

Hemosiderose pulmonar

JOÃO PORTO

(Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra)

e

ANTUNES DE AZEVEDO

(Primeiro Assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra)

A hemosiderose pulmonar foi notada pela primeira vez por Virchow em 1858, mas, unicamente, em diagnóstico *post-mortem*. Para o diagnóstico *ante-mortem*, porém, a radiografia — evidenciando numerosas imagens micronodulares, de, aproximadamente, um milímetro de diâmetro, disseminadas por ambos os pulmões, particularmente nos dois terços inferiores, associadas a outras, de rede fina — é, sem dúvida, meio soberano.

Os micronódulos, devidos a sobreposição radiológica de conglomerados celulopigmentares, constituídos por volumosas células cardíacas e por blocos pigmentares extracelulares que saturam os alvéolos e, ainda, os septos inter-alveolares, interlobulares e o tecido conjuntivo peribronco-vascular, são, geralmente, imutáveis em exames sucessivos. O retículo, devido ao engorgitamento vascular, pode desaparecer ou atenuar-se, logo que se dê a compensação cardíaca.

Ora, a radiografia, importante para o diagnóstico *ante-mortem* — não é, contudo, suficiente. E por não ser suficiente é que muitos cardiopatas com aspecto radiológico pulmonar micro-nódular por hemosiderose, passam pelos sanatórios — sujeitos, inclusivamente, a pneumotórax — sofrendo, aí, durante meses, o duro peso da ignorância médica que, regra geral, os rotulou de tuberculosos com forma granúlica (granúlia fria). E foi este diagnóstico, senão o único, pelo menos o mais frequente.

Tal estado manteve-se até 1928, data em que Rosenhagen, baseando as suas observações em três autópsias, descreveu as condições em que a hemosiderose pulmonar se associava à estenose mitral. Assim aparecem as primeiras observações, clínicas, radiológicas, anatómicas e histológicas das imagens reticulares e micronodulares — atribuídas estas a maciços de células cardíacas, opacas, devido ao ferro da hemosiderina.

Foi ainda, é certo, um diagnóstico *post-mortem*, mas ficaram marcadas as linhas directrizes para o correcto diagnóstico a fazer, de futuro.

As observações e os estudos de Rosenhagen, ao lado das de Wierig (1927), Zdansky (1928), embora estas de menor importância, marcam a segunda etapa da linha histórica da hemosiderose pulmonar.

É então que se torna fecundo o número de publicações sobre hemosiderose, que se lhe dá esta designação e, ainda, aos nódulos radiológicos o verdadeiro significado: são os trabalhos de Foix; Pedro Pons, Amel e Gans; Laubry, Soulié e Poumeau-Delille; Sergent, Cottenot e Poumeau-Delille; Blasco e Olmos; Roubier e Blanchu; Lequime e Durieu; Verdier, Anglin; Pachoud, Ryder e Reinike; Hurts, Bassin e Levine; Ferguesson, Kobislak e Dietrich; Pilcher e Eitzen; Pendergrass e Leopold; Reye, Leblanc, Donzelot, Meyer, Galmiche e Chantrain; Laubray, Lenègre e Abbas; Scott, Soott-Park e Lendrum; Elkeles, Gumpert, etc.

A partir de então é legítimo firmar-se o diagnóstico de hemosiderose pulmonar em cardíacos, habitualmente com aperto mitral, sem exclusão de outro tipo de cardiopatia, é certo, logo que a radiografia mostre a imagem micro-nódular.

O diagnóstico diferencial deve fazer-se com granúlia, pela ausência de temperaturas febris, do bacilo de Koch na expectoração, etc.; com a carcinose miliar, pela ausência de caquexia e de pirexia; com a silicose, pelos comemorativos relativos a trabalhos nas minas; com a forma pulmonar da doença de Besnier-Boeck-Schaumann, pela diferença na velo-

cidade do índice de sedimentação globular, etc.. Além disso, na tuberculose granúlica, na carcinose miliar, na doença de Besnier e na silicose falta o aspecto reticulado tão característico da hemosiderose e que a tomografia põe, regra geral, em nítido relevo.

Mas, se a carcinose e a doença de Besnier são relativamente raras, mais ainda é a sua coincidência com a afecção cardíaca. Já o mesmo se não poderá dizer a respeito da silicose, quando o cardíaco trabalhou, durante algum tempo, em minas de terrenos de natureza xistosa ou granítica: alguns autores referem, de facto, esta coincidência, apesar de, raras vezes o cardíaco ter forças que possa aplicar nos trabalhos de minas.

A dúvida não se levanta senão a propósito da forma granúlica de tuberculose, com baciloscopia negativa — cujo aspecto pode ser tal que obrigue a reservas quanto ao diagnóstico. Na hemosiderose, em regra, o doente conta um passado de hemoptises, frequentes e repetidas; mas o tuberculoso também pode possuir história análoga.

Só a presença de células cardíacas na análise da expectoração ou na pesquisa por punção pulmonar decidem o diagnóstico; e foram Laubry, Lenègre e Abbas, quem, em 1948, pesquisando as células cardíacas no rolho do pulmão colhido por punção, marcaram, assim, o terceiro período na história dos conhecimentos sobre a hemosiderose pulmonar. Estes autores conseguiram, então e pela primeira vez, afirmar a natureza dos nódulos pulmonares, em três casos que sujeitaram a punção exploradora — completamente inócua, se não fora, num dos casos, uma ligeira hemoptise.

Esta prática foi seguida, com êxito, por outros cardiologistas, entre os quais Elman e Gee, num trabalho em que se dá conta de cinco casos de hemosiderose. Num deles, as células cardíacas evidenciaram-se logo na expectoração; em dois outros, na polpa pulmonar, extraída por punção, obtiveram-se numerosas células cardíacas saturadas de hemosiderina.

É-nos possível apresentar a descrição de três casos com hemosiderose pulmonar, suspeitada pela coexistência de cardiopatia e aspecto radiológico micronódular, apesar de um deles ter passado alguns meses num sanatório, por erro de diagnóstico. A presença de macrófagos pigmentados de hemosiderina, encontrados, em dois dos casos por pesquisa directa na expectoração e, no outro, por exame da polpa pulmonar obtida por punção, permitiu-nos a confirmação do diagnóstico inicial.

Seguem os resumos das suas histórias clínicas:

1.º — J. R. da F., de 42 anos de idade, escriturário, casado, residente em São Martinho do Bispo — Coimbra.

Além do pai, falecido em consequência duma pleurisia (?), nada mais há a assinalar nos seus antecedentes hereditários e colaterais.

Quanto ao seu passado nosológico, refere sarampo; uma broncopneumonia, aos 9 anos; e duas ou três crises de icterícia, de causa aparentemente emocionável, dado o seu aparecimento sempre consecutivo a uma separação temporária do pai.

Em redor dos 10 anos, sofreu um surto de reumatismo cardio-articular, com o cortejo sintomático típico — sem que, contudo, tornasse a registar, até agora crise semelhante. Note-se que, durante a mocidade, nunca sentiu necessidade de limitar a sua actividade física, praticando inclusivamente,

alguns desportos, tais como o futebol, basquete, hipismo, esgrima, etc.

Em 1948, porém, teve um episódio sub-febril, durante um ou dois dias, sem tosse, mas acompanhado de dores torácicas, duma ligeira hepatalgia e de expectoração hemoptóica, que se prolongou uns 3 ou 4 dias. Foi-lhe, em consequência deste «princípio de congestão pulmonar» como o doente o rotulou, aconselhado o internamento no sanatório, onde, durante os 8 meses da sua estadia, a pesquisa de B. K. na expectoração foi insistentemente negativa e a curva térmica se manteve sempre normal.

Por isso teve alta, retomando a sua vida habitual sem o menor esforço e sem sinal algum de cardio ou pneumopatia.

Em princípio de Dezembro, porém, na evolução de uma gripe, desencadeou-se-lhe um repentino quadro de insuficiência cardíaca congestiva, com aparecimento de edemas progressivamente ascendentes dos membros inferiores e da região sagrada.

Parece não ter tido ascite; dispneia de esforço não existia; e, mais que a dispneia de decúbito, era uma angústia inexplicável e o medo da morte durante o sono que o mantinham, permanentemente, sentado na cama, de dia e de noite, com os membros inferiores pendentes fora do leito.

Não reparou no aspecto das jugulares, mas refere turgidez das veias das mãos; simultaneamente, tornou-lhe a sensação incômoda no hipocôndrio direito, com caracter permanente e não de hepatalgia de esforço.

Anorexia; ausência de vômitos e de tom sub-ictérico das conjuntivas.

Não refere, mesmo no início da doença, palpitações; contudo, sentia, por vezes, ligeiras dores pré-cordiais.

Sem cianose da pele ou das mucosas; dedos ligeiramente hipocráticos; tosse reduzida, acompanhada de expectoração clara e nunca hemoptóica.

Em virtude da digitalização, do repouso e do regime descloretado a que foi submetido, a melhoria surgiu rápida, os edemas desapareceram; o doente voltou a dormir normalmente; a turgidez do sistema venoso periférico está ausente e não há edemas; o baço é impalpável e o fígado permanece palpável a 3 dedos e doloroso. O estado clínico é compatível com pequenos passeios.

A tensão venosa periférica é de 11 cm. de H₂O, alcançando 15 cm. após compressão da região hepática.

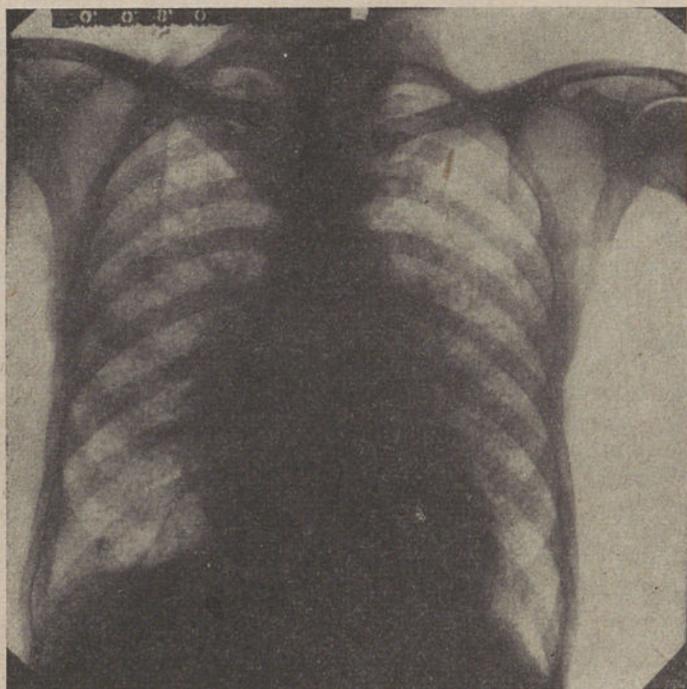


Fig. 1 — O aspecto micronódular é evidente em ambos os pulmões

O tempo circulatório braço-língua (feligénio) é de 26 segundos, e o braço-pulmão (éter) de 23 segundos.

A pesquisa de B. K. continua a ser negativa.

A análise de urinas revelou uma albuminúria de 0,10 %. Wassermann — negativa.

A auscultação cardíaca denotava um sopro sistólico mitral, em arritmia completa; e a auscultação pulmonar evi-

denciava ralas disseminadas pelos dois terços inferiores de ambos os hemitórax. A radiografia (fig. 1) mostrou, com toda a evidência, o aspecto micronódular. As figs. 2 e 3 mostram as células cardíacas pesquisadas directamente na expectoração. Fig. 2 em pequena. Fig. 4 em grande ampliação.

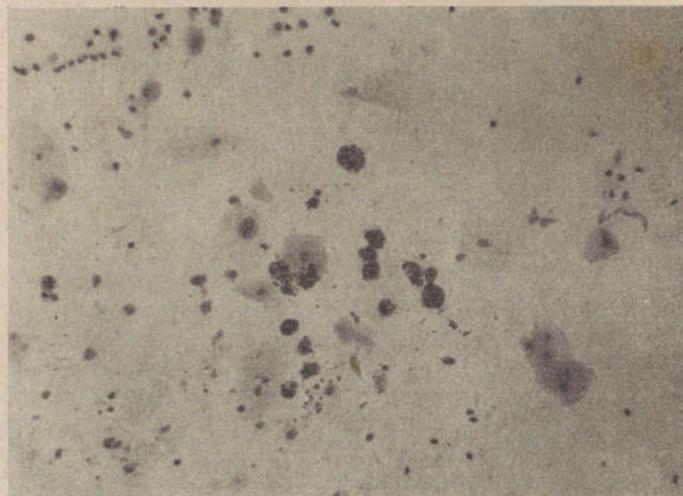


Fig. 2 — Expectoração. Células cardíacas (pequena ampliação)

Este doente esteve internado nos Serviços do Prof. Egídio Aires, a quem agradecemos por nos ter facultado os seus elementos de estudo.

2.º — M. F., de 23 anos de idade, solteiro, residente em Coimbra.

Antecedentes hereditários e colaterais: sem interesse.

Antecedentes pessoais: A mãe notou que desde criança tinha dispneia. Mamava com dificuldade, com uma respiração anormal pelo que foi conduzido a uma Consulta do Hospital de Santo António, do Porto. Nasceu de parto gemelar. O irmão gozou sempre de boa saúde. Em criança teve sarampo. Não brincava como os seus companheiros porque se fatiga ao menor esforço. Aos 16 anos foi trabalhar para umas minas de volfrâmio. Empregava-se em serviços ligeiros. Não podia trabalhar com picareta porque se fatigava muito. Sofreu então de reumatismo poli-articular, febril, durante cerca de um mês. Passados seis meses sofreu novo surto reumatismal, menos intenso e duradouro. Não se recorda de ter anginas ou outras doenças.

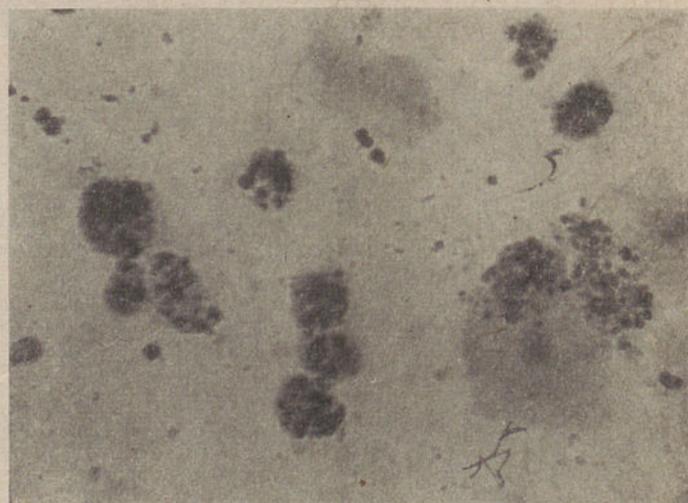


Fig. 3 — Expectoração. Células cardíacas (grande ampliação)

Foi internado nos Serviços de Cardiologia em 19 de Fevereiro de 1950 tendo alta em 8 de Setembro do mesmo ano. Foi depois seguido na Consulta de Cardiologia.

Doente com regular estado geral. Queixa-se de dispneia de esforço e palpitações. Por vezes apresenta edemas discretos dos membros inferiores. Refere que, quando caminha mais depressa, sente sofrer de dispneia e tem, por vezes, expectoração espumosa e sanguinolenta. Auscultação cardíaca: discreta taquicardia, ausência de sopros, 2.º tom pulmonar reforçado e ritmo normal. Cianose moderada da face

e das orelhas. Pescoço normal (sem pulsações anormais nem estase jugular). Discreta proeminência do hemitórax. Não existe hipocratismo digital. Baço e fígado não palpáveis. Auscultação pulmonar: roncos e sibilos. Urina normal — Wassermann negativa.

A radiografia pulmonar (fig. 4) mostra o aspecto micro-

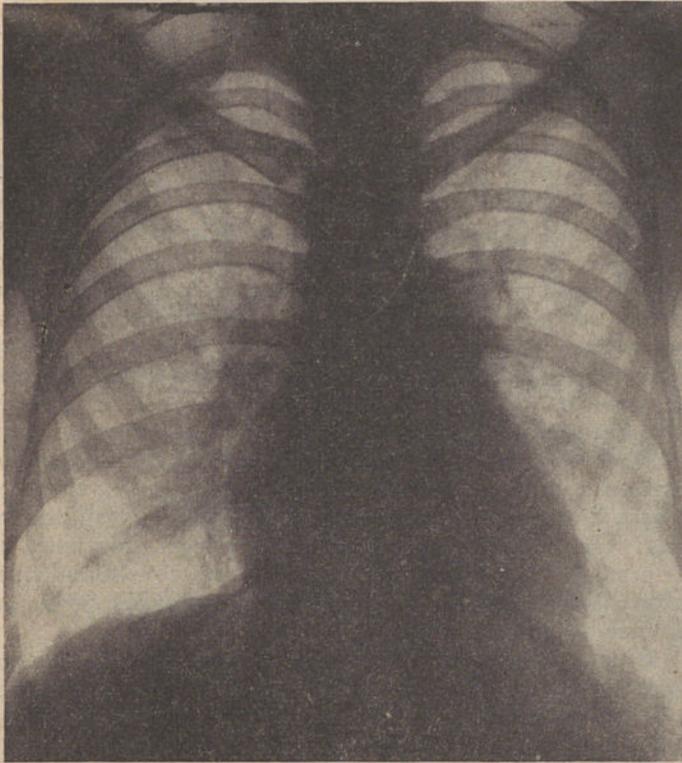


Fig. 4 — Além do aspecto micronódular nota-se um traço de cisurite à direita.

nódular. As figs. 5 e 6 mostram os macrófagos de pigmentos de hemosiderose.

T. A. — 14 — 6; T. V. 14 (Janeiro de 1953): 17. em Fevereiro de 1950.

V. G. — 10 s. (braço-língua): 19 s., em Fevereiro de 1950.



Fig. 5 — Produto da punção pulmonar (fraca ampliação)

3.º — M. M., de 37 anos de idade, casado, trabalhador do campo, natural e residente em Margem, Concelho de Gavião.

Em seus antecedentes familiares e pessoais, nada refere digno de nota, negando reumatismo ou qualquer afecção.

Foi militar, o que faz supor integridade cárdio-vascular por altura dos 20 anos. De resto suportou sempre da melhor maneira a rude vida de trabalhador campestre, até há cerca de meia dúzia de anos. Por essa data começou a notar fadiga muito ligeira e, há 4 anos, tosse com abundante expectoração hemoptóica, sobretudo desencadeada pelo esforço.

Muitas vezes sofreu de fortes crises de dispneia paro-

xística noturna, que o obrigavam a abandonar o leito e a procurar no ar livre da noite, alívio para os seus padecimentos.

Nem a fadiga, nem as crises de asma cardíaca noturna, nem os acidentes hemoptóicos — de resto separados por períodos de tempo variável que podiam ir até 5-6 meses, durante os quais a expectoração de sangue não existia — lograram levá-lo ao médico. Só em Julho de 1952, data em que o seu coração começou a bater rápido e desordenado — por instalação de arritmia completa — as palpitações e a ortopneia, o levaram ao médico.

De resto, a partir dessa data, cessaram as crises de asma cardíaca. A expectoração hemoptóica desapareceu com a compensação operada pela medicação instituída — digitalina, neurocardol, etc.

Em Janeiro, de 23 para 24, durante o sono, acidente apoplético — certamente devido a embolia — tendo acordado com hemiplegia esquerda e paralisia facial direita. Internou-se em 23 de Fevereiro.

Doente hemiplégico à esquerda, com relicat de paralisia facial direita, sem dispneia nem edemas, comovendo-se facilmente com o seu estado.

Ausência de tosse e alguma expectoração.

Auscultação pulmonar — roncos e sibilos dispersos pelos 2 hemitorax.

Auscultação cardíaca — Rodado diastólico e sopro pre-

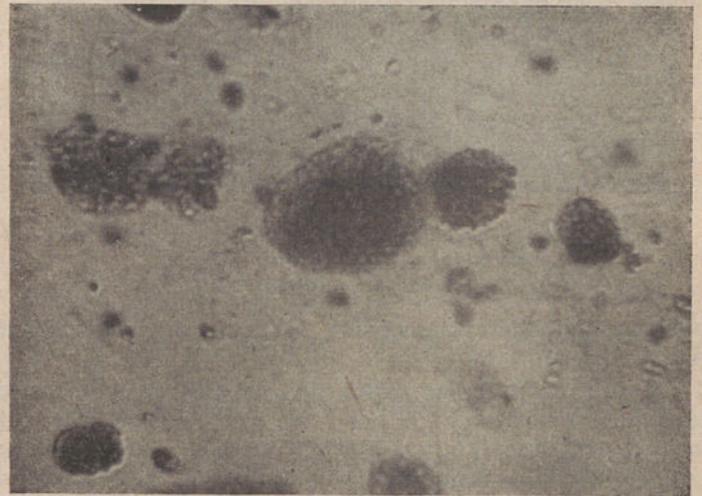


Fig. 6 — O mesmo caso (grande ampliação)

sistólico — Ponta cardíaca no 9.º espaço ao nível da linha mamilar. Baço e fígado impalpáveis.

T. Art.^{al} Mx. 11

M. 7

Radiografia (Fig. 7) mostra aspecto micro-nódular difuso, sobretudo marcado nas zonas para-bilares. O exame directo da expectoração mostra células hemosiderinicas em grande abundância (fig. 8 e fig. 9).

*

Cabe aqui referir, após os extractos das três histórias clínicas, que, nos nossos Serviços, foram encontradas células cardíacas, de tipo sobreponível ao das atrás expostas, no exame da expectoração de três cardiopatas mitraes, entre cinco cujo exame fora requerido. Parece-nos, portanto, de sublinhar o interesse da pesquisa das células cardíacas em cardiopatas, especialmente de tipo mitral, ainda que, como acontecia nestes nossos cinco casos, o exame radiológico do tórax não evidencie sinais de hemosiderose pulmonar.

*

Duas palavras apenas a respeito da hemosiderose pulmonar sem cardiopatia — idiopática, como é de uso chamar-lhe.

De facto, sabemos que, quando uma radiografia pulmonar se mostra crivada de imagens micronodulares, ao lado de um coração de forma e volumes normais, o primeiro diagnóstico que lembra é o da tuberculose granúlica. Quando, por outro lado, além do aspecto miliar dos campos pulmonares, se observa um coração volumoso, especialmente do tipo mitral, a hipótese a pôr, embora provisoriamente, é a de hemosiderose pulmonar. Mas, se, ao aspecto micronódular não corresponder um coração patológico, poder-se-á, ainda, levantar o diagnós-

tico de hemossiderose pulmonar idiopática — afecção tão rara que Nezelof, ao fazer uma revisão de conjunto do problema, em fins de 1951, afirma não saber publicado, até então, nenhum caso em França, reportando-se sobretudo, a um trabalho de Wyllie e cols., que, em 1948, coligiram 17 observações

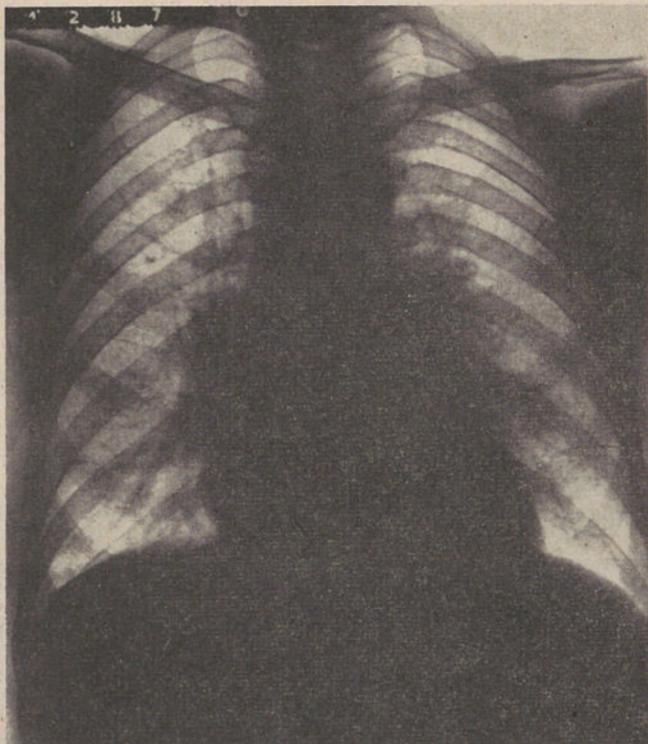


Fig. 7 — Aperto mitral. Hemossiderose bem manifesta e sobretudo marcado nas zonas justa hilares

publicadas pela literatura médica, às quais adicionaram mais outros 7 casos.

A doença, que interessa, de preferência, pessoas de tenra idade, é caracterizada por intensa desglobulização, reticulocitose sanguínea e normoblastose medular; acompanha-se de esplenomegália, de bilirrubinemia e icterícia, conjunto de sintomas que fariam lembrar a icterícia hemolítica se não fora a normal resistência globular.

Doença de evolução cíclica, observam-se, correntemente, surtos agudos de uma semana de duração, intervalados por períodos de acalmia. Conquanto o cortejo sintomatológico possa evoluir durante vários anos, a hemossiderose pulmonar idiopática é, contudo, constantemente fatal.

Mário Cordeiro, em dois casos de hemossiderose pulmonar — um de tipo idiopático e o outro, descrito em colabo-

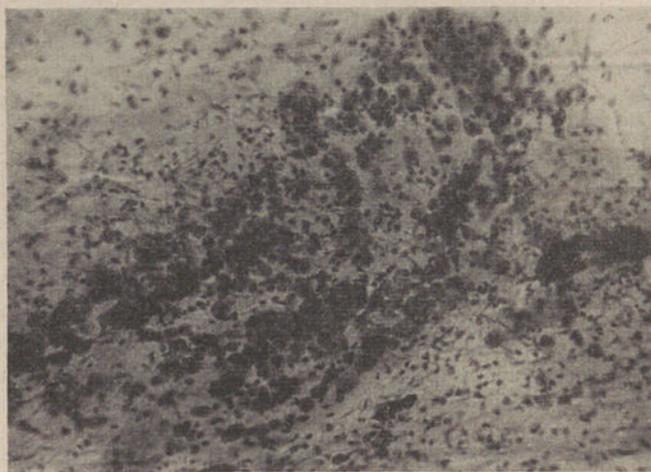


Fig. 8 — Conglomerados de células cardíacas

ração com o Prof. Castro Freire, coexistente com uma púrpura trombopênica — pôz, com êxito, a indicação e a prática terapêutica de esplenectomia.

É um capítulo fisiopatologicamente por esclarecer, e

sobre o qual nos não deteremos, por ultrapassar as fronteiras do pulmão cardíaco.

Em matéria de hemossiderose pulmonar com doença cardiovascular, se é certo que muito se avançou já, visto ser hoje possível o seu diagnóstico *ante-mortem* e conhecer-se bem a natureza da substância que, radiologicamente, reproduz as imagens micro-nódulares — o certo é que ainda reinam as trevas quanto à sua etiopatogenia e se procura a verdade no dedalo das hipóteses formuladas por diversos autores.

Facto indiscutível é que, nos hemossideróticos, há, em regra, um passado de repetidas hemoptises.

Desde 1944, com Fergusson, é atribuída a responsabilidade das hemoptises a varicosidades das veias brônquicas — mais do que a hemorragias intra-alveolares condicionadas pela estase, conforme julgava Laubry, em 1929.

«A existência indiscutível e bem demonstrada de tais varises da circulação venosa brônquica pressuporia, como premissa necessária, a hipertensão do círculo menor circulatório. Ora o certo é que dois casos de Laubry e um de Ellman eram acompanhados de regimes tensionais normais no coração direito. Será, como quer Cameron, devido a fenómenos compensadores da circulação pulmonar, que, adaptando-se-lhes, normalizaria as pressões tendentes a elevarem-se, antes que o coração direito necessitasse de aumentar os seus valores tensionais? Ou, segundo a opinião de Lendrum, coexistirá um certo grau de insuficiência tricúspida, que, constituindo uma fuga ao débito sistólico direito, impeça, assim, os fenómenos hipertensivos pulmonares?»

É um problema duvidoso, este da interpretação fisiopatológica das hemoptises — a que alguns autores, ainda, pensam dever associar-se um factor, embora indeterminado, de tipo discrásico.

Estabelecida, contudo, a sua existência, restaria esclarecer em que medida e por que mecanismo contribuem as

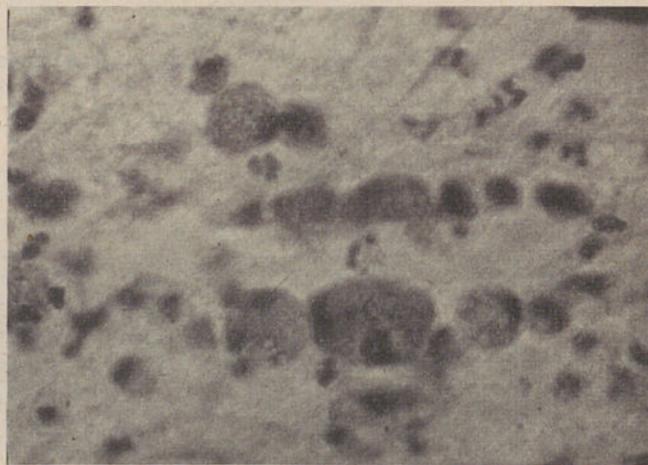


Fig. 9 — O mesmo caso — Maior ampliação

hemoptises para a edificação dos nódulos hemossideróticos. Os autores dividem-se a este respeito: Delarue admite a existência de uma prévia pneumonia reticulada hipertrófica; Ellman, apoiado em observações anátomo-clínicas, refere o papel do reumatismo na formação de «alterações degenerativas e inflamatórias dos mais pequenos vasos pulmonares (necrose fibrinoide severa, com destruição da elástica, incluindo a lâmina elástica interna)»; Gumper, Strassman e o memo Ellman apontam a importância do edema e da congestão venosa pulmonares no impedimento de uma perfeita reabsorção dos histiócitos alveolares encarregados do transporte das hemácias livres nos alvéolos em virtude, possivelmente, duma «obstrução à sua normal drenagem linfática»; Laubry admite «uma obliteração anatómica ou uma perturbação funcional dos bronquíolos supra-alveolares, tornados incapazes de evacuar os resíduos célula-pigmentares», ao lado de prováveis alterações do sistema retículo-endotelial.

Todas estas hipóteses, porém, não impedem de se manter de pé a interrogação primária: porque é que, havendo tantos cardíacos com hemoptises frequentes, só em tão poucos a radiografia mostra o aspecto micro-nódular?

Quem resolver os problemas levantados em torno desta

BAIXA DE PREÇOS

Novamente os Laboratórios Delta, põem à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica, a

DELTACILINA em DOSES,

tornando-a assim, como já fora, a primeira penicilina preferida pela economia das suas embalagens.

Deltacilina	150.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	10\$00
			3 Doses	Esc.	24\$00
	300.000 U. O.			Esc.	12\$50
	400.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	14\$00
			3 Doses	Esc.	40\$00
			5 Doses	Esc.	62\$50
			10 Doses	Esc.	120\$00
	600.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	17\$00
			3 Doses	Esc.	49\$00
			5 Doses	Esc.	77\$50
			10 Doses	Esc.	150\$00
	800.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	20\$00
			3 Doses	Esc.	58\$00
			5 Doses	Esc.	92\$50
			10 Doses	Esc.	180\$00



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

POLIVITAMÍNICO

HIGIENE

8

VITAMINAS ESSENCIAIS

SOLUÇÃO ESTABILIZADA
MISCÍVEL COM ÁGUA E
ISENTA DE ÁLCOOL



MAIOR ABSORÇÃO E
BOA TOLERÂNCIA GÁSTRICA



ALTA CONCENTRAÇÃO



LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE
LISBOA

questão terá franqueado os portais que escondem o quarto período da história dos conhecimentos sobre a hemossiderose pulmonar.

Nota — A pesquisa microscópica das células cardíacas, em todos os casos, bem como as microfotografias que documentam este trabalho, devem-se ao Ex.^{mo} Prof. M. Mosinger, a quem reconhecidamente agradecemos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Anglin (A. F. W.) — Mitral stenosis with chronic passive congestion simulating miliary tuberculosis — *In «Lancet»* 1938, 2, 717.
- 2 — Blasco & Dmos — Pseudo-granulie circulatoire. Considérations sur l'image radiographique du type miliary — *In «Rev. Espan. Tuberc.»* 1935, 5, 613.
- 3 — Cameron (G. R.) — *In «Brit. Med. Journal»*, 1948, 1, 965.
- 4 — Castro Freire (L.), Cordeiro (M.) — Hemoptyisie sub-aiguë récidivante par diathèse hémorragique thrombopénique. Splenectomie — Guérison — *In «Helvetica paediatrica Acta»*, 1948, 3-4, 255.
- 5 — Cordeiro (M.) — Un cas d'hémossiderose pulmonaire idiopathique guéri par splenectomie — *In «Helvetica paediatrica Acta»*, 1952, 7-5, 501.
- 6 — Delarue (J.) — Les causes de l'inégalité des hommes devant les poussières. Comunicação à la Soc. Fr. de Pathol. Resp., Sessão de 12 de Out. de 1947. Ref. *In «Acta Cardiologica»*, 1948, 3-11, 10, Laubry, etc.
- 7 — Ellman (P.), Gee (A.) — Hemossiderose pulmonar — *In «The British Medical Journal»*, 1951, 4728, 384.
- 8 — Ferguson (F. C.), Kobislak (R. E.), Dietrick (R. E.) — *In «Amer. Heart. J.»*, 1944, 28, 445.
- 9 — Foix (J.) — De quelques cas de fausses granulies froides — *In «Rev. de la tuberc.»*, 1932, 13, 276.
- 10 — Hurst (A.), Bassin (S.), Levine (I.) — Miliary densities associated with mitral stenosis — *In «Amer. Rev. Tuberc.»*, 1944, 49, 276.
- 11 — Laubry (C.), Chaperon (R.), Sejourne — Étude radiologique des stases veineuses pulmonaires. *In «Presse Méd.»*, 1929, 21 dec.
- 12 — Laubry (C.), Lenègre (J.), Albas (L.) — Des ombres radiologiques

- pulmonaires du type micronodulaire chez les cardiaques. Hemossiderose pulmonaire — *In «Acta Cardiologica»*, 1948, 3-11, 91.
- 13 — Laubry (C.), Soulié (P.), Poumeau-Delille (G.) — Hemossiderose pulmonaire. Aspects radiologiques trompeurs du poumon cardiaque — *In «Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris»*, 1934, 50, 404.
 - 14 — Leblanc (M.) — Aspects micro-nodulaires et manifestations de stase pulmonaire au cours des affections mitrales — *In «Arch. Mal.»*
 - 15 — Lendrum (A. C.), Scott (L. D. W.), Park (S. D. S.) — *In «Quart. J. Med.»*, 1950, 19, 249. Ref., *In «Brit. Med. Journ.»*, 1951, 390, uEllman (P.), Gee (A.).
 - 16 — Lequime (J.), Durieu (H.) — Aspects particuliers de la stase hilo-pulmonaire au cours du rétrécissement mitral — *In «Bull. Soc. Clin. Hôp.»*, Bruxelles, 1937, 4.
 - 17 — Pachoud (L.) — Images radiologiques micro-nodulaires des poumons cardiaques. Thèse, Lyon, 1940. Ref., *in «Acta Cardiologica»*, 1948, 3-11, 106 — Laubry (C.), Lenègre (J.), Albas (L.).
 - 18 — Pendergrass (E. P.), Leopold (S. A.) — Benigne pneumoconiosis. *In «J. A. M. A.»*, 1945, 127, 701.
 - 19 — Pilcher (J. D.), Eitzen (O.) — Pulmonary hemossiderosis in 6 years old boy; clinical and pathological report. — *In «Amer. J. Dis. Childr.»*, 1944, 67, 387.
 - 20 — Pons (P.), Ameal & Sans — Granulias pulmonar hemo-siderosique no decurso do aperto mitral — *In «La Medicine Catalane»*, 1933, Oct.
 - 21 — Ryder (H. W.), Reinike (H. W.) — Pulmonary Röntgenographie changes due to mitral Stenosis simulating those due to silicosis. — *In «Amer. Heart. J.»*, 1943, 327.
 - 22 — Scott (L. W. D.), Scott-Park (L. D.), Lendrum (A. C.) — The clinical, radiological and physiological aspects of pulmonary hemossiderosis. *In «Brit. J. Radiol.»*, 1947, 20, 100.
 - 23 — Sergent (E.), Cottenot, Poumeau Delille (G.) — Les images radiologiques en maille de filet — *In «Bul. Mém. Sc. Méd. Hôp. Paris»*, 1934, 50, 952.
 - 24 — Verdier — Contribution à l'étude clinique et radiologique des images granitées du poumon — *In «Thèse, Toulouse»*, 1937.
 - 25 — Wyllie (W. G.), Sheldon (W.), Bodian (M.), Barlow (A.) — Idiopathie pulmonary hemossiderosis (essential brown induration of lungs) — *In «Quat. J. Med.»*, 1948, 17, 25.

Legislação e organização da luta anti-venérea em França

AURELIANO DA FONSECA

(Chefe do Serviço de Dermatovenereologia do Dispensário Central de Higiene Social do Porto)

A organização do combate às doenças venéreas tem por fim criar os necessários meios que permitam a identificação de doentes e a sua posterior orientação para os centros de tratamento.

A identificação de doentes pode realizar-se por duas maneiras: individual e colectiva.

a) a identificação individual é feita a partir de um doente que declara qual a pessoa que ele supõe que o teria contagiado, assim como daquelas que, por ventura, teriam sido ulteriormente por ele contaminadas. Seguidamente, tão breve quanto possível, procurar-se-ão descobrir esses presumíveis doentes, que imediatamente serão orientados para serviços especializados onde possam ser observados e tratados.

b) a identificação colectiva consiste em fazer exames clínicos e serológicos, de modo sistemático e periodicamente, a todos os indivíduos pertencentes a colectividades ou mesmo aglomerados populacionais.

O principal aspecto desta acção colectiva está na vigilância e inspecção sanitária das mulheres que se dedicam à prostituição.

Consideraremos, seguidamente, as inspecções clínicas e serológicas realizadas nos aquartelamentos militares, nos estudantes, nos empregados e operários de empresas comerciais e fabris, nos beneficiários de serviços sociais, etc. Também se devem aqui incluir os exames serológicos que devem ser feitos obrigatoriamente a todos os indivíduos que desejam casar, aos candidatos a qualquer seguro, candidatos a qualquer lugar e, ainda, a toda a mulher grávida.

Quanto aos centros de tratamento, dispensários e hospitais, eles devem ser numerosos e criteriosamente dispersos, de modo a poderem ser facilmente utilizados pelos doentes que deles necessitem. Por outro lado, devem funcionar gratuitamente, a fim de os tornar acessíveis aos indivíduos mais pobres, mas, também, como base de força moral das autoridades sanitárias dedicadas ao combate às doenças venéreas que, assim,

podem exigir aos doentes o cumprimento das prescrições terapêuticas.

Finalmente, a completar estes meios de acção da luta antivenérea, impõe-se a execução de programas de educação sexual, cuidadosamente preparados, com a necessária propaganda dos perigos das doenças venéreas e as possibilidades do seu tratamento.

Esta sucinta e esquemática descrição dos aspectos fundamentais de combate às doenças venéreas, será suficiente para mostrar a complexidade do problema, para cuja solução se impõe a existência de um conjunto de actividades e funções escrupulosamente estudadas e orientadas por técnicos especializados.

Os diversos meios de acção necessários para a luta antivenérea, embora devam obedecer ao esquema geral que descrevemos, todavia, a sua aplicação prática, difere de país para país, dependente de um conjunto de factores de ordem económica, política e social, e, ainda, dos hábitos e costumes, grau de cultura e de educação.

Uma das nações onde os problemas das doenças venéreas têm uma acuidade especial, é, sem dúvida, a França, dado que é um país latino, localizado no «carrefour» da Europa, e, consequentemente, muito cosmopolita, país que tem um grande intercâmbio colonial, que tem sido teatro das principais guerras e que, atendendo à sua organização política e social, tem acolhido benévola todos os indivíduos e todas as ideias.

Por isso, este país tem compreendido a necessidade de estabelecer enérgicas medidas que, por todos os modos, possam obstar ao alastramento do mal venéreo.

A legislação francesa actual sobre este problema é uma das mais completas no mundo e os seus diferentes órgãos de acção mostram resultados satisfatórios.

Bem sabemos que outras nações têm este assunto igual-

mente estudado, nalguns aspectos até com melhor organização e, por conseguinte, usufruindo melhores resultados.

No entanto, para nós, que não somos anglo-saxões, interessa-nos, de sobremodo, a legislação francesa e a sua aplicação prática, dada a identidade de temperamento, hábitos e costumes entre Portugal e a França.

Vamos apresentar, resumidamente, a actual organização da luta contra as doenças venéreas em França, mostrando ao mesmo tempo, a evolução que ela tem sofrida desde as primeiras disposições legais.

Porque o assunto é bastante complexo, resolvemos encará-lo nos seguintes aspectos:

I — Organização geral

- A) Legislação
- B) Organização administrativa, técnica e escalonamento dos órgãos de acção

II — Os dispensários e serviços hospitalares na luta antivenérea

- III — A luta antivenérea no meio rural
- IV — A luta antivenérea nas prisões
- V — A luta antivenérea na armada
- VI — A luta antivenérea no exército
- VII — A luta antivenérea nos portos
- VIII — Os laboratórios de serologia
- IX — Inspeção dos medicamentos para tratamentos das doenças venéreas
- X — O serviço social na luta antivenérea
- XI — A vigilância sanitária da prostituição

I — ORGANIZAÇÃO GERAL

A) — Legislação:

Vamos procurar relatar a organização francesa actual nos seus diferentes aspectos, descrevendo, primeiramente, e de modo resumido, a evolução que ela sofreu, que é, por conseguinte, a sua própria justificação, salientando aquelas facetas que mais interesse possam ter para a compreensão global do problema.

A legislação actual baseia-se numa lei publicada em 31 de Dezembro de 1942 que, por sua vez, é a consequência lógica de um pensamento que desde há muito se vinha desenvolvendo.

Um dos primeiros documentos oficiais promulgado neste país, e no qual se esboça uma organização antivenérea, é uma circular do Ministério de Higiene e de Assistência e Profilaxia Sociais, de 10 de Fevereiro de 1922, na qual se declara que a luta contra as doenças venéreas é em grande parte baseada no tratamento da pessoa doente e, por isso, o Ministério deseja provocar e facilitar a organização de serviços especiais de consulta para o tratamento ambulatório. Por outro lado, salienta-se a necessidade de hospitalizar os doentes em certos casos, para o que se impõe a intervenção do Estado duma maneira directa. Refere-se, depois, à vigilância sanitária das mulheres que se dedicam à prostituição, que deve ser objecto de cuidados análogos àqueles que recebem os outros doentes, tendo em vista não só assegurar uma protecção mais especialmente eficaz para a saúde pública, mas, ainda, para lhes fazer compreender as grandes vantagens da intervenção médica, considerada por essas pessoas apenas como uma medida policial.

Todavia, a actividade antivenérea na França limitava-se a uma hipotética inspecção sanitária das meretrizes, a alguns serviços antivenéreos isolados e, ainda, a alguns dispensários nos portos, para os marinheiros da marinha comercial.

Considerando, apesar disso, os resultados obtidos, o Ministério da Saúde pública publicou uma nota em 30 de Outubro de 1935, a qual precede e esclarece um decreto-lei da mesma data sobre a organização dos serviços antivenéreos.

Essa nota é do teor seguinte:

«A necessidade de organizar a luta antivenérea não pode ser actualmente posta em dúvida.

Os serviços antivenéreos, actualmente repartidos pelo território, economizam milhares de vidas humanas. Mas estes serviços não têm, na hora actual, nenhum estatuto, salvo aqueles que são utilizados pelos marinheiros, de acordo com a lei de 3 de Agosto de 1930, que diz respeito à colaboração internacional relativa às facilidades a dar aos marinheiros da marinha comercial para o tratamento das doenças venéreas.

Com o fim de unificar o funcionamento dos serviços, de lhes dar a estabilidade que lhes falta e de exercer uma inspecção mais rigorosa no seu funcionamento, parece que será necessário e suficiente aplicar ao conjunto dos serviços antivenéreos franceses as disposições de 3 de Agosto de 1930. (*)

Com este preâmbulo, foi apresentado e publicado o seguinte decreto-lei:

Artigo 1.º — As disposições do segundo parágrafo do artigo 1.º e os artigos 2.º e 3.º do acordo internacional relativo às facilidades a dar aos marinheiros da marinha comercial para o tratamento das doenças venéreas, aprovado pela lei de 3 de Agosto de 1930, são extensivas ao conjunto dos serviços de profilaxia venérea.

Artigo 2.º — Um decreto em forma de regulamento de administração pública fixará as condições de organização e de funcionamento dos diferentes serviços previstos pelo presente decreto.

Este decreto, a que se refere o artigo 2.º, foi publicado um ano depois, em 31 de Dezembro de 1936, cujas disposições são de tal modo importantes que vale a pena analisá-las na íntegra:

Artigo 1.º — Sob a autoridade e a vigilância do Ministro da Saúde Pública são instituídos serviços de profilaxia venérea.

A lista dos serviços agregados é publicada cada ano pelo Ministro da Saúde Pública, conhecido o parecer da Comissão de Preservação das doenças venéreas.

Artigo 2.º — Os serviços inscritos na lista citada no artigo 1.º, podem ser dirigidos pelos departamentos e pelas comunas. Podem igualmente ser dirigidos, de acordo com a Comissão de Preservação das doenças venéreas, pelos hospitais, hospícios, Faculdades e Escolas de medicina, assim como por associações.

Artigo 3.º — As condições técnicas gerais da organização dos serviços, são fixadas por despacho do Ministro da Saúde Pública, depois de ouvida a Comissão de Preservação das doenças venéreas.

Artigo 4.º — Os médicos e chefes de laboratório dos serviços de profilaxia venérea são designados pelos organismos que dirigem estes serviços. Esta nomeação deve ser aprovada pelo Ministro da Saúde Pública, depois de ouvida a Comissão de Preservação das doenças venéreas.

Artigo 5.º — Cada serviço de profilaxia venérea deve possuir a colaboração de uma ou mais visitadoras sanitárias.

Artigo 6.º — Os serviços de profilaxia venérea asseguram gratuitamente o exame dos doentes, as análises, o tratamento e fornecem medicamentos.

Artigo 7.º — Os exames de laboratório, as investigações micro-biológicas e os exames serológicos necessários ao funcionamento dos serviços, devem ser efectuados nos laboratórios indicados pelo Ministro da Saúde Pública, de acordo com a Comissão de Preservação das doenças venéreas.

Artigo 8.º — Para se beneficiar das vantagens previstas no presente decreto, os doentes só devem ser hospitalizados sob proposta de um serviço de profilaxia venérea.

Artigo 9.º — Os medicamentos específicos são enviados gratuitamente aos serviços pelo Ministério da Saúde Pública.

A lista dos medicamentos é elaborada pelo Ministro da Saúde Pública, depois do exame e opinião do chefe de laboratório de inspecção da Academia de Medicina.

Artigo 10.º — Os serviços de profilaxia venérea entregam a cada doente um «carnet» médico que deve ter um carácter anónimo. Por outro lado, estes serviços devem conservar uma ficha individual que permita a reconstituição eventual do «carnet» no caso do interessado a ter perdido.

Um despacho do Ministro da Saúde Pública determinará a composição do «carnet» e da ficha individual.

Artigo 11.º — Os organismos dirigentes dos serviços de profilaxia venérea estabelecem cada ano o orçamento dos serviços. Este orçamento será submetido à aprovação do Ministro da Saúde Pública, depois de ouvida a opinião do Inspector regional dos serviços de profilaxia venérea previsto no artigo 12.º e do governador local.

Por despacho dos Ministros da Saúde Pública e das Finanças serão determinadas as condições em que funcionará a contabilidade dos organismos dirigentes dos serviços de profilaxia venérea.

Artigo 12.º — Os serviços de profilaxia venérea estão sob vigilância do Ministério da Saúde Pública. Esta vigilância é exercida por inspectores departamentais de higiene e inspectores regionais, escolhidos pelo Ministro entre os médicos especialmente qualificados para este efeito, em particular entre os professores de dermatosifilografia das Faculdades de Medicina.

As circunscrições, nas quais se vai exercer a vigilância de cada inspector regional, serão afixadas por despacho do Ministro da Saúde Pública, depois de ouvida a Comissão de Preservação das doenças venéreas.

Artigo 13.º — O Ministro da Saúde Pública pode dirigir aos Serviços de Profilaxia venérea cujo funcionamento não satisfaz, uma intimação para realizar a melhoria necessária. Se esta intimação não surtiu efeito no prazo marcado, o qual não deve ser inferior a dois meses, o Ministro pode, por despacho feito de acordo com a Comissão de Preservação das doenças venéreas, riscar o serviço da lista prevista no artigo 1.º.

Artigo 14.º — Todo o documento relativo à propaganda da

(*) Ver luta antivenérea nos portos.

profilaxia venérea deve ser submetido à apreciação do Ministro da Saúde Pública.

É digno de ser salientado o facto de, com frequência, aparecer claramente expresso que o Ministro da Saúde só toma qualquer decisão por proposta da Comissão de Preservação das doenças venéreas, ou depois de ouvido o seu parecer. Este facto traduz a perfeita compreensão de que só os técnicos dermatovenereologistas possuem o necessário espírito para sentirem estes problemas e, conseqüentemente, só eles podem ter os conhecimentos convenientes para lhes dar solução.

Este decreto foi completado com um outro, publicado 4 meses depois, a 30 de Abril de 1937, que estabeleceu as condições técnicas gerais de organização e funcionamento dos serviços de profilaxia antivenérea.

Poderá compreender-se o entusiasmo que estas disposições oficiais despertaram, pelo elevado número de dispensários que foram criados em todo o país, praticamente quase a totalidade hoje existente. Todavia, verificou-se que grande parte do esforço dispendido se perdia, porquanto, era demasiadamente grande o número de doentes que abandonavam os tratamentos ainda em estado de contagiosidade e, conseqüentemente, era preciso fornecer, aos médicos e aos serviços, os necessários meios para impôr a obrigatoriedade dos tratamentos, e tornar obrigatória a hospitalização de todo o doente que fosse julgado particularmente apto à disseminação de doenças venéreas. Por outro lado, impunha-se, como base de toda a acção profiláctica antivenérea, a necessidade de fazer inquéritos epidemiológicos que permitissem identificar os doentes contagiantes.

A solução destas falhas, verificadas na legislação em vigor, justificou a publicação da lei de 31 de Dezembro de 1942, cujo texto é o seguinte:

Artigo 1.º — Para a aplicação da presente lei, entende-se por doença venérea a sífilis, a blenorragia, a úlcera mole venérea e a doença de Nicolas-Favre.

Artigo 2.º — Toda a pessoa atingida de acidentes venéreos contagiosos deve, obrigatoriamente, fazer-se examinar e tratar por um médico até ao desaparecimento da contagiosidade.

Artigo 3.º — Toda a mulher grávida susceptível de transmitir hereditariamente a sífilis, quer directamente, quer pelo facto de uma sífilis reconhecida no procriador, está sujeita à mesma obrigação.

O disposto neste artigo será determinado por decreto.

Artigo 4.º — Todo o médico, logo que diagnostique ou trate uma doença venérea contagiosa ou susceptível de o ser, deve advertir o doente do seguinte:

- 1.º) — do género de doença que o atingiu,
- 2.º) — dos perigos de contaminação que resultam desta doença,
- 3.º) — dos deveres que lhe impõem a presente lei, especialmente o artigo 2.º.

Tratando-se de um menor, ou qualquer irresponsável, esta advertência deve ser feita, segundo a opinião do médico, quer ao interessado, quer aos pais ou a um terceiro responsável.

Artigo 5.º — A declaração das doenças venéreas é obrigatória e, de acordo com os casos estabelecidos nos seguintes artigos, faz-se sob a forma de declaração simples ou nominal.

A declaração simples, comporta o diagnóstico sem menção do nome do doente.

Estas declarações são feitas, pelo médico, às autoridades sanitárias, nas condições fixadas por decreto.

Artigo 6.º — É obrigatória a declaração simples de qualquer caso de doença venérea em período de contagiosidade, quer se trate de acidentes diagnosticados pela primeira vez ou de um caso de doença venérea já declarado por um outro médico, ou, ainda, de recidiva contagiosa de uma doença que já anteriormente tinha sido declarada.

Artigo 7.º — A declaração nominal das doenças venéreas em período de contagiosidade é obrigatória nos seguintes casos:

- 1) quando o doente se recusa a começar ou a prosseguir o tratamento;
- 2) quando o doente se entrega à prostituição;
- 3) quando o doente, pela sua profissão ou género de vida, fizer correr a um ou a vários terceiros um risco grave de transmissão de doença venérea.

Sempre que o médico que faz a declaração nominal entenda ser necessária a hospitalização de urgência prevista nos artigos 10.º e 11.º da presente lei, deve mencioná-lo nessa declaração.

A hospitalização é obrigatória para as prostitutas.

Artigo 8.º — Para facilitar o despiste e o tratamento dos agentes de contaminação, todo o médico, logo que diagnostique um novo caso de doença venérea, deve procurar obter do doente todas as informações que permitam encontrar a pessoa que o contagiou e apreciar o perigo que essa pessoa pode ou poderá fazer correr a terceiros. Se o médico conseguir examinar a pessoa suspeita de contaminadora, e conseguiu que ela se tratasse, prevenirá apenas a autoridade sanitária que o agente de contaminação, sem nomear o nome, foi depistado e está em tratamento.

Se, pelo contrário, o médico não a pôde examinar, ou se o fez e tendo-a reconhecido doente não conseguiu que ela se tratasse, deverá transmitir, em 24 horas, à autoridade sanitária todas as informações necessárias que lhe permita mandar procurar, examinar e tratar a pessoa suspeita; neste caso, o médico é obrigado a designar nominalmente a pessoa que o doente lhe indicou como provável contaminadora.

Artigo 9.º — Todo o doente que, em período de contágio, se recuse a começar ou a prosseguir o tratamento, e cujo nome tenha sido indicado às autoridades sanitárias, de acordo com o parágrafo 1.º do artigo 7.º, receberá dessa autoridade um aviso, convidando-a a tratar-se imediatamente e regularmente, e a provar que o faz.

Esta prova será dada pela apresentação de certificados médicos à autoridade sanitária e em datas fixadas por estas. Se o doente não apresentar estes certificados médicos, será obrigado a hospitalizar-se, segundo as modalidades previstas nos artigos 10.º e 11.º.

Artigo 10.º — Todo o doente cujo nome tenha sido comunicado à autoridade sanitária de acordo com a alínea 3) do artigo 7.º, receberá da autoridade sanitária um aviso a comunicar-lhe que deverá renunciar, imediatamente, enquanto existirem acidentes contagiosos, ao exercício da sua profissão ou ao género de vida que motivou a declaração nominal da doença venérea. A autoridade sanitária deverá investigar se o doente seguiu estas determinações. No caso de as não ter observado, a hospitalização de urgência será ordenada, segundo as modalidades previstas nos artigos 11.º e 12.º. No entanto, a pedido do médico, a hospitalização de urgência pode ser ordenada sem que a autoridade sanitária tenha recorrido ao aviso previsto na alínea 1) do presente artigo.

Artigo 11.º — A hospitalização urgente será ordenada, pela autoridade sanitária, a toda a pessoa cujo nome lhe foi comunicado de acordo com o parágrafo 2.º do artigo 7.º.

Artigo 12.º — Ao abrigo da regulamentação em vigor relativa à prostituição, toda a pessoa hospitalizada obrigatoriamente, em aplicação dos artigos 10.º, 11.º e 12.º da presente lei, poderá interinar-se à sua custa numa clínica particular agregada pela autoridade sanitária ou nas condições habituais, num hospital público.

Artigo 13.º — Toda a pessoa cujo nome foi comunicado à autoridade sanitária, em aplicação do artigo 8.º, será convidada a apresentar, num prazo fixo, um certificado médico em que prove estar indemne de acidentes venéreos contagiosos.

Se a pessoa suspeita não apresentar o certificado no prazo marcada, a autoridade sanitária deverá tomar as necessárias medidas para a fazer examinar por um dos médicos agregados, designados por ela, ou determinará a sua hospitalização.

Se a autoridade sanitária entender que há contradição flagrante entre o certificado fornecido pela pessoa suspeita e os resultados do inquérito epidemiológico, pode exigir um exame médico feito por um dos médicos agregados ou por ela escolhidos.

Em qualquer caso em que o diagnóstico seja duvidoso, a autoridade sanitária pode prescrever os exames complementares indispensáveis.

Artigo 14.º — Todo o médico que se descuidar em fornecer ao doente as recomendações previstas no artigo 4.º, terá uma multa de 200 a 2.000 francos.

A mesma pena será aplicada ao médico que omitiu as declarações obrigatórias previstas pelos artigos 5.º e seguintes.

Artigo 15.º — Nenhuma pessoa obrigatoriamente hospitalizada, de acordo com a presente lei, poderá deixar o hospital ou clínica, mesmo para a mais curta ausência, sem a autorização escrita do médico chefe do serviço.

Toda a infracção às disposições do presente artigo terá uma multa de 200 a 1.000 francos ou a prisão de 6 dias a 3 meses.

Artigo 16.º — Se a autoridade sanitária julgar indispensável prolongar a vigilância de um doente obrigatoriamente hospitalizado, pela aplicação da presente lei, pode designar o dispensário, o serviço, ou, à falta deles, o médico encarregado desta vigilância. O não cumprimento desta disposição implica a multa de 200 a 500 francos.

Artigo 17.º — Será castigado com pena de prisão de 15 dias a 3 meses e a multa de 1.000 a 3.000 francos, ou com uma destas penas sòmente:

- 1.º) Toda a mulher que, sabendo-se sifilítica, amamenta uma criança que não é seu filho;
- 2.º) toda a pessoa que, conscientemente, deixar amamentar uma criança sifilítica que esteja ao seu cuidado, sem que um médico avise a ama da doença da criança e das precauções a tomar;
- 3.º) toda a pessoa que, conscientemente, dê uma criança sifilítica a criar sem avisar a espécie de doença de que a criança é portadora.

Artigo 18.º — Será punido com a prisão de 8 dias a 1 mês e de uma multa de 200 a 3.000 francos, ou com uma das penas sòmente:

- 1.º) toda a ama que amamenta uma criança, que não seja a sua, sem ter um atestado médico passado antes de iniciar o aleitamento, atestando que não tem nenhum sinal clínico nem serológico de sífilis;
- 2.º) toda a pessoa que confie a uma ama uma criança que esteja a seu cuidado, sem, primeiramente, se assegurar que a ama possui certificado médico;
- 3.º) toda a pessoa que, à parte os casos de força maior, deixe que uma criança que esteja à sua guarda seja amamentada por outra pessoa que não seja a mãe, sem primeiramente, se ter assegurado, por um certificado médico, que não existe nenhum perigo de contaminação para o lactente.

Artigo 19.º — É interdita a publicação das conclusões, debates e decisões nos tribunais relativos aos processos penais executados em virtude da aplicação da presente lei, sob pena duma multa de 1.000 a 5.000 francos.

No entanto, a disposição precedente não é aplicável aos extractos das decisões publicadas nos jornais e periódicos especialmente destinados a registar a jurisprudência dos tribunais ou publicadas sob qualquer forma por indicação da autoridade sanitária, com a condição de os ditos extractos não conterem nenhuma menção capaz de revelar a identidade das partes em causa.

Artigo 20.º — É proibida toda a publicidade de carácter comercial, seja qual for a sua forma, desde que diga respeito, abertamente ou veladamente, à profilaxia e tratamento das doenças venéreas, com excepção das publicações exclusivamente reservadas ao corpo médico. Toda a infracção será punida com uma multa de 1.000 a 20.000 francos.

Artigo 21.º — A autoridade sanitária competente para receber as declarações e tomar as medidas previstas pela presente lei, é representada, em cada departamento, quer por um médico inspector adjunto de saúde, quer por um médico encarregado de um dos serviços antivenéreos do departamento, um e outro designados pelo director regional da Saúde e da Assistência.

Como se verifica, esta lei tapou praticamente todas as lacunas existentes na anterior legislação, abrindo-se novos horizontes nas possibilidades de maior eficiência na luta antivenérea.

Posteriormente, foram publicados variados decretos e regulamentos a completar ou a esclarecer certos aspectos da citada lei.

Entre as várias disposições, parece-me interessante destacar o decreto de 20 de Julho de 1943 que vou transcrever:

Artigo 1.º — A advertência prescrita pelo artigo 4.º da lei de 31 de Dezembro de 1942 relativa à profilaxia e à luta contra as doenças venéreas, assim como a declaração simples prevista no artigo 6.º, a declaração nominal prevista no artigo 7.º e as informações visadas no artigo 8.º, relativas aos agentes contaminadores, serão consignadas em fórmulas cujo modelo é estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde e da Família.

Artigo 2.º — Para poder aplicar o disposto no artigo 1.º do presente decreto, os médicos receberão gratuitamente cadernetas numeradas com folhas igualmente numeradas. (a)

- A) no talão, o médico fará as seguintes anotações: nome, pronome, data do nascimento, direcção, profissão, indicativo (b) do doente e data em que foi enviado o aviso de contagiosidade previsto no parágrafo B e a data do eventual recomeço do tratamento. O médico poderá exigir a apresentação de um bilhete de identidade; no caso de não ser apresentado, o médico deverá mencionar o facto no talão e na declaração de doença venérea.
- B) no primeiro boletim está impresso o aviso previsto na primeira alínea do artigo 1.º do presente decreto e contém o essencial dos avisos a dar ao doente conforme o artigo 4.º, que serão completados verbalmente com todas as explicações que o médico julgar útil dar ao doente. No fim de cada cura terapêutica, durante o período em que o doente for considerado contagioso, o médico anotar, no boletim e no talão, a data na qual o doente deve obrigatoriamente retomar o tratamento.
- C) o segundo boletim compõe-se de duas partes: a primeira parte, convenientemente preenchida pelo médico, servirá segundo os casos, ou para a declaração simples ou para a declaração nominal; na segunda parte ou «Boletim de informações epidemiológicas», serão inscritas, as informações previstas no artigo 8.º da lei que diz respeito à identificação das pessoas julgadas focos de contaminação. Este segundo boletim, destacável, deve ser enviado rapidamente à autoridade sanitária com a menção «confidencial». Só pode ser aberto por um médico.

Artigo 3.º — Logo que o doente atingido por doença venérea se recuse ao tratamento, a declaração nominal prevista no artigo 7.º da lei deverá ser feita no espaço de 48 horas, se o doente habita a mesma localidade que o médico consultado, ou no espaço de 5 dias, se o doente habita noutra localidade, a não ser que tenha avisado que mudou de médico, conforme a 3.ª alínea do presente artigo.

(a) Cada folha é composta de 3 partes separadas por uma linha picotada permitindo destacar dois boletins. A primeira parte de cada folha, que fica presa à caderneta, designaremos por talão.

(b) O indicativo do doente é feito com 7 números; o primeiro número representa o sexo: 1 para o sexo masculino e 2 para o sexo feminino. Os dois números seguintes são para o dia do nascimento; os outros dois números são para o mês e finalmente os dois últimos são para o ano.

EXEMPLO: homem nascido em 3 de Fevereiro de 1905 = 1030205; mulher nascida a 14 de Novembro de 1917 = 2141117.

Os médicos não devem revelar aos doentes a composição deste indicativo.

Todo o doente com doença venérea contagiosa que, sem motivo justificado, não principie o tratamento prescrito, ou o interrompa durante a cura, ou o não retome na data indicada no talão e no primeiro boletim, será considerado como tendo-se recusado ao tratamento e, por conseguinte, ser-lhe-á feita uma declaração nominal. Segundo a urgência do tratamento e o grau da contagiosidade, a declaração nominal será feita 8 a 15 dias após a data da consulta pelo médico à qual o doente faltou. O médico deverá, se for possível, avisar o doente antes de proceder à declaração nominal.

Para evitar declarações nominais abusivas, o médico, chamado a tratar um doente de doença venérea contagiosa, deve perguntar ao doente se ele não teria interrompido um tratamento principiado com outro médico. Na afirmativa, deve entregar ao doente uma carta para o médico precedentemente consultado, informando-o da mudança de médico assistente.

Se um doente, embora tenha médico assistente, vai consultar um outro médico que lhe diagnostica uma doença venérea, este deverá participar o facto ao médico assistente, que dará cumprimento às disposições previstas no artigo 2.º do presente decreto. Se, porém, o doente não se apresentar ao seu médico assistente já avisado pelo outro clínico, o médico assistente terá que proceder conforme as disposições previstas na 2.ª alínea do artigo 3.º.

Artigo 4.º — As assistentes sociais, especialmente encarregadas para este fim pela autoridade sanitária, enviarão aos interessados um dos seguintes avisos:

- 1) avisos previstos nos artigos 9.º e 10.º da lei;
- 2) aviso para apresentar um certificado médico previsto no artigo 13.º da lei;
- 3) aviso para se apresentar aos exames médicos previstos no mesmo artigo.

As notificações citadas acima serão enviadas aos interessados sem o conhecimento de terceiros.

As assistentes sociais deverão esclarecer verbalmente o doente do carácter social das medidas prescritas.

Se a pessoa interessada se furta a toda a conversação com a assistente social, as ordens da autoridade sanitária ser-lhe-ão enviadas em carga registada com aviso de recepção, conforme o modelo estabelecido pela administração dos correios. O envelope desta carta não poderá conter nenhuma menção além do nome e direcção do destinatário.

As assistentes sociais deverão verificar se o doente cumpre as prescrições que lhe foram feitas, conforme a alínea 2.ª do artigo 10.º da lei.

Artigo 5.º — A fim de aplicar a última alínea do artigo 13.º da lei, a autoridade sanitária poderá prescrever exames complementares, feitos tanto quanto possível de acordo com o médico assistente e sem que as medidas de profilaxia se atrazem.

Artigo 6.º — A ordem de hospitalização obrigatória, de acordo com os artigos 9.º, 10.º e 11.º da lei, será notificada à pessoa interessada nas formas prescritas no artigo 5.º do presente decreto.

Se o doente não cumpriu a ordem de hospitalização obrigatória, 24 horas depois de ter recebido o aviso, o governador, por proposta da autoridade sanitária, deverá ordenar a hospitalização, de acordo com o artigo 11.º da lei.

Artigo 7.º — Os hospitais e hospícios públicos são obrigados a receber os doentes que lhes são enviados de acordo com os artigos 9.º, 10.º, 11.º e 12.º da lei.

Artigo 8.º — O médico deverá enviar as declarações de doenças venéreas e as informações epidemiológicas à autoridade sanitária da localidade onde vive.

Se o doente reside fora da área desta autoridade sanitária, esta deverá transmitir urgentemente as informações à autoridade sanitária competente.

Artigo 9.º — O governador organizará, sob proposta do director regional da saúde e de acordo com o médico consultor de venereologia:

- 1) a lista dos médicos agregados para realizarem os exames prescritos pela 2.ª e 3.ª alínea do artigo 13.º da lei, ou encarregados da vigilância prevista no artigo 16.º;
- 2) a lista dos hospitais públicos e das clínicas privadas agregadas para a hospitalização de urgência e obrigatórias;
- 3) a lista dos dispensários ou serviços eventualmente encarregados da vigilância dos doentes com doença venérea contagiosa prevista no artigo 16.º da lei.

Apenas podem figurar nas listas visadas acima, os hospitais, clínicas e dispensários cujas instalações e funcionamento dão toda a garantia, em face da vigilância a exercer para o cumprimento da lei de 31 de Dezembro de 1942 e do presente decreto.

Artigo 10.º — Na falta de médicos agregados, as autoridades sanitárias, de acordo com o médico consultor de venereologia, designarão os médicos encarregados dos exames visados no artigo 9.º ou exercer a vigilância prevista no artigo 16.º da lei.

Artigo 11.º — Todo o indivíduo submetido à vigilância prevista nos artigos 10.º e 16.º da lei deverá avisar a autoridade sanitária em caso de mudança de direcção.

Esta autoridade sanitária transmitirá à outra autoridade sani-

ANTIBIÓTICOS FIDELIS

FIDELCILINA

(penicilina G potássica e penicilina G procaínica microcristalinas,
na proporção de 1 para 3)

FIDELMICINA

(penicilina G potássica e penicilina G procaínica na proporção de
1 para 3 + sulfato de dihidroestreptomicina, microcristalinas)

Além da verificação oficial a que estão sujeitas, a FIDELCILINA e a FIDELMICINA são aferidas no nosso Laboratório QUÍMICA e BIOLÓGICAMENTE, satisfazendo a todos os ensaios analíticos estabelecidos pela «FOOD AND DRUG ADMINISTRATION».

A FIDELCILINA e a FIDELMICINA dão SUSPENSÕES HOMOGÊNEAS e podem ser injectadas com AGULHAS INTRAMUSCULARES VULGARES.

APRESENTAÇÃO

FIDELCILINA

Caixa de 1 frasco de 200.000 U. O.
Caixa de 1 frasco de 400.000 U. O.
Caixa de 3 frascos de 400.000 U. O.
Caixa de 1 frasco de 600.000 U. O.
Caixa de 1 frasco de 1.000.000 U. O.

FIDELMICINA

Caixa de 1 frasco de 200.000 U. O. + 0,25 g
Caixa de 1 frasco de 400.000 U. O. + 0,50 g
Caixa de 3 frascos de 400.000 U. O. + 0,50 g
Caixa de 1 frasco de 400.000 U. O. + 1,00 g



LABORATÓRIO FIDELIS
Rua de D. Dinis, 77 - LISBOA

AGORA... **Um grama** DOSES DIÁRIAS

CLORIDRATO DE

Aureomicina CRISTALINA

Lederle

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
		Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,0 g. diário	80 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 4 horas, excepto durante 8 horas de noite.	4 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,5 g. diário	120 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 3 horas, excepto durante 6 horas de noite.	6 doses

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
 AMERICAN Cyanamid COMPANY
 30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N. Y.

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

tária as informações acerca do doente, de modo a permitir o prosseguimento da vigilância sanitária.

B) — *Organização administrativa, técnica e escalonamento dos órgãos de acção:*

Feita a história da legislação da luta antivenérea em França, e transcritas as principais disposições regulamentares, poderemos, agora, compreender melhor a maneira como se estruturam os diferentes meios de acção que se escalonam desde o Ministério da Saúde até ao doente.

A orientação e coordenação de toda a luta antivenérea em França são exercidas pelo Serviço de Profilaxia das doenças venéreas, organismo integrado na Direcção de Higiene Social que, por sua vez, depende do Ministério da Saúde Pública. Deste Serviço de Profilaxia saem as directrizes administrativas e os regulamentos técnicos gerais, que são dirigidos às Direcções de Saúde que, por sua vez, as enviam aos Serviços departamentais da luta antivenérea.

Compete a estes Serviços proceder à aplicação das normas gerais superiormente estabelecidas, com fim à organização da luta antivenérea em cada departamento. Por outro lado, deverá proceder à vigilância e coordenação das actividades desenvolvidas pelos dispensários públicos ou privados existentes no departamento, assim como dos serviços hospitalares destinados ao tratamento das doenças venéreas.

Como não podia deixar de ser, funciona nos serviços centrais do Ministério da Saúde Pública, uma comissão denominada «Comissão de Profilaxia das doenças venéreas» (tantas vezes citada nos diplomas oficiais atrás mencionados), que é, por assim dizer, o órgão técnico informador e esclarecedor dos respectivos Serviços e do Ministro. Esta Comissão é constituída pelas pessoas mais competentes em dermatovenereologia e na luta antivenérea de toda a França.

Também junto das autoridades departamentais da luta antivenérea existe um ou mais consultores técnicos, geralmente o professor de dermatovenereologia da Faculdade de Medicina local ou, na falta deste, o médico dermatovenereologista da região, mais classificado em matéria de doenças venéreas e especialmente classificado pelos seus títulos ou trabalhos científicos.

Na maior parte dos casos o consultor técnico é membro da Comissão de Profilaxia e, assim, mais directamente pode interpretar e aplicar o pensamento daquela Comissão.

O médico consultor regional de venereologia é, consequentemente, o conselheiro técnico do Director Regional da Saúde e tem a responsabilidade da vigilância e orientação técnica de todos os organismos públicos ou privados que participam na luta contra as doenças venéreas, dos serviços hospitalares especializados em dermatovenereologia e dedicados ao mesmo fim, dos dispensários antivenéreos, dos organismos de protecção materno-infantil agregados à luta, dos laboratórios agregados à luta antivenérea e ainda dos serviços de inspecção sanitária da substituição. Além disto, compete ao médico consultor das doenças venéreas fazer as propostas dos dispensários, serviços e médicos susceptíveis de beneficiar da aquisição gratuita dos medicamentos antivenéreos, informar acerca dos médicos que a qualquer título oferecem a colaboração na luta antivenérea, dar parecer sobre subsídios, etc.

O número de médicos consultores de venereologia é, em princípio, igual ao número de regiões sanitárias. Todavia, naquelas regiões demasiadamente extensas, divide-se a região em circunscrições, cada uma das quais tem o seu médico consultor, o que permitirá fazer-se uma vigilância mais eficiente nos respectivos serviços antivenéreos.

O número de regiões que possuem médicos consultores é de 18, das quais 4 estão divididas em duas circunscrições e uma em três circunscrições, o que eleva, por conseguinte, o número de médicos consultores a 24.

II — OS DISPENSÁRIOS E SERVIÇOS HOSPITALARES NA LUTA ANTIVENÉREA

Os centros de tratamento das doenças venéreas são os dispensários e os serviços hospitalares. Os primeiros destinam-se a assegurar a profilaxia e o tratamento dos doentes em regimen ambulatório; os segundos destinam-se ao tratamento dos doentes cuja doença venérea oferece elevados perigos de contagiosidade.

O número de dispensários antivenéreos distribuídos por toda a França é mais ou menos de 550, dispersos um pouco irregularmente, alguns bem equipados, outros apenas o suficientemente.

A direcção técnica é em geral muito boa, entregue a médicos especialistas em dermatovenereologia de reconhecida competência ou, na falta destes, a médicos que tiveram uma preparação especial neste sentido.

Estas exigências das aptidões técnicas dos médicos, é, naturalmente, uma garantia da eficiência dos serviços, circunstância bem compreendida pelos legisladores, como é bem expressa nas instruções gerais da luta contra as doenças venéreas publicada a 20 de Outubro de 1926, quando ainda o problema da luta antivenérea ensaiava praticamente os primeiros passos.

Estas instruções, no capítulo dedicado ao pessoal médico diz o seguinte:

«Um médico especialista é necessário. Um dispensário deve ser criado em volta de um especialista e não em volta de um local. É preciso que os médicos possam reconhecer o médico do dispensário como um médico consultor para a venereologia».

Há três categorias de dispensários:

- 1) os dispensários antivenéreos públicos ou oficiais, administrados pelo estado, pelas autoridades departamentais, pelas autoridades comunais ou por certos estabelecimentos públicos;
- 2) os dispensários administrados por certas comissões reconhecidas de utilidade pública, por organismos de seguro social, assim como as caixas de seguro social agrícolas. Estes dispensários são equipados aos dispensários oficiais e, consequentemente, estão submetidos às mesmas disposições e regulamentos aplicados a aqueles organismos.
- 3) os dispensários particulares.

A maior parte dos dispensários estão instalados em edifícios ou parte de edifícios adaptados; alguns estão instalados em edifícios especialmente construídos para o fim em vista e outros estão instalados dentro de hospitais. Este último aspecto é, sem dúvida, o mais interessante, e aquele que mais agrada aos doentes, dado que, dentro do hospital, o doente sente-se mais à vontade, confundido entre muitos doentes de doença diferente.

Na verdade, nas grandes cidades, apenas em certas circunstâncias, ainda se pode aceitar o dispensário monovalente, dedicado apenas e exclusivamente às doenças venéreas, mas, de um modo geral, e sobretudo nos pequenos meios, os dispensários apenas deveriam existir nos serviços hospitalares, ou então camuflados em dispensários polivalentes.

O aproveitamento dos hospitais tem ainda a manifesta vantagem económica que resulta de não ser necessário pessoal privativo de enfermagem ou auxiliar.

Os serviços hospitalares utilizados para a luta antivenérea são, fundamentalmente, os serviços de dermatologia e venereologia, escolares ou não; porém os serviços das maternidades e de puericultura são, de um modo geral, também aproveitados para o despiste da sífilis, com a execução sistemática de reacções serológicas.

Alguns serviços de urologia, são também utilizados como dispensários, apenas para o tratamento da blenorragia. Este critério verifica-se quase exclusivamente em Paris.

Quanto a serviços hospitalares, para hospitalização de doentes em período de contagiosidade, é obrigatória a sua existência em todas as principais localidades. Quando existe um serviço especializado em dermatologia, é, naturalmente, este o escolhido para esse fim, aliás, certamente que nele funcionará também um serviço de dispensário e, nestas circunstâncias, será facilitada a sua acção. Todavia, quando não existir serviço especializado, são seleccionadas, no hospital local, uma ou mais salas especialmente destinadas aos doentes com doença venérea, colocadas sob a autoridade do chefe local do departamento de saúde e do chefe departamental da luta antivenérea.

Um facto que nos impressionou, e que traduz o interesse e compreensão que os problemas da luta antivenérea despertaram na França, foi a circunstância de muitos dispensários extra-hospitalares serem de criação e administração particular.

Uma das organizações mais importantes é a Liga Nacional Francesa contra o perigo venéreo, que possui 17 dispensários distribuídos pelas regiões de Paris, Seine, Seine Oise e Pas de

Calais, dos quais o mais importante é o Instituto Alfredo Fournier, em Paris, o qual merece particular relevo.

Trata-se de um edifício de 7 andares, especialmente construído pela Liga, possuindo modelares instalações para o dispensário propriamente dito, com amplas salas de observação, de tratamento e de serviço social. Possui também magníficos laboratórios de serologia, onde funciona uma escola de serologia para médicos e farmacêuticos dirigida pelo Dr. Vaisman; laboratórios para investigação científica de assuntos de venereologia equipados com secções de físico-química, histo-patologia e bacteriologia dirigidos pelo professor Levaditi; laboratório para inspecção dos medicamentos antilúéticos, único laboratório reconhecido oficialmente para esse fim; e ainda o depósito oficial dos medicamentos antilúéticos que se destinam aos dispensários de todo o país. Esta organização mantém, além disto, um curso de serviço social de especialização antivenérea e aí funcionam também as seguintes sociedades: Sociedade Francesa de Profilaxia Sanitária e Moral, Liga Nacional Francesa contra o perigo venéreo, União Internacional contra o perigo venéreo, Comité para o ensino e o progresso da Higiene Social e ainda a Sociedade de Quimioterapia e de Serologia.

Uma outra instituição particular que é igualmente digna de referência é o Instituto Profiláctico, que possui no departamento do Sena 17 dispensários. A sede é em Paris, dispondo de muito razoáveis instalações laboratoriais de Serologia, Histopatologia e bacteriologia.

O departamento do Sena, com a cidade de Paris, é a região mais importante da França no aspecto da luta antivenérea. Avalia-se desta importância, pelos seus 100 dispensários, dos quais só na capital há 54. Destes 54 dispensários, 31 são hospitalares e, por conseguinte, a sua administração está dependente da assistência pública; os restantes 23 pertencem quase todos a entidades particulares.

Nos arredores de Paris, dentro do mesmo departamento, há 46 dispensários distribuídos por 38 localidades diferentes, dos quais 3 pertencem à administração pública, 12 à administração municipal e os restantes 23 são de administração privada.

O equipamento técnico dos dispensários é muito variável, e, por consequência, são também variáveis as suas possibilidades. Aqueles que funcionam nos serviços hospitalares de dermatovenereologia são os que, como é óbvio, funcionam em melhores condições, quer porque possuem, em regra, melhor e mais completos meios de observação, com laboratórios de serologia e histopatologia anexos, quer, ainda, porque têm o recurso de hospitalização directa dos seus doentes, permitindo que o doente seja mais rigorosamente estudado e seguido.

A acção desenvolvida pelos diferentes serviços dedicados à luta antivenérea é, de uma maneira geral, eficiente, em virtude de todos possuírem um serviço social, que vigia o cumprimento dos tratamentos por parte dos doentes e fazem os necessários inquéritos epidemiológicos. Este serviço social é realizado por uma, duas ou três assistentes sociais, em regra especializadas na luta antivenérea, e encontra-se a funcionar em todos os dispensários e serviços hospitalares dedicados à venereologia, incluindo os serviços de dermatovenereologia dos hospitais militares.

O horário de funcionamento dos dispensários é em regra estabelecido de modo a permitir também a sua utilização fora das horas habituais dos trabalhos.

Todos os serviços clínicos e laboratoriais nos dispensários são gratuitos.

A distribuição dos dispensários pelo país é muito variável e irregular: numerosos nalguns departamentos, como o de Ardeck, que, para cerca de 255.000 habitantes e numa área de 5.556 km.², tem, 8 dispensários, ou demasiadamente escassos como o de Ain, que apenas tem um dispensário para uma população de 307.000 habitantes e uma área de 5.800 km.².

A frequência dos diferentes dispensários é também muito diversa, dependente como é lógico, da importância e características do local onde eles se encontram (meio industrial, comercial, agrícola, etc.), e das possibilidades técnicas do próprio dispensário. Estes factos podem ser concretamente compreendidos, analisando, como exemplo, o que se passa nos departamentos de Dordogne e do Rhône. No primeiro, que é um departamento rural, o terceiro da França, com uma área de 9.224 km.² e uma população de 387.000 habitantes, há dois dispensários (Péri-

guex e Bergerat) que fizeram no ano de 1951 apenas 3.061 consultas; porém, no segundo departamento, região muito industrial, que tem uma área muito inferior à do primeiro, com 5.800 km.², e uma população de mais de o dobro, 918.000 habitantes, há 16 dispensários, onde se fizeram durante o mesmo ano 75.800 consultas. Destes 16 dispensários, só a cidade de Lyon tem 11, entre os quais o do Hospital Antiquaille que, só por si, registou 32.906 consultas, isto é, praticamente este dispensário desenvolveu o mesmo trabalho que os outros restantes 15.

A actividade clínica difere também, por vezes, de um dispensário para outro, dependente da maior ou menor especialização dos médicos, segundo o carácter da população e, ainda, segundo os recursos hospitalares, isto é, da existência ou ausência na região de outros serviços clínicos.

Alguns dispensários fazem unicamente tratamentos antilúéticos, outros fazem também consultas de dermatologia e outros, sobretudo os que situam em região rural, fazem também um pouco de clínica geral.

III — A LUTA ANTIVENÉREA NO MEIO RURAL

Embora sejam muitos os dispensários dispersos por toda a França, no entanto, a sua acção não chega a toda a parte, especialmente a certas localidades rurais onde o número de doentes é, em regra, escasso e, portanto, não se justifica a montagem de um dispensário.

Para suprir esta falta, foi criado um serviço denominado Serviço Antivenéreo Rural que é feito pelos médicos rurais em colaboração com os serviços dos dispensários mais próximos.

Porém, para este serviço ser organizado, é preciso que essa localidade esteja muito afastada dos centros onde se encontram os dispensários, que haja dificuldade nos transportes ou que estes serviços sejam demasiadamente dispendiosos para os doentes.

Este serviço foi estabelecido em 1926, mas, a bem dizer só depois de publicada uma circular em 31 de Janeiro de 1944 é que ele foi convenientemente organizado.

Actualmente, o serviço antivenéreo rural funciona em 60 dos 89 departamentos da França, mas o modo como ele está organizado varia muito de lugar para lugar.

Naqueles departamentos onde este serviço funciona melhor, a organização é a seguinte:

Em princípio todos os médicos da localidade são convidados a colaborar neste serviço rural, mas a verdade é que, talvez na maior parte dos casos, esta colaboração apenas é confiada a determinados médicos escolhidos.

Estes médicos, agregados à actividade do dispensário, têm que se submeter tecnicamente ao médico chefe do dispensário escolhido pelo director regional da luta antivenérea. Este dispensário será o centro antivenéreo rural e a sua escolha está em relação com a facilidade de comunicação que ele tiver com as localidades onde se justifica a organização do serviço antivenéreo rural.

Os doentes são enviados pelos médicos rurais a este dispensário, onde serão estabelecidas as normas terapêuticas, sendo depois enviados ao médico rural os respectivos medicamentos injectáveis, para ele aplicar, mesmo os intramusculares.

Cada vez que o médico aplica uma injeção, o doente preenche um talão que permitirá ao médico assistente justificar que o doente fez o tratamento e receber a remuneração estabelecida para os seus serviços. É claro que só podem beneficiar deste serviço rural os doentes inscritos na assistência médica gratuita, e todos aqueles cujos recursos sejam julgados insuficientes pelos respectivos médicos assistentes rurais, assim como os doentes inscritos no serviço social. Para os dois primeiros casos, é o Estado que toma a seu cargo as despesas, para o terceiro caso é a própria caixa de seguros que estabelece com os serviços antivenéreos a forma e o quantitativo da subvenção.

Este serviço antivenéreo rural não tem dado até agora os resultados que se esperavam, porque muitos médicos ignoram esta organização, porque não existe a suficiente colaboração entre os médicos rurais e os dispensários e, ainda, pela exagerada burocracia que se verifica nalguns sectores.

Espera-se, actualmente, uma nova regulamentação que possa ter uma geral aplicação a todos os departamentos, redu-

zindo a parte burocrática a um mínimo e que possa utilizar os serviços de todos os médicos rurais.

IV — A LUTA ANTIVENÉREA NAS PRISÕES

Um aspecto interessante da luta contra as doenças venéreas, é a sua organização nos estabelecimentos prisionais, que foi estabelecida pelo Ministério da Justiça, de acordo com o Ministério da Higiene e de Profilaxia Social, numa circular de 15 de Junho de 1922. Nesta circular justifica-se a necessidade e vantagem em organizar a luta antivenérea nas prisões, de manifesta utilidade para a colectividade e para os detidos, ponderada a grande frequência das doenças venéreas, a gravidade das suas consequências individuais e sociais e os resultados que se podem obter com os tratamentos bem conduzidos e orientados. Esta circular justifica, em seguida, que cada estabelecimento deve organizar este serviço antivenéreo, sempre que possível, com um médico especialista em colaboração com o médico da prisão, o qual será utilizado pelos detidos, voluntariamente, podendo beneficiar não só os doentes com manifestações evidentes de doença venérea mas também aqueles que a possuem em forma latente.

Posteriormente, em Junho de 1929 o Ministério da Justiça publicou uma circular salientando os resultados que até essa altura se obtiveram com os ensaios realizados nalgumas prisões e, consequentemente, ordena que com a maior brevidade sejam criados e postos a funcionar serviços de luta antivenérea nos estabelecimentos que ainda os não possuem. Por outro lado, torna obrigatória a todo o detido o despiste da sífilis, sob o aspecto clínico e serológico; o que deve ser repetido de 3 em 3 meses, a fim de despistar as contaminações que acaso ocorram dentro da própria prisão.

Nestes serviços antivenéreos prisionais é naturalmente necessário existir uma estreita colaboração com os dispensários locais, particularmente através do Serviço social para os inquéritos epidemiológicos.

Por isso, em Outubro de 1944, foram determinadas certas disposições tendentes a aumentar as possibilidades e eficiência dos serviços, cujo aspecto principal foi o reconhecimento da necessidade de cada serviço prisional possuir uma assistente social «sem a qual nenhuma acção epidemiológica pode ser realizada».

Naqueles estabelecimentos prisionais de menor importância, a assistente social apenas lhe dedica metade do dia, trabalhando o restante tempo nos dispensários ou outros serviços congêneres.

Actualmente, estes serviços antivenéreos funcionam em 207 estabelecimentos prisionais.

Cada doente tem uma ficha individual, na qual são indicadas as doenças que possui e os tratamentos feitos. Esta ficha é fornecida ao doente quando abandona a prisão, para poder orientar os médicos que posteriormente o possam observar ou continuar os tratamentos.

Os medicamentos para os serviços das prisões são fornecidos nas mesmas condições que para os dispensários, assim como também os exames serológicos são enviados aos laboratórios centrais da luta antivenérea.

V — A LUTA ANTIVENÉREA NA ARMADA

Reconhecida a necessidade de aumentar a eficiência da luta contra as doenças venéreas na marinha, o Ministro da Defesa Nacional e da Guerra, publicou uma circular em Setembro de 1938 em que estabelece um conjunto de normas que visam a coordenar e a aperfeiçoar os meios de defesa que já existiam contra estas doenças e determina os necessários meios para obter uma mais íntima ligação com os serviços antivenéreos do Ministério da Saúde, assim como com outros organismos regionais.

Em cada porto militar foi criado um centro de dermatovenereologia que concentra todos os recursos técnicos de combate às doenças venéreas, quer sob o ponto de vista exclusivamente clínico, quer nos meios de despiste e investigação de focos de contágio, em colaboração estrita com as autoridades sanitárias civis.

Estes centros de dermatovenereologia são superiormente dirigidos por um oficial do corpo de saúde, especialista, que manterá ligação permanente com o médico inspector departamental dos serviços antivenéreos, ou o seu representante, com os serviços de assistência social da marinha e com os médicos militares da guarnição.

Por outro lado, compete a estes centros a organização de propaganda antivenérea, para o que deverão fazer conferências aos oficiais graduados, de modo a formar educadores e propagandistas; devem também fazer conferências técnicas aos médicos gerais sob aspectos terapêuticos ou profilácticos julgados interessantes ou de actualidade.

Finalmente, o médico do centro deverá colaborar nas reuniões referidas no capítulo da luta antivenérea do exército.

VI — A LUTA ANTIVENÉREA NO EXÉRCITO

A organização da luta antivenérea no exército desenvolve-se nestes 3 aspectos:

- a) acção educativa antivenérea,
- b) facilidades nos tratamentos dos doentes,
- c) ligação e coordenação permanente com os diferentes serviços da luta antivenérea, em especial com os serviços de vigilância sanitária da substituição.

A acção educativa é feita durante o período de recruta, em palestras realizadas pelos médicos segundo um plano previamente estabelecido, e acompanhadas pela exibição de filmes apropriados.

Todo o doente deve recorrer aos serviços de dermatovenereologia do hospital militar local, logo que percebe o mais insignificante sintoma suspeito de infecção venérea.

Durante o período de contagiosidade, a hospitalização é naturalmente obrigatória; passado este período, os tratamentos são facilitados em regimen ambulatório.

O conceito do castigo aos soldados que adquirissem doenças venéreas já não existe desde há muito tempo, constatados os manifestos prejuízos que disso resultavam.

Compreende-se que tais medidas apenas conseguissem despertar os mais variados e subtis artifícios para camuflar a doença venérea, que quase sempre era tratada a ocultas por curiosos que apenas faziam desaparecer os sintomas aparentes da doença.

Por outro lado, andando o doente furtivo, perdia-se a possibilidade de identificar precocemente a pessoa contagiante, que assim continuava a disseminar o mal.

Em todos os serviços de dermatovenereologia dos hospitais militares existe uma assistente social que, além de vigiar a execução e regularidade dos tratamentos, procura que o doente revele a pessoa que o teria contagiado e imediatamente o participa aos serviços da luta antivenérea civil.

A todo o doente é fornecida uma caderneta onde se registam, os tratamentos, e que ele deverá apresentar a cada consulta.

Quando o doente for transferido para outra unidade, é avisado o médico da nova unidade; se o doente for licenciado, será feita justificação às respectivas autoridades sanitárias civis.

Com o fim de reforçar a ligação entre os organismos sanitários civis da luta antivenérea e os congêneres militares, foi publicada uma circular em 15 de Abril de 1937 na qual se determina que, em cada guarnição, se realize mensalmente uma reunião de informação recíproca entre o médico chefe da guarnição, o médico do serviço regional militar de dermatovenereologia e as entidades civis regionais interessadas na luta antivenérea. Nos portos militares, faz também parte desta comissão o médico chefe do serviço de dermatovenereologia da armada.

É a isto que se tem limitado a organização da luta antivenérea no exército, que se tem mostrado suficiente, como o demonstram os resultados que se têm obtido, que podem ser considerados muito satisfatórios.

VII — A LUTA ANTIVENÉREA NOS PORTOS

A luta antivenérea nos portos, para uso dos marinheiros da marinha comercial e de pesca é definida pela lei de 3 de

Agosto de 1930, a qual, por sua vez, é baseada no acordo internacional de Bruxelas de 1 de Dezembro de 1924.

Segundo esse documento, são criados e mantidos em cada um dos principais portos marítimos ou fluviais, serviços de venereologia abertos a todos os marinheiros da marinha comercial ou de pesca, sem distinção de nacionalidades.

Todos estes serviços possuirão pessoal médico especializado e uma organização material continuamente adaptados a todos os progressos da ciência e que devem funcionar em condições tais de permitir a sua fácil utilização pelos interessados.

Por outro lado, estabelece a obrigatoriedade de haver, num hospital local, um certo número de camas destinadas a doentes que ofereçam perigo de contagiosidade.

Todos estes serviços são gratuitos, incluindo a hospitalização; para evitar a suspensão dos tratamentos durante as viagens, igualmente serão fornecidos gratuitamente os medicamentos de que os doentes necessitam até ao próximo porto onde exista um serviço antivenéreo.

Esta organização é, praticamente, ainda a que hoje existe, apenas enriquecida com a colaboração de assistentes sociais que fazem a ligação destes serviços com os outros dispensários e com as autoridades sanitárias locais para a efectivação dos inquéritos epidemiológicos.

VIII — OS LABORATÓRIOS DE SEROLOGIA

As reacções serológicas estão a adquirir dia a dia um valor cada vez mais acentuado, como auxiliar do diagnóstico da sífilis, particularmente nos períodos latentes, mas sobretudo, o seu subsídio é imprescindível para avaliar a eficiência na terapêutica e, por conseguinte, apreciar a cura da doença.

Apresentada, assim, sucintamente, a responsabilidade que encerra um resultado serológico, compreender-se-á o escrupuloso cuidado que deve merecer a sua execução.

As entidades francesas responsáveis pela profilaxia das doenças venéreas, entenderam este facto e, consequentemente, concluíram que era forçoso seleccionar os laboratórios, o que vale a dizer, seleccionar os analistas.

A primeira disposição neste sentido foi apresentada no decreto-lei de 29 de Novembro de 1939:

«Os únicos laboratórios autorizados a efectuar os exames serológicos necessários para o diagnóstico da sífilis, são apenas aqueles que forem aprovados pelo Ministério da Saúde Pública».

Pouco tempo depois, em Março de 1932, foram publicadas as condições a que devem satisfazer os laboratórios para requererem a aprovação a que se refere o decreto-lei referido. Segundo essas disposições, todo o laboratório dedicado à serologia terá um director técnico efectivo e permanente que deverá possuir diploma ou certificado de estudos especializados neste assunto. Deverá ter ainda um director suplente que substituirá o director efectivo quando este se ausente por mais de 48 horas, que é obrigado a possuir as mesmas habilitações técnicas especializadas. Nos laboratórios que tenham mais de 10 empregados, é exigida a presença de um director adjunto, igualmente qualificado em serologia.

O pedido de aprovação superior deve ser feito pelo director chefe do laboratório e pelo director suplente, mencionando os respectivos títulos científicos de cada um, e deverá ser indicado o local onde se vai organizar o laboratório, com apresentação da respectiva planta das instalações, a lista do material e das reacções que se propõem efectuar e, ainda, a lista dos antígenos a utilizar.

Para a obtenção do título de serologista, é preciso frequentar um curso especial de serologia, que é realizado oficialmente em todas as Faculdades de Medicina ou Faculdades mistas de Medicina e Farmácia.

Este curso compreende:

- 1) um estágio preparatório cujas condições são fixadas pela Faculdade e durante o qual os candidatos devem mostrar possuir conhecimentos e aptidões práticas necessárias para a execução das técnicas laboratoriais de serologia;
- 2) cerca de 40 sessões de trabalhos práticos individuais com a duração de 3 horas cada um;
- 3) cerca de 20 lições teóricas de 1 hora de duração;

- 4) estágio destinado a exercícios práticos de aplicação, cuja organização é estabelecida pela Faculdade. Finalmente, há um exame, constituído por uma prova escrita com a duração de 3 horas, sobre um assunto de serologia, duas provas práticas de serologia, uma prova prática de bacteriologia venereológica e uma prova oral.

Os candidatos que reprovem três vezes não poderão mais ser admitidos a provas de exame.

O programa de estudos é o seguinte:

A) GENERALIDADES

a) Lições:

- 1.º — Recapitulação dos conhecimentos adquiridos relativos à imunologia e à serologia. Aplicação à sífilis.
- 2.º — Sífilis. Evolução. O treponema.
- 3.º — Papel do laboratório na luta contra as doenças venéreas.

b) Trabalhos Práticos:

Ultramicroscópico. Manipulação. Procura do treponema ao ultramicroscópico. Coloração de esfregaços (impregnação pela prata).

B) SIFILIS — SEROLOGIA

I — Reacção de fixação do complemento

a) Lições:

- 1.º — Reacção de Bordet-Gengou. Estudo dos reagentes necessários. Hematias. Soro hemolítico (preparação e titulação); complemento (obtenção e titulação).
- 2.º — Os antígenos utilizados nas reacções de hemólise. Preparação e titulação. Utilização.
- 3.º — A reacção de Bordet-Wassermann. Técnica original. Diferentes processos de expressão dos resultados;
- 4.º — O sero-diagnóstico da sífilis adquirida; as reacções testes da Sociedade das Nações; valor de diagnóstico da B. M.: discussão das B. W. positivas e duvidosas;
- 5.º — Discussão das B. W. negativas; a reactivação da seroreacção; reacções de B. W. paradoxais. Interpretação dos resultados;
- 6.º — Modificação na reacção de B. W. Reacção de Jacobsthal, de Desmolière. Reacção de Calmette-Massol.
- 7.º — Aperfeiçoamento da reacção de B. W. base das técnicas novas. Técnica de Debains. Técnica de Demanche;
- 8.º — Técnicas americanas de reacção do B. W., Eagle Graig-Wassermann. Reacções qualitativas e quantitativas de Kolmer;
- 9.º — Reacções de hemólise de sangue fresco: reacção de Hecht. Técnica de Demanche em sangue fresco. Técnica de Ronchès de glóbulos humanos;
- 10.º — O sero-diagnóstico da sífilis durante a gravidez e na sífilis congénita;
- 11.º — Serologia da sífilis latente; as B. W. oscilantes e as B. W. irreductíveis. Papel das provas serológicas na orientação do tratamento da sífilis.

b) Trabalhos Práticos:

- 1.º — Titulação do soro hemolítico;
 - a) Investigação do título de um soro desconhecido;
 - b) Verificação do título indicado pelo fornecedor;
- 2.º — Titulação do complemento. — Técnica simplificada e titulação em presença do antígeno;
- 3.º — Titulação do antígeno. — Investigação do poder anticomplementar. Investigação da sensibilidade;
- 4.º — Reacção de Bordet-Wassermann. — Preparação das cadeias testemunhas para apreciação da hemólise (escala de Vernes);
- 5.º — Reacção de Bordet-Wassermann em muitos soros. Modificação da Jacobsthal, de Desmolière;



BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

PERFEITAMENTE FLUIDA

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

Caixas de 1 e de 6 ampolas

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



PRODUTO ORIGINAL, NUMA EMULSÃO PASTOSA, DE GÔSTO AGRADABILÍSSIMO!

COMPOSIÇÃO	}	CÁLCIO ORGÂNICO	0,80 gr %	
		FÓSFORO ORGÂNICO	0,50 » %	
		FERRO ORGANICO	0,03 » %	
		ARSÊNIO ORGÂNICO	0,03 » %	
		MANGANEZ ORGÂNICO	0,03 » %	
		MALTE DE CEVADA GERMINADA	15,00 » %	
		CONCENTRADO VITAMÍNICO DE ÓLEO DE GADUS MORRHUA, L.	Vitamina A — 50.000 U. I. % Vitamina D — 20.000 U. I. %	
		VITAMINAS DO COMPLEXO B:		Vitamina B ₁ — 5.000 U. I. % Vitamina B ₂ — 3.000 gam. % Vitamina PP — 0,025 gr. %

Distribuidor para Portugal, Ilhas e Colónias

M. RODRIGUES LOUREIRO

RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA

- 6.º — Reacção de Camette-Massol. Titulação do complemento. Reacção. Expressão dos resultados;
- 7.º — Técnica de Debains;
- 8.º — Técnica de Demanche. Titulação do complemento. Reacção.
- 9.º — Reacção de Graig-Wassermann. — Reacção de Kolmer;
- 10.º — Reacção de Hecht. Técnica de Mutermilch e de Benard-Jottrain;
- 11.º — Técnica de Demanche em soro fresco. — Técnica de Ronchese
- 12.º — Aplicação das técnicas de soro fresco ao estudo dos diferentes soros. Reacção em sangue seco (Demanche)
- 13.º — Aplicação das técnicas do soro aquecido ao estudo dos diferentes soros;
- 14.º — Experiências sobre as diversas reacções de hemólise anteriormente estudadas. Exame simultâneo de muitos soros pelas técnicas do soro fresco e do soro aquecido. Relatório escrito sobre os resultados e discussões;
- 15.º — Aplicação da reacção de Bordet-Gengou ao estudo das outras doenças infecciosas. Na tuberculose e na febre tifóide.

II — Reacção de floculação

a) Lições:

- 1.º — História e estudo físico-químico das reacções de floculação;
- 2.º — As reacções de Meinicke. — Reacção de opacificação. Reacções de clarificação;
- 3.º — Reacções de Kahn. — Kahn presuntiva. Kahn standard qualificativa e quantitativa. Modificação da reacção de Kahn (técnica nova). Reacção de Ninton. Métodos americanos de Eagle-Kline;
- 4.º — As reacções de Vernes. As reacções em sangue seco (KO DA GUO-Che diak). Os micrométodos de serodignóstico.

b) Trabalhos Práticos:

- 1.º — Reacções de Meinicke;
- 2.º — Reacções de Kahn;
- 3.º — Reacções de Hinton, de Kline;
- 4.º — Utilização do fotómetro de Vernes. Reacção de Vernes;
- 5.º — Reacção em sangue seco: R. de Demanche (hemólise), de KO DA GUO, etc.;
- 6.º — Sessão de revisão: exame de diferentes soros por várias técnicas de floculação. Discussão dos resultados. Relatório escrito.

C) SÍFILIS NERVOSA

a) Lições:

- 1.º — Líquido céfalo-raquídeo. Exame químico e citobacteriológico;
- 2.º — Reacção do benjoin coloidal e de Takata-Ara.

b) Trabalhos Práticos:

- 1.º — Exame do líquido céfalo-raquídeo. Numeração dos elementos na câmara de Nageotte. Investigação e identificação dos micróbios patogêneos.
- 2.º — Reacção de B. W. aplicada ao L. C. R.;
- 3.º — Reacção de floculação aplicada ao L. C. R.;
- 4.º — Reacção de Takata-Ara. Reacção do benjoin coloidal.

D) OUTRAS DOENÇAS VENEREAS

a) Lições:

- 1.º — A blenorragia. O gonococo. As gonorreacções;
- 2.º — Linfogranulocitose inguinal. Antigéneo de Frei.

b) Trabalhos Práticos:

- 1.º — O gonococo: coloração (Gram-Pappenheim). Cultura em meios albulinosos e açucarados. Identificação;
- 2.º — Gonoreacção. Técnica de Demanche;
- 3.º — Microbiologia da Úlcera mole venérea. Exame e cultura do bacilo Ducrey.

Todas estas condições de aptidão técnica e de instalação laboratorial que são exigidas para a prática da serologia, são um índice evidente da consciente compreensão que o Ministério da Saúde da França tem dos problemas da venereologia.

A fim de aumentar a preparação dos auxiliares de laboratório de serologia, o Instituto Alfredo-Fournier organizou um curso especial, que até agora tem tido apenas um carácter particular, mas há a esperança de o tornar oficial, e, por conseguinte, obrigatório.

Os candidatos a este curso devem possuir já certificados de química biológica, de bacteriologia ou outros equivalentes e o curso é constituído por um estágio preparatório de duas semanas, um período de lições e trabalhos práticos com a duração de quatro semanas e, finalmente, um estágio de aplicação com a duração de duas semanas.

O programa é o seguinte:

I — SÍFILIS

- 1.º — Noções gerais sobre a sífilis e o treponema pallidum.
- 2.º — Considerações gerais sobre a serologia aplicada à sífilis.

a) Reacções de fixação do complemento:

- 1.º — O complexo hemolítico. Titulação do soro hemolítico e do complemento.
- 2.º — A reacção de B. W. clássica.
- 3.º — Os antigêneos sífilíticos nas reacções de hemólise.
- 4.º — Modificações da reacção de B. W.
- 5.º — A reacção de Hecht.
- 6.º — Processos de medida da reacção de B. W.

b) Reacções de flocuação:

- 1.º — História e classificação das reacções de flocuação.
- 2.º — As reacções de Meinicke.
- 3.º — As reacções de Kahn.
- 4.º — A reacção de Vernes.
- 5.º — As novas reacções de flocuação.

c) Líquido céfalo-raquídeo:

- 1.º — Exame químico e citológico do L. C. R.
- 2.º — A reacção de B. W. no L. C. R.
- 3.º — A reacção de benjoin coloidal.
- 4.º — As outras reacções do L. C. R.

II — OUTRAS DOENÇAS VENEREAS

1. — Microbiologia e serologia da blenorragia.
- 2.º — Microbiologia da úlcera mole venérea.
- 3.º — A doença de Nicolas-Favre. O antigénio de Frei.

No fim destes estudos há um exame constituído por duas provas práticas de laboratório, sem notas nem livros e uma prova oral.

Vemos assim, quanta atenção merece esta especialização em França, reconhecido que só com técnicos cuidadosamente preparados se pode realizar obra eficiente e prestigiada.

Tem-se verificado que nos laboratórios polivalentes, isto é, laboratórios dedicados a várias espécies de análises, os erros

que surgem nas reacções serológicas é. de um modo geral, consideravelmente superior àqueles que se observam em laboratórios apenas dedicados à serologia, erros que resultam de perturbações de atenção no pessoal que tem de se dispersar por múltiplas actividades. Reconhecido isto, tem-se defendido o critério de organizar laboratórios unicamente destinados à serologia, por vezes incluídos em laboratórios polivalentes, mas funcionando em instalações exclusivamente dedicadas ao fim em vista e com pessoal também privativo.

Além disto, ainda com a finalidade de aumentar a eficiência pela colaboração íntima entre a clínica e o laboratório (condição imprescindível para melhor se apreciarem os resultados e promover o aperfeiçoamento dos métodos e técnicas), os principais laboratórios de serologia dedicados à luta antivenérea funcionam anexos aos serviços de dermatovenereologia dos hospitais ou dos dispensários mais importantes.

Em todas as cidades existem laboratórios denominados centrais, que se destinam a executar, gratuitamente, todas as análises dos estabelecimentos públicos ou privados dedicados à luta antivenérea e que não possuem laboratórios privativos. Estes laboratórios centrais, que têm necessariamente de possuir instalações privativas de serologia e pessoal técnico particularmente qualificado, de acordo com as condições estabelecidas por lei, são escolhidos entre os laboratórios das Faculdades ou Escolas de Medicina, nos grandes serviços hospitalares, serviços de dermatologia e venereologia, grandes laboratórios departamentais, Instituto Pasteur, certos laboratórios particulares, etc.

Naquelas localidades que não possuem laboratórios que não mereçam esta classificação, e que estejam distantes dos laboratórios centrais, é escolhido um determinado laboratório que embora não possua um serviço especializado em serologia, todavia, esteja em condições de executar de modo conveniente os exames serológicos.

Um dos melhores laboratórios de serologia da França é, sem dúvida, o do Instituto Alfred-Fournier, em Paris, que possui magníficas instalações e onde todo o trabalho é rigorosamente executado.

Pode-se avaliar a intensidade de trabalho deste laboratório pelos números dos últimos 5 anos:

1947	.....	98.563	soros	examinados
1948	.....	131.271	»	»
1949	.....	113.842	»	»
1950	.....	107.056	»	»
1951	.....	93.699	»	»

Porém, como, de um modo geral, este laboratório faz para cada soro 3 a 4 reacções (Wassermann-Demanche, Wassermann-Kolmer, Kline-Standard cardiolipina e Kahn Standard) o número de análises sobe a um valor que merece admiração:

1947	.....	601.710	reacções
1948	.....	444.000	»
1949	.....	401.021	»
1950	.....	601.222	»
1951	.....	374.776	»

É digno de registo o modo como neste laboratório se faz o contróle dos resultados. Todos os sangues que fornecerem reacções positivas ou duvidosas, são submetidos ao outro dia a novas análises.

IX — INSPECÇÃO DOS MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DAS DOENÇAS VENÉREAS

Como a organização da luta antivenérea tem como finalidade descobrir e tratar os doentes com doença venérea, é óbvio deduzir-se que, para tal se conseguir, é necessário haver medicamentos de reputada confiança e de acção eficiente.

Para evitar toda a especulação com a venda de produtos destituídos de valor terapêutico, foram estabelecidas umas condições pelo artigo 20.º do decreto-lei de 29 de Novembro de 1939, que são as seguintes:

«Os medicamentos específicos vendidos ao público ou utilizados pelos serviços públicos para o tratamento das doenças venéreas, não poderão ser vendidos ao público ou utilizados pelos serviços públicos se não são idênticos aos que forem aprovados pelo Ministério da Saúde Pública, depois de serem apresentados à Aca-

demia de Medicina e conhecido o parecer dos serviços competentes de inspecção de medicamentos.

Toda a infracção a esta disposição é punida com as penas previstas pela lei de 1 de Agosto de 1905, contra aqueles que expõem, põem em venda ou vendem substâncias medicamentosas falsificadas».

Posteriormente, pelo decreto de 19 de Março de 1940, foi concretizada a execução da lei anterior:

«Os medicamentos específicos a que se refere o artigo 20.º do decreto de 29 de Novembro de 1939, são aqueles que são inscritos numa lista preparada pela Academia de Medicina e sancionada pelo Ministro da Saúde Pública.

Esta lista é revista periódicamente nas mesmas condições. O Ministro da Saúde Pública tomará as medidas necessárias para assegurar a comunicação às organizações profissionais de médicos e de farmacêuticos.

Todo o fabricante de um dos medicamentos específicos a inscrever na lista prevista no artigo precedente, deve, para estar conforme ao disposto no parágrafo 1.º do artigo 20.º do decreto de 29 de Novembro de 1939, formular um pedido de aprovação.

Ele apresenta este pedido no Laboratório Nacional de Inspeção dos medicamentos em Paris, acompanhado de um relatório descritivo do produto e de uma ou mais amostras.

A direcção deste laboratório transmite este pedido assim como o relatório e as amostras que o acompanham ao secretário da Academia de Medicina, e junta o seu parecer.

A Academia de Medicina, depois de submeter as amostras a exame no Laboratório de Inspeção dos Medicamentos Específicos, enviará o medicamento ao Ministro da Saúde Pública com vista à sua aprovação, ou emite o parecer que o medicamento não tem utilidade. A decisão ministerial com a aprovação do medicamento ou a rejeição do seu pedido será notificada ao interessado.»

Este laboratório de inspecção de medicamentos utilizados na luta antivenérea, funciona no Instituto Alfred-Fournier, em Paris.

X — O SERVIÇO SOCIAL NA LUTA ANTIVENÉREA

A acção do Serviço Social no combate às doenças venéreas, é de tal modo importante e imprescindível que, podemos dizer, todo o êxito e eficácia duma organização de luta antivenérea está dependente da maneira como funciona o seu serviço social. A função deste serviço, resume-se a dois aspectos fundamentais:

- 1.º — vigiar os doentes, verificando se eles cumprem as prescrições e, no caso contrário, conseguir que eles regressem aos tratamentos até à cura da doença.
- 2.º — descobrir a pessoa que teria contagiado o doente, assim como aqueles que, porventura, já teriam sido por ele contagiados e conduzir estes presumíveis doentes a um serviço de consulta da luta antivenérea.

O desempenho deste serviço exige, naturalmente, que os seus elementos possuam conhecimentos especiais e um requintado tacto.

A importância que em França é dada ao Serviço Social poderá ser avaliada pelo facto de haver 105 escolas onde se preparam assistentes sociais. O curso social tem a duração de 3 anos e é organizado do modo seguinte:

O primeiro ano tem programa comum com o primeiro ano de enfermagem geral e é dividido em duas partes:

- 1.º — PERÍODO PROVATÓRIO — Com a duração mínima de um mês, durante o qual a candidata deve ser julgada na sua resistência física e apreciadas as suas faculdades morais e intelectuais, com um programa intenso que, resumidamente, é o seguinte:

A — *Elementos de moral profissional; método de trabalho:*

- a) Qualidades morais, intelectuais e físicas exigidas da candidata a enfermeira ou a assistente social (disciplina, obediência, respeito, benevolência e tacto);
- b) Princípios elementares de higiene mental;
- c) Papel da enfermeira e da assistente social;
- d) O método e a experiência.

B — *Noções de anatomia e de fisiologia:*

C — *Demonstrações práticas*

- a) Manejo dos doentes;
- b) Assepsia e antisepsia.

D — *Princípios elementares:*

- a) Higiene do doente;
- b) Observação do doente;
- c) Alimentação do doente;
- d) Aplicações terapêuticas usuais;
- e) Noções simples sobre os pensos.

No fim do primeiro mês, a aluna fará um exame, que poderá chamar-se de aptidão, cuja aprovação é necessária para a admissão definitiva.

2.º — PERÍODO ESCOLAR — Este período, com a duração de um ano escolar, tem o seguinte programa, referido apenas nos seus capítulos:

A — *Introdução geral:* (4 lições)

- a) As diversas transformações dos indivíduos no decurso da vida
- b) As grandes influências favoráveis ou desfavoráveis (hereditariedade, educação, meio familiar, meio profissional e meio social)
- c) O doente (doenças hereditárias, congénitas e adquiridas); os cuidados no meio familiar, nos dispensários, nos serviços hospitalares e nos estabelecimentos especiais; as doenças crónicas e a determinação e realização das suas possibilidades sociais.
- d) As repercussões da doença na vida familiar

B — *Conhecimentos médicos e cirúrgicos indispensáveis:*

(50 lições)

- a) Os cuidados aos grandes doentes (estudo dos sintomas essenciais a observar, complicações possíveis, cuidados e regimens especiais)
- b) Pequena cirurgia e cirurgia de urgência (a inspecção em cirurgia, os tratamentos, as fracturas, as hemorragias, principais sintomas abdominais de urgência)
- c) A mulher grávida normal e doente — o parto e o seu aspecto sanitário e familiar; o recém-nascido
- d) Cuidados às crianças (na infância, idade escolar e puberdade)
- e) Doenças contagiosas, parasitárias (estudo das doenças e da sua profilaxia)

C — *Os grandes flagelos sociais:* mortalidade infantil, tuberculose, doenças venéreas, alcoolismo e doenças mentais. Para cada flagelo, estudo das causas, das manifestações e dos meios de luta. Instituições públicas e privadas; as principais medidas legislativas.

D — *Generalidade sobre o cancro:*E — *Generalidade sobre medicamentos e análises:*

- a) Classificação e estudo sumário das principais formas medicamentosas e do seu modo de administração
- b) Acção terapêutica dum medicamento e sua acção tóxica e venenosa;
- c) Vias de absorção dos medicamentos;
- d) Regulamentos hospitalares para o aviamento de medicamentos;
- e) Laboratórios de análises (importância dos exames químicos, biológicos e bacteriológicos no tratamento dos doentes; colheita e condução das amostras destinadas às análises; noções sobre esfregaços e sementeiras para culturas.

F — *Higiene geral:* ar, sol e água, habitação e alimentação no campo; higiene urbana; higiene rural; protecção da saúde pública; profilaxia geral das doenças transmissíveis.

G — *Assistência social e administração hospitalar:* Noções gerais de assistência; evolução da assistência para o serviço social; estabelecimento da assistência; diversas organizações de assistência.

No fim do primeiro ano, haverá um exame que dará direito à admissão aos dois anos de especialização do Serviço Social, cujo programa, também resumido é o seguinte:

A — *A vida social:* (44 lições)

- a) Elementos de sociologia e de demografia.
- b) Noções de direito público, civil e penal.
- c) Elementos de legislação financeira.

B — *A vida de família* (70 lições)

- a) Estudo da família (história, condições de vida económica, intelectual, moral e religião da família, operária, rural e burguesa; o papel da família; os obstáculos à vida familiar; o problema da infância infeliz e da criança sem família;
- b) Problemas de ordem moral e educativa (psicologia e pedagogia da criança, do adolescente e do adulto);
- c) Problemas de ordem económica (habitação económica doméstica, alimentação racionada, técnica culinária, orçamentos familiares, previdência e crédito).

C — *O Trabalho:* (51 lições)

- a) Noções sumárias da organização da vida económica;
- b) A organização da vida profissional;
- c) Orientação e formação profissional;
- d) Legislação e regulamentação do trabalho;
- e) Higiene e segurança industriais.

D — *Problemas médico-sociais:* (50 lições)

- a) Protecção da criança
- b) Flagelos sociais (influência de factores sociais e profilaxia: tuberculose, doenças venéreas, alcoolismo, toxicomania, cancro e reumatismo.
- c) Higiene mental

E — *Assistência auxiliar e solidariedade social:* (40 lições)

Princípios gerais. Textos legislativos e medidas regulamentares. As grandes leis da solidariedade nacional. O regimen jurídico da assistência pública e privada. Protecção da saúde pública. Legislação sanitária.

F — *O Serviço Social e o seu funcionamento:* (44 lições)

História da assistência e do Serviço Social; fim e métodos. Organização geral.

G — *Formação moral e prática da Assistência Social:* (26 lições)

Moral profissional e método de trabalho.

Durante este curso são organizadas visitas a centros, instituições e organismos diversos, de modo a permitir uma melhor compreensão das matérias ensinadas.

Finalmente, há um estágio de 15 meses em serviços médico-sociais, serviços sociais familiares e serviços especializados na luta antituberculosa, antivenérea, etc.

Aqueles assistentes sociais que se dedicaram à luta antivenérea, devem frequentar ainda um curso de especialização, um dos quais funciona no Instituto Alfred-Fournier, em Paris.

Passada assim em revista a preparação das assistentes sociais, compreender-se-á melhor quais as suas possibilidades para cumprir a sua missão na luta antivenérea.

A assistente social especializada na luta antivenérea, é como já dissemos (e bem o compreenderam as autoridades legisladoras francesas), o verdadeiro fulcro desta obra.

Alguém que possui responsabilidades na organização da luta antivenérea em França, disse-me que um grande número das deficiências que actualmente se podem ainda encontrar em França no aspecto da luta antivenérea, se podem atribuir ao limitado número de assistentes sociais que trabalham neste sector.

A actividade do Serviço social pode resumir-se em 4 funções:

- 1.ª — Educação do doente;
- 2.ª — Vigiar a continuidade e regularidade dos tratamentos;
- 3.ª — Investigação de contactantes;
- 4.ª — Auxílio social.

(Conclui no próximo número)

Um produto original "Delta"

HIDROBIÓTICO-H

Sulfato de Dihidroestreptomicina + Hidrazida do ácido Isonicotínico
em associação sinérgica

COMPOSIÇÕES:

NORMAL

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico	0,10 Gr.
Água bidestilada aprotogénica	3 c. c.

FORTE

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico	0,20 Gr.
Água bidestilada aprotogénica	3 c. c.

APRESENTAÇÃO:

NORMAL

1 Dose	Esc.	15\$00
3 Doses	Esc.	43\$00
5 Doses	Esc.	70\$00
10 Doses	Esc.	138\$00

FORTE

1 Dose	Esc.	15\$50
3 Doses	Esc.	44\$50
5 Doses	Esc.	71\$50
10 Doses	Esc.	139\$00



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMA-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. Fernando de Magalhães, 32-1.º — Telef. 4556

SUPLEMENTO

HOMENAGEM AO PROF. REINALDO DOS SANTOS EM MADRID

O Dr. Reinaldo dos Santos é muito estimado em Espanha como médico e como artista. As suas publicações científicas de Urologia sempre foram acolhidas pelos especialistas com grande interesse e o seu labor transcendeu até aos estudantes desde que publicou o seu Manual de Urologia, na versão espanhola prefaciado pelo Dr. Marañon, que ao reproduzir este prefácio noutra conjunto de ensaios o intitula assim: «Um sábio escreve um epítome».

Como crítico de arte Reinaldo dos Santos é admiradíssimo, como o provam as últimas conferências dadas no Conselho Superior de Investigações Científicas. Já em 1905 publicou um trabalho sobre os Tapetes de Pastrana, chamados assim por pertencerem à Igreja-colegiada de Pastrana, povo da província de Guadalajara; estes tapetes se o entusiasmaram como artista, produziram-lhe a maior emoção como patriota, já que neles está representada a conquista de Arzila por Afonso V de Portugal, em 1471.

Seis foram estes tapetes, segundo a documentação existente, conservando-se actualmente quatro que medem dez metros de comprimento por quatro de largura. Pertencem à melhor época de tapetes flamengos tecidos em Tournas por Francisco Grenier, com cartões desenhados por Nuno Gonçalves. Para Nuñez Moreno não há dúvida que pertencem aos fins do séc. XV. Reinaldo dos Santos atribui-os ao começo do séc. XVI. Representam o desembarque em Arzila, o assalto à fortaleza moura marchando à frente o Rei Afonso V, com a espada desembainhada. O sítio e o acampamento português, a passagem triunfal do exército lusitano e o reembarque com os prisioneiros e os cinco mil cativos libertados e, por último, a troca dos prisioneiros pelos restos de Fernando o Santo.

Há meio século vem Reinaldo dos Santos estudando os tapetes de Pastrana e nestes dias teve o seu mais glorioso triunfo já que o Governo português, considerando de interesse histórico e artístico estes tapetes, encomendou uma reprodução fidedigna dos mesmos à Real Fábrica de Tapetes de Espanha, que com todo o esmero realizou trabalho de tal qualidade que só um técnico quali-

ficado poderia afirmar quais são os originais.

A Real Fábrica de Tapetes de Espanha é a mais gloriosa instituição de artesanaria. Foi fundada por Filipe V em 1712, que trouxe da Flandres a Jacob Van der Gotten Stuyck, de quem descende em sexta geração D. Gabino Stuyck, actual director.

Nesta Real Fábrica de Tapetes, que é um autêntico museu, teve lugar a solene entrega destes, que decorarão o Palácio da Ajuda, em Lisboa, ao Dr. Reinaldo dos Santos como Delegado do Governo português para a sua recepção. Presidiu ao acto o Sr. Ministro da Educação Nacional, Dr. Ruiz Gimenez e o Sr. Embaixador de Portugal, Dr. Carneiro Pacheco, que tanto se empenhou nesta feliz realização; assistiram também o Subsecretário e Directores Gerais do Departamento e ilustres personalidades das Artes e das Letras, assim como o Duque de Pastrana — actual Alcaide de Madrid — e a senhora Duquesa, como representantes dos herdeiros dos generosos doadores destes tapetes à Colegiada de Pastrana, em 1667, que por sua vez os tinham herdado dos Duques do Infantado, a cuja família pertencia o Cardeal Mendoza, confessor da rainha Isabel a Católica, que recebeu estes tapetes com presente do próprio Rei Afonso

so V de Portugal por suas nobres diligências e comportamento nas pazes de portugueses e espanhóis depois da batalha de Toro (Zamora, 1479).

O Sr. Embaixador de Portugal, Dr. Carneiro Pacheco, obsequiou com um jantar de gala o Dr. Reinaldo dos Santos e ao qual assistiram, em lugar de honra, o Subsecretário da Educação Nacional, Dr. Royo Villanova, Sr. Garcia Llera, Director do Museu do Prado, Sr. Sotomayor, Director do Museu Romântico, Sr. Rodriguez de Vivas, Sr. Subsecretário de Finanças de Portugal, D. Galino Stuyck, Director da Real Fábrica de Tapetes, Drs. Oliver Pascual e Castillo de Lucas, e altos funcionários da Embaixada. Em cordeais brindes do Sr. Embaixador e do Subsecretário de Educação Nacional, fizeram-se votos fervorosos e entusiastas pela continuação desta fraternal amizade entre Portugal e Espanha, tão estreitamente vinculada na história.

O Dr. Reinaldo dos Santos recebeu muitas felicitações pela magnífica tarefa artística e patriótica que tão feliz termo teve com a entrega para Portugal das perfeitas cópias dos Tapetes de Pastrana.

Madrid, Março de 1953.

C. de L.



Para a Exposição de Tapetes de Pastrana, na Real Fábrica, teceu-se este pequeno fragmento, com a legenda em espanhol e com fim de divulgação histórica, sendo exemplar privado.

Ecoss e Comentários

VALOR TERAPÊUTICO DE PLANTAS

A este propósito o jornal «A Província de Angola» chama a atenção dos poderes públicos para a necessidade de se realizarem investigações científicas sobre o valor terapêutico de algumas plantas, da flora daquele território ultramarino. O jornal revela «que em Luanda existe uma planta conhecida pelo nome de «Quebra Pedra» por ter a virtude de desfazer rapidamente «pedras» ou «cálculos» que criados na bexiga ou nos rins, atormentam a vida de muitas pessoas. Diz-se que há curas milagrosas e tão concludentes que os médicos receitam esta erva aos seus doentes. No Enclave de Cabinda existe outra planta mercê da qual os pretos tratam com êxito as dores de dentes, não se sabendo quantas plantas haverá nesta província de alto interesse para a Medicina por falta de um estudo profundo que devia fazer-se urgentemente».

Não nos parece exagerado apontar este caminho como um dos mais importantes para a nossa investigação científica e, quiçá, da nossa economia.

É necessário através da Universidade e da organização corporativa, auxiliadas pelo Estado, apetrechar um instituto que pelo estudo encontre o muito que certamente aí há de materiais terapêuticos.

Por nós sabemos que, no nosso Estado da Índia, há uma planta que cura a zona de modo que diríamos instantâneo em relação aos meios de que dispomos no ocidente. No tocante a valor económico e com o devido respeito diremos que a investigação científica pode caber num plano de fomento e, para terminar, que este poderá ainda ser retocado.

W. P.

A GRIPE

«Caem, uns atrás de outros, os nossos familiares, amigos e conhecidos, ceifados pelo enigmático vírus da gripe. Galopando sobre o dorso das nuvens frias, traçoeramente, cruza o mundo a epidemia e despenha-se sobre os sofrendores seres humanos, administrando-lhes um acréscimo de cama, temperatura e aspirina. Os dados são eloquentes: cento e cinquenta milhões de atacados há em todo o mundo. Do Alasca à Terra do Fogo, do Mar do Norte à Sicília e dos Urais às ilhas Kuribes, os micróbios, com o pretexto de meter-se entre cobertores, calefação e lugares vários de repouso, assaltam vitoriosamente as indefesas e geladas gargantas.

Dirige as operações o Dr. Andrews e, naturalmente, já tomaram disposições sobre o assunto as Nações Unidas. A bandeira da Organização internacional ondeia no alto do Centro de Estudos contra a gripe, vão e veem informes, os Comitês reúnem-se e até pode ser que rapidamente se fixem cotas aos participantes no benefício. O veto pouco se exerce. E o «desideratum» consiste

em infectar suficiente número de galinhas como modo para combater com sucesso as guerrilhas adversárias. Parece, desde logo, que unicamente pode fabricar-se a vacina partindo dos ovos de galinhas inoculadas. Não há nenhuma outra coisa a fazer. O sorridente mago da moderna medicina, o doutor Fleming, disse há uns dias a um jornalista que o interrogava sobre as afecções gripais: «Sem penicilina duram uns dez dias; com penicilina, uns doze».

(Nota erudita: Até ao ano de 18, os grandes médicos postromânticos, os médicos de grande barba, voz profunda e

«rey que rabió» atribuíram a doença ao bacilo de Pfeiffer. Com o fim da primeira guerra caminhou a teoria do vírus que penetra pelo nariz e pela boca. O de sempre: muitos coelhos da Índia enfileirados nos laboratórios. Por fim, um grande dia, quando se conseguiu inocular o vírus às galinhas, porque isso significava dispor de culturas abundantes. Assim se localizam os vírus tipos A, B e C. Mas ainda falta encontrar o culpado original).

O melhor é que o vírus não penetre. Tal indiscutível trapalhada explica-se pelo difícil que é combatê-lo depois. Em quarenta e oito horas abre caminho a golpes de espada, faz oscilar as defesas inimigas e atinge os glóbulos vermelhos, derrubando o mais sólido recipiente, que tem agora pelo menos seis horas de cama. Assim é, quando não acontece como nessa base à cerca do Alasca, onde, depois de aterragem de um piloto gripado, cairam fulminados, em poucas horas, duzentos habitantes do frio povoado. Morreram vinte e sete, e os demais salvaram-se graças à diligência sanitária da Administração de Washington. Mas o caso é excepcional.

Entre nós, a coisa é mais modesta. Trata-se de uma simples perturbação suplementar que nos proporciona a vida. Por isso é tão eloquente o enorme repertório de sinónimos com que o nosso povo, nesta época, classifica a violenta e carrancuda ofensiva». (Do A B C, de Madrid).

DOENÇAS DO FÍGADO E DAS VIAS BILIARES



COLEREPA

COLARÉTICO
E
COLAGOGO

À BASE DE

Ácido deidrocolico e hexametilenatetramina

Boião 33\$00



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

Instituto Português de Oncologia

No Instituto Português de Oncologia realizou-se no dia 5 de Fevereiro mais uma das reuniões científicas do corpo clínico daquele Instituto, tendo o Prof. Dr. Júlio Palácios feito uma interessante conferência, na qual versou o tema «Diagnóstico com isótopos radioactivos. (Modo de averiguar a energia libertada na tiroideia e no plasma sanguíneo pelo I_{131})».

O conferencista começou por apresentar os fundamentos técnicos que presidem, em cada momento, determinar a energia libertada pelo iodo radioactivo administrado ao nível da glândula tiroideia, na urina, no plasma e no intestino. Este processo—disse—, estudado e desenvolvido no laboratório do Instituto Português de Oncologia, é da maior utilidade para o manejo cuidadoso e rigoroso dos isótopos radioactivos, tanto no diagnóstico como no tratamento das doenças das glândulas tiroideias: o hipertiroidismo e o cancro.

A terminar, o Prof. Palácios fez uma demonstração da execução do método, findo o que o Dr. Vitor Franco exemplificou, com casos clínicos, a aplicação do método previamente apresentado e que se encontra em execução no Instituto.

PEDRAS SOLTAS

ELEIÇÕES NA ORDEM

I

De três em três anos, dentro dos ditames da lei, escolhem os médicos os dirigentes da sua Corporação. E, ao fazê-lo, dentro da armadura dum Estatuto de que já oficialmente se escreveu e mandou imprimir, não ser na matéria modelo de sistematização, nem de coerência, cada um dos eleitores sabe que contribue, conforme a escolha que fizer, para o prestígio ou para o menosprezo da classe profissional em que se integra.

E, todavia, nas últimas eleições, como em tantas outras dentro da Ordem, não cumpriram o dever eleitoral mais do que 20 a 30 % dos médicos. Tanto em Lisboa, como em Coimbra, como no Porto.

II

Carência de formação profissional ou de educação cívica, desinteresse perante os elencos apresentados ao sufrágio, discordância dos nomes dos candidatos, desânimo perante a inutilidade do esforço continuado de tantos, que em cerca de três lustros se têm batido em defesa dos direitos da profissão, na

base do alheamento eleitoral do imenso maior número?

III

Como, aliás, em todos os sectores e em toda a parte, os elencos presentes ao sufrágio perante as Assembleias da Ordem resultam da decisão de uma minoria, unida em regra quanto a determinados princípios e, mais ainda, quanto a definidas finalidades a alcançar.

E, quer seja de bom tom ornamentar a lista por figuras de destaque técnico, científico ou simplesmente hierárquico, quer se afigure preferível entre-meá-la de elementos julgados capazes de trabalhar, embora carecidos das cabeleiras encanecidas ou das calvas dos pensadores, e destituídos da projecção social que advem do exercício das chefias hierárquicas, o resultado é o mesmo perante a massa eleitoral.

Não queremos, todavia, negar a possibilidade de um redobrado interesse pelos actos eleitorais. E a proposta surgida algures, de que, perante as Assembleias Regionais, cada candidato à presidência dos respectivos Conselhos expusesse o seu programa para o seguinte triénio, talvez fôsse de molde a prender

as atenções, a interessar pelos problemas, mas especialmente a acorrentar pelo ineditismo e pela esperança de escândalo, a grande massa, alheia por indole e por tédio.

Volvidas em animado *meeting* em que cada candidato procuraria, no apoio da maioria presente, alcançar a *investidura* que lhe facultasse encabeçar uma lista e apresentar-se às urnas com probabilidades de êxito, é possível que as Assembleias adquirissem o interesse que, para tantos, lhes vai faltando...

Simplemente a proposta, líricamente ingénuo, alheia-se das realidades, ao pressupor candidatos em debate para obter uma investidura que afinal ninguém deseja.

Quem poderá, na realidade, ambicionar para si o encargo e a responsabilidade de chefiar um Conselho Regional que, quando muito, poderá ser o órgão executivo de determinações do Conselho Geral, mais ou menos bem aceites, mais ou menos populares, e o tribunal por onde passam todas as pequeninas querelas, todos os grandes queixumes que enodoam uma classe?

Quem poderá mesmo desejar fazer parte de Conselhos, tão magníficos na sua exteriorização formal, tão apagados

METIOCOLL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSSES VASCULARES

LABORATÓRIO



SAÚDE, L.ª

RUA DE SANTO ANTÓNIO Á ESTRÉLA, 44-LISBOA

funcionalmente que nem a Assistência aos desvalidos da Classe podem levar a cabo, desde que uma Previdência inútil arrebatou para a respectiva Caixa os haveres, sem os traduzir em benefícios?

Há cargos que se aceitam, que se impõem, que se desempenham com gallardia, com sacrifício, com devoção, mas que não se ambicionam.

Assim são os da Ordem.

Porque, se os Conselhos Regionais vêem a sua função tristemente circunscrita à acção disciplinar e à parte cultural, o Conselho Geral, ilaqueado por todas as insuficiências estatutárias elegais, move-se, no plano regulamentar, em condições de não dar satisfação aos desejos dos que nele tomam lugar, em circunstâncias de desalentar os mais esforçados e os mais batalhadores.

IV

Razões de sobra para que os elencos que têm de gerir os destinos do Corpo Médico incluam em si, seja qual for a minoria que os organize, seja qual for a minoria que eleja, elementos repre-

sentativos dos verdadeiros interesses da Classe, sem atender à função que desempenham, nem às hierarquias que chefiam, nem às corporações que servem, nem às camarilhas a que estão ligados, senão na medida em que umas e outras representam expressão viva dos interesses legítimos de todo o Corpo Médico.

Porque todos sabemos que nem sempre são coincidentes a projecção social, o prestígio clínico, a posição de chefia, com as outras qualidades que se exigem àqueles que, esforçadamente, em silêncio tantas vezes, amarguradamente, contra os seus interesses legítimos por vezes, defendem o que julgam ser a razão, o direito, a justiça de toda uma Classe, de cada um dos seus sectores, de cada um dos seus elementos.

Porque todos sabemos como há tendência para ignorar os murmúrios dos que chegam, a reclamar com legitimidade *um lugar ao Sol*, sem ter de mendigar aos mais velhos a carta de alforria, como há tendência para postergar os interesses dos que, ausentes dos grandes centros, só nestes têm voz para en-

tregar os doentes aos sábios de nomeada...

Razões de sobra para dar ingresso, nos órgãos directivos, aos colegas das gerações que sobem para a vida, aos sacrificados do labutar da clínica rural, por certo mais sofredores, na própria carne, das insuficiências e dos tropeços que lhes tolhem o passo, do que aqueles que, mercê do êxito, vêem os problemas sob outro angulo de visão.

Razões de sobra para renovar os quadros, de forma que o maior número se aperceba das dificuldades que os outros já sentiram, de molde que o maior número sinta as razões de fracasso de tantos bem intencionados que os antecederam e compreenda as limitações que restringem e anulam os melhores esforços.

Razões de sobra para renovar os quadros, sem esquecer que a permanência de alguns melhor pode assegurar a continuidade de pensamento e de acção dos corpos directivos, mas sem olvidar também que, no fundo, o que importa é a perenidade da doutrina, a estabilidade e nunca a estagnação.

V

Duas eleições, de entre todas, revestem na Ordem particular significado. De uma mais justamente se dirá *escolha* — a dos presidentes dos Conselhos Regionais, designados de entre os seus pares das listas desses Conselhos, que mais não é do que a confirmação solene da chefia antecipadamente atribuída a quem encabeça a lista pelos que acederam a nela colaborar.

Da outra, a eleição do Bastonário, levada a efeito no escalão superior da Assembleia Geral, basta pensar no que representa, dentro da orgânica da Classe, para a distinguir como ela distingue, quase diríamos como ela unge, aquele sobre quem recai.

Elevado ao mais alto cargo do enquadramento da profissão, o Bastonário será sempre o seu símbolo e, seja quem for, provenha de onde provier, não poderá nunca senão servir. Servir o Corpo Médico, na sua tradição, nos seus direitos, nos seus anseios, nas suas opiniões, árbitro imparcial dos interesses contraditórios ou das personalidades desavindas, paladino da ética da Classe, garantia da sua liberdade e do seu prestígio.

Eleito pelos Delegados que constituem a Assembleia Geral, tão paradoxal seria verificar-se uma surpresa na escolha do Presidente de um Conselho Regional por parte do Conselho, a que já se sabe ir presidir, como estar de ante-mão designado um Bastonário antes de ouvido o parecer dos membros da Assembleia a quem unicamente cumpre elegê-lo.

A menos que esta continue a ser, com todo o peso, idade e ponderação daqueles que nela têm tomado assento, tão estagnante e muda como temos tido ocasião de a ver.

Schering

ANTERON

*a gonadotropina altamente
doseada e extraída
do soro de égua*

para administração na

Esterilidade,
Hipogenitalismo,
Impotência de fecundação
no homem,
Amenorreia primária
e secundária prolongada
na mulher.

Caixa com 2 ampolas de 1.000 U. I. cada uma e 2 ampolas de líquido de solução
Caixa com 2 ampolas de 5.000 U. I. cada uma e 2 ampolas de líquido de solução

SCHERING A.G. BERLIM

REPRESENTANTE: QUIMIFAR, LDA.
R. DA MADALENA, 66 S/L LISBOA

A POSSE DO DIRECTOR CLÍNICO DO HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO, PROF. FERNANDO MAGANO

Com o salão nobre do Hospital completamente cheio realizou-se às 12 h. do dia 14 do corrente mês a posse do Prof. Fernando Magano no cargo de director clínico. Organizada a Mesa, sob a presidência do Provedor, Prof. Luís de Pina, ladeado pelos Prof. F. Magano, Dr. Miranda Mendes, Presidente da Direcção Administrativa do Hospital Geral de Santo António, à direita de Dr. Frazão Nazareth, director cessante à esquerda, seguidos do Me-

Este hospital é, portanto, dos Pobres e para os Pobres; será um triste património, mas grande património que Deus acrescenta com os frutos nunca secos da esplêndida Caridade da gente portuguesa e a justa cooperação de todo o país, por intermédio dos seus governos.

Dizia, há duzentos anos, o maior dos médicos da Holanda de todos os tempos e um dos mais excelentes em todo o mundo, Hermann Boerhaave, que «os melhores doentes são os Pobres, por-

Faculdade de Medicina, a assumir a direcção clínica desta Casa, recolhimento de dores e infortúnios, por isso de amor ao próximo de par com ser oficina de ciência, de arte e de estudo médico.

Generosa e cristãmente aceitou V. Ex.^a o nosso convite: por tal razão aqui estamos todos a dizer-lhe, em nome dos nossos Pobres, donos desta casa que governamos, um sinceríssimo muito obrigado.

Fica V. Ex.^a, de hoje em diante, ao leme desta grande barca que nem sempre voga em mar de rosas.

Mas o espírito integralmente Cristiano de V. Ex.^a, a sua reconhecida devoção às grandes empresas espirituais, o seu firme e comprovadíssimo saber médico, a sua generosa alma e o seu sempre aberto coração hão-de dar aos milhares de doentes que aqui se albergam todo o ano, uma confiança maior ainda no poder, na largueza, na eficiência da Caridade cristã, servida pela Ciência médica de que V. Ex.^a amplamente se reveste.

A Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, por isso quis que fosse bem público este acto, embora V. Ex.^a lutasse contra esse desejo.

Mas aqui estamos, Senhor Director Clínico do Hospital de Santo António, a empossá-lo solenemente no cargo.

Fazêmo-lo em lícito nome dos Pobres: — eles lho agradecerão reconhecidos um dia e sempre.

No programa do trabalho da Mesa desta Irmandade consta, em primeiro plano, a remodelação urgente e necessária de todos os seus serviços, das normas administrativas dos quadros do Pessoal. A racionalização da sua complexa estrutura técnico-administrativa, que esperamos levar a cabo e ponderadamente se estuda, obrigará a solicitar-se de V. Ex.^a especial cuidado, de modo a que os serviços hospitalares da Santa Casa sintam o influxo de modernização activa e de activa laboração, para rumar-se esta grande obra ao destino que merece e exige.

Eis uma das especiais tarefas de V. Ex.^a e de todos os que no campo médico e auxiliar servem os Pobres desta Santa Casa. A Irmandade religiosa que



O Prof. Fernando Magano proferindo o seu discurso

sários José Moreira Rodrigues, Eng.^o Veiga de Faria, Alegro de Magalhães, Dr. Pio de Vasconcelos, Dr. Machado Fontes, Dr. Sousa Magalhães, Castanheira Martins, Peixoto Braga e Eng.^o Guedes Cardoso, iniciou-se o acto. Leu o auto de posse o Secretário da Santa Casa, Sr. Horácio de Carvalho. Depois dele assinado pelos Provedor, Prof. Fernando Magano e pelas testemunhas Prof. Amândio Tavares, reitor da Universidade, e Prof. Carlos Lima, falou o Provedor.

Leu o seguinte discurso:

Na História da Assistência Pública em Portugal e na particular na cidade do Porto é marco luminoso duma grande época o monumento em que o sacerdote-fidalgo D. Lopo de Almeida — e tão fidalgo de alma foi! — legou todos os seus bens e fazenda aos Pobres, dando o encargo a esta Irmandade de N. S.^a da Misericórdia de para eles estabelecer um Hospital, que ficaria ao seu inteiro serviço.

Passava-se isto há quase quatro séculos.

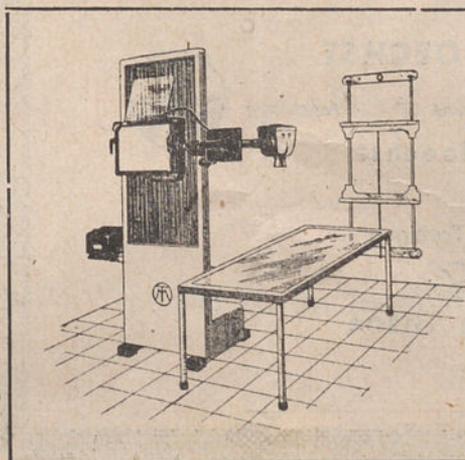
Os Pobres, que todos aqui servimos em obra fraterna de caridade cristã, sem qualquer interesse ou provento, tiveram o seu Hospital, têm o seu Hospital.

Não padece dúvida que o sentido claramente expresso no testamento de D. Lopo de Almeida foi o de nomear seus únicos herdeiros os desamparados.

que Deus se encarrega de pagar com eles ou por eles».

Para quem os serve, como os desta Santa Irmandade da Misericórdia, em sucessivas gerações durante 450 anos, o conceito do médico neerlandês tem aqui adaptadíssima expressão: é que ao serviço dos Pobres doentes, quando são doentes pobres é que todos nós recebemos de Deus, seu Feitor e seu Tesoureiro-Mór, um pouco da sua graça consoladora e animadora.

Em momento feliz no seu planeamento de trabalhos e governo, a Confraria da Misericórdia deliberou convidar V. Ex.^a, Ilustríssimo Senhor Vice-Reitor da Universidade do Porto e devotado Professor Catedrático da sua



10 NOVOS MODELOS

Aparelhos de Raios X para a radiografia e radiosopia de 10-20-50 e 100 miliampères. Preços e condições excepcionalmente vantajosos.

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.

A maior organização de Raios X em Portugal

Rua dos Sapateiros, 39-2.º — LISBOA — Tel. 25701 — (fundada em 1920)
No PORTO: BACELAR & IRMÃO, LDA. — Em COIMBRA: FARIAS, LDA.

a governa espera confiadamente que a sua Irmandade clinica faça deste Hospital Geral de Santo António um magnifico Hospital, que ainda pode ser.

Em V. Ex.^a, Professor Dr. Fernando Magano, a Santa Casa da Misericórdia tem a honra de cumprimentar muito cordialmente a Faculdade de Medicina, que nas nossas enfermarias há 128 anos oficialmente ensina e treina os seus alunos. Reata-se a produtiva e indispensável tradição das intimas relações entre ambas as Casas, como nos brilhantes tempos em que um professor Dias de Almeida ocupou o cargo em que V. Ex.^a é hoje investido, de colaboração frutuosa com ilustres e devotados clínicos deste Hospital, que encheram excelentemente algumas folhas da História da Medicina portuense, tais um Tito Fontes e um Júlio Franchini.

Todos sabem a que altura subira en-

tão a Assistência clinica do Hospital Geral de Santo António.

A História está sempre a repetir-se: oxalá assistamos, na nossa idade, a uma repetição brilhante dessa inesquecível História.

Sr. Dr. Frazão Nazareth:

Satisfazendo e exprimindo o desejo da Mesa a que com muita honra presido, apresento a V. Ex.^a as nossas saudações e os nossos agradecimentos. Foi V. Ex.^a, durante alguns anos, director Clínico deste Hospital, cargo que nos apraz declarar ter exercido com especial devoção, com zeloso aprumo e com frutuosa inteligência.

A obra que deixou e todos conhecem justifica plenamente estas francas palavras da Mesa, com o espírito de justiça que sempre lhe há-de nortear os actos da sua gerência.

Esperou ela este momento público para lho dizer.

Razões apenas respeitantes a novas e meras circunstâncias de condicionamento e de orientação do trabalho numa nova administração que entra ao serviço e totalmente substituiu a anterior, compeliram-na a aceitar o pedido de demissão que V. Ex.^a lhe apresentara. Embora demissionário, quis V. Ex.^a, todavia, continuar a merecer da Mesa a consideração que também lhe merecia:—e sacrificadamente, gentilmente, colocou-se V. Ex.^a à sua disposição para governar, em interinato, sempre difícil e melindroso, esta grande Casa que, se todos quisermos, poderá ser bem maior.

Ficou, pois, a Mesa da Misericórdia a dever a V. Ex.^a mais esse obséquio, que lhe não passará da memória.

Ela aqui o agradece reconhecidamente, esperando que V. Ex.^a lhe permita que conte sempre com os seus prestimosos méritos em tantas das tarefas que, certamente, se vão abrir à actividade da Administração da Santa Casa e deste Hospital.

Teve V. Ex.^a, como valioso auxiliar, um outro devotado e distinto médico, o Dr. Waldemar Pacheco, ao qual não podemos deixar de, neste momento, patentear os nossos muito sinceros agradecimentos.

Podem todos crer que estes cumprimentos não revestem vulgar pragmática social; eles exprimem em nossa voz o inadulterável sentido da Verdade e a Justiça que muito prezamos.

Em V. Ex.^a, Sr. Dr. Frazão Nazareth, eu tenho também a subida honra de cumprimentar a insigne Ordem dos Médicos a cujo Conselho Regional foi novamente V. Ex.^a chamado a presidir.

Fazemos votos pelas prosperidades pessoais de V. Ex.^a e dessa ilustre Instituição, dou por findas as minhas palavras, todas justas e, por isso, extremamente sinceras.

A seguir, o Presidente da Direcção Administrativa do Hospital, Dr. Miranda Mendes, cumprimentou o Dr. Frazão Nazareth secundando as palavras do Provedor, e leu o seguinte:

A Direcção Administrativa sente-se encorajada com a presença de V. Ex.^a na Direcção Clínica. Espera e confia que a sua colaboração torne possível a realização do programa de actividades em que está empenhada sob a inspiração da Mesa da Santa Casa da Misericórdia.

Conta com o seu saber, com a sua inteligência, a sua elevada formação profissional e de homem de bem, a sua clarividência dos problemas deste estabelecimento e com a sua dedicação.

Conta a Direcção Administrativa que o prof. prestigioso com a sua formação Universitária que o impõe como um dos mais lidimos valores da sua Faculdade, será na Direcção Clínica o exemplo vivo do médico a animar e a contagiar com a sua acção modelar o escol de profissionais que trabalham

Novidade!

Em dores intensas

POLAMIDON»C«
»HOECHST«

Bem tolerado devido a um componente de acção vagolítica

Especialmente apropriado á clinica quotidiana

Embalagens:

Para uso oral: gotas a 1%, frascos de 10 cc
tubos de 10 comprimidos a 5,25 mg

Solutio injectavel a 1/2%: 10 ampolas de 1 cc



FARBWERKE HOECHST

vormals Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal:

Mecius Lda.

Rua do Telhal, 8-1.º E - LISBOA

Eliminando a toxicidade da Estreptomycinoterápia...

Os Laboratórios Atral informam que, de acordo com os últimos dados fornecidos pela Investigação Científica Americana, segundo os quais se reduzem consideravelmente os efeitos neurotóxicos da Estreptomicina, usando, em lugar de um único sal deste antibiótico, *misturas de partes iguais de sulfato de ESTREPTOMICINA e de sulfato de DIÍDROESTREPTOMICINA*, introduziram uma modificação na fórmula das suas especialidades que incluem o componente Estreptomicina.

Assim, a nossa **ATRALMICINA** (até aqui designada por Estreptocil-P) passa a ter as seguintes composições:

ATRALMICINA NORMAL

0,25 g de sulfato de Diidroestreptomicina
0,25 g de sulfato de Estreptomicina
400.000 U. de Penicilina

ATRALMICINA FORTE

0,50 de sulfato de Diidroestreptomicina
0,50 de sulfato de Estreptomicina
400.000 U. de Penicilina

ATRALMICINA FORTÍSSIMA

0,50 de sulfato de Diidroestreptomicina
0,50 de sulfato de Estreptomicina
800.000 U. de Penicilina

ATRALMICINA INFANTIL

0,125 de sulfato de Diidroestreptomicina
0,125 de sulfato de Estreptomicina
150.000 U. de Penicilina

nesta Casa de Assistência aos deserdados.

Será ainda V. Ex.^a assim o espírito Universitário, o espírito da escola-Mãe, a acompanhar na escola prática da vida o profissional que ali se formou e a concorrer para que seja melhor.

E se este Hospital tem sido também Escola, onde se tem feito e destacado altos valores cujos nomes enchem o país e passam fronteiras, sob a direcção técnica de V. Ex.^a, terá ainda maior projecção para honra nossa e proveito dos pobres que se acolhem à sua sombra protectora.

Conta a Direcção Administrativa com V. Ex.^a e pode V. Ex.^a contar com ela.

Modestas são as suas possibilidades.

Não temos preparação técnica e é quase para nós um Mundo novo que se abre diante dos olhos, o Mundo da humanidade sofredora e inerme que transpõe as portas desta casa de Misericórdia e se entrega e confia à nossa caridade e à vossa sabedoria. E os problemas multiplicam-se, nascem uns dos outros, veem como as cerejas.

E lá se vão resolvendo, e vidas se vão salvando. Mas tudo é pouco, ou não é bastante, porque os males e as dores são muitas. Há que lutar pela perfeição possível, esta ansia instintiva de melhorar a vida para subsistir.

Não temos preparação técnica.

Por minha parte tinha a experiência de 25 dias de internamento numa Casa de Saúde. É certo que convivi, com grande proveito meu, com médicos distintos durante o tempo mais que necessário para uma licenciatura ou mesmo doutoramento. Isso tornou possível que algumas vezes passasse por médico. Tinha aprendido a falar difícil. Agora, felizmente estou esquecido, não dos distintos clínicos que tantos anos me atuaram e a quem devo estar agora a falar a V. Ex.^a. Sou compreensivo à falibilidade da ciência e sensível à dedicação e esforços do médico que luta carinhosamente pela recuperação de uma vida em risco de se perder.

Um dos defeitos da orgânica deste estabelecimento é justamente o da sua Direcção Administrativa. Confiada a pessoas inflamadas de boa vontade de servir uma causa nobre, mas desprovida da mais rudimentar preparação em assuntos de administração hospitalar, veem decorrer os escassos anos da sua gerência sem que os seus esforços produzam os resultados que deviam. Impõe-se a solução de uma direcção especializada para boa eficiência da administração.

Falta-nos a preparação técnica, Sr. Director Clínico, mas temos um Ideal que nos arrimou a aceitar este posto de sacrifício puro.

Com ele pode contar V. Ex.^a e os seus ilustres colegas do Corpo Clínico.

Terão V. Ex.as pelo menos curiosidade de saber o que pensa a Direcção Administrativa, delegada da Mesa da Santa Casa, dos problemas deste Hospital Geral.

Ouvindo e observando e estudando, em dois meses escassos de gerência, tem procurado assenorear-se deles nas suas linhas gerais.

Pensa estar na verdade, concluindo:

1.º — Pela unidade deste estabelecimento com a Santa Casa da Misericórdia. Crê não dever falar-se de autonomia, que cheira a divisão, independência, contrárias ao espírito de compromisso que impõe solidariedade absoluta. A Santa Casa e os seus estabelecimentos são um corpo uno, solidário como solidários são os seus administradores.

Autonomia não, mas a precisa liberdade de movimentos para boa eficiência da administração dos mandatários da Instituição.



COLONOL

REEDUCADOR DA FUNÇÃO INTESTINAL

A BASE DE

Ácido cólico, oximetil-
antraquinonas, resina
de podofilo e extracto
de beladona.

Boião 13\$50
Tubo 4\$00



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

2.º — Melhoria do funcionamento dos serviços administrativos, em cada sector e departamento da vida hospitalar pelo ajustamento dos serviços aos Regulamentos vigentes e destes às necessidades actuais dos serviços. Acção coordenada da Direcção Administrativa e Direcção Clínica nesse sentido.

3.º — Melhoria do funcionamento dos serviços técnicos pelo respeito das disposições Regulamentares e do espírito da Instituição.

Acção compreensiva de todos e de cada um dos seus direitos e deveres no campo das suas actividades.

Conjugação de esforços das mesmas Direcções para esse fim.

4.º — Melhoria das condições ambientes de trabalho pela realização de um plano de obras, com prioridade de urgência, exequível em fases.

5.º — Reapetrechamento geral do Hospital.

Ideias gerais que se procura concretizar numa acção executiva persistente e paciente.

Vasto e profundo programa de acção que a Direcção Administrativa julga possível com a ajuda da Mesa e do seu grande Provedor, de V. Ex.^a Sr. Director Clínico, do valoroso Corpo Clínico deste Hospital e de todos os que trabalham nesta Casa.

Que cada um cumpra os seus deveres e exerça os seus direitos, compreensivamente obedeça às determinações justas, reclame ordeiramente do que considerar injusto e ponha um pouquinho de coração no que fizer, a bem dos desgraçados que aqui se refugiam.

A cidade de tantas tradições de nobreza e generosidade há-de voltar-se carinhosamente para a sua Misericórdia, para o seu Hospital, quando chegar o momento de se lhe pedir a esmola do seu auxilio.

Ela vive no seu coração. Ainda ontem tive a prova disso neste bilhete que vou ler, escrito por uma pobre dactilógrafa a quem confiei a cópia do meu relatório sobre este Hospital destinado à Mesa da Santa Casa:

Sr. Dr.:

Envio o relatório, peço não receber qualquer importância por este trabalho. Essa Casa precisa de ser ajudada por todos. E eu tenho quase a certeza de que V. pagaria do seu bolso. Peço não insista.

(a) *Clarinda de Castro*

Contamos com a cidade, ricos e pobres não-de ajudar-nos como pudermos.

Não podemos esquecer a Imprensa desta cidade, tão generosa sempre na defesa das causas justas, tão sensível aos sofrimentos dos desprotegidos da sorte.

Contamos com todos e com Deus venceremos. Venha V. Ex.^a Sr. Direc-

3**PREPARADOS ESTROGÉNICOS
DA CIBA**

OVOCICLINA

Hormona folicular pura

para a terapêutica pelas injeções
(ampolas de 1 mg e de 5 mg)

para tratamento de depósito
(ampolas cristalíferas de 10 mg, comprimidos para implan-
tação a 20 mg)

para tratamento complementar
(comprimidos sublinguais de 0,1 mg e de 1 mg)

para tratamento local
(pomada: 1 g = 0,1 mg)

FENOCICLINA

Estrogénio de síntese

especialmente indicado nas manifestações de carência no
climatério
(comprimidos de 0,1 mg e de 1 mg)

ETICICLINA

Derivado do estradiol

muito eficaz mesmo em pequenas doses, por exemplo na
amenorreia, na hipoplasia do útero e nos fenómenos de
carência da menopausa
(comprimidos sublinguais de 0,01 mg e de 0,05 mg)

Na amenorreia, eventualmente adicionado à administração
de Lutociclina, durante o ciclo.

tor Clínico em boa hora. A Direcção Administrativa sauda-o cordialmente.

Levantou-se depois o director cessante Dr. Frazão Nazareth que disse:

Agradeço sensibilizado as palavras amáveis que V. Ex.as me dirigiram. Aceito-as gostosamente porque elas se referem mais ao cargo do que à pessoa.

Por disciplina aceitei a Direcção deste Hospital, em momento de graves dificuldades para a Mesa cessante, cumprindo uma Ordem de Serviço que aqui me colocou; com a mesma disciplina acedi ao pedido que me foi feito para me manter na interinidade do lugar, vago com a minha demissão e ainda por disciplina, repito a V. Ex.^a a colaboração que estou pronto a dar, na medida dos meus fracos recursos, e que sempre coloquei à sua disposição. Tudo é servir e servir esta Casa é satisfazer um desejo do coração.

Ao abandonar este lugar faço-o com a consolação de ter podido assistir a realizações importantes, que muito contribuíram para a valorização do nosso Hospital.

Seja-me permitido destacar a aprovação e a dotação especial do Internato Clínico, antiga aspiração do Corpo Clínico deste Hospital, que dá aos novos do norte do país as possibilidades de se prepararem em condições de igualdade com os seus colegas dos Hospitais Civis de Lisboa. Ele constitui, só por si, um precioso cartão de visita deixado pela Direcção Clínica que sai.

A V. Ex.^a Senhor Provedor, e à

Direcção Administrativa do Hospital que eu cumprimento na pessoa do seu ilustre Presidente, agradeço ainda as atenções que me dispensaram no curto espaço de tempo que servi sob o seu mandato administrativo.

Sr. Prof. Fernando Magano:

É com muita satisfação que dirijo a V. Ex.^a, neste momento, os meus cumprimentos, que são a expressão clara do meu sentir.

Vem V. Ex.^a ocupar um posto de trabalho por vezes ingrato, mas sempre consolador quando no descanso merecido do nosso lar, ao debruçarmo-nos sobre nós próprios, nos encontramos com a consciência tranquila pelo uso que damos à nossa actividade.

É uma barca grande este hospital, onde cada dia se consomem à roda de quarenta contos. Tudo é grande, nesta casa, até os benefícios que ela presta, não só à cidade, como a todo o norte do país.

Servem-na um corpo clínico competente, pronto a colaborar com interesse e dedicação, um pessoal de enfermagem capaz de cumprir na medida das suas possibilidades e uma administração atenta e cautelosa.

Não têm conta as preocupações que afloram ao espírito dos que vivem com interesse a vida do hospital no seu aspecto técnico.

Permtia-me, Sr. Director, apontar algumas que se podem considerar mais urgentes:

a) arrumo das consultas externas.

b) acomodação dos médicos de serviço;

c) situação de interinidade de Directores de Serviço e Assistentes;

d) serviço de Antaomia Patológica.

A primeira sempre mereceu o meu interesse. A consulta externa, num hospital desta índole, tem de ser completa em pessoal, espaço e material de diagnóstico. Ela representa o alicerce sobre o qual terá de acentar o internamento dos doentes,

a segunda briga com a decência da Casa;

uma e outra não deixaram de ser estudadas e apresentadas a quem de direito.

Quanto às últimas, o Conselho Médico, reunido em Janeiro de 1951, por sugestão da minha Direcção Clínica, estudou e propôs a sua solução.

A terminar, renovo a V. Ex.^a os meus cumprimentos, que vão com aquela estima e amizade que sempre acompanharam as nossas relações de há anos e com o desejo das maiores felicidades no desempenho do difícil cargo que vai assumir.

Finalmente, visivelmente comovido, levanta-se o Prof. F. Magano. Antes de ler o seu discurso disse que o antecedia de algumas palavras de cumprimentos às pessoas ali presentes. Entre elas dirige-se especialmente ao Reitor da Universidade, ao Bastonário da Ordem dos Médicos e a um sacerdote, exemplo de certo apostolado, o P.e Ma-

REUMATISMO?

A experiência demonstra que



CREME ANTI-REUMÁTICO,
ANALGÉSICO E ANTIFLOGÍSTICO

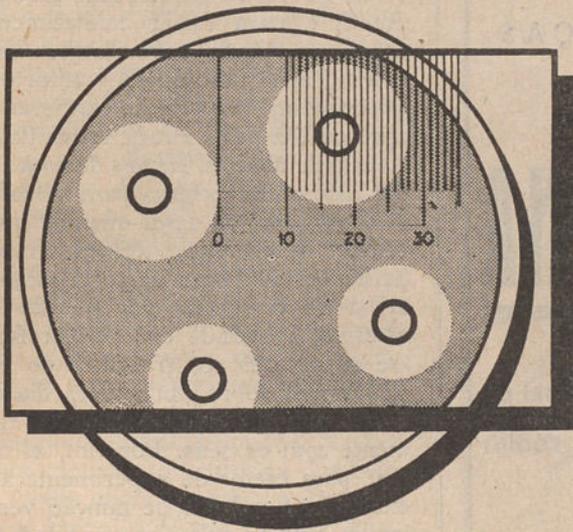
dá bons resultados

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

Davi
LISBOA

PENICILCAÍNA ESTREPTOCAÍNA

MAIOR VERIFICAÇÃO - MAIOR GARANTIA



- VERIFICAÇÃO MICROBIOLÓGICA DE POTÊNCIA
- VERIFICAÇÃO DA ESTERILIDADE
- VERIFICAÇÃO DE TOXICIDADE
- VERIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PIROGÊNICAS
- DETERMINAÇÃO DA PERCENTAGEM DE HUMIDADE
- DETERMINAÇÃO DO Ph
- EXAME MICROSCÓPICO DOS CRISTAIS
- ENSAIO DA ESTERILIDADE AO CALOR

PENICILINA	100.000	200.000	500.000	1.000.000
PENICILCAÍNA AQUOSA E OLEOSA	100.000	300.000	3.000.000	
PENICILCAÍNA REFORÇADA	150.000 CXS. 1-3 e 5	400.000 CXS. 1-3-5 e 10	500.000	600.000
ESTREPTOCAÍNA	150.000+0,250	400.000+0,500	800.000+1 gr.	

LABORATÓRIO SANITAS

nuel Grilo. Depois, pausadamente, lê o seu discurso:

Suponho ter alguma noção das responsabilidades advenientes deste acto de posse. Levo vinte e cinco anos de ininterrupto trabalho dentro desta Casa de Santo António; ouso, assim, não me considerar um estranho no seio do seu corpo clínico; por este motivo espero me contem como um dos seus.

Suponho, dizia, possuir alguma noção das especiais responsabilidades que se contem ao ter de ocupar o cargo de Director Clínico. Missão que se cumpre; nunca distinção ou mando que se deseje.

Não estranharão os presentes, entretanto, que este não seja um momento para excursões verbais e antes eu o queira definir como início de silenciosas e ponderadas reflexões.

Cumprir cada qual o seu dever e sobre ele meditar. Primeiro a consciência do dever cumprido e depois, pela experiência e pelo estudo, a colaboração na obra comum, desinteressadamente.

Importa menos, para já, a promessa da obra sumptuária e apressada; importa mais a valorização do que se possui e o estudo tranquilo do que se necessita. Todavia, estas instituições são e serão sempre, antes de mais, o que forem os seus homens: na lealdade dos seus processos, na valorização dos seus méritos, na disciplina das suas acções. Revigoram-se as instituições na medida em que se afirmam os valores superiores dos seus elementos humanos.

Queria não dizer mais nada.

Mas não deixarei — seria descortezia e era injustiça — não deixarei de saudar, na pessoa do seu Provedor, esta magnífica Santa Casa da Misericórdia do Porto, e nela, quantos, no dobar das gerações, lhe ofertaram, sacrificadamente, o melhor do seu esforço; instituição a cuja benemerência e funda história, presto, na memória da caridade heróica dos seus servidores, e mais sincera homenagem.

E, ainda, não quero deixar de endereçar aos médicos deste hospital — e em especial ao Dr. Frazão Nazareth — os meus amigos cumprimentos que simultaneamente se dirigem à nobilíssima missão que exercem e às suas pessoas em particular.

Não vão muito os tempos para a compreensão exacta desta altíssima função que é a silenciosa assistência clínica intra-hospitalar; andam os espíritos desviados para uma espécie de atracção de fosforescência; e levanta-se aí uma geração, apressada, faladora e atropelante, que parece ignorar a lei do sacrifício e não deseja submeter-se à aprendizagem... Não importa: por si próprios se destroem; o que fica é o que não faz ruído, o coração e o saber...

No exemplo de alguns dos clínicos deste Hospital — vidas exemplares, criteriosas atitudes profissionais, ensino prestimoso — tenho colhido proveitosas lições: paradigmas de deontologia profissional, acção médica segura e modesta, civismo equanime.

Aponto dois nomes, duas situações e uma só acção: a clínica na sua altíssima nobreza: o Prof. Carlos Lima, o Dr. Couto Soares.

Perante a dor, enovelados no sofrimento, mote diário da nossa vida profissional, — face a face com as nossas insuficiências, que são outros tantos estímulos de estudo — como seriam mesquinhos, se as houvesse, as atitudes de vaidade, e como seriam detestáveis, se os houvéssemos de considerar, os ocultos designios egoístas — e como é grandiosa e digna de todo o respeito a diosa quanto mais humilde, amorosa e tarefa dos médicos; tanto mais grandiosamente for realizada.

Possa eu como, desejo, estar à al-

tura deles e dela; para com eles e nela honrarmos a Misericórdia.

Um programa simples: dignificação das pessoas, dos profissionais e da instituição — ao serviço dos que sofrem, eles os nossos irmãos doentes, que são afinal o motivo primeiro e motivo permanente deste acto de posse.

A dor não diminui no mundo; a dor cresce com a vida, e não poupa ninguém.

O nosso director, Dr. Mário Cardia, tendo sido convidado a assistir ao acto da posse pelo Provedor, Prof. Luís de Pina, e não podendo comparecer, fez-se representar pelo Dr. António Paúl, que também o representou na qualidade de director do Dispensário de Higiene Social do Porto, de que é adjunto da direcção.

Sociedade Médica dos H. C. L.

Sob a presidência do Dr. Emílio Faro, enfermeiro-mor, reuniu-se no dia 12 de Fevereiro a Sociedade Médica dos H. C. L., para tomar conhecimento de duas importantes comunicações científicas, a primeira das quais — «Aortografia experimental por punção cardíaca» — foi apresentada pelos Profs. Aires de Sousa e Bello de Moraes. Depois de uma revisão das diferentes técnicas para visualização da aorta torácica, desde quando, em 1936, Nuvoli descreveu a técnica da punção para esternal directa da aorta ascendente, até à de Wickbom, por punção supraesternal, aparecida em 1952, referiram-se os autores aos trabalhos de Nunez, de Havana, sobre a punção cardíaca, com resultados que não condizem inteiramente com os seus. Por fim, afirmaram que, para efeitos de experimentação, era excelente o método de punção ventricular, mas que os primeiros resultados obtidos não autorizaram o emprego imediato no Homem, pelo que se impõe uma revisão mais ampla ao problema.

Seguidamente, o Prof. Diogo Furtado e os Drs. Santos Pereira e D. Maria Helena Sousa, apresentaram «Diagnóstico dos tumores cerebrais pelos isótopos radioactivos (nota prévia)». Começaram por fazer a história das tentativas de emprego das substâncias marcadas na detecção dos tumores cerebrais, referindo-se, largamente, aos dois isótopos actualmente empregados, o fósforo 42 e o iodo 131. Puzeram em relevo os inconvenientes de qualquer daqueles isótopos e ainda os de outros ensaiados, salientando a necessidade de procurar novos isótopos, com mais adaptáveis propriedades. Relatarem, depois, os resultados obtidos em clínicas americanas e os dos ensaios realizados em Inglaterra, e apresentaram, a seguir, a técnica que usaram e os resultados obtidos com o uso do iodo 131, salientando, a propósito, as grandes causas de erro de método. A terminar, os autores fizeram salientar as grandes esperanças que encerra o estudo dos isótopos e a necessidade de mais extensas investigações.

NO TRATAMENTO DE
ANEMIAS SECUNDARIAS
ESTADOS HEMORRÁGICOS
CONVALESCENÇAS

SOROGLOBINA

(oxi-hemoglobina + soro normal de cavalo + glicerofosfato de sódio)

HEMATOPOIÉTICO

RECONSTITUINTE

ANTI-HEMORRÁGICO

APRESENTAÇÃO:

frasco de 200 gramas de xarope



LABORATÓRIO FIDELIS

Rua D. Dinis, 77 — LISBOA

SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS DE LISBOA

Reuniu no dia 24 de Fevereiro a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, sob a presidência do Prof. Xavier Morato, que, dado o facto de ser esta a primeira reunião depois da morte do presidente da Sociedade, Dr. Alberto Mac-Bride, dedicou algumas sentidas palavras à memória do ilustre cirurgião. Falou depois o Dr. Joaquim Martins, discípulo e amigo do falecido, para dar algumas notas sobre a personalidade de Alberto Mac-Bride. Começou por o apreciar como pessoa bondosa e afectiva, para quem o doente era tudo. A sua passagem pelo Banco dos hospital de S. José ficou assinalada com a nova orientação que lhe imprimiu e que foi fruto dos ensinamentos colhidos na primeira grande guerra, e a ele se deve a criação da biblioteca do hospital.

A sessão, que esteve interrompida por alguns minutos, como manifestação de pesar pela morte do presidente da Sociedade, reabriu para ouvir ler duas cartas-propostas do Prof. Costa Sacadura — impedido de comparecer — numa das quais se associava a todas as manifestações de pesar pela morte do Dr. Mac-Bride e propunha a realização, em data a fixar, de uma sessão de homenagem ao ilustre falecido, cujo ilógio, no seu entender, devia ser feito pelo antigo presidente da Sociedade, Prof. Reinaldo dos Santos, colaborador e amigo íntimo de Mac-Bride. Na segunda carta, o Prof. Costa Sacadura propunha a nomeação de uma comissão, composta pelo Prof. Xavier Morato e Drs. Eugénio Mac-Bride e Joaquim Martins, para elaborar um projecto de reforma dos estatutos da Sociedade. Ambas as propostas foram aprovadas, mas a segunda com um aditamento, pelo qual o signatário ficará também fazendo parte da comissão da reforma dos estatutos. Ainda antes da «ordem de trabalhos», a Dr.^a D. Maria Cecília Patuleia, assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa, comunicou à assembleia ter isolado, no laboratório de vírus do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, durante o recente surto epidémico de gripe, três estirpes de vírus daquela doença, duas das quais foram enviadas ao Instituto Pasteur de Paris, onde se procedeu à sua classificação, sob a orientação do Prof. Pierre Lepine.

O Dr. Manuel Pinto, felicitando a Dr.^a D. Maria Patuleia pela felicidade dos trabalhos que acabara de relatar, que considerou de alta importância para os estudos médicos portugueses, deu conta de que também já conseguiu isolar quatro vírus da gripe, embora nenhum deles tivesse sido classificado.

Por fim, o Dr. Arnaldo Sampaio, que esteve durante um ano, como delegado do Governo Português, em Londres, no organismo da O. M. S. para o estudo da gripe, comunicou que conseguira, no Laboratório de Vírus do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, isolar oito vírus da gripe, quatro dos quais foram classificados. Congratulou-se com os seus resultados e com os dos colegas D. Maria Patuleia e Ma-

nuel Pinto e pôs em evidência o valor desses resultados para o nosso país.

Seguiu-se a comunicação dos Drs. Bernardino de Pinho, Fernando de Melo Caeiro e Augusto Braga de Castro Soares, altos funcionários da Direcção-Geral de Saúde, na qual os autores referiram uma série de casos de gastro-enterites, de aparecimento súbito, depois de um almoço colectivo.

Tratava-se do caso de intoxicação alimentar verificada no fim do ano passado no Colégio Manuel Bernardes, em que adoeceram 122 pessoas.

O Dr. Castro Soares, que falou em nome dos três autores, disse que 18 horas depois do início dos sintomas os

doentes, quase todas rapazes, estavam melhores e vinte e quatro horas depois, entravam em convalescença. Não houve óbitos, nem graves consequências a lamentar. O alimento incriminado foi o peixe, que se deve ter infectado por estafilococcus. Esta bactéria, com características laboratoriais de patogénica, foi isolada do peixe, da naso-faringe de um dos moços de cozinha e das fezes dos doentes.

Os autores descreveram o inquérito alimentar, o exame clínico e as análises feitas, afirmando que todos esses trabalhos conduziram ao diagnóstico de intoxicação alimentar, provavelmente por enterotoxina estafilocócica.

RUTIODOL

— GOTAS —

RUTINA + METIONINA

IODO ORGANICO + NICOTINAMIDA

Tratamento Racional da
Arteriosclerose e Afecções
Degenerativas dos Vasos
sanguíneos

Fluidificante Regulador da
Permeabilidade Lipotrópico

LABORATÓRIO UNITAS

C. CORREIO VELHO 8 - LISBOA

Reunião da Sociedade Portuguesa de Cardiologia

No dia 28 de Fevereiro teve lugar pelas 21 horas no Salão Nobre dos Hospitais da Universidade de Coimbra a reunião da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Presidiu o Prof. João Porto e secretariaram os Profs. Mário Moreira, M. Mosinger e Arsénio Cordeiro. Estiveram presentes além destes os Profs. Mário Trincão, Moniz de Bettencourt, Aires de Sousa e os Drs. Antunes de Azevedo, Madeira Pinto, Luís Providência, Mendonça Santos, Frederico Franco, Rocha da Silva, José Cavalheiro, Robalo Cordeiro e outros cardiologistas.

Antes da ordem do dia tratou-se de assuntos de vida administrativa da Sociedade, de preparativos para o próximo Congresso Luso-Espanhol de Cardiologia a realizar em Sevilha de 7 a 10 do próximo mês de Maio; da vinda de cardiologistas estrangeiros ao nosso país entre os quais o Prof. Duchosal de Génève que brevemente fará conferências em Portugal; da admissão de novos sócios, etc. Foram a seguir apresentadas as seguintes comunicações:

Dr. Frederico Franco — Os resultados do tratamento da hipertensão arterial pelo hexametónio e Presoliná; Dr. Aires de Sousa: Possibilidades da Radiologia nos estudos da hemodinâmica; Dr. Rocha da Silva: Valor da Balistoelectrocardio-

grafia; Drs. João Porto e Antunes de Azevedo sobre Hemosiderose Pulmonar. A propósito desta comunicação o Prof. Mosinger mostrou células cardíacas de hemosiderina respeitantes a doentes que a documentavam.

Como a hora fosse já muito adiantada foram adiadas as comunicações previstas para esta Sessão, dos Drs. Moniz Bettencourt, Antunes de Azevedo e Arsénio Cordeiro que serão apresentadas e discutidas na próxima reunião em Lisboa.

Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica

Reuniu-se no dia 26 de Fevereiro a Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica, em sessão inaugural do presente ano académico, sob a presidência do Dr. José Cid de Oliveira, que, na alocução presidencial, começou por prestar homenagem ao Prof. Costa Sacadura, que teve de se afastar por motivos da sua vida particular, da presidência da Sociedade. Anunciou, a seguir, o início, no presente ano, das «Jornadas Médicas, reuniões científicas a realizar em algumas estâncias termais, para tratar de temas que interessam à clínica geral e à hidrologia, e referiu-se à necessidade da revisão da legislação que interessa à organização termal no nosso País, o da reforma dos institutos de hidrologia, de modo a serem-lhe dados

mais latos poderes e meios materiais para efectuar eficientemente a investigação científica. A concluir, o Dr. Cid de Oliveira abordou o problema médico-social de assistência social nas estâncias termais, cuja tradição em Portugal ascende à Rainha D. Leonor, no século XV.

Seguidamente, o Dr. José Amaro de Almeida fez uma comunicação sobre «Evolução Histórica da Hidrologia», na qual referiu o uso das águas pelos povos primitivos, aludindo aos vestígios do uso das águas medicinais em eras muito remotas, em França e Portugal. Descreveu, depois, a grandiosidade das termas das civilizações da Grécia e Roma e deu conta de que foi no final do século XIX que nasceu o período científico da Crenoterapia, com as primeiras análises químicas. Por fim, o orador prestou homenagem à memória do Dr. Armando Narciso, a quem a Hidrologia médica portuguesa muito deve.

Falou, por último, o Dr. Samuel Dinis, que apresentou uma comunicação intitulada «Indicações terapêuticas de Monfortinho», em que começou por se referir às características físico-químicas das águas de Monfortinho, classificando-as de hipossalinas, meso-termais e fracamente radioactivas. O conferencista descreveu, depois, as principais indicações daquelas águas e formulou, por último, as contra-indicações formais, relativas e transitórias.



Em teoria e na prática

Há meios já para evitar ou remediar uma deficiência da nutrição causada por defeituosa digestão ou absorção das Vitaminas lipo-solúveis A e D.

Em teoria, ministrar Vitaminas A e D vence ou evita quaisquer manifestações de carência; na prática, convém verificar se a forma de as dar é aceitável pelo paladar do doente.

O **Haliborange**, em que se combinam o óleo de fígado de halibute «Allenburys» (inodoro e insípido) com um reforço de Vitamina D e Sumo de Laranja concentrado, é tão saboroso que o doente tem prazer em o tomar.

Cada colher-de-chá de **Haliborange** contém 1.950 un. int. de Vitamina A e 284 de Vitamina D.

A melhor forma de tomar Óleo de Halibute:

HALIBORANGE

em frascos de 140 e 280 gramas

Representantes: **Coll Taylor, Lda** — Rua dos Douradores, 29-1.º — Lisboa
Depósito no Norte: Farmácia Sarabando — Largo dos Loios, 36 — Porto



LABORATÓRIOS CLINICAL - Inglaterra

POLYCREST

Creme antipruriginoso, antiséptico, fungicida e anestésico local
à base de

Nitrato de fenilmercúrio	0,1 %
Ametocaina	0,5 %
Benzocaina	5 %
Dioxido de titânio	2 %
Terpineol	1 %
Mentol	0,5 %

Bisnaga — 20 grs.

Não é gorduroso — Não mancha a roupa

Indicações:

- PRURIDO ANAL
- HEMORROIDES
- ECZEMA ANAL
- PRURIDOS VULVARES E SENIS
- FRIEIRAS

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

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

Hospitais Civis de Lisboa

Concursos para internos do internato complementar

Nos concursos em epígrafe, recentemente concluídos, foram aprovados os seguintes clínicos: Clínica Médica — Drs. José Jacinto de Sousa Gonçalves Simões; João Luís Barros da Fonseca; Mário da Silva Simões de Carvalho; Maria do Céu Dinis Sampaio de Sacadura Freire Cabral; António Manuel da Silveira Saragoça; Carlos Filipe de Aguiar Manso; Georgette Marguerite André Helene Banet; e Maria José Embaixador Pascoal, clínica cirúrgica — Drs. António Maria Baptista Fernandes; Rui da Câmara Pestana; José Augusto Lopes Borges de Almeida; Manuel Maria de Oliveira Mendes; João Eduardo Coelho Ferraz de Abreu; Luís Maia da Mota Capitão; José Elísio de Castro Ferreira; Abel Vieira Campos de Carvalho; Carlos Anjos Dinis de Magalhães e Menezes Vilar; Francisco Gentil da Silva Martins; Fernanda Mendes de Paula. *Pediatria médica* — Dr.^a Maria Águeda Pereira Alfaia Barcia. *Neurologia* — Dr. Pedro Rodrigues Formigal Luzes. *Dermatologia* — Dr. António da Silva Oliveira. *Oftalmologia* — Dr. Francisco Manuel Carlos da Maia. *Pediatria cirúrgica* — Dr.^a Maria Albertina Gonçalves do Carmo. *Estomatologia* — Dr. Samuel Martin's Canas. *Serviço de Transfusão de Sangue* — Dr.^a Blanche de Almeida Freitas.

Concursos para Internos Graduados

Foram nomeados para constituírem os juris destes concursos os seguintes facultativos dos H. C. L.: *Clínica Cirúrgica* — Drs. Mário Reis de Figueiredo Carmona, Emílio Oliveira Martins e António Esperança Mendes Ferreira; *Clínica Médica* — Drs. Amadeu Vieira de Miranda Monteiro, Cristiano Rodrigues Nina e Vitor Serra Pena de Carvalho; *Urologia* — Drs. João Manuel de Sousa Bastos, Raúl de Matos Ferreira e Humberto Fontoura Madureira; *Estomatologia* — Drs. Fernando Ferreira da Costa, António Jorge e José

Curso de Aperfeiçoamento de Radiologia

A sociedade Portuguesa de Radiologia Médica resolveu realizar em Lisboa um Curso de Aperfeiçoamento de Radiologia de 6 a 9 do próximo mês de Abril, com o seguinte programa:

Segunda-feira, dia 6 — Na Faculdade de Medicina de Lisboa:

Às 21,30 horas — Abertura do Curso e Conferência do Prof. Mário Ponzio — «*Resultado de investigações biológicas e clínicas com os isótopos I¹³¹ e P³²*».

Às 23,15 horas — Prof. Carlos Santos: «*Estudo funcional da vesícula biliar pela colecistometria*».

Terça-feira, dia 7 — No Instituto Português de Oncologia:

Às 10 horas — Visita ao Instituto.

Às 12,15 horas — Prof. Benard Guedes — «*Técnicas de Roentgenoterapia e protecção dos tecidos sãos*».

Às 12,30 horas — Dr. De Plaen — «*Tratamento radiológico do cancro da laringe*».

Às 21,30 horas — Prof. Gil Y Gil — «*Tratamento radiológico do cancro da língua*».

Quarta-feira, dia 8 — Na Sociedade Médica dos Hospitais:

Às 11,15 horas — Dr. F. Arce — «*Importância da Radiologia no diagnóstico das osteopatias não inflamatórias nem tumorais das crianças*».

Às 12,15 horas — Prof. De Witte — «*Formações quísticas dos ossos*».

Às 21,30 horas — Prof. P. Cignolini — «*Roentgenquimiografia analítica e sua*

aplicação na fisiopatologia cardio-vascular».

Às 22,30 horas — Dr. Coliez — «*A estase e a superpressão uretero-renal no decurso da urografia intravenosa. Importância do estudo da fase funcional*».

Quinta-feira, dia 9 — No Instituto Português de Oncologia:

Às 12,30 horas — Prof. P. Lamarque — «*Tratamento do cancro rectal e do canal anal*».

Às 21,30 horas — Banquete de encerramento no Aviz Hotel, sob inscrição especial.

A inscrição é gratuita e além de Radiologistas poderão inscrever-se pediatras, ortopedistas, urologistas, cardiologistas, etc., em função dos temas versados — tendo a Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica entrado em comunicação com as respectivas Sociedades das especialidades restantes.

É digna do maior aplauso a iniciativa da S.P.R.M., pois facultará, deste modo, aos médicos nacionais, a audição de vários especialistas da maior categoria de entre os que se dedicam à Radiologia nos países de cultura latina.

«O Médico» felicita a Direcção da Sociedade, a que preside o Prof. Aleu Saldanha, por tão valiosa e útil iniciativa, bem digna de ser imitada por sociedades congêneres.

FALECIMENTOS

D. Olema de Mendonça Machado de Araújo e Moura

No passado dia 2 faleceu, na sua residência, à Foz do Douro, a Snr.^a D. Olema de Mendonça Machado de Araújo e Moura, Esposa do Dr. Alberto Gomes de Moura, Mãe do nosso colaborador Dr. Álvaro de Mendonça e Moura, e cunhada do Dr. Trigo de Negreiros, ilustre Ministro do Interior.

Os funerais realizaram-se no dia seguinte, com ofícios fúnebres na Capela do Cemitério da Foz e com grande assistência de entidades oficiais, inúmeros médicos e amigos da Família. O Director do nosso jornal, Dr. Mário Cardia, esteve presente, juntamente com muitos outros colaboradores, em sentida manifestação de amizade e de presença.

«O Médico renova à Família, em especial ao Dr. Álvaro de Mendonça e Moura e ao Snr. Ministro do Interior, as suas condolências».

Dr. Joaquim Morais de Sousa

Em Cheires (Alijó), faleceu o Dr. Joaquim Morais de Sousa, de 66 anos, coronel-médico, reformado, e antigo director do Hospital Colonial e inspector-geral de Saúde das Colónias. Era pai do Dr. Jaime Filipe de Sousa, médico no Porto, e do Prof. Jorge Queirós de Morais, da Faculdade de Medicina de Lisboa.

MARTINHO & C. L.

Tudo que interessa à medicina e cirurgia

RUA DE AVIZ, 13 - 2º PORTO
TELEF. P.P.C. 27583 - TELEG. MARTICA

BAIXA DE PREÇOS

SYNERGISTIN

Um produto de Consagração Mundial
3 Doseamentos 3 Exitos

Synergistin Normal—Sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a 0,5 gramas de dihidroestreptomicina base 300.000 U. O. de Procaína Penicilina G Cristalizada, 100.000 U. O. de Penicilina G sódica Cristalizada.

1 Dose	Esc.	23\$00
3 Doses	Esc.	66\$00
5 Doses	Esc.	107\$00
10 Doses	Esc.	207\$50

Synergistin Forte —É igual à dose normal na Penicilina mas com 1 grama de Dihidroestreptomicina base.

1 Dose	Esc.	32\$00
3 Doses	Esc.	92\$50
5 Doses	Esc.	150\$00
10 Doses	Esc.	295\$00

Synergistin Infantil—Metade da dose normal

1 Dose	Esc.	15\$50
3 Doses	Esc.	42\$50

Esta substância está protegida e registada na Secção 505 da U. S. Food Drug and Cosmetic Act.

Apresentada em Portugal pelos :



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMA-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

V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 16 a 23 de Março)

Dia 16 — Em Lisboa, na Sociedade de Geografia, na sua reunião mensal, o Prof. Dr. António Rita Martins profere uma conferência sobre «A vida e obra do falecido coronel-médico Dr. Manuel Ferreira Ribeiro».

Diz que o Dr. Ferreira Ribeiro foi chefe dos serviços de saúde de S. Tomé e da secretaria geral do Ministério do Ultramar e um dos mais profícuos escritores da Medicina e da vida coloniais... incansável pioneiro da higiene tropical, foi autor de centenas de obras de divulgação colonial. Propõe que se erija um monumento em S. Tomé e se coloque uma lápide na Rua de Coelho da Rocha, em Lisboa, na casa onde morreu.

— Toma posse do cargo de Director do Banco e do Serviço de Urgência dos Hospitais Civis o Dr. Jorge da Silva Araújo. O Enfermeiro-mor, Dr. Emilio Faro, presta homenagem ao Dr. José Paredes que durante sete anos desempenhou o lugar com a maior correcção, lealdade e competência e diz contar com os incontestáveis méritos do empossado para resolver as inúmeras dificuldades daquele departamento hospitalar.

O Dr. Silva Araújo agradece e presta homenagem às qualidades do seu antecessor.

17 — É aberto concurso para a admissão de estagiários e auxiliares de enfermagem (sexo masculino), para o Hospital de Joaquim Urbano, do Porto.

18 — No Porto, na Liga Universitária Católica, fala o Prof. Dr. Carlos Lopes sobre «Segredo Profissional».

— Realiza-se em Fátima um banquete de homenagem ao Dr. Júlio Ferreira Constantino, como manifestação de apreço pela sua competência e abnegada acção junto dos doentes. Preside o Prof. José Bacalhau. Falam os Drs. Sales Luís, em nome dos habitantes da Fátima, José Bacalhau, Serafim Lopes Pereira, Alves Vieira e Brito Cruz.

— O Prof. Pierre Duchosal, da Universidade de Genebra, profere nos Hospitais da Universidade, a convite da Faculdade de Medicina, uma conferência sobre «Vectocaudiografia clínica».

Preside o Prof. Rocha Brito e faz a apresentação do conferente, o Prof. João Porto.

Este catedrático oferece na sua residência um almoço ao ilustre visitante, ao qual assistem também os professores Rocha Brito, Mário Trincão, Providência e Costa e Drs. Ramos Lopes, Robalo Cordeiro e José Cavaleiro.

— Morre em Lisboa o Prof. Moreira Júnior. «O Médico» dará notícia circunstanciada deste triste acontecimento.

20 — Em Coimbra, na sala de conferências dos Hospitais da Universidade, sob a presidência do reitor, Prof. Dr. Maximino Correia, o Dr. João de Oliveira e Silva, presta, pelas 16 horas, a primeira prova do concurso para professor de fisiologia da Faculdade de Medicina de Coimbra, concurso em que é único candidato.

O acto é largamente concorrido e consta da apreciação, do «curriculum» vitae feita pelos Professores Celestino da Costa e Vítor Fontes, da Faculdade de Medicina de Lisboa, estabelecendo-se entre argumentes e candidato animada discussão.

— Em Coimbra, sob a presidência do Prof. Celestino da Costa, reúne-se às 21 horas, na sala de conferências dos Hospitais da Universidade, a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, à qual são apresentados os seguintes trabalhos:

«Sobre as formas mesenquimatosas e

viscerais de origem endócrino-experimental», pelo Prof. Mosinger; «Histofisiologia da medula suprarrenal», pelo Prof. Armando Tavares de Sousa, e «Doença de Lawrence-Moon e Bardet-Biedel, Síndrome hipotalamo-hipofisário heredo-familiar», pelo Prof. Bruno da Costa.

21 — No Porto, na Faculdade de Medicina, pelas 15 horas, efectua-se a nona reunião científica, com o seguinte programa: «Sobre o tratamento cirúrgico das varizes dos membros inferiores», pelo Dr. Júlio Costa; «Alterações quimográficas consecutivas à interrupção da inervação simpática cervical» pelos Prof. Sousa Pereira e Drs. Albano Ramos e Pereira Leite; «A laqueação de veia cava no tratamento da insuficiência cardíaca», pelos Prof. Sousa Pereira e Dr. Pereira Leite; «Perturbações circulatórias da veia mesentérica superior na apendicite crónica», pelo Dr. Aguiar Nogueira; «Estudo da circulação venosa superficial e profunda do membro inferior», pelos Drs. Lino Rodrigues e Aguiar Nogueira, «Enxertos ósseos diafisários e sua evolução tardia», pelo Prof. Sousa Pereira.

— Em Braga realiza-se a homenagem ao Dr. Felício Campos, clínico local e presidente da Junta de Província do Minho, à qual assistem autoridades civis e militares, membros das Comissões Distrital e Concelhia da União Nacional e muitas pessoas de todas as categorias sociais que acolheram com simpatia e apreço pelas altas qualidades do homenageado, esta festa, que, partindo dos paroquianos de Maximinos a iniciativa, a ela se associou toda a cidade.

Na igreja paroquial de Maximinos, é às 9 horas rezada uma missa em acção de graças e às 16 horas, no salão de Festas do Colégio dos Órfãos de S. Caetano, tem lugar uma sessão solene a que preside o chefe do distrito.

— Parte para Santiago de Compostela o Prof. João Porto, onde vai realizar, na Faculdade de Medicina daquela cidade, uma conferência sobre «Dispepsias paroxísticas de origem cardíaca».

23 — Na Faculdade de Medicina do Porto e a convite da Sociedade Portuguesa de Pediatria, falam respectivamente sobre «Retinopatia dos prematuros» e «Alimentação dos prematuros», os cientistas estrangeiros Profs. Marcel Lelong, de Paris, e Walter Tobler, de Berna.

Estrangeiro

— Em Madrid celebrou-se, em Fevereiro, a abertura do curso de conferências da Academia de Doutores de Madrid.

O Ministro da Educação Nacional deu a presidência ao Cardeal Cicognani, que nesta sessão foi nomeado académico de honra da Corporação Doutoral de Madrid. O Prof. Lain Entralgo, reitor da Universidade, proferiu a conferência sob o tema proposto de «A Medicina na história do homem».

— Em Roma, realizou-se, em Fevereiro, a Primeira Jornada Reumatológica Italiana.

A G E N D A

Portugal

— Realiza-se em Abril próximo, em Lisboa, o Congresso Internacional de Angiologia.

Estrangeiro

— Em Espanha, Santiago de Compostela, realiza-se de 20 de Abril a 1 de Maio um Curso de Especialização sobre Nutrição e Endocrinologia.

Informações, programas e inscrições ao cuidado da Cátedra de Pediatria da Faculdade de Medicina. Cursos. Santiago de Compostela.

— O Prof. Waksman recebeu em Outubro p. p. o prémio Nobel de Medicina e

Fisiologia, pela descoberta da estreptomina e da neomicina.

— O IX Congresso Espanhol de Pediatria terá lugar em Santiago de Compostela em 1954. Foi eleito presidente o catedrático de Pediatria, Prof. Dr. Manuel Suárez.

— De 30 de Abril a 2 de Maio realizam-se em Paris as jornadas médicas anuais da Clínica Médica propedéutica do Hospital Broussais.

— Em Lübeck reúnem em 25 e 26 de Abril os Neurologistas e Psiquiatras do norte e noroeste alemão.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 12-3 a 18-3-953)

— A Câmara Municipal de Castelo Branco declara que para o provimento do 3.º partido médico com centro na sede da freguesia de Sarzedas, do mesmo concelho, foi nomeado o Dr. Eugénio Ferreira de Matos.

14-3

— Dr. Sérgio Marques de Carvalho aprovado o termo do contracto das funções de 2.º assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Dr.ª Maria Luísa Rego Paiva de Carvalho, médico escolar do Distrito de Coimbra — nomeada definitivamente para aquele lugar.

— Dr. Joaquim de Brito da Mana, professor de Educação Física do Liceu de Faro, exercendo, em comissão de serviço, o cargo de director da Subdelegação do Instituto Maternal na mesma cidade — provido definitivamente neste último cargo.

18-3

— Dr. Carlos Larrondé Gomes, otorrinolaringologista dos Hospitais Civis de Lisboa, director de serviço — autorizado a aceitar a equiparação a bolsheiro fora do País, que lhe foi concedida pelo Instituto de Alta Cultura, durante 20 dias, a contar de 27 do corrente.

— Dr. Luciano Ezequiel Nogueira Carvalho Castanheira — nomeado definitivamente médico escolar do distrito de Ponta Delgada.

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Para dar início ao ano académico de 1952-1953, a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna realizou a sua primeira sessão ordinária, no dia 20 de Fevereiro, com a seguinte ordem de trabalhos: Prof. Barahona Fernandes, «A prova da sensibilidade à isquémia no diagnóstico psico-somático»; Dr. Alfredo Franco, «Resultados do tratamento da hipertensão arterial com hexametónio e apresolina»; Prof. Frederico Madeira, «Proteínas — Estudo clínico e experimental»; Dr. Ducla Soares, «Doença da Vaughan»; Dr. Francisco Parreira, «Acção «in vitro» da vitamina B₁₂, ácido fólico e uracilo na anemia megaloblástica — Nota prévia».

«O Médico» dará, num dos seus próximos números, o resumo das conferências desta sessão.

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 Bessa (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 Moraes, 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 Med. 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), 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 Antitrocomatosa do Dispen. 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), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to 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.to António), José Aroso, J. Frazão de Nazareth (Dir. do Hosp. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.to 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 (Deleg. de Saúde de Portalegre), 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 — Alexandre Sarmento (Nova Lisboa); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.ºr (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»:

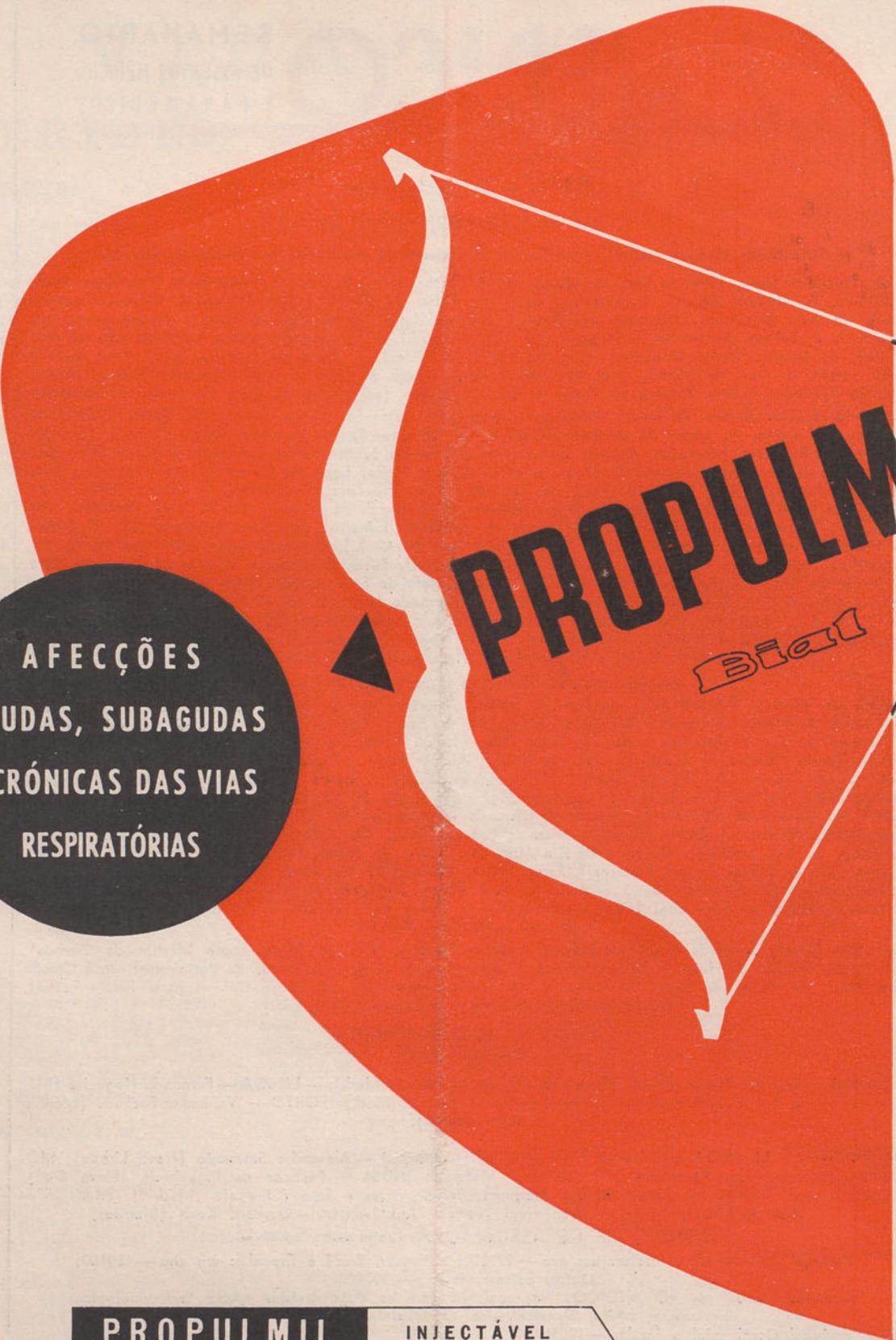
Portugal Continental e Insular — 170\$00 Ultramar — 220\$00

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.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507.



**AFECCÕES
AGUDAS, SUBAGUDAS
E CRÔNICAS DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS**

PROPULMIL

INJECTÁVEL

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

PROPULMIL

SUPOSITÓRIOS

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

PROPULMIL INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

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