — devem balancear-se com o efectivo das carências ou dos prejuízos que acarretam. Não há dúvida de que no seguro de doença os dois elementos essenciais de vida é de acção, a cujo bem se deve fundamentalmente ordenar os interesses, são os doentes e os que deles tratam. Foram ditas pelo insuspeito Ministro do Trabalho de Espanha, quando ainda há bem poucas semanas se reuniu numa assembleia para o estudo económico do seguro de doença, estas expressivas palavras: *Vamos ajustar a economia do Seguro de Doença fèrreamente, inexoravelmente, com uma precisão automática, enérgica, irrevogável em todos os seus termos e vamos fazê-lo em benefício dos dois personagens, únicos protagonistas do Seguro e de quem os demais apenas somos servidores. Esses dois personagens protagonistas são o doente e quem lhe assiste directamente, quer dizer, os médicos e os sanitários. Nada pode primar sobre eles, nada pode nem deve prejudicá-los. O Seguro Obrigatório de Doença não teria sentido se o Estado pensasse de outra maneira. E chegou o instante de que todos afirmemos a primazia destes elementos e em função da sua satisfação e do seu serviço se mova toda a complexa maquinaria do Seguro. De outro modo, o único que podemos prever é o fracasso.*

Ora, a instalação pelo Seguro de Doença de serviços sanitários privativos prejudica os interesses dos médicos como o dos doentes. Aos médicos desvia dos seus consultórios muitos doentes que a eles podiam recorrer e deviam ter direito de escolher; e fá-lo, ainda, por um princípio injusto. Se o seguro social da doença leva para dentro dele os doentes de muitos estratos populacionais generalizadamente, obrigatoriamente, exclusivamente, isto é, absorve-os a todos, sem o consentimento do próprio segurado e sem a alternativa do seguro poder ser entregue a outra entidade — também deve abrir as portas a todos os médicos porque todos têm o

mesmo direito de prestar serviços aos doentes assim generalizadamente, obrigatoriamente, e exclusivamente incorporados. Aos doentes priva-os da natural melhoria do serviço prestado pela iniciativa particular, pelo esforço bem humano da emulação e do aperfeiçoamento, para o entregar à fixação da série e às facilidades da rotina em casa própria. Bem assim o confirmou o Senhor Ministro, na conversa que manteve no seu Gabinete com os Radiologistas de Lisboa, quando reconheceu que os serviços sofreriam na qualidade ao passar das mãos particulares para as instalações oficializadas.

São pequenas as economias, mas que fossem maiores, prejudicados os dois personagens essenciais do seguro, a própria realidade de vida do seguro, não se vê onde estão os interesses gerais que tenham de sobrepor-se aos interesses particulares. E ampliado o balanço para um plano mais alto, a instalação pela Previdência Social de serviços sanitários próprios cota-se, ainda, com os prejuízos causados à Nação pela consequente baixa de nível da medicina. Ninguém pode contestar, para que sirva apenas o exemplo do mesmo caso, o lugar de altura que a nossa radiologia assumiu pelo seu esforço de investigação e pelo seu esmero de produção; e, funcionalizados alguns radiologistas e diminuídas as condições materiais dos outros, sobre toda a Nação recai a quebra dum progresso que, entre nós, é, em grande parte, resultante do encargo pessoal.

O fenómeno foi bem previsto em outros países, e vale a pena lembrar o caso da França, onde o seguro social de doença, além de deixar os serviços de radiologia, de análises, de fisioterapia, à incumbência particular, ainda auxilia monetariamente as pesquisas e as investigações de médicos e de centros médicos universitários ou da própria Assistência Pública, para que, afinal, sobre os seus segurados caiam os benefícios dos aperfeiçoamentos e das descobertas. A política, social ou outra, não deve exterminar os valores; em política, o verdadeiro mandato é criar. Foi-se entre nós para o que os outros evitaram, e o facto choca de maneira especialmente viva, desde que, como estabeleceu o ilustre Chefe do Governo — o nosso regime «faz profissão de fé na iniciativa particular».

Contra todas estas razões — a essência e a função do seguro social de doença, os exemplos de fora, os números do nosso Instituto Oficial da Previdência, os interesses dos médicos, o lucro dos beneficiários, o proveito da medicina, as conveniências doutrinárias — contra todas, a Direcção da Federação impôs a sua vontade. Impôs e venceu: — está dado o

primeiro passo na instalação de serviços sanitários privativos.

Com a inteira consciência das responsabilidades que lhe pertencem, o Conselho Geral da Ordem protesta contra o rumo que o seguro de doença está tomando na nossa Previdência Social. Ergue o seu protesto, sentido como enérgico, até Suas Excelências o Senhor Presidente da República e o Senhor Presidente do Conselho de Ministros. E espera, com fé ainda viva, que amanheça o dia em que sejam ouvidas e satisfeitas as pequenas e justas reclamações dos médicos portugueses.

Lisboa, 21 de Outubro de 1953.

O Conselho Geral da Ordem dos Médicos

Hospital Escolar de Lisboa

No novo Hospital Escolar de Lisboa começaram a funcionar, no dia 4, as aulas da Faculdade de Medicina. O anfiteatro encheu-se de estudantes, que ali foram para assistir à primeira lição de Histologia do corrente ano lectivo, proferida pelo decano do conselho escolar daquela Faculdade, Prof. A. Celestino da Costa.

Este começou por declarar que o dia comportara três inaugurações: a de um curso, a da sala e a da casa. Depois de acentuar que abandonará este ano o ensino, por atingir o limite de idade, explicou que, dadas aquelas circunstâncias, não faria uma lição sobre a matéria da Cadeira, mas sim um resumo da história do ensino médico em Portugal.

O Prof. Celestino da Costa referiu, com larga cópia de pormenores, o que tem sido aquele ensino, desde o Hospital de Todos-os-Santos, aludindo, na altura própria, à velha barraca em que, na cerca do Hospital de S. José, funcionou a Escola Médica. A propósito mostrou uma fotografia em que se viam umas estacas velhas, mandadas colocar naquela barraca pelos mestres que então ali leccionavam, para impressionar os governantes do tempo, a quem se cansavam de pedir instalações decentes para a Escola Médica. Sucessivamente, referiu-se à fundação da Escola Médico-Cirúrgica e à inauguração, em Santana, no mesmo local em que até então se situava a praça de touros, descrevendo o funcionamento da referida Escola. No decorrer da sua exposição, o Prof. Celestino da Costa evocou os nomes mais ilustres da nossa Medicina, todos eles da maior nomeada mundial, como Manuel Constâncio, o renovador do ensino da Anatomia; Câmara Pestana, Marck Athias, Miguel Bombarda — seu antecessor na regência da cadeira de Histologia e Embriologia — e tantos outros.

A terminar, disse desejar que daquela casa saiam mestres capazes de prestigiar a ciência médica portuguesa.

Falou a seguir o Prof. Toscano Rico, para agradecer ao Prof. Celestino da Costa a sua lição inaugural.

VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 12 a 21 de Novembro)

Dia 12 — É adjudicada por cerca de dois mil e duzentos contos a empreitada da obra do Hospital sub-regional de Espinho. Inicia-se com a comparticipação de 50 % do Estado e terá capacidade para 56 leitos, sendo o prazo de construção de 24 meses.

15 — Em Amarante o cortejo de oferendas a favor do Hospital rende 150 contos.

— No Porto, é prestada homenagem póstuma ao Dr. Pedro Vitirino, com romagem ao seu túmulo, estando presentes entidades oficiais e amigos.

— Em Vendas Novas, em benefício do Hospital Dr. Custódio Cabeça, da Misericórdia local, realiza-se também um cortejo de oferendas.

— Para o equipamento do Hospital de Castendo, a inaugurar em Dezembro próximo, realiza-se também um cortejo cuja estimativa de rendimento se aproxima de 150 mil escudos. Assiste o Ministro do Exército, general Abranches Pinto.

— Em Valongo realiza-se um outro a favor do Hospital de N. S. da Conceição, rendendo cerca de 60 contos.

17 — Em Lisboa e na ausência do enfermeiro-mór, o Dr. Rafael Ribeiro, administrador dos Hospitais Civis de Lisboa, dá posse ao Prof. Belo de Moraes, no lugar de assistente de cirurgia torácica, cujo cargo foi criado pela recente reforma hospitalar.

18 — Em Braga abrem solenemente as aulas da Escola de Enfermagem Dr. Henrique Teles. Ao acto, que se reveste de solenidade, assistem pessoas de elevada representação social, todo o corpo clínico e de enfermagem daquela Santa Casa, membros da Mesa, capelão, etc.

Aberta a sessão, presidida pelo Sr. Adolfo Santos da Cunha, representando o Dr. José da Silva Júnior, provedor, ladeado pelo Dr. Teotónio dos Santos, director da Escola de Enfermagem, pela madre superiora Maria Paula das Cinco Chagas, irmã Maria Luísa de Cristo, monitora da mesma Escola, Dr. Alberto Cruz, director clínico, o Dr. António dos Santos que, usando da palavra, se refere ao sucesso das Escolas de Enfermagem espalhadas por todo o País e disse que a de Braga, este ano, apesar de lhe faltar um internato, que muito ajudaria as alunas e facilitaria, até, a sua missão, marcou em frequência. O mesmo clínico, a propósito da formação das enfermeiras, fez várias considerações de ordem moral e espiritual e que os presentes escutaram com interesse.

Seguidamente, o rev. Lúcio Craveiro da Silva, reitor da Faculdade Pontifícia de Filosofia, pronuncia a lição inaugural, um trabalho erudito sobre vários problemas da ingrata missão da enfermeira.

Reivindica para a Igreja a caridade temporal e diz que com o Cristianismo surgiram as Misericórdias, abrindo-se um mundo novo no campo da assistência. Aludindo à caridade corporal e espiritual, diz que a exclusão da caridade espiritual, além de ser um mal, é também uma armadilha contra a qual nos devemos precaver.

Fala da assistência laica e cristã, aconselhando as enfermeiras a cumprir o seu dever, para o que é imprescindível uma sólida formação moral cristã.

Encerrada a sessão, o Sr. Adolfo Santos da Cunha, depois de se ter congratulado com as judiciosas considerações do director da Escola e com a magnífica lição inaugural do rev. Dr. Lúcio Craveiro da Silva. Faz, também, o elogio do corpo clínico, à frente do qual se encontra o dis-

tinto cirurgião Dr. Alberto Cruz, e do pessoal religioso e de enfermagem, que, com a Mesa, completam a obra de ressurgimento que há anos se operou naquela Santa Casa e que tanto honra a cidade e o próprio País.

O Sr. Adolfo Santos da Cunha aproveita o facto de ser aquele o primeiro acto público em que o sr. reitor da Faculdade Pontifícia de Filosofia tomava parte, depois que o S. N. I. premiou um seu trabalho literário, para o felicitar e para lhe dizer quanto essa notícia encheu de júbilo os bracarenses que vêem nele um dos mais altos valores de Portugal.

— Pelo ministro das Obras Públicas são concedidas as seguintes comparticipações provenientes do «Fundo do Desemprego»:

AVEIRO — A Santa Casa da Misericórdia de Albergaria-a-Velha, para aquisição de equipamento destinado à Casa Mortuária do seu hospital, 4.500\$00.

BRAGANÇA — A Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros, para aquisição de material cirúrgico, diverso equipamento e mobiliário destinado ao seu hospital, 21.500\$00.

COIMBRA — A Santa Casa da Misericórdia de Vila Calva de Alvarganil, para aquisição de um aparelho de diatermia destinado ao seu hospital, 5.500\$00.

FARO — A Santa Casa da Misericórdia de Tavira, 7.500\$00

VISEU — A Santa Casa da Misericórdia de Santa Comba Dão, para aquisição de material cirúrgico destinado ao seu hospital, 10.750\$00.



IRGAPYRINE

3,5-dioxo-1,2-difenil-4-n-butilpirazolidina-sódio + dimetilaminoantipirina

ANTI-REUMATISMAL

E

ANALGÉSICO

Enérgica acção antiflogística

Caixa de 5 **empolas** de 5 c. c. de solução a 30 %

Frasco de 20 **grajeias** a 0,25 gr.

Caixa de 5 **supositórios** a 0,50 gr.

J. R. GEIGY S. A. - BASILEIA (SUÍÇA)

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E ULTRAMAR:

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551 — PORTO

19 — No Porto, reúne a Direcção da Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal, sob a presidência do Prof. Dr. Lopes Rodrigues. Entre outros assuntos tratados, a direcção aprova o plano de obras para os anos de 1954-55 — para as quais foram previstas as seguintes verbas no próximo ano:

Nova sede e novos dispensários anti-tuberculosos a construir nos terrenos próprios que a Instituição já possui nas Águas Férreas (à Boavista), 150 contos; Obras de reparação e ampliação do Preventório de Rio Tinto, 190 contos, esta comparticipada pelo Fundo do Desemprego com 290 contos, ficando com uma lotação de 80 crianças; Ampliação e acabamento do Preventório Infantil do Monte Pedral, com 100 contos, ficando com uma lotação para 200 crianças; Obras de acabamento do Sanatório do Monte Alto, corpo central, alas laterais e anexos, 391 contos; Apetrechamento do corpo central do Sanatório do Monte Alto, para 300 camas, 280 contos; Iniciação da construção do Sanatório Infantil, para uma lotação de 250 leitos, 200 contos.

20 — Em Coimbra, terminam as provas do concurso para professor catedrático de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa. As provas, que tiveram início na véspera, encerram com a lição à escolha dos candidatos, professores Almeida Lima e Diogo Furtado. Estas duram uma hora e são seguidas de discussão, sendo os candidatos muito felicitados.

O júri reúne seguidamente tendo classificado em mérito absoluto os dois candidatos e relativo o Prof. Almeida Lima, que é portanto o novo Catedrático de Lisboa.

21 — O ministro das Obras Públicas concede as seguintes participações provenientes do «Fundo do Desemprego»:

AVEIRO — As Santas Casas das Misericórdias de: Anadia, para aquisição de diverso equipamento, 16.000\$00; e Espinho, para a construção do novo hospital subregional, 1.092.000\$00.

PORTALEGRE — A Santa Casa da Misericórdia de Gavião, para compra de um aparelho de Raios X, portátil, esc. 23.500\$00.

FUNCHAL — A Santa Casa da Misericórdia do Montijo, para construção e ampliação do seu hospital — 2.ª fase — reforço, 24.300\$00.

— Em Lisboa, o médico brasileiro Dr. António de Oliveira Fabrin, uma das maiores figuras da hidrologia médica da América do Sul, faz uma conferência na Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica, subordinada ao tema «A crenologia médica no Brasil», que coincide com a sessão solene inaugural do novo ano científico 1953-54, daquela colectividade de estudos hidrológicos médicos portugueses.

Depois de várias considerações sobre os problemas gerais da hidrologia e a terminar, elogia a cultura e o esforço dos hidrologistas portugueses, que devem ser imitados pelos seus colegas brasileiros e cita a riqueza hidro-mineral do seu país, afirmando que o Brasil possui uma grande base para o maior desenvolvimento futuro da sua «crenologia», ela ainda não alcançou a técnica europeia, junto da qual todos os americanos devem ainda vir buscar preciosos ensinamentos. Mas o Brasil edificou já grandiosas termas em vários Estados, principalmente em Minas Gerais, e que são frequentadas em larga escala. Falta ainda o estímulo oficial mais concreto e disse ainda que as possibilidades hidrológicas crescendo de importância no Brasil, deverão manter-se ligadas nas melhores relações culturais com Portugal, já que são magníficas as relações de amizade.

Presidiu o Dr. Cid de Oliveira, director das Termas do Luso, que estava ladoado pelos Profs. Drs. Costa Sacadura e Adelino Padesca.

— Em Esposende é inaugurado no Hospital de Valentim Ribeiro, da Misericórdia, um bloco operatório, dirigido este pelo Dr. Manuel Queirós de Faria, instalado num

pavilhão expressamente construído para esse efeito, anexo ao hospital e dividido em duas amplas e bem arejadas salas, a de operações e a de esterilização, revestidas de mármore e dotadas do material cirúrgico mais moderno. Orçou em trezentos contos.

Realiza-se também um cortejo de oferendas a favor do mesmo hospital, com grande concorrência de donativos.

Estrangeiro

Em Londres inaugura-se uma exposição médica das últimas novidades terapêuticas, destacadamente medicamentos anti-bióticos e anti-reumáticos.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para o provimento de vagas de médico de 2.ª classe do quadro comum do ultramar português.

*

Está aberto concurso para provimento de lugares de médicos de 2.ª classe do quadro comum do Ultramar.

— Vai ser celebrado contrato para a construção, em Vila Nova de Gaia, de um Dispensário Anti-Tuberculoso, orçado em cerca de 300 contos.

— Selos postais comemorativos do centenário do nascimento do sábio Prof. Caetano António Cláudio Júlio Raimundo da Gama Pinto, vão ser emitidos e postos em circulação no Estado da Índia.

— Pela pasta do Interior vai ser publicada uma portaria autorizando a Câmara Municipal de Terras do Bouro a vender à Empresa das Águas do Gerez, por 67.500\$, com dispensa da formalidade prescrita, no Código Administrativo, o terreno no antigo Hotel Internacional, com a área de 446,52 metros quadrados, situado no Gerez. O mesmo terreno destina-se a construção de um hotel, de acordo com o ante-plano de urbanização daquela estância.

— Em Coimbra, em reunião efectuada no Centro de Profilaxia e Diagnóstico (B. C. G.), à qual presidiu o médico-chefe do respectivo centro, Dr. José dos Santos Bessa, foi resolvido promover de 29 do corrente a 5 de Dezembro, nesta cidade, a I Semana da Tuberculose, destinada à propaganda da luta anti-tuberculosa, à educação sanitária da população e à angariação de fundos para essa campanha.

A comissão organizadora ficou composta pelos Prof. Bissai Barreto, presidente da Junta de Assistência da Beira Litoral; Prof. João Porto, director da Escola de Enfermagem Dr. Angelo da Fonseca; Prof. Bruno da Costa, director da Escola de Enfermagem Rainha Santa Isabel; Madre Maria Constança Davoz, director da Escola Normal Social; Dr. Alberto Fontes, director do Hospital Sanatório da Quinta dos Vales; Dr. Carlos Gonçalves, director do Sanatório de Celas; Dr. Armando Leal Gonçalves, director do Dispensário Anti-Tuberculoso do Pátio da Inquisição; Dr. Vaz Serra, director do Dispensário; Dr. Adelino Vieira de Campos; Dr. José Sanches de Sousa, delegado de saúde; João Maranhã das Neves, representante do comércio; Dr. Joaquim de Sousa Machado, representante da indústria; Dr. Álvaro dos Santos Madeira, director do «Diário de Coimbra»; e Dr. José dos Santos Bessa.

— Passa no dia 7 de Dezembro o 70.º aniversário natalício do Dr. Ladislau Patrício, director do Sanatório de Sousa Martins, sub-delegado de Saúde do concelho da Guarda, tisiólogo e escritor dos mais ilustres de quantos nasceram naquela cidade.

Um grupo de colegas, amigos e an-

tigos condiscípulos, vão promover-lhe uma homenagem, no dia 6 do próximo mês, significativa da amizade, admiração e reconhecimento ao distinto clínico que, há mais de quarenta anos, exerce a sua profissão e tem dirigido com superior competência o Sanatório de Sousa Martins.

No momento em que escrevemos ainda não está definitivamente elaborado o programa das festividades que, em honra do Dr. Ladislau Patrício, vão realizar-se.

— No dia 13 de Dezembro próximo, terá lugar na vila de Resende mais um cortejo de oferendas a favor do Hospital da Santa Casa da Misericórdia.

Esta instituição de caridade, que tão bons serviços assistenciais vem prestando à população, traz, já, em curso as obras para um novo pavilhão destinado a doenças infecciosas e, ainda, outras obras para a criação duma maternidade.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 12-XI a 18-XI-953)

13-XI

Dr. Francisco José Mateus — exoneração, a seu pedido, a partir de 31 do mês findo, do lugar de subdelegado de saúde do concelho de Meda e dada por finda a comissão de serviço que lhe foi atribuída para exercer interinamente as funções de delegado de saúde de 2.ª classe do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelegações de saúde, com colocação na Delegação de Saúde do distrito de Vila Real.

— Dr. Mário Gentil Quina — autorizado por despacho do Conselho de Ministros de 3 do corrente, a acumular, os cargos de interno do internato geral dos H. C. L. e de estagiário do Instituto Português de Oncologia.

14-XI

Dr. José Timóteo Montalvão Machado — exoneração, a seu pedido, a partir de 22 de Outubro findo, do lugar de delegado de saúde de 2.ª classe do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelegações de saúde, com colocação na Delegação de Saúde do distrito de Vila Real, e dada por finda a comissão de serviço que lhe foi atribuída para exercer as funções de delegado de saúde de 1.ª classe do mesmo quadro no distrito do Porto, por ter sido nomeado delegado de saúde de 1.ª classe, com colocação no distrito de Setúbal.

17-XI

Dr. Gualberto João Baptista Caldeira, médico analista dos Hospitais Cívicos, consatado além do quadro — exoneração, a seu pedido.

Partidas e Chegadas

Prof. Fraga de Azevedo

Regressou da Índia o Prof. Fraga de Azevedo, director do Instituto de Medicina Tropical, que fez parte da missão extra-universitária que regeu cursos da sua especialidade na Escola Médica de Goa.

Prof. Alvaro Rodrigues

Também regressou a Lisboa o Prof. Alvaro Rodrigues, que fez parte da mesma missão extra-universitária à Índia.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bossa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Méd. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomática do Disp. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.º António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.º António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO
Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

COIMBRA — Luís A. Duarte Santos (Encar. de Cursos na Fac. de Med.); — LISBOA — Fernando Nogueira (Médico dos H. C. L.) e José Andresen Leitão (Assist. da Fac. de Med.); PORTO — Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Lavrador Ribeiro (Luanda); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.º (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 120\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 160\$00;
Outros países: um ano — 200\$00

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 170\$00 Ultramar — 220\$00

As assinaturas começam em Janeiro; no decorrer do ano (só para «O Médico») aceitam-se assinaturas a começar em Abril, Julho e Outubro (respectivamente, 100\$00, 70\$00 e 40\$00).

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E PRÍNCIPE, ÁFRICA FRANCESA E CONGO BELGA — Publicações Unidade (Sede: Avenida da República, 12, 1.º Esq. — Lisboa; deleg. em Angola — R. Duarte Pacheco Pereira, 8, 3.º — salas 63-64 Luanda). — LOURENÇO MARQUES: Livraria Spanos — Caixa Postal 434 — NOVA GOA: Livraria Singbal.

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

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

